

Komunikační bariéry se schizofrenikem

Eva Vydrželová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetřovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva VYDRŽELOVÁ**

Osobní číslo: **H10790**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Komunikační bariéry se schizofrenikem**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu v Centru sociálních služeb pomocí rozhovorů s uživateli.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat pomocí tabulek, grafů a komentářů.

Aplikace výsledků výzkumu do praxe.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

COHEN, Robert M., 2002. Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Praha: Portál, 199 s. ISBN 80-7178-497-4.

KUČEROVÁ, Helena, 2010. Schizofrenie v kazuistikách. Praha: Grada, 106 s. ISBN 978-80-247-2045-6.

PRAŠKO, Ján, 2011. Obecná psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 527 s. ISBN 978-80-244-2570-2.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2010. Psychologie osobnosti. Praha: Karolinum, 467 s. ISBN 978-80-246-1832-6.

VYBÍRAL, Zbyněk, 2009. Psychologie komunikace. Praha: Portál, 319 s. ISBN 978-80-7367-387-1.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Ústav aplikovaných společenských věd

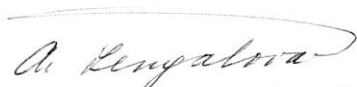
Datum zadání bakalářské práce:

7. února 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 7. února 2013



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.

děkanka



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 4.3.2013

.....
M. J. Zelová

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Moje bakalářská práce se zabývá schizofrenií u pacientů. Tato práce má dvě části teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabývám definicí a vymezením pojmů. Dále jsem se zaměřila na diagnostiku s následnou léčbou, budu zkoumat, jak pacienti s psychickým onemocněním komunikují. V praktické části zvolím metodu kvalitativního výzkumu, narativní rozhovor, techniku polostrukturovaného rozhovoru. Následným analytickým kódováním budu definovat bariéry komunikace u schizofreniků. Výsledky výzkumného šetření budou aplikovány do praxe formou edukačního materiálu.

Klíčová slova: Schizofrenie, psychické onemocnění, psychicky nemocný, psychoterapie, verbální a neverbální komunikace, pacient, rozhovor, edukace

ABSTRACT

My bachelor thesis deals with the schizophrenia patients. The thesis is divided into a theoretical and practical part. The purpose of the theoretical part is to define terms. It is also focused on diagnosis and subsequent treatment and the communication with patient suffering from psychological illness is subjective to research.

In the practical part, the methods of qualitative research, narrative interviews and structured interview technique have been used. Subsequently, the barriers to schizophrenic communication will be defined through analytic coding. In conclusion, the results of research are applied in the practice in the form of educational material.

Keywords: Schizophrenia, mental illness, mentally ill, psychotherapy, education, communication, patient, interview

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat mé vedoucí bakalářské práce Doc. PhDr. Janě Kutnohorské CSc. za cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala respondentkám, že byly tak ochotné a věnovaly mi čas a řekli mi cenné informace.

Motto:

„Nezáleží na tom, co děláš, kde jsi, kolik máš, ale záleží na tom, koho máš po svém boku“

(neznámý autor)

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně

Podpis:

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DEFINICE A VYMEZENÍ POJMŮ A POPIS PROBLÉMU	13
1.1 PSYCHOLOGIE	13
1.2 OSOBNOST	13
1.2.1 Charakteristika osobnosti	14
1.2.2 Co se podílí na rozvoji osobnosti	14
1.2.3 Genetický základ osobnosti	14
1.2.4 Vymezení oboru psychologie osobnosti	15
1.3 SCHIZOFRENIE	16
1.3.1 Jak diagnostikovat schizofrenii.....	16
1.3.2 Druhy schizofrenie	17
2 DIAGNOSTIKA A LÉČBA SCHIZOFRENIE	19
2.1 ETIOLOGIE	19
2.2 GENETICKÉ VLIVY.....	19
2.3 DIAGNOSTIKA	20
2.3.1 Diagnostika dle nanda international vybrala jsem si tyto diagnózy	21
2.4 KLINICKÝ OBRAZ OD SYMPTOMŮ K DIAGNOSTICE.....	22
2.5 POZITIVNÍ SYMPTOMY	22
Dezorganizace.....	24
Porucha motoriky	24
2.6 NEGATIVNÍ SYMPTOMY	24
2.7 LÉČBA A JEJÍ FÁZE.....	25
2.7.1 Udržovací léčba	25
2.8 FARMAKOTERAPIE	26
2.8.1 Zásady užívání farmak	27
2.8.2 Antipsychotika.....	30
2.9 DĚLENÍ ANTIPSYCHOTIK	31
2.9.1 Klasická	31
2.9.2 Atypická	31
2.9.3 Správná léčba pro každého jedince	32
2.10 KINEZIOTERAPIE	32
2.10.1 Podstata kinezioterapie.....	32
2.11 PREVENCE A LÉČBA	33
2.12 KVALITA ŽIVOTA U SCHIZOFRENIE	33
3 KONCEPCE A ORGANIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE	35
3.1 AMBULANTNÍ PSYCHIATRICKÁ PÉČE	35
3.1.1 Součásti	35

3.2	EXTRAMURÁLNÍ PSYCHIATRICKÁ PÉČE A DENNÍ SANATORIA.....	36
3.3	AKUTNÍ LŮŽKOVÁ PSYCHIATRICKÁ PÉČE.....	36
3.4	DLOUHODOBÁ LŮŽKOVÁ PSYCHIATRICKÁ PÉČE	36
4	KOMUNIKACE	38
4.1	CO ŘADÍME DO PROCESU KOMUNIKACE:	38
4.2	FUNKCE KOMUNIKOVÁNÍ.....	38
4.3	MOTIVACE KE KOMUNIKACI	39
4.4	TYPY KOMUNIKACE:	39
4.4.1	Verbální:.....	39
4.4.2	Neverbální:.....	40
4.4.3	Paraverbální :	40
4.4.4	Efektivní komunikace:	40
4.5	PROFESIONÁLNÍ ZÁSADY KOMUNIKACE S KLIENTEM:	41
4.6	KOMUNIKACE S ČLOVĚKEM TRPÍCÍ PSYCHÓZOU:.....	42
II	PRAKTICKÁ ČÁST	44
5	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	45
5.1	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY:	45
5.2	LIMITACE RESPONDENTŮ	45
5.3	INTERPRETACE DAT:	45
6	INTERPRETACE DAT VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	47
7	DISKUZE	63
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	67
	SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ	68
	SEZNAM TABULEK.....	69
	SEZNAM PŘÍLOH.....	70

ÚVOD

S lidmi, kteří jsou psychicky nemocní, se setkáváme dnes a denně. Většina těchto lidí je hospitalizována, ale ti co žijí doma, se bojí překročit práh svého domu, protože pokaždé, když se podívají do zrcadla, tak na sobě vidí jakousi nálepku. Právě tato nálepka je způsobena tím, že veřejnost nemá vůbec ponětí o nemoci těchto lidí. Jestliže se budeme bavit o pacientech trpících schizofrenií, tak právě u této nemoci je dané stigma. Pokud bychom se zeptali člověka na ulici, co je to schizofrenie, tak dostaneme jasnou odpověď „rozdvojená osobnost“. Právě u těchto lidí se setkáváme s tím, že žijí v izolaci, ztrácí své přátele, ale i rodinu. U rodiny je největší problém s tím, že nedokážou podpořit a vytvořit podmínky právě pro nemocného.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože jsem se již několikrát setkala právě s těmito lidmi, kteří se léčí se schizofrenií. Velmi mě toto téma zaujalo a chtěla jsem o tomto onemocnění vědět vše. Velmi přínosné pro mě bylo vést rozhovor s těmito lidmi, ale i o ně pečovat. Cílem mé práce bylo zjistit, jakou tito nemocní preferují komunikaci, jak vycházejí s personálem a zda se jim v zařízení líbí. Zaměřila jsem se na klienty, kteří bydlí v Centru sociálních služeb Prostějov. Tito klienti zde mají nepřetržitou péči jak ze strany sester, ale i sociálních pracovníků a v neposlední řadě i sanitářů. Každý den je klientům poskytována ergoterapie, duchovní služba a pravidelně zde dochází lékař.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretickou část jsem si rozdělila na 4 kapitoly. V první kapitole jsem se zaměřila na definici pojmu schizofrenie, ale i osobnost. Dále jsem zde popsala druhy schizofrenie. V druhé kapitole jsem se zaměřila na diagnostiku, léčbu a terapii. Také jsem chtěla zjistit, jak ovlivní jedince jeho genetická predispozice, druhy léčby ale i symptomy, které nám řeknou, zda se jedná o schizofrenii. Také jak klientovi pomůže spolupráce s fyzioterapeutem. Ve třetí kapitole jsem se zaměřila na ústavní péči, kterou máme v ČR. Jaký druh si může zvolit klient při léčbě. Také jsem zjistila, jak velkou roli hraje obvodní lékař v léčbě klienta. Ve čtvrté kapitole jsem se zaměřila na komunikaci. Chtěla jsem zjistit, jaký typ komunikace bude klientovi vyhovovat a jaký druh komunikace tito klienti preferují. Zjistila jsem, jak velkou roli v komunikaci s tímto klientem hraje neverbální komunikace, a zdravotní personál by si na to měl dát pozor.

Další kapitola je praktická část. Zde jsem prováděla rozhovory s klienty Centra sociálních služeb Prostějov. Vybrala jsem si 6 respondentů, rozhovor jsem si rozdělila na části: nejprve identifikační otázky a poté jsem přešla na otázky týkající se onemocnění, zařízení, ale i komunikace. Celý rozhovor jsem si natáčela na diktafon a poté jsem si rozhovor přepsala doslovně. Ná-

sledně jsem si udělala analytické kódování, to jsem si poté zaznamenala do tabulek, ze kterých jsem vytvořila grafy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE A VYMEZENÍ POJMŮ A POPIS PROBLÉMU

1.1 Psychologie

Psychologii řadíme k vědnímu oboru, který má široké uplatnění nejen pro praxi ve zdravotnictví, ale také ve výchově, ekonomice a sportu. Pokud se budeme zabývat psychologií ve zdravotnictví, slouží nám k tomu, abychom uměli komunikovat nejen s dětmi, ale i s dospělými. Pracovníkům ve zdravotnictví pomáhá psychologie lépe porozumět jim samým, porozumět zdravým lidem a utužuje vztahy na pracovišti. Jelikož jsou zdravotní pracovníci vystaveni každodennímu stresu a smrti, psychologie jim velmi pomáhá. V dnešní době je psychologie více vyhledávána mladými lidmi. Spousta mladých lidí vyhledává besedy, články, ale také knihy. Tyto knihy pomáhají studentům připravit se na další studia nejlépe v oboru psychologie. Tito lidé se pomocí psychologie snaží poznat sami sebe, ale také své okolí a přátele. Jelikož je psychologie vědní obor, má svá pravidla, teorie a metody. Psychologie se dělí na obecnou a praktickou. (Čechová, Rozsypalová, 2001, s. 6,7)

1.2 Osobnost

Osobnost u schizofrenie se může projevit už nemorbidně. Jsou zde určité charakteristické rysy: plachost, ztráta sociálních kontaktů nebo uzavřenost. Na začátku se to projevuje jen planým filozofováním, ale také zájmem o bizarní otázky a jejich problém. S postupem času se zde projevuje netečnost, nezájem o své okolí. Pacient se více soustřeďuje na svůj vnitřní svět, pokud se u pacienta projevují halucinace a bludy. Jejich vnitřní svět je pestrý a pacient zcela nevnímá realitu. Pokud se u pacienta tyto bludy a halucinace objevují častěji, může se vnitřní svět schizofrenika postupně rozpadat. (Dušek; Večeřová- Procházková, 2010, s. 221)

Ostatní lidé tento pojem hodnotí na základě jednání jedince, vlastností, jak se společensky chová. Zda je považován za společenského, pracujícího, ale i spolehlivého, to je pro většinu populace velmi důležité, ať už jde o laiky, nebo odborníky. Osobnost jedince se z části projevuje navenek, jiné aspekty osobnosti zůstávají skryté pod povrchem. Tyto aspekty se mohou projevit jen v určitých situacích, a proto by to do jedince jeho okolí nikdy neřeklo a je stejně překvapeno, pokud se něco stane, jako rodina. Lidé mají v životě různé sociální role a ty každý jedinec naplňuje jinak. Psychologové si určili cíl a smysl bádání. Tvrdí, že jedinec musí nejprve pochopit sebe a poté ostatní. Musíme si určit, co vlastně osobnost tvoří, z jakých dílků se skládá, jak v reálných situacích jedinec reaguje a funguje. (Vágnerová, 2010, s. 11,12)

1.2.1 Charakteristika osobnosti

Prožívání, uvažování a chování. Z těchto tří aspektů vyplývá vztah s prostředím a adaptace na něj. Emoční prožívání vychází z temperamentu osobnosti, který tvoří základ osobnosti. Na druhé straně kognitivní funkce jsou spíše sekundární. Další aspekt je osobnostní, ten ovlivní charakter osobnosti a její zkušenosti. Osobnost se také skládá z objektivně měřitelných, ale i pozorovatelných vlastností, ale je zde i subjektivní pojetí vlastní osobnosti. To, jak jedinec vidí sám sebe. Vlastnosti osobnosti fungují ve vzájemné interakci, vše, jak jedinec vnímá, závisí na aktuálních podmínkách. V rámci studie osobnosti je důležitý faktor jednak trvalejší osobnostní vlastnosti, ale i aktuální nebo konkrétní chování. U jedinců se projevuje závislost na osobnostních dispozicích, tak aktuální projev má stabilnější znaky, které mohou přetrvávat v určitých situacích. Míra variability chování závisí a je také předurčena různými osobnostními vlastnostmi. Určité osobnostní faktory nemusí být za určitých situací aktivovány. Určité vlastnosti poté nemusí být viditelné a jedinec o těchto vlastnostech ani neví. Ale existuje nějaká situace, kdy se tato vlastnost může u jedince projevit, a okolí si poté myslí, že se jedinec změnil, ale není tomu tak. (Vágnerová, 2010, s. 12,13,14)

1.2.2 Co se podílí na rozvoji osobnosti

Větší podíl na rozvoji osobnosti má genetická predispozice, ale i vliv zevního prostředí. Osobnost je projevem jak genetické dispozice, ty existují již od početí. Ale i zevní faktory od narození působí na jedince a mohou jejich osobnost z velké části ovlivnit. Pokud se zaměříme na biologickou stránku jedince, ta se projevuje na emočním prožívání a reagování. Tato část mozku má za funkci zpracovat informace, ale také hodnotit aktuální situace a chování. Funkce mozku je natolik složitá, že se vědcům ještě nepodařilo vymezit část mozkové struktury, která by přímo ovlivňovala osobnost jedince, ale také přesný postup psychických procesů. (Vágnerová, 2010, s. 15)

1.2.3 Genetický základ osobnosti

Pokrevní příbuzní mají společné určité rysy. Tito lidé se na sebe podobají jak vzhledem, ale i po psychické stránce. Tito lidé na určité situace reagují stejně. Pokud se dostaneme do rodiny, kde je dobré rodinné pouto a lidé vytvářejí společné klima, tak tito lidé podporují rozvoj určitých osobnostních vlastností. Tyto genetické informace jsou zakódovány ve formě funkčních jednotek, tyto jednotky jsou označeny jako geny a jsou lokalizovány na chromozomech. Tyto funkce se neprojevují jednotlivě, ale vzájemně se ovlivňují a vytvářejí komplexy.

Genotyp jedince obsahuje tisíce informací, ale většina není aktuálně funkční. Jednotlivé jednotky jsou zapínány a vypínány jednotlivě a jen v určitém období. Tyto genetické dispozice se projevují u každého jedince jinak, závisí to na vnějších faktorech. Pravděpodobnost, že vznikne určitá vlastnost u jedince, je také závislá na výběru partnera, ten není náhodný. Dispozice vzniku psychických vlastností je dědičné komplexní, ale i multifaktoriální. Tedy na vzniku těchto vlastností se podílí více genů, tato složka genů není jen homogenní, tedy ve smyslu jak rozsahu účinku, ale i z hlediska jejich vzájemného vztahu. Vývoj vlastností je závislý na vlivu prostředí, může vše podporovat nebo naopak tlumit až deformovat tyto vlastnosti. Genetické vlohové mají určitou pravděpodobnost rozvoje, jsou závislé jak na intenzitě, ale i na kvalitě. Mají určité varianty a nazýváme je fenotyp. (Vágnerová, 2010, s. 28-31)

1.2.4 Vymezení oboru psychologie osobnosti

Jedná se o dílčí psychologickou disciplínu. Tato vědní disciplína je zaměřená nejenom na strukturu osobnostních vrstev a jejich vlastnosti. Také se zabýváme trvalejšími, ale i stabilnějšími charakteristikami. V různých situacích se osobnost bude projevovat konzistentním způsobem, nebo bude mít konkrétní projev. Tento projev bude výsledkem interakce osobnostních dispozic, ale i situačního kontextu. Na osobnost působí mnoho faktorů: biologické, sociální ale i kulturní. Zaměřujeme se na osobnost jako celek, ne jenom na analýzu dílčích psychologických funkcí. (Vágnerová, 2010, s. 25)

Jak už jsem se zmiňovala, psychologie osobnosti se zabývá obecnou strukturou osobnosti, ale i osobnostních vrstev a vlastností. Vlastnosti mají všichni lidé a jsou uspořádány tak, jak se projevují. Tato vědní disciplína je zaměřena na zkoumání obecných aspektů, ale i na poznání mechanismů a jejich procesů, které z velké části ovlivňují fungování osobnosti. (Vágnerová, 2010, s. 25, 26)

Co je to diferenciální psychologie osobnosti? Každý jedinec má určité osobnostní vlastnosti, ale u každého se projeví jinak. Psychologie osobnosti se zabývá studiem podobností, ale i různými reakcemi v určitých situacích. Naším cílem je specifikovat vlastnosti, které nám pomohou pochopit jedince. Psychologie osobnosti používá poznatky z jiných disciplín psychologie. Řadíme sem:

1. Obecná psychologie: společné pro tyto dvě disciplíny je, že zkoumá obecné principy psychiky, ale snažíme se k nim přistupovat individuálně. Ale v mnoha směrech se tyto dvě disciplíny překrývají.

2. Sociální psychologie: obě disciplíny zkoumají, jak se jednotlivé rysy osobnosti projevují v různých situacích, ale i ve vztazích a v sociálních rolích. Tyto dvě disciplíny se projevují spíše v teorii.
3. Vývojová psychologie ovlivňuje rozvoj určitých vlastností. Tyto vlastnosti se vyvíjejí už od malička, jsou zde velmi důležité vazby na rodinu. Pokud je zde málo vazeb, tak se to negativně může projevit v budoucnosti. Tyto dvě disciplíny se propojují v psychoanalytické teorii osobnosti.
4. Klinická psychologie: zde se hodnotí normální struktury osobnosti (Vágnerová, 2010, s. 26-27).

1.3 Schizofrenie

Schizofrenie se klasifikuje podle mezinárodní klasifikace nemocí. Schizofrenie se označuje F20, zde se píše: *schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoli určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání a bludy ovládání. Pasivita či ovlivňování, sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě, poruchy myšlení a negativní příznaky. Průběh schizofrenních poruch je buď trvalý, nebo epizodický s narůstajícím či trvalým defektem, anebo může být jedna či více atak s úplnou nebo neúplnou remisí.* (Kučerová, 2010, s. 20-21)

1.3.1 Jak diagnostikovat schizofrenii

Schizofrenii bychom měli umět rozpoznat podle výsledků diagnostických testů. Ale musíme vědět, že tato porucha může narušit nejen psychiku, ale i emoce nemocného. U nemocného se mohou projevit abnormality, ostatní nemusejí pochopit, co nám nemocný chce říci. Po nějaké době se může u nemocného objevit nejistota. Pacient si myslí, že mu všichni čtou jeho myšlenky. Jedním z projevů jsou bludy. Tento stav nemusí vycházet z pacientova kulturního a sociálního prostředí. K dalším projevům řadíme halucinace. Nejčastější jsou sluchové, kdy pacient slyší hlasy, i když v místnosti nikdo nemluvil. Sestra a lékař nikdy nesmí pacientovi vyvracet, že ty zvuky, které slyší, jsou jen v jeho mysli. Toto může mít negativní vliv na pacienta a může to vést až k agresivitě. Proto musíme mít neutrální postoj a vysvětlit, že uznáváme jeho prožitky, ale neshodují se s našimi. U schizofrenie převažují jednak sluchové halucinace, ale také

mají neobvyklý pocit v těle, cítí i různé pachy v prostředí. U těchto pacientů se často objevuje dobrá nálada, která se záhy mění v depresi. U těchto pacientů může být až apatie, která může ochromit pacienta natolik, že nezvládne denní činnosti. Tento stav trvá u každého jinak dlouho. U pacientů je schizofrenie spíše chronická. Objevují se zde často relapsy a poté se pacient už nemusí vrátit na stejnou úroveň jak chování, tak i fungování jako před epizodou. (Cohen, 2002, s. 157)

Pokud se pacient uzdraví z akutní epizody, je na lékaři, aby vysvětlil jak nemocnému, tak i jeho rodině diagnózu. Někdy to není snadné, může se stát, že to pacient a rodina nepřijme. Pokud to nemocný přijme, často se stává, že nikdy tak dobře nepochopí, jak tato nemoc bude probíhat a jak se bude léčit. Proto je dobré doporučit rodině svépomocné skupiny. Pokud se jedná o dlouhodobou léčbu, musíme se na to dívat z více úhlů, jako je bydlení, finance, lékařská, ale i farmakologická stránka. Měli bychom se poradit se sociální pracovníci. Měli bychom vždy využít zdravotnického týmu, který obsahuje několik odborníků. Mezi ně řadíme: klinického psychologa, psychiatrickou sestru, sociální pracovníci. Lékař by měl zajistit pravidelné prohlídky, tyto prohlídky provede on sám nebo psychiatrická sestra. U těchto pacientů je důležitá pomoc rodiny. Tito pacienti potřebují pomoc druhých, ale to vždy není možné. Pokud je u pacienta nutná nemocniční péče, musí se rodina rozhodnout pro hospitalizaci. Ale pokud je pacient schopen se o sebe alespoň trochu postarat, měl by se mu zajistit takový domov, kde je přítomen odborný tým. (Cohen, 2002, s. 158)

1.3.2 Druhy schizofrenie

Schizofrenii dělíme na několik podtypů: paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovaná, postschizofrenní, reziduální, schizofrenia simplex a jiná schizofrenie. (Kučerová, 2010, s. 21,22)

Paranoidní schizofrenie:

F20.0, je charakterizovaná relativně trvalými bludy, které jsou k tomu doprovázeny halucinacemi. Jak sluchovými poruchami, ale i poruchami vnímání. Je zde také afektivní porucha řeči a vůle. (Kučerová, 2010, s. 21)

Hebefrenní schizofrenie:

F20.1, u tohoto druhu jsou přítomné halucinace, chování je nepředvídatelné. Nálada je většinou nepřiměřená, pacienti mají tendenci k izolaci. Tento druh schizofrenie je nejčastěji diagnostikován u mladých lidí v dospívání. (Kučerová, 2010, s. 21)

Katatonní schizofrenie:

F20.2, u tohoto druhu jsou poruchy psychomotoriky. Je zde přítomen negativismus a automatismus. (Kučerová, 2010, s. 21)

Nediferencovaná schizofrenie:

F20.3, psychotické stavy, u této schizofrenie se neřadí do žádných podtypů. Ale jsou taky příznaky, které jsou u více než jednoho z nich. Do tohoto podtypu řadíme atypickou schizofrenii. (Kučerová, 2010, s. 21)

Postschizofrenní deprese:

F20.4, tento stav může přetrvávat a objevují se zde dozvuky nemoci. Objevují se zde symptomy jak pozitivní, tak i negativní. Symptomy jsou sice přítomné, ale už se neodrážejí do popředí klinického obrazu. (Kučerová, 2010, str. 21)

Reziduální schizofrenie:

F20.5, jedná se o chronickou schizofrenii. Jsou zde negativní příznaky. Projevy této fáze jsou: otupělost, snížení motorické aktivity, pasivita, nedostatek iniciativy, ale i snížená péče o vlastní zdraví. (Kučerová, 2010, s. 21,22)

Schizophrenia simplex:

F20.6, u této fáze je postup pozvolný. Pacient odmítá společnost, vše se vyvíjí pomalu a bez příznaků. (Kučerová, 2010, s. 22)

2 DIAGNOSTIKA A LÉČBA SCHIZOFRENIE

Dříve se používala antihistaminika. Jejich účinky byly důležité pro klinickou praxi. Nejvíce využívaný lék byl promazin a poté chlorpromazin. Lékaři, kteří se zabývali klinickou praxí, začali využívat chlorpromazin. U pacientů, kteří tento lék užívali, došlo k ústupku schizofrenie. Lékaři pak začali dávat lék asi 2 milionům nemocným. Po roce 1953 se objevila remise onemocnění a někteří nemocní se vrátili do normálního života mimo zdi léčebny. (Motlová, Španiel, 2011, s. 53-54)

Cílem léčby v tomto století je odstranění symptomů. Podstatou léčby je odstranění příznaků, ale i schopnost jedince obstát v životních rolích. U pacientů je nejdůležitější kombinace farmakoterapie a psychoterapie. Základem farmakoterapie jsou antipsychotika. Léky v této skupině léků zabraňují relapsu. Při léčbě je spousta problémů, mezi ně patří strach, bezradnost a nedostatek informací o nemoci. Proto je důležitá nejen farmakoterapie, ale i psychosociální intervence. Nejdůležitější je dlouhodobá intervence, díky které vnímáme dlouhodobé a varovné příznaky. Schizofrenik by si měl hlídat varovné příznaky. (Motlová, Španiel, 2011, s. 51)

2.1 Etiologie

Při rozvoji schizofrenie se uplatňují genetické faktory a vliv zevního prostředí. Při diagnostice schizofrenie nebyly určeny příčiny. Ale z genetického a epidemiologického hlediska zde byly nalezeny určité rizikové faktory. Jeden z rizikových faktorů je příbuzenský poměr k jedinci. Při provádění studie se zjistilo následující: 1% prevalence v populaci, u dvojčat je to 50%, ale musí zde být i vliv zevního prostředí. Pokud mluvíme o genetické predispozici, bylo jen u mála pacientů zjištěno onemocnění schizofrenií prvního stupně. Proto se to velmi často připisuje vlivu zevního prostředí a populační úrovně. Ale jsou zde i jiné faktory, které se na této nemoci podílejí. (Koukolík, Motlová, 2004, s. 53)

2.2 Genetické vlivy

Při studii bylo zjištěno, že genetika ovlivňuje téměř všechny zkoumané druhy chování, ale i schizofrenii. Pokud se zkoumá genetická predispozice, je nutno brát v potaz několik faktorů. Musíme také brát v potaz, že je zde rozdíl mezi relativně stabilní genovou sekvencí a značně proměnlivou genovou expresí. Pokud se provádí analýza a je nutné mít na paměti několik faktorů, které se na tom podílejí, musíme zajistit genetickou kontrolu nad geny G a E, má také vliv na rozptyl vlastností v populaci, ale ta je obvykle menší než proměnlivost genu G a E, a to i pokud se provádí pokusy extrémních vlivů v daném prostředí. Také geny, které jsou ovlivně-

ny z prostředí, jsou obecně G a E, to jim nnesvědčí. Ale genetická predispozice k vnímání specifických vlivů prostředí je jen u mála populace. Geny, které ovlivňují senzitivitu ze zevního prostředí, nemusejí být totožné s geny vnitřního prostředí. Musíme mít na paměti, že jeden fenotyp může ovlivňovat několik genů, ale na druhou stranu několik genů ovlivňuje jen jeden gen. Pokud se budeme bavit o fenotypové expresi, je vždy problém v genu a ten je ovlivněn dalšími geny. Pokud hrozí genetické riziko, můžeme jej ovlivnit výchovou. Pokud je klidná a reagující matka. To vše snižuje toto riziko. Na závěr 99% populace má stejnou genetickou informaci. Pouze 1% má ve své genetické informaci rozdíl, který může vést k poruše kognitivních funkcí. Nesmíme zapomenout, že je zde vliv zevního prostředí, ale to spíše vede k odlišnosti mezi lidmi, ne k jejich vzájemné podobě. (Koukolík, 2004, s. 53-55)

Pokud bychom hledali, jak genetika ovlivňuje schizofrenii, nejčastěji se to zkoumá na jednovaječných, dvojvaječných dvojčatech, také u adoptivních dětí. Kromě toho zkoumáme i geny vnímavosti. U těchto lidí se také zkoumá, jak se vůbec genetika přenáší, ale doposud to není známé. V současnosti vědci předpokládají, že je to na podkladě polygenní dědičnosti. (Koukolík, 2004, s. 55)

U monozygotních a dizygotní dvojčat je rozdíl v paměti, kognitivních funkcích, orientaci. Přišlo se na to, že u monozygotních dvojčat jsou výsledky vyšší než u dizygotních dvojčat. Je zde riziko také relativní poruchy kognitivních funkcí u zdravých sourozenců, kteří mají nemocného sourozence schizofrenií, mají poruchy řídicích funkcí, ale také poruchu řeči. (Koukolík, 2004, s. 55)

2.3 Diagnostika

Pokud lékař provádí diagnostiku, opírá se o psychiatrické vyšetření. Základem je psychiatrická anamnéza, ale také vyšetření psychického stavu. Přesná vyšetření nejsou, ale lékař by měl umět naslouchat, ptát se pacienta a pozorovat jeho chování, ale i mimiku. Lékař by si měl také promluvit s rodinou a zároveň i s pacientem. Při provádění psychiatrické anamnézy je základem sběr informací. Tyto informace pomohou lékaři stanovit diagnózu. Při vyšetření a kontaktu s lékařem je pacient nervózní, úzkostný, každá změna prostředí může pacienta ještě víc znervóznit. Proto bychom měli k pacientovi přistupovat opatrně, vše mu vysvětlit a dodržovat všechna pravidla slušného chování. Lékař i sestra by se měli představit, vysvětlit, co se bude dít a jak dlouho to bude trvat. Rozhovor by měl být v přátelském stylu, pokládáme pacientovi otevřené otázky. Musíme dát prostor pacientovi, aby nám řekl vše, co má na srdci. Na konci si lékař přečte, co pacient řekl, ale musí to být přesně jeho slovy. Na konci se

vše zapíše, anamnéza by měla obsahovat identifikační údaje, současný problém, předchozí pacientovu psychiatrickou diagnózu, také nesmí chybět osobní anamnéza, somatická anamnéza a nakonec rodinná anamnéza. (Češková, 2007, s. 25,26)

Jako další krok lékař posoudí stav pacienta. Lékař se postupně zaměřuje na několik funkcí. První je vzhled a chování, řeč, orientace a stav vědomí, emotivita, myšlení a vnímání. Pokud lékař bude posuzovat vzhled, musí se zaměřit na oblečení, také oční kontakt, mimiku. Pokud se zaměříme na řeč, tak nás zajímá dynamika, ale také srozumitelnost. Orientace, jestli ví pacient, kde je, jaký je den, rok, měsíc, jak se jmenuje, a paměť. Emoční stav, jakou má pacient náladu, také jestli říká své pocity nahlas, důležitá je mimika a držení těla. Pokud se zastavíme u myšlení, lékař se zaměří na to, zda má pacient logické myšlení, zda jsou přítomny bludy, halucinace, zda pacient umí určité věci od sebe odlišit, zda chápe rčení, ale i přísloví. Jako poslední je vnímání, jestli pacient má halucinace nebo iluze. Pokud jsou přítomny halucinace, musíme zjistit, jak pacienta ovlivňují v denním životě. Většinou se pacient dostává k lékaři až s akutní psychotickou atakou. Pacient je většinou dezorientovaný, má halucinace, ale taky narušené chování a myšlení. (Češková, 2007, s. 26-28)

Jestli se provádí urgentní psychiatrické vyšetření, lékař se pohybuje ve velmi malém prostoru. Při tomto stavu je v ohrožení nejen pacient, ale i lékař a jeho okolí. Lékař musí pozorně naslouchat, pozorovat pacienta a jeho chování. Lékař je pro pacienta ten, kdo ho chrání před ním samotným, ale i jeho okolím. Pokud se provádí v tomto stavu interview, měl by se lékař zaměřit na to, aby získal od pacienta několik informací, rozpoznat známky agresivity. Lékař musí mít vždy připravený pracovní tým, který by dokázal pacienta zklidnit, nabídnout na základě vyšetření medikaci. Lékař musí umět pacienta slovně zklidnit. Pokud se pacientovi podala medikace, musí se kontrolovat fyziologické funkce, odstranit z prostředí znepokojující podněty. Lékař by se měl snažit rozpoznat co nejdříve, jaké podněty pacienta zneklidňují. Také pokud se dostaví nedostatek pohybové aktivity, ale i nedostatek volných výrazových podnětů, je důležitý rychlý zásah lékaře podáním farmak. Lékař by měl rozpoznat už při první konzultaci, že je nutná hospitalizace. Nejčastěji je to u mladých lidí nebo u pacientů s přetrvávajícími příznaky. Většinou se to týká pozitivních, ale i negativních příznaků. (Češková, 2007, s. 28,29)

2.3.1 Diagnostika dle nanda international vybrala jsem si tyto diagnózy

Zanedbávání sebe sama (00193)

UZ: nedodržování aktivity k podpoře zdraví

SF: deprese, kognitivní porucha, paranoidní porucha osobnosti, schizotypní porucha osobnosti, zhoršení funkce

Akutní zmatenost (00128)

UZ: halucinace, zvýšená agitovanost, zvýšený neklid

Úzkost (00146)

UZ: behaviorální - neklid, bezděčné pohyby

SF: dědičnost

Neschopnost zvládat zátěž v rodině (00073)

UZ: agitovanost, agresivita, deprese

Riziko sebepoškození (00139)

RF: hraniční poruchy osobnosti, psychotický stav

(Herdman, 2010, s. 60,160,234, 244,317)

2.4 Klinický obraz od symptomů k diagnostice

Schizofrenie má spoustu symptomů. Jejich rychlé rozpoznání je velmi klíčové pro pacienta. Nejdůležitější pro stanovení diagnózy je důležité pozorování, naslouchání pacienta. Nesmí chybět ani informace od příbuzných a blízkých přátel. Podstatnou část tvoří zobrazovací metody: EEG, CT, MR. Tato vyšetření podstupují pacienti v první epizodě nemoci. Rozhodně nejsou žádné laboratorní metody, které prokáží schizofrenní onemocnění. (Motlová, Španiel, 2011, s. 13,14)

Symptomy pro schizofrenii rozdělujeme do 4 skupin. Psychotické, poruchy motivace, iniciativy a porucha poznávacích funkcí. Další symptomy jsou depresivní a manické. Tyto symptomy doprovází porucha spánku, změna chuti k jídlu a pocit napětí. (Motlová, Španiel, 2011, s. 13,14)

2.5 Pozitivní symptomy

Diagnostika je založena na prvních příznacích. Mezi ně řadíme vkládání nebo odnímání myšlenek. Další jsou bludy a halucinace. Pacient vnímá hlasy, některé komentují chování pacienta, ale taky mezi sebou komunikují. Psychotické symptomy jsou doprovázeny změnou chuti k jídlu, nespavostí, úzkostí a strachem. Pacient po čase začne ztrácet kontakt s realitou. Postup-

ně se řídí jen těmito hlasy, myslí si, že jsou zcela normální, ztrácí pojem o čase. Ale také o své nemoci. Za nějakou dobu ztrácí nadhled a tím nastávají i problémy s blízkými a pacient odmítá léčbu. Myslí si, že je zdravý, a tvrdí, že na psychiatrii nepatří. (Motlová, Španiel, 2011, s. 14)

Ozvučování, vkládání a odmítání myšlenek

Tito pacienti mají pocit, že jim někdo ovlivňuje myšlenky nebo jim myšlenky přímo do hlavy vkládá. U některých pacientů může dojít až k odjímání myšlenek, a proto se pacienti domnívají a bojí, že je jejich hlava otevřená kniha, ve které si mohou všichni lidé číst, a jeho myšlenky mu přímo kradou z hlavy. Tím pádem může dojít ke ztrátě jeho soukromí. Toto označujeme pojmem intrapsychické halucinace. (Motlová, Španiel, 2011, s. 14)

Bludy

Jsou mnohdy mylná přesvědčení. Velmi významnou roli hraje také mylná interpretace vjemů či prožitků, mnohdy se vyskytují více jako u 90 % pacientů. Bludné představy jsou někdy natolik pevné, že nemocného nemůžeme přesvědčit o tom, že to není pravda. Ostatní lidé toto přesvědčení s pacientem nesdílejí. Ale pravda je, že bludy vznikají postupně. U schizofreniků se to projevuje vztahovačností, protože si myslí, že se na ně všichni lidé dívají. Lidé na ulicích, v dopravním prostředku, ale že ho někdo odposlouchává i jeho telefon a tím mu narušuje soukromí. To musí mít vždy nějaké vysvětlení a tím pak vzniká blud. Po nějaké době si to pacient vysvětlí logicky. Má pocit, že se na něj všichni dívají, že je vyvolený, má léčitelské schopnosti a že dokáže spasit svět. Na jedné straně to může být příjemné. Ale na druhé straně to má negativní efekt. Pacienti si myslí, že ho všichni sledují, nejen lidé, ale i mimozemšťané a tajná služba. Pacient se cítí být řízen na dálku, někdo jeho pohyby ovlivňuje, jako by byl loutka. Stává se, že u nemocného dojde k poruše pohybového systému. Pacient se přestane hýbat, bezcílně běhá. U pacientů je blud typická choroba, která vzniká v důsledku nemoci. Nemocného není jednoduché přesvědčit, že se jedná jen o blud a není to vůbec pravda. Odlišit blud od pravdy je mnohdy velmi obtížné. Pro tyto pacienty jsou typické bizarní bludy. Tento typ bludu je nepravděpodobný, nepochopitelný, neodvoditelný v běžném životě a při nějaké skutečnosti. Nejhorší jsou bludy, které se týkají ztráty vlastní kontroly. (Motlová, Španiel, 2011, s. 15,16)

Halucinace

Týkají se nejvíce sluchových, zrakových a taktilních smyslů. Nemocný slyší hlasy, které mu říkají, co má dělat. Většinou pacient mluví o sobě ve 3. osobě. Hlasy, které slyší v hlavě, mu říkají, co má dělat. Také s kým má a nemá mluvit. Tyto hlasy komentují pacientovo jednání a chování. Pokud jde pacient k lékaři, ten to vždy pozná pomocí jeho chování. U

pacienta se to projevuje: nemocný si zakrývá uši, neodpovídá lékaři na otázku, dívá se na jedno místo. Pacient jen poslouchá hlasy v hlavě. Tento stav je velmi nepříjemný pro pacienta. U pacientů může jít o více hlasů najednou a můžou být jak mužské, tak ženské. Tyto hlasy se vždy překrývají, ale pacient už je dokáže odlišit od svých vlastních. Někdy se stává, že pacienta tyto halucinace šálí. Projevují se při usínání. Pokud ano, nejedná se o psychotický zážitek. (Motlová, Španiel, 2011, s. 16,17)

Dezorganizace

Tento projev psychózy se týká řeči a chování pacienta. U schizofrenie se to projevuje nesouvislým chováním, ale také mluvením z cesty. To vše je projev formální poruchy, která se týká právě myšlení. Ale je zde velmi tenká hranice mezi tím, co je chorobné myšlení a široká norma. Dezorganizace se projevuje zanedbáním péče o sebe včetně nápadnosti v oblečení. Pacient je uzavřený do sebe tak, že nepřijímá potravu. Pacient se toulá, neudrží si pořádek kolem sebe, ale také pořádek v denním životě. (Motlová, Španiel, 2011, s. 18)

Porucha motoriky

Pacienti mají buď zvýšenou motoriku, nebo se vůbec nepohybují. Tomuto stavu potencionálně říkáme stupor. Tento stav je život ohrožující stav. Pacient, který se nehýbe, nekomunikuje a nepřijímá stravu, je ohrožen jednak dehydratací a dekubity. (Motlová, Španiel, 2011, s. 18,19)

2.6 Negativní symptomy

Nejčastěji se projevují u pacienta sníženou emoční reaktivitou, chudostí v řeči, ztrátou zájmů a iniciativy, ale také oploštěním citů. Tyto projevy jsou úzce spojeny a také paralelně propojeny s pozitivními příznaky. Po odeznění akutních psychotických příznaků, ale také po propuštění. Poté se pacient cítí neschopný a zpomalený. Začíná se vyhýbat svému okolí a je apatický. Rodina nemocného si myslí, že se jedná spíše o lenost, ale pokud dostane nemocný nějakou motivaci, tak se vzchopí. Ale právě už zmíněná motivace a vůle nemocnému chybí. Pro pacienta je tato fáze velmi obtížná a právě zde přichází pacient na to, že se mu nějak „splétl“ mozek. Pacient mívá pocit beznaděje a ocitá se v bezvýchodné situaci. Pacienti mají ale naději, že se projev nemoci dá léčit. Negativní stránkou nemoci je, že příznaky se mohou léčit i několik měsíců. (Motlová, Španiel, 2011, s. 19,20)

2.7 Léčba a její fáze

Léčba schizofrenie prochází určitými fázemi a je velmi důležité přistupovat k pacientům individuálně. Léčbu dělíme na akutní, stabilizovanou a stabilní. (Češková, 2007, s. 62-69)

V akutní fázi podáváme antipsychotika po dobu 3-6 týdnů. Pokud ale nedojde ke změně stavu, musí lékař naordinovat jiný lék, nejlépe z jiné lékové skupiny. Pokud dojde k částečnému zlepšení stavu, podáváme léky po dobu 4-10 týdnů. Poté se lékař rozhodne pro jiný lék. Pokud se jedná o léčbu v akutní fázi, měl by lékař podávat adekvátní dávku. Léčbu by měl lékař začít antipsychotikem, určit vhodnou dobu a dávku léčby. Cílem léčby pomocí farmakoterapie je odstranění příznaků nebo alespoň eliminace příznaků, podáním antiparkinsonik. Při léčbě by se mělo zabránit stresům, pacient by měl mít toleranci, ale i informace o léčbě. Pokud má pacient dobrou prognózu, má to vliv na jeho okolí. Pokud u pacienta během léčení došlo k relapsu, byla buď špatně zvolená léčba, špatná dávka, nebo pacient léky neužíval. Pokud pacient léky užíval, ale i přesto došlo k relapsu, měla by se zvýšit dávka, nebo přidat sedativa. Pokud pacient vysadí léky, musíme znovu zahájit léčbu. (Češková, 2007, s. 62-64)

Cílem fáze stabilizace je obnovení stavu. Ale také kognitivní deficit, ale to vše může trvat 6-12 měsíců. Během této fáze pacienta propouštíme z nemocnice. Ale při této fázi je velké riziko relapsu. Pacienta bychom měli poučit o průběhu, komplikacích, ale také by měla proběhnout edukace. Mělo by se dbát, aby se pacient zapojil do rehabilitace. Snažíme se udržet pacienta v takovém stavu, v jakém opouští nemocnici, aby mohl udělat další krok. K tomu mu pomáhá jeho rodina. (Češková, 2007, s. 65)

Cílem léčby stabilní fáze je udržovací léčba. Během této fáze se snažíme udržet funkční stav, předcházet relapsu. V této fázi se snažíme zajistit tyto symptomy: pozitivní, negativní a psychopatologie. Tato fáze je zaměřená na rodinu a nemocný se snaží pracovně zapojit. (Češková, 2007, s. 65-66)

2.7.1 Udržovací léčba

Udržovací léčba je období pacienta, kdy je jeho stav stabilizovaný. V tomto období je pacientovo chování mimo vliv psychotických příznaků. Hlavním cílem léčby je zlepšit stav a zabránit relapsu. Většinou po první atace nemoci by měla léčba trvat minimálně dva roky. Udržovací léčba by měla trvat nejlépe 1 rok, ale nikdy by se neměla ohraničovat. Pokud lékař bude rozhodovat o vysazení léků, nejprve by se o tom měl poradit s pacientem. Aby pacient věděl, co léčba obnáší, jaká nese s sebou rizika. Lékař by měl brát v potaz pacientovu historii

léčby a onemocnění. Pokud lékař zjistí, že při vysazení léku hrozí psychotická ataka, měl by to ještě uvážit. Pokud i tak se rozhodne vysadit léky, mělo by se brát v potaz, že hrozí při relapsu násilí nebo sociální problém. Jsou zde také rizika léčby, mezi ně řadíme: poruchy lipidového metabolismu, hyperglykemii, vzestup tělesné hmotnosti, vzestup prolaktinu. Má to vliv i na myšlení a paměť. Pokud se tyto symptomy projeví v této fázi, je velmi obtížné rozpoznat, zda se jedná o farmakologický problém nebo přímo projevy schizofrenní psychózy. Projeví se to váhovým příbytkem, sníženou pohyblivostí, to vše souvisí se schizofrenní psychózou. Pokud se však jedná o farmakologický problém, je třeba čelit všem příznakům. Podávání depotního antipsychotika vede k trvalému snížení relapsu nemoci, ale také mohou nastat určité komplikace. Mezi tyto komplikace řadíme sníženou iniciativu a motorické poruchy. Pokud se jedná u pacienta o chronické užívání léků, je velmi nebezpečné, aby lékař změnil ordinaci. Pokud to pacient zjistí, bude mít pocit nejistoty, že se mohou vrátit relapsy a strach. Také je důležitý pomalý přechod na monoterapii, umožní pacientovi kontrolu nad nežádoucími účinky, ale také lékové interakce. Důležitou součástí udržovací léčby je kontrola: krevního tlaku, pulsu, dechu a EKG. Také jsou důležité laboratorní výsledky, standartní doplňovací testy. (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 14,15,16)

Velmi důležité je u schizofreniků posilovat odolnost vůči stresu. Bez antipsychotik to však nejde a další intervence vycházejí naprázdno. V dnešní době je velmi důležitá léčba pomocí léků. Pro pacienty je velmi důležitý pravidelný režim a zdravý životní styl. Pravidelně podstupují edukaci a intervence, které zlepšují životní styl. Kognitivní deficit se projevuje mnoha způsoby. Mezi ně řadíme zapomnětlivost a nejistotu v mezilidských vztazích. Proto se u těchto pacientů provádí nácvik sociálních dovedností. U pacientů, kteří mají psychické onemocnění se, podávají psychofarmaka, ale i tak se mohou projevit některé symptomy. Proto se u těchto pacientů provádí psychoterapie. (Motlová, Španiel, 2011, s. 52)

2.8 Farmakoterapie

Teprve teď ve 20. století došlo k významným změnám farmakoterapie. Dnes se psychický výzkum a praxe věnují kognitivním příznakům. Na tyto příznaky nahlížíjí jako na jakési jádrové symptomy. Pokud se jedná o schizofrenní psychózu, nacházíme problém u paměti a řídicích funkcí. Tato oblast se týká oblasti mozku, která je prokazatelně funkčně oslabená. Tyto příznaky se mohou projevit u jedince sníženou adaptivitou a neschopností zvládat sociální role. Tyto příznaky mohou být shodné s negativními příznaky, proto se staly předmětem terapeutické intervence. Je zde možnost ji zkoumat už od samého počátku onemocnění, ale také se zaměřit na

rehabilitaci nemocných právě s tímto onemocněním. Léčba v tomto století zabraňuje skluzu u pacientů, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni. To umožňují léky, které jsou součástí farmakoterapeutické léčby, ale musí být naordinovaná taková dávka, aby nedocházelo k extrapyramidové symptomatologii. Pacientovi se tedy podávají antipsychotika 2. generace. Tato léková skupina má širokou škálu antipsychoticky působících léků. Patří sem léky se silnou afinitou. Jakmile se zavedla léčba psychotiky 2. generace, nastala změna u pacientů. Jednak je zde důsledek postavení psychiatrických pacientů, ale má to i dopad na ekonomické postavení. Nové léky, které pacienti užívají, redukuje stigma duševní nemoci. Ale dochází i ke změně rozdílů při léčbě duševní a tělesné nemoci. (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 7)

2.8.1 Zásady užívání farmak

1. Pokud se začnou podávat psychofarmaka, je důležitá diagnostika. Účinnost léků se opírá o klinické studie. Pokud budeme pacientovi dávat léky, je velmi důležitá diagnostika. Pokud neprovedeme diagnostiku, je možnost léčit příznaky a syndromy onemocnění. Ale často jsou pak využívány nespecifické účinky farmak. Je zde důležitý tlumivý efekt. Často se stává, že užíváme lék, který je z hlediska uzdravení nebo stabilizace stavu u dané diagnózy. Pokud se naordinují farmaka u jiných onemocnění, u kterých byla prověřena účinnost, nese sebou riziko, že ohrozí důvěru ve spolupráci s lékařem. (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 9)
2. Jen farmakoterapie nestačí k úplnému uzdravení. Farmakoterapie také ovlivňuje onemocnění a přenos chemického signálu v mozku. To však pacientovi nestačí k prožívání a chování. Pacient je nejdůležitějším článkem při užívání farmak. Pacient musí vědět, proč ho bere, jak se má brát. Smyslem léčby je, aby pacient bral léky a tím ovlivnil chorobu. Je důležitá psychoedukace. (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 9)
3. Fáze onemocnění je velmi důležitá při rozhodování o délce léčby. Fáze léčby, volba farmak a naordinovaná dávka závisí na průběhu onemocnění. Je zde jeden velký rozdíl, jestli se jedná o pacienta, který neužívá psychofarmaka, nebo má rozsáhlou zkušenost. Lékař však musí vědět, zda je to akutní stádium, reziduální symptomatologie a postschizofrenní deprese. Léčba je individuální, ale je zde mnoho faktorů, na které se lékař musí zaměřit. Věk, pohlaví a míra zátěže. Jednotlivé fáze léčby mají mnoho rizik, pravidel a správné vedení. (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 10)
4. Při volbě léčby je třeba zvažovat poměr rizika a užitku pro pacienta. Volba léčby musí být přínosná. Při volbě léčby musí vždy užitek převážit rizika. Určité léky a lékové skupiny a požadavky pacienta jsou dostatečné důvody zahájení léčby. Jedná se

o odbornou, ale i etickou záležitost. Lékař musí posoudit míru užítku a rizika u každého jedince zvlášť. Je zde důležité znát postupy a je zde kladen důraz na hodnotové zázemí pacienta. Nejdůležitější je komunikace mezi pacientem a lékařem. (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 10)

5. Lékař musí kontrolovat laboratorní výsledky, nežádoucí účinky a optimální účinnost. Je zde důležitá rutina a zvyk. Nabyla zde taky důležitost užívání antipsychotik 2. generace. Je zde kladen důraz na výběr farmak. Je zde důležité, aby lékař ke každému pacientovi přistupoval individuálně, a jsou také určité rozdíly účinku antipsychotik, které mají velký vliv na psychózu. (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 10)
6. Musíme dát přednost monoterapii před kombinací. Při užívání léků může dojít ke kumulaci nežádoucích účinků. Pokud dojde ke kombinaci farmak s psychofarmaky, může dojít ke snížení jejich účinků. Užívání farmak může zakrýt účinek psychofarmak. (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 10)
7. Farmaka se musí vysazovat pomalu, pokud pacient mění léčbu, musí se to provádět pomalu. U těchto pacientů je užívání léků součástí nové rovnováhy mezi organizmem a vnějším prostředím. Pokud dojde ke změně vztahu, může to pacienta ohrozit a také vyvolat nežádoucí účinky a návrat k lékaři. Pokud vzniknou nové příznaky způsobené změnou léků, musíme to posuzovat s ohledem na tuto možnost. (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 11)
8. Pacienti by neměli užívat antipsychotika jen k jednorázové sedaci. Pokud mají farmaka dlouhodobý účinek, je důležitá spolupráce pacienta. Není dobré vše spojovat se situací, při které pacient užívá. Není dobré, aby si pacient myslel, že užívání léků je trest. Někdy se musí podat léky na zklidnění pacienta, pak je dobré mu vysvětlit, proč se mu lék podává, a vysvětlit mu souvislost s léčebným plánem. Také by zde měla být možnost, aby si pacient mohl vybrat způsob podání léku (tableta, injekce). Lékař si musí vybudovat důvěru s pacientem a terapeutické postupy. Také pokud se jedná o jednorázové aplikace, musíme zvážit rizika chápání léku jako nástroj kontroly a represe. (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 11)
9. Minimální účinná dávka. Při podávání psychotik je důležité, že se musí podávat dlouhodobě. Pokud se podávají jen v dané dávce, je to nezbytné ke kontrole psychopatologie. Je to velmi těžké, proto někdy psychotika zbavují sedativního efektu. Často neuspokojuje ani pacienty, ani personál. Pokud se podají vyšší dávky, zvyšují možnost nežádoucích účinků, tím dochází k útlumu a také poskytují pracovníkům jistotu. I pacient

při vyšší dávce zjistí, že se s ním něco děje. Ale může to ohrozit jeho jistotu a kontrolu nad sebou. To může způsobit, že pacient nebude důvěřovat lékaři. Při vyšší dávce je riziko nežádoucích účinků. Pokud se podá vyšší dávka v akutní fázi, musí se klient kontrolovat a lékař musí pacientovi vysvětlit, co může očekávat. (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 11)

10. Pokud probíhá léčba současně s farmaky, zajistí pacientovi psychoedukaci a sociální rehabilitaci. Mnoho studií zjistila, že k dobrému celkovému terapeutickému účinku přispěla léčba farmaky, ale i edukativní a nácvikové postupy. Pokud dojde k seznámení pacienta a jeho rodiny s postupem léčby, může to přispět k léčbě. To je velmi dobrý základ spolupráce. (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 11)

Pokud se zastavíme u fáze schizofrenní psychózy, je nejdůležitější včasná léčba. Pokud začneme s terapií velmi brzo, jsou dobré vyhlídky a menší riziko relapsu. Pokud je včasná léčba, tím pádem je menší spotřeba léků, menší sociální odloučení a následky duševního onemocnění. Nejprve je schizofrenie léčena jen ambulantně. Pokud je nutná hospitalizace, není to vždy dobrovolné. Právě tento druh léčby vyžaduje trpělivost a zkušenosti personálu. Velmi důležité je, aby zde byla oboustranná důvěryhodnost. Pokud podáváme farmaka, musíme pamatovat na to, že je dělíme na tři etapy. Ale u každé etapy jsou jiné cíle a rizika. U nově diagnostikované schizofrenie se podávají psychotika 2. generace. Mezi ně řadíme olanzapin, amisulprid, risperidon. Lékaři nedoporučují měnit psychotika, pokud se ustálil stav a nejsou zde přítomny nežádoucí účinky (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 11,12)

Jak dosáhneme zklidnění akutního psychotického stavu? Mezi první cíl léčby patří zklidnění pacienta. Tento cíl je společný nejen pro schizofrenní psychózu a ostatní patologické stavy. Tyto stavy jsou spojeny s agitací, vzrušeností, ale i projevy nepřátelského jednání. Jedná se jen o krátkodobý cíl, nejdůležitější jsou minuty a hodiny. Je to nejdůležitější u pacientů, kteří se psychiatrickou nemocí setkali poprvé, a význam léčby je u těchto pacientů klíčový. Tito pacienti mají první zkušenost s léčbou, proto je důležité navodit vztah lékař - pacient. Je důležité vysvětlit, proč se léčí, účinky léků a cíl léčby. Lékař by měl zvolit vhodnou lékovou formu, ale i možné rychlé nežádoucí účinky zvoleného léku. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří: kolapsy, akutní dystonie a aktazie. Pokud je nutné zklidnit pacienta, který odmítá užívat perorální tablety, je několik způsobů jak to může lékař změnit. Jednak může lékař naordinovat intramuskulární injekce a léky per os. Nejčastěji lékař ordinuje: haloperidol, risperidon, nebo olanzapin. (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 12,13)

Pokud dojde k psychotické atace, je nejdůležitější léčba akutních příznaků. Mezi hlavní cíle léčby patří stabilizovat příznaky i celkový stav. Léčbu může zkomplikovat rozvoj extrapyramidové příznaky, ale i rozvoj dystonie. Pokud dojde k interakci psychofarmak s jinými léky, negativně to působí na oběhový systém. Pokud se užívá více léků, postupně se kumulují v organismu. To má negativní vliv na myokard a to se posléze projeví na EKG. Pokud lékař ordinuje farmaka, musí vzít v potaz: historii léčby, nežádoucí účinky, současný stav pacienta, rizika léčby, věk a pohlaví nemocného. Při léčbě psychofarmaky se účinky projeví až po 4 týdnech. Pokud se účinky do té doby neprojeví, musí lékař zvolit správnou kombinaci léků. Pokud se lékař rozhodne pro kombinaci antipsychotik s benzodiazepanem, má to vliv spíše jen na zklidnění pacienta. Nejlepší volba je užívání antipsychotik 2. generace. Ty totiž vedou mnohdy k výraznému zlepšení stavu, stabilizaci příznaků až s latencí na několik týdnů. Pokud lékař ordinuje klozapin, jsou příznaky stabilizovány až za několik měsíců. Pokud lékař hodnotí stav pacienta, měl by také brát v potaz léčbu jak farmakologickou, tak i nefarmakologickou. Do nefarmakologické léčby řadíme psychoedukaci, nácvik zvládání zátěže a stresu. Lékaři nejčastěji doporučují při první fázi léčby ordinovat antipsychotika 2. generace. Pokud se začne s léčbou co nejdříve, je výskyt nežádoucích účinků nižší, má to i vliv na společenský život, zvládání životních rolí. Pokud se podávají nové léky, mají sice vyšší náklady, ale zase se zkrátí doba hospitalizace. Při správném užívání a spolupráci s lékařem má pacient naději snížit délku hospitalizací. Ale je zde i riziko dalších hospitalizací. Pokud se však lékař rozhodne pro změnu medikace, měl by se uchýlit vždy k antipsychotikům 2. generace. Pokud ani to nebude účinné, teprve poté se podává klozapin. (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 13,14)

Každá léčba je vždy individuální, cíleně na jednotlivou kategorii a také musí mít vytyčené cíle. Na léčbě se nepodílí jen lékař, je zde celý tým. Řadíme sem: psychology, sociální pracovníce, zdravotní sestry a terapeuty. Pokud je léčba řízena správně, dochází k odstranění problémů. Pokud je však vedena špatně, dochází ke chronizaci nemoci. Nejspíše postupem času dojde ke zlepšení péče, lepším lékům. (Libiger, Švestka, Seifertová, 2004, s. 16)

2.8.2 Antipsychotika

Vývoj antipsychotik byl velmi náhodný. Dalo to psychiatrii nový lék při léčbě nejtěžších psychických onemocnění. Základním lékem se stal chlorpromazin - ten se uvedl do praxe v roce 1952 a používá se ještě dodnes. Po nástupu farmakologie byla léčba snazší. Psychiatrická zařízení se díky tomu mohla odstranit omezovací prostředky. Také se mohla přiblížit klasickým oddělením díky lepší atmosféře. Také se zredukoval počet nemocných, kteří tu leželi dlouho-

době a také se mohli vrátit do života. Následně po chlorpromazinu se vyvinula antipsychotika. Tyto léky se dělí podle intenzity, ale i podle toho, co u nich hodnotíme. Postupem času se začaly vytvářet určité hodnotící škály, postupně po objevení nových léků se upustilo od škál. Lékaři začali hodnotit působení léku, a zda pacient zareagoval na léčbu. V 60. - 80. letech byl kladen největší důraz na pozitivní příznaky, léčba antipsychotiky je uměla dobře ovlivnit. V 90. letech dokázala léčba antipsychotik 2. generace ovlivnit jak pozitivní, tak i negativní symptomy. V dnešní době se lékaři soustředí i na kognitivní funkce, protože pro správné fungování pacienta jsou důležité i negativní příznaky. A pokud se chce pacient vrátit do denního života, není důležité minimalizovat jen pozitivní příznaky. (Češková, 2007, s. 34,35,36)

2.9 Dělení antipsychotik

2.9.1 Klasická

Chlorpromazin, haloperidol, tiserčin, fluanxol. Dostupnost této lékové skupiny se rychle mění. Většinou se musí doplňovat antiparkinsoniky. Tato kombinace léků může zmírnit parkinsonismus a dystonické reakce. Vedlejší účinky jsou spojené s neklidem a agitací. Další vedlejší účinky: jaterní poškození, krevní dyskrázie, antihistaminové a anticholinergní. (Češková, 2007, s. 36-42)

2.9.2 Atypická

Risperidon, klozapin, olanzapin, supirol, zeldox. Tuto lékovou skupinu dělíme do 4 skupin, které mají jiné vedlejší účinky. Specifické, multireceptorové antagonisté, antagonisté dopaminu a serotoninu, dopaminové a serotoninové stabilizátory. Nejdříve byl vyvinut klozapin, následně risperidon a olanzapin. Nově teď lékaři zkoušejí aripiprazol, který je částečně receptorový antagonist dopaminových receptorů. Celková účinnost těchto léků má podobnou farmakologickou strukturu, ale mají jiné vedlejší účinky. Tato léčiva mají menší riziko extrapyramidových příznaků, ale je zde větší riziko vedlejších účinků. U této lékové skupiny je zvýšené riziko, protože mají schopnost navodit metabolickou abnormalitu. (Češková, 2007, s. 42-51)

Pokud bychom chtěli srovnat klasická a atypická antipsychotika, není jednoznačné zjištění. Je rozdíl v širším spektru účinku, je zde taky rozdíl v menších neurologických vedlejších účincích. Atypická antipsychotika lékaři volí jako první lék. Vedlejší účinky atypických antipsychotik, pokud je srovnáme s klasickými, mají jiné spektrum nežádoucích účinků, které jsou přítomny při dlouhodobém užívání. Atypická antipsychotika mají různorodou škálu receptorové vazebné afinity. Jsou zde různorodé vedlejší účinky. (Češková, 2007, s. 51).

2.9.3 Správná léčba pro každého jedince

Při volbě léčby je zde několik faktorů, které mají vliv na léčbu. Řadíme sem: jak pacient reagoval na lék, zda jej přijal a užíval. Ale také ze strany lékaře jeho osobní zkušenost s pacientem, ale také s častými reakcemi na lék. A v neposlední řadě je kladen důraz právě na lék a jeho účinnost a jak pacient reagoval na daný lék. Lékař musí dbát také na klinickou charakteristiku. Výrazná depresivní symptomatologie: mezi nejzákladnější lék v tomto století se řadí klozapin, má dobré reakce ze strany pacientů, ale také dobře zabírá na onemocnění. Další projevy jsou: agitovanost, nonkompliance, katatonní rysy, abúzus. Mezi nejdůležitější patří vedlejší účinky podávaných antipsychotik. Zde řadíme: neurologické vedlejší účinky, metabolické poruchy a hyperprolaktémie spojené se sexuální dysfunkcí. Do rizikových skupin nemocných řadíme: pacienty, u kterých došlo k rozvoji extrapyramidové symptomatologie, sexuální dysfunkce a v neposlední řadě příbytek na váze, pacienti náchylní na rozvoj diabetu II. typu, rozvoj hyperlipidémie. Lékař by měl provést a odebrat detailní psychiatrickou anamnézu, anamnézu, která se týká somatických problémů. Odebrat základní laboratorní vyšetření a provést psychiatrická vyšetření. Psychiatr by měl také znát předchozí léčbu a druh léku a jak na něj pacient reagoval. Neměl by brát na lehkou váhu účinky antipsychotik, a pokud už tyto nežádoucí účinky nastanou, měl by umět na ně reagovat co nejrychleji a nepodceňovat je. Nejen lékař se o pacienta stará, je zde celý tým a ten by měl společně spolupracovat a sledovat projevy. Před nasazením léků se provádí bazální sledování: tlak, puls a hmotnost. Také pokud se jedná o rizikového pacienta, tak u něj sledujeme: glykémii, lipidové spektrum a EKG. (Češková, 2007, s. 85-90)

2.10 Kinezioterapie

Tento druh léčby řadíme do interdisciplinárního oboru. Je to podpůrná léčba, řadíme ji k farmakoterapii, biologické, fyzikální, ale i k chirurgické léčbě. Léčba pohybem může pomoci pacientovi dosáhnout k somatopsychické normalitě. (Hátlová, 2002, s. 35)

2.10.1 Podstata kinezioterapie

Základem této podpůrné léčby jsou cílené pohyby, které pomáhají pacientovi ke zlepšení stavu. U této metody je důležitý aktivní přístup ze strany pacienta. U pacienta dojde ke zlepšení stavu jak po psychické, biologické, ale také sociální stránce. U kinezioterapie užíváme několika prostředků. Mezi ně řadíme aktivně prováděný a cílený pohyb, součástí je také neverbální komunikace, učení a podněcování emocí. Kinezioterapie působí na psychickou stránku člověka, také duševní procesy, paměť a to vše díky důkladně prováděnému pohybu. Terapeut užívá pohybo-

vé hry, ale také prvky tělesného cvičení. Cílem této metody je odstranit nebo zmírnit psychosomatické problémy. Kinezioterapii by měl provádět jen člověk, který má kvalifikaci pro daný druh kinezioterapie. Kinezioterapie může být individuální nebo skupinová. (Hátlová, 2002, s. 35-38)

U pacientů se schizofrenií musíme dbát na to, aby program kinezioterapie zahrnoval: návaznost na předchozí zkušenost s pohybem, musí být adekvátní k psychickému, ale fyzickému stavu, reagovat na možnosti v daném prostředí. Terapeut musí zvolit vhodný typ ergoterapie. Pokud se rozhodneme pro integrativní kinezioterapeutický program, tak bychom měli pamatovat na jednoduché gymnastické pohyby a polohy. Cvičení by mělo být vždy nenáročné a užívat dechové cvičení. (Hátlová, 2002, 67-69)

2.11 Prevence a léčba

Na první místo klademe rodinnou intervenci. Mnoho lidí neví, že v domácnosti jsou často spory, které končí násilím vůči ostatním členům. Proto se snažíme odstranit z okolí všechny projevy. Jako první by se měl minimalizovat stres, který je v rodině, ten je velmi často na prvním místě toho, co hádku vyvolá. Proto by se měla rodina obrátit na lékaře, který jim doporučí, co mají dělat. Důležitým krokem v této fázi je rodinná psychoedukace. Zde se členové rodiny naučí ovládat a zvládat situaci, která by mohla znovu v rodině nastat. Velmi důležité je, aby byl nemocný pozitivně naladěný, to snižuje riziko napadení. U schizofrenních pacientů, kteří jsou agresivní, je spojeno s abusem drog a špatná spolupráce s ošetřovatelským týmem. U pacientů, kterým byla nařízena ochranná léčba, ale také díky rozhovorům, které se provádějí, se zjistilo, co bylo podkladem agresivity pacientů. Podklad je: noncompliance a abusus drog. (Motlová, Koukolík, 2004, s. 346, 347)

2.12 Kvalita života u schizofrenie

Na začátku se lékaři snažili zjistit, o co jsou tito lidé ochuzeni. Přišlo se na to, že u pacientů trpících schizofrenií je špatná finanční situace, ale i mezilidské vztahy. Ale pokud se jedná o aktivity, tak zde tito lidé nejsou v žádném směru o nic ochuzeni. Tato zjištění byla potřebná a důležitá, aby se mohl pacient zapojit do běžného života, a na základě tohoto zjištění se začala tvořit komunitní centra. Zde si pacienti utužovali své sociální role. Mělo to i význam v oblasti farmakoterapie a psychosociální intervence. Mělo to význam i pro samotného pacienta, ten se mohl rozhodnout a zhodnotit kvalitu svého života zda je schopen žít sám u rodiny. Kvalitu života rozdělujeme do dvou skupin, na objektivní a subjektivní kritéria. Do objektiv-

ních kritérií řadíme: počet dětí, vzdělání, zda někdy a jak dlouho pracoval. Do subjektivních zase řadíme: to, co nám sám pacient řekne, jak se cítí ve společnosti, jaký vliv na něj mají objektivní kritéria. Zda je jeho kvalita života dobrá nebo ne. Jaké má pacient cíle, schopnosti a dovednosti. Jak je to u všeho v našem životě, jsou zde i kritici, kteří to všechno zamítají, tvrdí, že úsudek je ovlivněn kognitivními funkcemi, emočními afekty, afektivní plochost a to vše je soubor příznaků osobní obrany. U těchto pacientů je riziko akutní exacerbace. V této fázi není pacient schopný o ničem rozhodovat, ale také nám říct, jak se cítí, a údaje o sobě a rodině. Ale je zde velké procento stabilizovaných pacientů, kteří nemají problém rozhodovat o sobě, a vše nám popsat. Tyto výpovědi jsou tak spolehlivé, že je nikdo nezpochybňuje. (Motlová, Koukolík, 2004, s. 347-350)

3 KONCEPCE A ORGANIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Psychiatrie patří mezi základní klinické obory. Psychiatrická péče musí být komplexní, dostupná, ale základem je, že je vždy individuální. V dnešní době má psychiatrická péče několik charakteristik. Péče je složená ze tří pilířů: ambulantní, lůžková a intermediární. V současné době se snažíme odstranit stigma ze společnosti. Plně respektovat důstojnost a práva nemocných. Rozvíjet a zvyšovat znalosti pracovníků. Proto se vytvořilo pregraduální a postgraduální vzdělání. Snažíme se snížit počet lůžek ve velkých psychiatrických léčebnách. A snažíme se budovat menší psychiatrické léčebny ve více městech ČR. (Praško, Hunková, 2011, s. 325,326)

3.1 Ambulantní psychiatrická péče

Je zde spolupráce s obvodním lékařem. Ten úzce spolupracuje s psychiatrem, ale i ostatními specialisty. Sice se jedná jen o krátkodobou, ale významnou část v pacientově životě. Kontakt s psychiatrem je dlouhodobý. Psychiatr představuje důležitou součást tohoto řetězce. Je nositelem veškerých informací o nemocném. Jedná se o „ primární psychiatrickou léčbu“. Pokud dojde nemocný do ambulance, jedná se zde o první kontakt nemocného s psychiatrem. Psychiatr je pak koordinátor v léčbě a spolupracuje s ostatními. Ambulantní péče se skládá z několika aspektů. (Praško, Hunková, 2011, s. 325,326)

3.1.1 Součásti

Přímý přístup: je zde velmi důležitá dostupnost péče, snažíme se touto cestou odstranit stigma. Pokud by nebyly ambulance došlo, by ke zhoršení stavu a rizika pro nemocného. Psychiatrická péče musí být bezbariérová a nízkoprahová.

Kontinuální dlouhodobá péče: vztah pacient a lékař je dlouhodobý, lékař ví o pacientovi vše a je obeznámen s jeho situací, prostředím v domácnosti. A ví, jak se u něj nemoc projevila. Má dobrý přehled o průběhu léčby a počtech hospitalizací.

Komplexní péče: řadíme ji do primární péče. Psychiatr musí znát diagnostiku a terapeutické zaměření. Psychiatr by se měl zaměřit na biologickou, psychologickou oblast, ale i sociální postavení. Může také spolupracovat s ostatními odborníky.

Koordinovaná péče: Ambulantní psychiatr koordinuje celkovou péči o pacienta. Měl by být průvodcem jeho nemocí, doprovázet ho a doporučovat mu určité postupy léčby.

Komunitní péče: účelem je léčba a udržení stavu pacienta v jeho přirozené komunitě.

V ambulantní léčbě se diagnostikuje, léčí, ale také probíhá rehabilitace a prevence. Ve většině onemocnění se jedná právě o ambulantní péči. Jen malé procento je na úrovni lůžkové péče. Do psychiatrických ambulancí řadíme mnoho dalších, jako je: sexuologie, gerontopsychiatrická ambulance a AT poradna (alkoholismus- toxikomanie) (Praško, Hunková, 2011, s. 326,327).

3.2 Extramurální psychiatrická péče a denní sanatoria

Jedná se o součást ambulantní péče. Je pro pacienty, kteří ještě nepotřebují lůžkovou psychiatrickou péči. Slouží pro denní pobyt psychiatricky nemocných. V těchto zařízeních se provádí léčba a rehabilitace. Jsou zde také vybudované chráněné dílny a práce. Toto zařízení usnadňuje přechod z hospitalizace do běžného života. Jsou součástí zdravotnického a nezdravotnického zařízení. Následně se začala zakládat noční sanatoria, krizová centra, centra denních aktivit, chráněné bydlení. Také zařízení pro podporu práce a zaměstnání (rehabilitační a chráněná dílna, přechodné zaměstnání, podporované zaměstnání, sociální firmy a sociální družstva pro seniory. (Praško, Hunková, 2011, s. 328-330)

3.3 Akutní lůžková psychiatrická péče

Tato lůžka se nacházejí v psychiatrických léčebnách, psychiatrických odděleních nemocnic, psychiatrických klinikách při fakultních nemocnicích. Věnují se výuce a výzkumu. Pokud je nemocný přijat, leží tu po dobu 50 dní. Tato zařízení poskytují spíše akutní péči. Zvláště je pak využívána pro soudní potřeby, ale i diagnostiku. Pokud se jedná o zařízení, které je poblíž nemocnice, je zde kapacita lůžek 20-70. Jsou zde jak lůžka pro dospělé, tak pro děti. Je zde 24 hodinová péče. Toto zařízení využívají i jiné medicínské obory. Provádí konziliární psychiatrické služby. Pokud by bylo třeba, je možnost zde zřídit jednotku intenzivní péče. Pokud bychom se bavili o psychiatrickém oddělení fakultních nemocnic, mají status kliniky. Tento typ zařízení zajišťuje pregraduální výuku pro vysokoškolské studenty, ale i postgraduální vědecké studium, kde se zabývají spíše výzkumnou činností. (Praško, Hunková, 2011, s. 331,332)

3.4 Dlouhodobá lůžková psychiatrická péče

Je zde vždy spádová oblast, ta je určena Ministerstvem zdravotnictví ČR. Zde se zajišťuje spíše dlouhodobá léčba a rehabilitace psychiatricky nemocných. Jedná se buď o dobrovolnou hospitalizaci, ale můžeme se setkat i s nedobrovolnou hospitalizací. Na začátku hospitalizace se vždy provede diagnostika, terapie, posudková činnost, ale také sociální práce. Jelikož je v ČR nedostatek alternativních léčebných zařízení, musí léčebny provádět veškeré spektrum péče,

ale i kontakt se sociální pracovníci. Musejí také provádět výkony u nedobrovolných hospitalizací, které nařídil soud. Často se setkáváme s tím, že tento typ léčby nahrazuje jak léčebnu dlouhodobě nemocných, také domovy pro seniory. (Praško, Hunková, 2011, str. 332,33)

Jelikož je v ČR nedostatek alternativních léčebných zařízení, musí léčebny provádět veškeré spektrum péče, ale i kontakt se sociální pracovníci. Musejí také provádět výkony u nedobrovolných hospitalizací, které nařídil soud. Často se setkáváme s tím, že tento typ léčby nahrazuje jak léčebnu dlouhodobě nemocných, také domovy pro seniory. (Praško, Hunková, 2011, s. 332,33)

4 KOMUNIKACE

Komunikaci můžeme chápat jako proces, díky kterému si předáváme informace. Komunikace vytváří základ pro další vztah mezi lidmi. Na tomto procesu se podílí několik článků (Pokorná, 2009, s. 9)

4.1 Co řadíme do procesu komunikace:

Komunikátor - člověk, který má právě tu myšlenku, ale i záměr a nesmíme zapomenout na důvod předávané informace ke komunikaci.

Kódování - pomocí kódování převede komunikátor svou myšlenku do symbolů

Práva - to je výsledek celého procesu

Prostředek - druh zprávy

Dekódující příjemce - příjemce zprávy pomocí vlastních zkušeností rozluští obsah zprávy

Zpětnou vazbu – reakce příjemce zprávy

Šum - sem řadíme určité faktory, které by mohly změnit obsah zprávy, a následně špatné pochopení této zprávy (Pokorná, 2009, s. 9).

I když se dodrží všechny součásti komunikace, může i tak dojít poruše, poškození, ale také k nedokonalosti. Druhá osoba může tuto informaci špatně interpretovat, nemusí informaci pochopit, mohou se objevit i komunikační bariéry, které komunikaci zkomplikují. Proto se musíme snažit, aby byla informace přesná a dobře pochopitelná. (Pokorná, 2009, s. 9)

Komunikace se vytváří jako vztah mezi minimálně dvěma subjekty, kteří o sobě vědí a společně subjektivně sdílejí, prožívají a reagují na určitou objektivní situaci. Objektem komunikace je potom to, jak na tuto situaci reflektují, jak ji řeší a jak na ni společně reagují. (Pokorná, 2009, s. 9)

Proto se komunikace vyznačuje jako transakční proces, během kterého může každý fungovat jednak jako mluvčí, ale i posluchač. Pokud jedinec v jednom okamžiku vysílá informaci, může v tom stejném okamžiku přijímat jednak na reakce jeho informaci, ale i reakci té druhé osoby na danou informaci. (Pokorná, 2009, s. 9)

4.2 Funkce komunikování

Informovat: předáváme informace, doplňujeme informace, ale nesmíme zapomenout informaci předat

Instruovat: navést, naučit, ale i zasvětit adresáta

Přesvědčit: vždy se snažíme přesvědčit někoho, aby změnil svůj názor a tím ho dostat na svou stranu

Vyjednat: vždy bychom se měli snažit řešit situaci a následně ji vyřešit

Pobavit: umět uvolnit atmosféru eventuálně i někoho rozesmát a pobavit. Nejen druhou osobu, ale i sebe (Vybíral, 2009, s. 31).

V běžném životě nejsou tak časté jen informativní a popisné informace. Více se setkáváme se skrytým instruováním, ale častěji s přesvědčováním. Setkáváme se s tím tam, kde je jen promluva. Tohle všechno můžeme vidět u sdělovacích prostředků, zde vidíme jednak neúplné informace, ale mnohdy se tyto informace popírají. U některých lidí se můžeme setkat s tím, že jim záleží spíše na formě komunikace než na obsahu informace. Tohle může vést k tomu, že chtějí na sebe upoutat pozornost. (Vybíral, 2009, s. 31, 32)

4.3 Motivace ke komunikaci

Každý jedinec má potřebu komunikovat s druhými lidmi. Komunikace je fyziologický jev. Motivace je ovlivněna mnoha faktory. Zda je nám druhá osoba sympatická, jakou máme momentálně náladu, zda jsem unavení, jestli ovládáme jazyk druhé osoby. Motivaci rozdělujeme do několika skupin. Motivace kognitivní, zjišťovací a orientační, sdružovací, sebepotvrzovací, adaptační, přesilová, požitkářská, existenciální. (Vybíral, 2009, s. 32-35)

Je zcela přirozené, že někdy nemá jedinec potřebu komunikovat, ale také potřebujeme být sami. Tento stav se vyskytuje u lidí, kteří každý den komunikují s více lidmi, musí řešit neustále mezilidské vztahy, ale také mnohdy je člověk emočně rozladěný. Ale pokud tento stav trvá delší dobu je to známka duševní abnormality. (Vybíral, 2009, s. 32-35)

4.4 Typy komunikace:

4.4.1 Verbální:

Verbální komunikace probíhá tváří v tvář, nemění se, probíhá vždy v daném čase, měla by být vždy individuální a měla by být vždy mezi dvěma subjekty, tvoří základ komunikace. (Pokorná, 2009, s. 14)

4.4.2 Neverbální:

Neverbální komunikace je vývojově starší. Dá se velmi špatně ovládat vůlí. Do neverbální komunikace řadíme projevy emocí, pocitů, nálad, snažíme se změnit postoj druhého a zlepšit svůj vlastní dojem. Do neverbální komunikace řadíme: viziku, mimiku, kinetiku, haptiku, chronemiku, proxemiku, posturologii, a gestiku. (Pokorná, 2009, s. 17)

4.4.3 Paraverbální :

Je to vyjádření toho, co chceme říct, ale ne slovy, ale zvukem.

4.4.4 Efektivní komunikace:

U této komunikace je velmi důležité, aby si dva lidé při komunikaci rozuměli. U těchto jedinců nedojde ke zkreslení informací. Tento typ komunikace má jasně stanovené cíle a na konci by měl vysvětlit problém, se kterým jedinec přišel. Měla by navodit důvěru k druhému člověku a následně, pokud je to možné, si stanovit cíl a další postup v léčbě a diagnostice. Tento typ komunikace má 7 bodů. Důvěryhodnost, kontext, obsah, jasnost, kontinuita a konzistence, kanály a schopnost veřejnosti. Při každém rozhoru bychom měli také dosáhnout určených cílů, tyto cíle se následně shrnují do 5 úkolů. Lékař by se měl zeptat, proč za ním nemocný přišel. Po nějaké době by měl zvládnout stanovit klinický problém nebo problémy. Také bychom měli věnovat čas na vyřešení těchto problémů. Pokud jedinec nechápe v čem je problém, měl by mu lékař jeho podstatu vysvětlit. Také by měl umět efektivně využít stanovený čas, pro rozhovor s klientem. (Pokorná, 2009, s. 33,34)

Při efektivní komunikaci je důležité pochopit jednak chování, ale i jednání nemocného. Měli bychom být schopni vysvětlit nemocnému jeho problém. Jedinec totiž jde k lékaři jen s určitými symptomy, o kterých jedinec neví vše, a potřebuje pomoc. Proto je velmi důležité, aby byl lékař schopen aktivně naslouchat jedinci. Co je to aktivní naslouchání? *Aktivní naslouchání je definováno jako stav, kdy aktivně posloucháme druhou osobu, snažíme se porozumět tomu, co nám sděluje. Jsme schopni pozorně vnímat informace, držet se hlavního tématu.* Pro nemocného je to velmi důležité, protože má jistotu, že ho posloucháme a jsme schopni reagovat na jeho dotazy. Tím si také můžeme získat jeho důvěru. Tímto způsobem nemusíme jedinci radit, ale můžeme najít spolu odpověď na daný problém. Při rozhovoru můžeme také využít empatického naslouchání. Empatické naslouchání můžeme chápat jako vyšší stupeň, tento typ se více zaměřuje na mezilidské vztahy a psychické problémy. (Pokorná, 2009, s. 34,35)

4.5 Profesionální zásady komunikace s klientem:

Při komunikaci s klientem bychom se měli vyhnout odborným termínům. Také celou konverzací přizpůsobit úrovni inteligence, schopnostem a zkušenostem klienta nás pochopit. Pokud by lékař používal odborné výrazy, mohlo by to všechno klienta zmást. Na konci bychom se neměli bát zeptat pacienta, zda nás pochopil. A pokud to bude možné si to ověřit zpětnou vazbou. Nesmíme zapomínat na to, že jednáme s klienty v napjatých emočních situacích. Tito lidé mohou mít vysokou inteligenci, kvalitní vzdělání a neporušené smysly. Může se stát, že klienti informace pochopí jinak, než jsme řekli: slyší to, co jsme neřekli, ale jen to, co očekávali. Ale i to, čeho se hrozili, že od nás uslyší. Proto bychom si měli pokaždé zjistit a ověřit, zda nás pochopil, a uvést vše na pravou míru, pokud to tak nebylo. Komunikace by měla být pravdivá a nikdy bychom neměli klientovi lhát. Ale v určitých situacích nemusíme říct klientovi celou pravdu. Než jdeme za klientem, musíme mu sdělit informace, musíme také předem odhadnout situaci, jak na to klient zareaguje. Musíme klienta lépe znát a mít spolehlivý odhad, jak tuto informaci přijme. V některých případech je lepší sdělit klientovi informaci po částech a kdo v této místnosti je přítomen. (Chodura, 2000, s. 8-13)

Jsou ale i klienti, kteří nechtějí nepříjemnou pravdu slyšet. Pokud už klientovi něco řekneme, musíme mít dostatek času a hned po rozhovoru neopustit místnost. To by byl pacient ještě více nervózní a potřebuje pomoc. Pokud se bude chtít zeptat na nějaké informace, měli bychom si s klientem domluvit termín další schůzky, na které se nás bude moct zeptat, na co bude chtít. Každý klient přijme informaci jinak. Někomu trvá několik hodin, dnů či týdnů zpracovat zjištěnou informaci. (Chodura, 2000, s. 8-13)

Při komunikaci s klientem si musíme dát pozor také na neverbální komunikaci. To by mohlo být pro klienta matoucí. Někdy je těžké nejen pro lékaře, ale i pro sestry udržet v dialogu plnou autenticitu, ale nesmíme také zapomenout respektovat zásady „pozitivní komunikace“. Do pozitivní komunikace řadíme pochvalu, zájem, ale také obdiv. Ale nesmíme zapomínat na to, že může být přítomná i „negativní komunikace“. Do negativní komunikace řadíme: kritiku, hněv, výčitky, ale i rozkazování. Lékaři by měli umět ovládat své zevní projevy emocí, ale i kontrolovat své jednání. Ale v některých vypjatých situacích není schopen tyto emoce ovládat. (Chodura, 2000, s. 8-13)

Práce ve zdravotnictví je velmi unavující. Pracovníci se setkávají denně se smrtí, bolestí, ale také s duševními trýzněmi, beznadějí, ale i zoufalstvím. Často jsou pacienti agresivní. U těch to pracovníků hrozí riziko syndromu vyhoření, to má vliv na samotnou práci, ale také to má

dopad na duševní zdraví. Proto bychom měli umět hospodařit se svými emocemi. Každý pracovník by měl nastolit takový styl komunikace, který nás nevyčerpává. Měli bychom komunikovat klidně, pravdivě a to je vždy nezbytně nutné, ale i účelné. Při komunikaci bychom si měli hlídat tón hlasu, intonaci, ale i neverbální komunikaci. (Chodura 2000, s. 8-13)

Průběh komunikace by měl být vždy dialog, ne monolog. Dialog by měl být rovnoprávný, ale také nesmíme vnučovat téma. Vždy by měla trvat stejně dlouho komunikace ze strany klienta, ale i sestry nebo lékaře. Nikdy by neměla být v rozhovoru asymetrie: že se jeden ptá a ten druhý mu odpovídá. Při komunikaci bychom neměli zaujímat ani dominantní, submisivní, nikdy ne prvky agresivity a manipulace z naší strany. (Chodura, 2000, s. 8-13)

4.6 Komunikace s člověkem trpící psychózou:

U těchto pacientů je někdy velmi obtížné navázat komunikaci. Tito klienti mají natolik zasažené jádro osobnosti člověka, že se u nich vyskytují halucinace, bludy a poruchy logiky a myšlenkových pochodů. I když se snažíme do nich vcítit, tak to není vždy možné. Podle rozsahu poškození: myšlení, vnímání, hodnocení, ale také jednání a komunikace není vždy snadná. U klientů s autistickým stuporem a mutismem psychických poruch je komunikace velmi obtížná, až nemožná. U těchto pacientů bychom měli komunikovat vlídně, klidně a hlavně pomalu. I když s námi nekomunikují, vždy nás slyší. U pacientů s psychózou je velmi těžké komunikovat. Jsou natolik ovlivněni bludy a halucinacemi, že nevnímají své okolí. Ale jsou si vědomi toho, že je druzí nechápou, odsuzují je a odmítají je. Proto klient o těchto bludech po čase přestane komunikovat nebo to dělá jen zřídka a následně se stáhne do sebe a přestane úplně komunikovat. (Chodura, 2000, s. 39-42)

U těchto pacientů se často zjevuje metakomunikace: klient se dívá do strany, při komunikaci se nedívá druhému do očí a jeho hlas je monotónní. Při komunikaci s tímto klientem je někdy velmi obtížné mít dialog. Tito klienti si myslí, že o něm všechno víme, i to, co nám chce říct. Tento klient nám vždy říká „*Vždyť vy to všechno dobře víte!*“. Právě v této situaci se musí začít v celé konverzaci znovu a říci: „*Raději mi to, prosím, řekněte úplně od začátku*“. Pokud se u jedince objeví porucha spojitosti a myšlenkových pochodů, je pro okolí jeho komunikace velmi nesrozumitelná. Jeho větné spojení ztrácí souvislost a jeho slovní projev se rozpadá. Pokud komunikuje s druhým, tak se zde objevují neologismy a podle nich může druhý pochopit, co mu říká, anebo ho vůbec nepochopí. Věty se stávají nesrozumitelné, málo konkrétní a nezřetelné. Proto je vždycky lepší ho poprosit, ať nám větu zopakuje ještě jednou. Komunikace je

ztížená halucinacemi a bludy, zejména těmi sluchovými. Klient si myslí, že jsme mu tuto větu řekli, ale ve skutečnosti je to jinak. (Chodura, 2000, s. 39- 42)

Klienti s halucinatorním syndromem jsou velmi podezřívavý a myslí si, že jsme pro ně nebezpeční. Proto je dobré během komunikace s nimi udržovat bezpečnou vzdálenost a nepřibližovat se k němu, dokud on sám ten první krok neudělá. Pokud komunikujeme s klientem úplně poprvé, měl by být dialog spíše neutrální. Nikdy neužívejme slova, která mají dvojí smysl, nemusel by to pacient vždy pochopit. Vždy užíváme slova neutrální. Pokud se snažíme ke klientovi více přiblížit, může to mít u něho opačný význam. Může to brát jako ohrožení. Také se musíme soustředit na neverbální komunikaci, každý úsměv může být brán jako posměšek nebo až výsměch. (Chodura, 2000, s. 39-42)

Pokud si položíme otázku jak reagovat na to, když nám klient sdělí své bludy. Nikdy s ním neoponujeme. Ale také jej nevyvracíme. Vždy bychom měli říct, že ho chápeme a je pro něj velmi důležitý. Důležité je se zeptat nemocného, zda jeho blud pro něj důležitý a je si s ním stoprocentně jistý. Je důležité, co klient z bludu vyvodí, ne blud samotný. O tomto bludu vždy hovoříme obecně a neosobně, můžeme opatrně vyjádřit rezervovanost. Nikdy by neměl být pro nás blud tak důležitý. Měli bychom zjistit jeho sociální postavení, zabezpečení a sociální poměry. Ale celkovou psychoterapeutickou oblast bychom měli nechat vždy na odborníkovi: psychiatr a jeho tým. (Chodura, 2000, s. 39-42)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit schopnost komunikace mezi personálem a klientem trpícím schizofrenií. Rozhovory jsem prováděla v Centru sociálních služeb Prostějov. Dříve jsem zde chodila na brigádu a na praxi a právě proto mě zaujala práce se schizofreniky. Zvolila jsem si kvalitativní výzkum, polostrukturovaný rozhovor. Interpretace dat byla provedena analytickým kódováním: do svého výzkumu jsem použila otevřené kódování, které se zabývá jednak označováním, ale i vytvářením kategorií. Jedná se o proces rozebírání, prozkoumávání, pozorování a kategorizaci údajů. V každém kroku jsme si rozebrali jednotlivé části a samostatně jsme je prostudovali. Na konci jsme ale zjistili podrobnosti a podobnosti, na které klademe otázky. Základní analytické postupy, pomocí nichž se dosahuje otevřeného kódování, jsou: kladení otázek a zjišťování rozdílů porovnáváním jednotlivých odpovědí zkoumaného jevu mezi sebou (Kutnohorská, 2008, s. 95)

Získané údaje jsme analyzovali kódováním do kategorií a subkategorií. Které jsme vyhodnotili triangulací (kvantitativní vyhodnocení kvalitativně získaných údajů). Subkategorie jsou prezentovány formou tabulek a grafů.

5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky:

Hlavní cíl a výzkumnou otázku jsem si stanovila:

Na jaké úrovni je komunikace klienta s ošetřujícím personálem

Díličí výzkumné otázky:

Zjistit, jak jsou klienti spojeni se zařízením

Kdy se nemoc začala projevovat

Také jakou formu komunikace klienti preferují

Zjistit, zda klient chodí na ergoterapii

5.2 Limitace respondentů

6 respondentek, léčené schizofrenií ve věku od 27 do 72 let, ženského pohlaví

5.3 Interpretace dat:

V bakalářské práci jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, polostrukturovaného rozhovoru. Rozhodla jsem se pro rozhovory, které jsem udělala s klienty, kteří bydlí v Centru sociál-

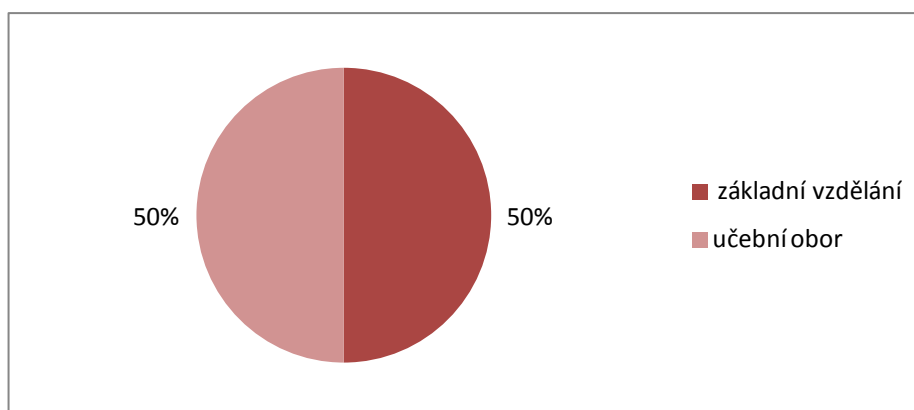
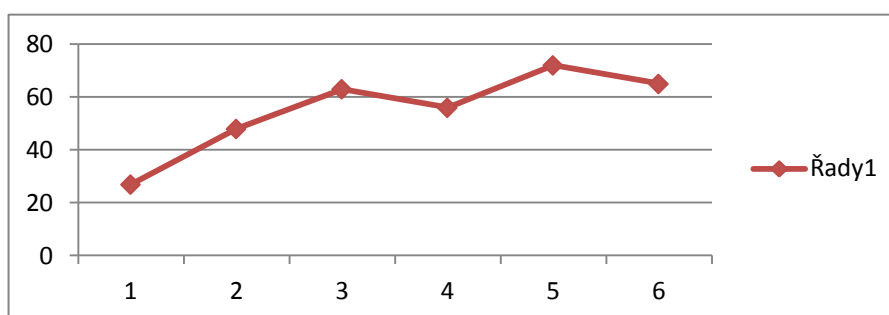
ních služeb Prostějov. Tyto rozhovory jsem si nahrávala na diktafon a následně jsem je doslovně přepsala do počítače. Poté jsem přešla k analytickému kódování. Poté jsem si tato data vložila do tabulek a následně udělala grafy.

6 INTERPRETACE DAT VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Otázka č. 1: Identifikační údaje

Tabulka 1: Identifikační údaje

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Pohlaví	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena
Věk	27	48	63	56	72	65
Vzdělání	Základní	Základní	Učební obor	Oděvářka	Pánská krejčová	Základní



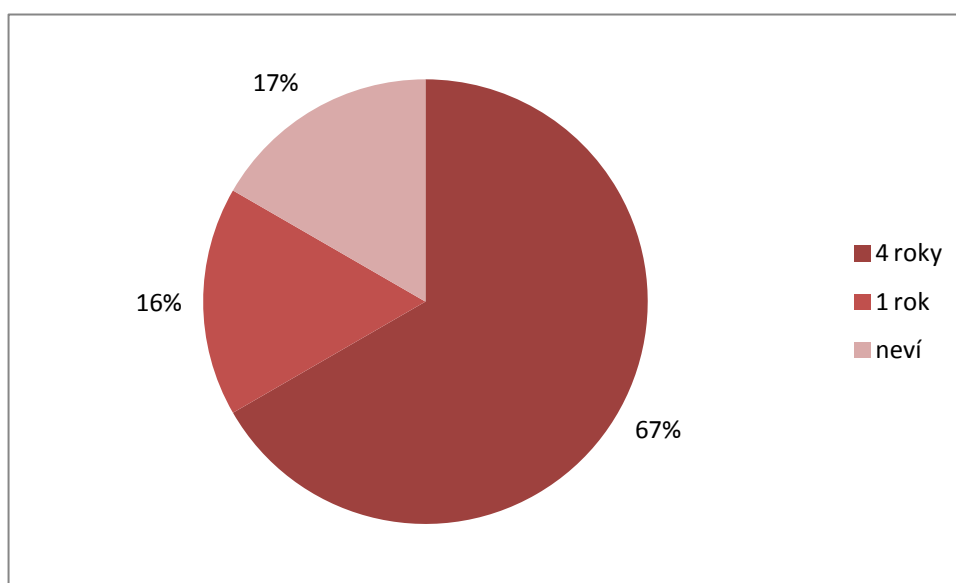
Graf 1: Věk a Vzdělání

Komentář: Vybrala jsem si 6 respondentů. Všechny to byly ženy, ve věku od 27- 72 let. 3 měly jen základní vzdělání a 3 učební obor.

Otázka č. 2: Jak dlouho bydlíte v Centru sociálních služeb?

Tabulka 2: Jak dlouho zde bydlíte

R1	4 roky
R2	1 rok
R3	4 roky
R4	4 roky
R5	4 roky
R6	Neví



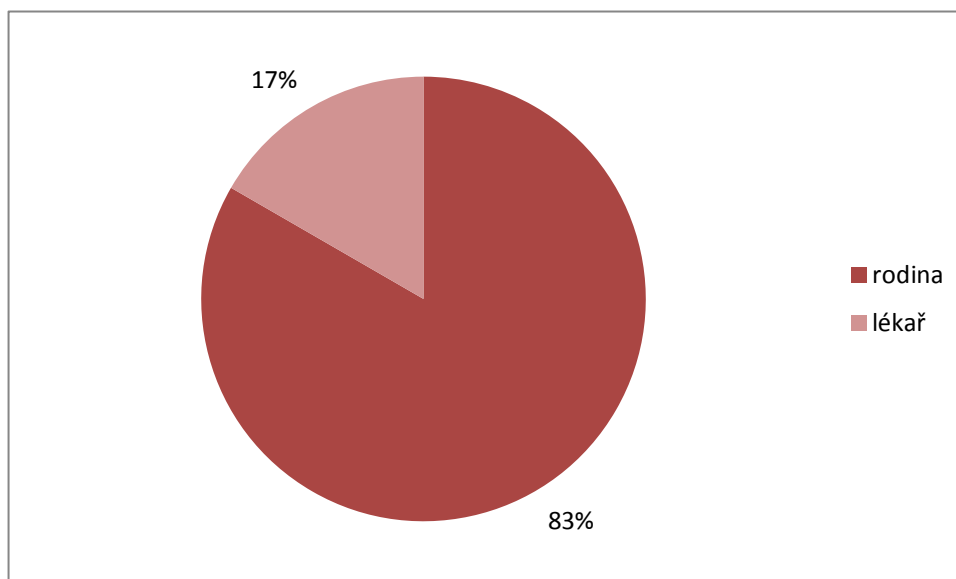
Graf 2: Jak dlouho zde bydlíte

Komentář: Na otázku č. 2 „Jak dlouho bydlíte v Centru sociálních služeb?“ 4 respondentky odpověděly, že 4 roky, 1 respondentka 1 rok a 1 respondentka neví

Otázka č. 3 Kde jste bydlela předtím a kdo se o Vás staral?

Tabulka 3: Kde bydlela předtím

R1	Bydlela jsem u rodičů, nejvíce se o mě starala mamka
R2	U rodiny staral se o mě syn
R3	V léčebně
R4	Maminka se o mě starala
R5	Jsem vdova, staral se o mě syn
R6	Doma, staral se o mě otec



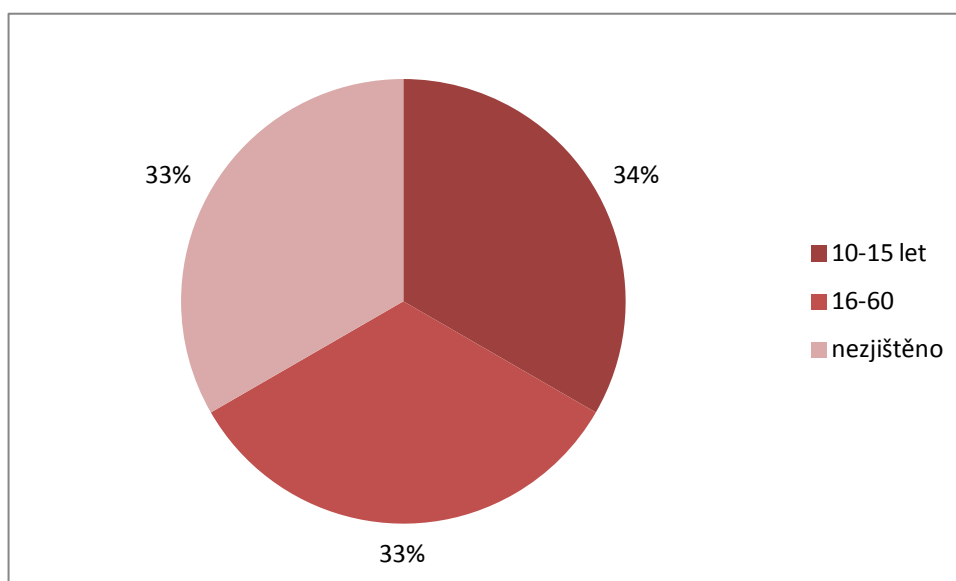
Graf 3: Kde bydlela předtím

Komentář: na otázku č. 3 „Kde jste bydlela předtím a kdo se o Vás staral?“ 5 respondentek odpovědělo, že rodina a 1 respondentka, že byla v léčebně

Otázka č. 4 Kdy se u Vás projevily první příznaky psychického onemocnění?

Tabulka 4: Kdy se projevily první příznaky?

R1	Už v 6 třídě, když jsem se narodila byla jsem celá bez sebe, měla jsem horečky , mamka mi říkala že mi poškodily mozek
R2	V 16 letech, děti mě trápily
R3	Byla jsem vyčerpaná, šla jsem k doktorovi a ten to poznal
R4	Od 4 října jsem u Vojtáškové, pak do Mozartové a pak sem
R5	Před důchodem
R6	V 15 letech



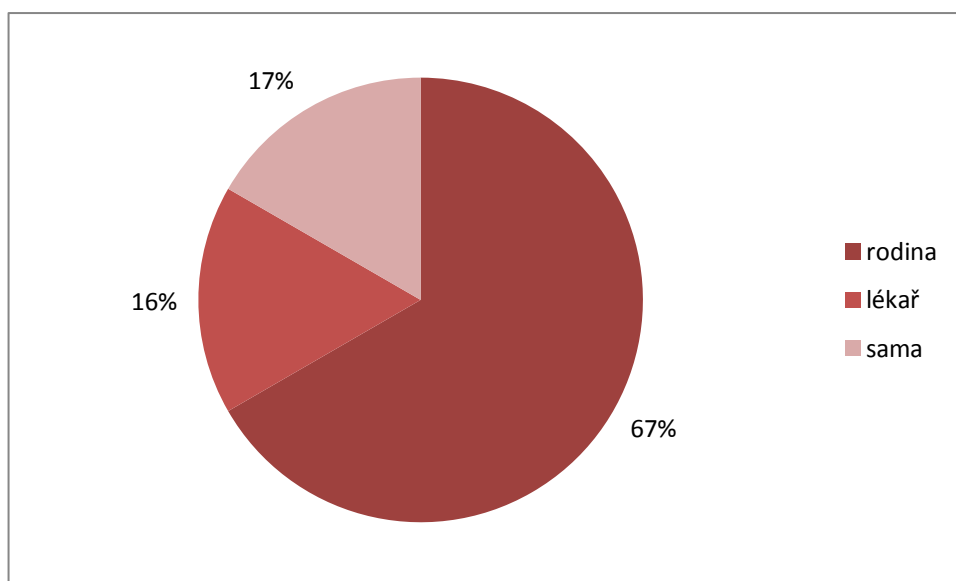
Graf 4: Kdy se projevily první příznaky

Komentáře: Na otázku č. 4 „Kdy se u Vás projevily první příznaky psychického onemocnění?“ mi odpovědělo 34 %, že v 10-15 letech, 33% že v 16-60 letech, a 33% nezjištěno.

Otázka č. 5 Kdy jste si uvědomila, že se jedná o nemoc?

Tabulka 5: Kdy jste si uvědomila, že se jedná o nemoc

R1	Rodiče to na mě poznaly
R2	Mě někdo ubližoval, chtěla jsem si najít kluka, ale ten mě pak nechal
R3	Byla jsem vyčerpaná, měla jsem tělo bez duše a duši bez těla
R4	Maminka mě poslala k doktorovi
R5	Po smrti mého muže, do ústavu jsem chtěla jít sama
R6	Šla jsem k doktorovi, myslela jsem si že mě maminka odsoudí, psychicky nemocní jsou největší parchanti

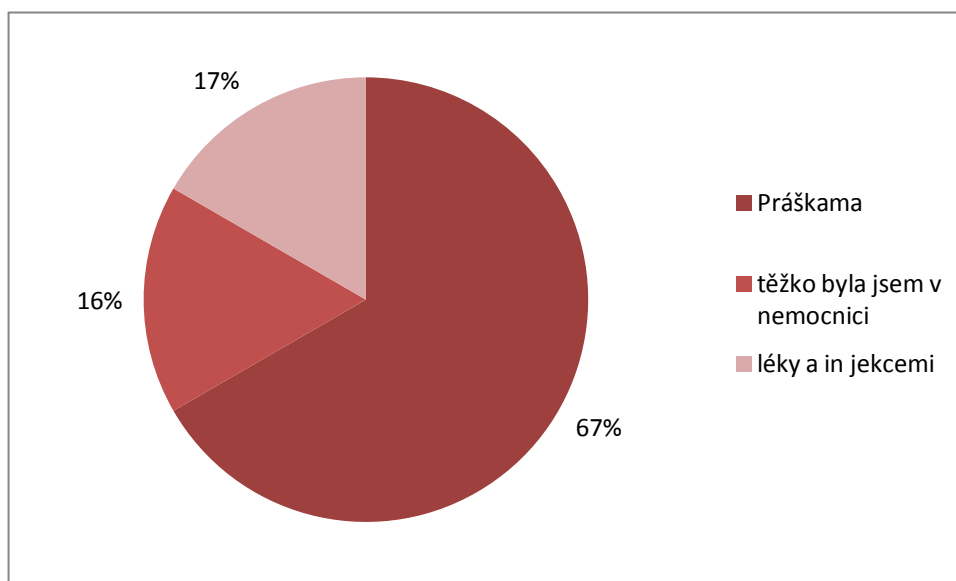


Graf 5: Kdy jste si uvědomila, že se jedná o nemoc

Komentář: Na otázku č.5 „Kdy jste si uvědomila, že se jedná o nemoc?“ mi 4 respondentky odpověděly, že to na nich poznala rodina, 1 respondentka odpověděla, že to na ni poznal lékař a jedna že to poznala na sobě sama.

Otázka č. 6 Jak se Vaše onemocnění v době zjištění léčilo*Tabulka 6 : Jak se dříve onemocnění léčilo*

R1	Práška
R2	Těžko, byla jsem poprvé v nemocnici
R3	Léky
R4	Léky
R5	Léky a injekcemi
R6	Léky

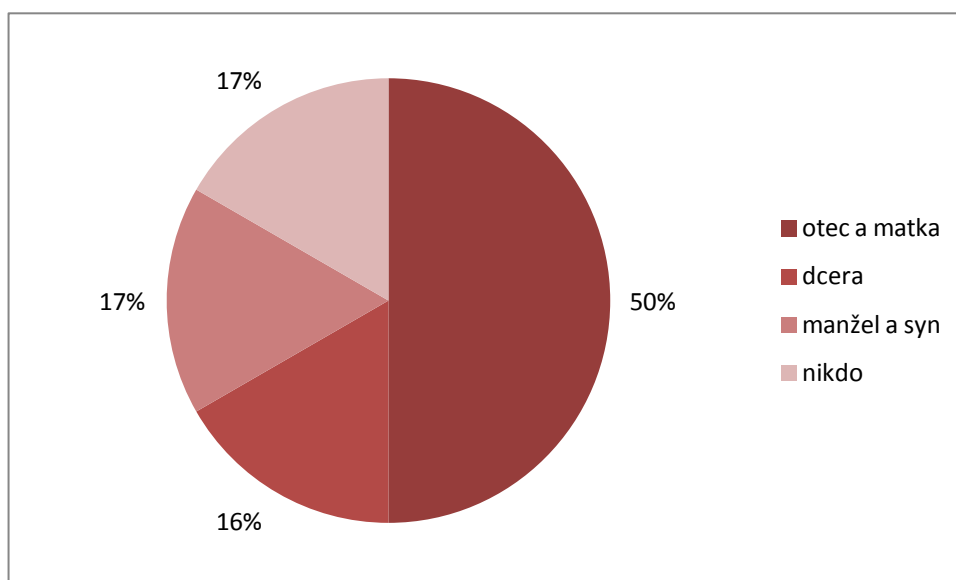
*Graf 6: Jak se dříve onemocnění léčilo*

Komentář: na otázku č. 6 „Jak se onemocnění dříve léčilo?“ mi odpovědělo 67% respondentek, že léky a 17% že injekcemi a léky a 16% respondentek, že byly tehdy v nemocnici.

Otázka č. 7 Starala se o vás rodina? Kdo konkrétně nejvíce

Tabulka 7 : Starala se o Vás rodina

R1	Táta, je můj opatrovník
R2	Dcera Věruška
R3	Mám rodinu, ale bydlí daleko
R4	Maminka
R5	Manžel a pak syn
R6	Tatínek a maminka

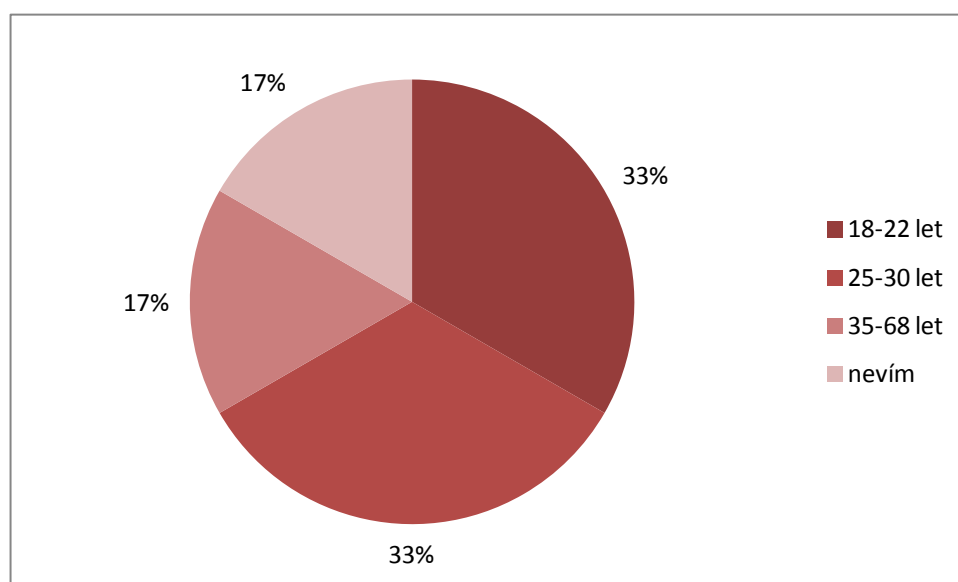


Graf 7: Starala se o Vás rodina

Komentář: na otázku č. 7 „Starala se o Vás rodina a kdo konkrétně nejvíce?“ mi odpovědělo 50%, že rodiče, 16% dcera, 17% manžel a syn, 17% nikdo.

Otázka č. 8 V kolika letech jste šla do ústavu*Tabulka 8: V kolika letech jste šla do ústavu*

R1	Ve 21 letech
R2	V 18letech do Olomouce
R3	Napřed jsem byla v Určicích ale v kolika letech to bylo si nepamatuju
R4	Ve 30 letech
R5	V 68 letech
R6	Ve 25 letech

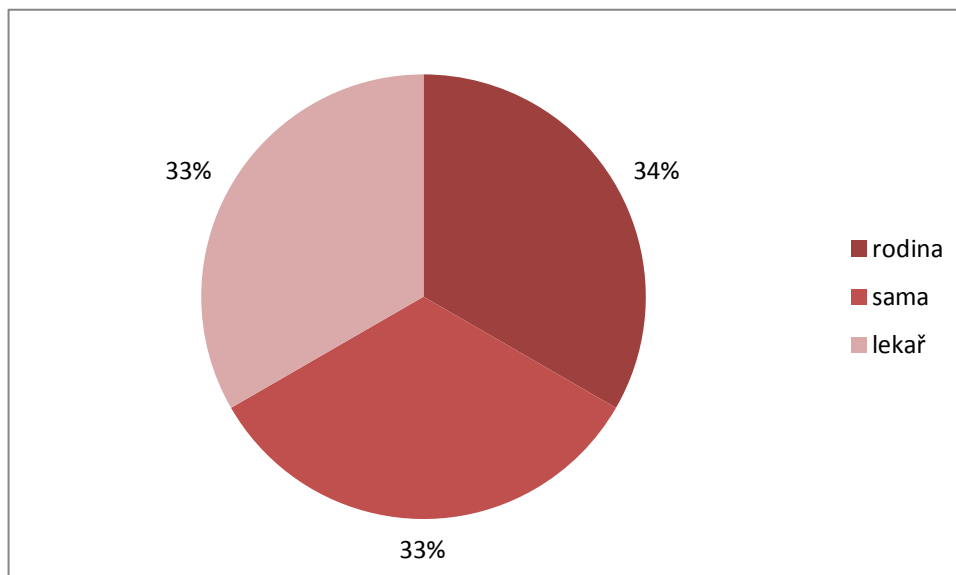
*Graf 8: V kolika letech jste šla do ústavu*

- * Komentář: na otázku č. 8 „V kolika letech jste šla do ústavu?“ mi 33% odpovědělo, že v rozmezí 18-22 let, 33% od 25-30 let, 17% od 35-68 let a 17% neví.

Otázka č. 9 Jaké byly důvody pro ústavní péči

Tabulka 9: Jaké byly důvody pro péči

R1:	Rodiče ji dali do ústavu, protože vypila ředidlo a řezala se
R2:	Respondentka se rozhodla sama k hospitalizaci
R3:	na doporučení lékaře
R4:	na doporučení lékaře
R5:	chtěla jsem jít sama, a syn už nezvládal se o mě starat
R6:	protože jsem měla záchvat, strašně jsem křičela



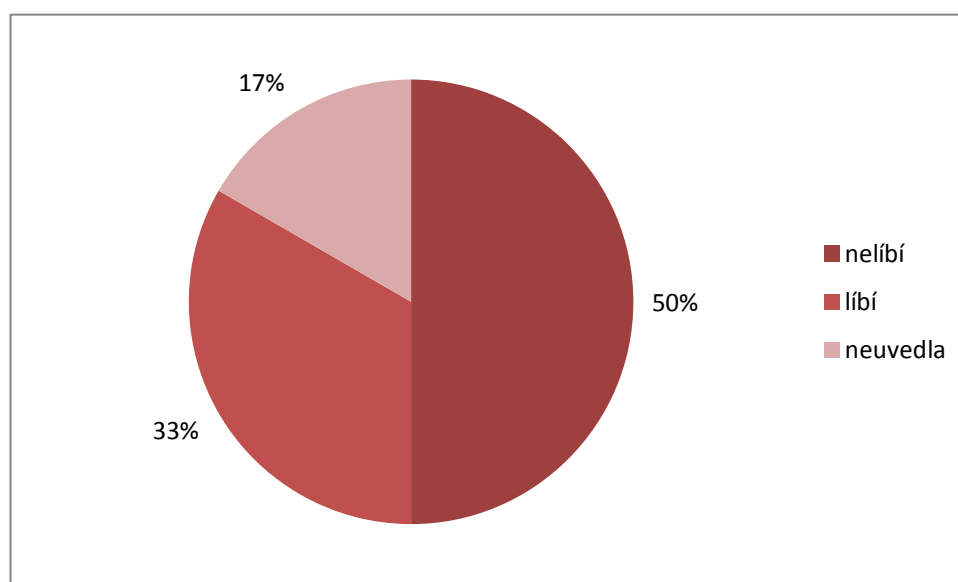
Graf 9: Jaké byly důvody pro péči

Komentář: na otázku č. 9 „Jaké byly důvody pro ústavní péči?“ mi 2 respondentky odpověděly, že se rozhodla rodina, 2 respondentky odpověděly, že se rozhodly sami a 2 respondentky odpověděly, že se proto rozhodl lékař.

Otázka č. 10 Líbí se vám v ústavu

Tabulka 10: Líbí se Vám v ústavu

R1	mě se tady vůbec nelíbí, chcu jít dom.
R2	Líbí se mi tu, žádnou uživatelkou nemám problém , nic mi tu nechybí
R3	Neuvedla
R4	Nelíbí, furt se tady hádáme
R5	Kdyby tu nemusela být tak jdu dom
R6	Mě se tady líbí



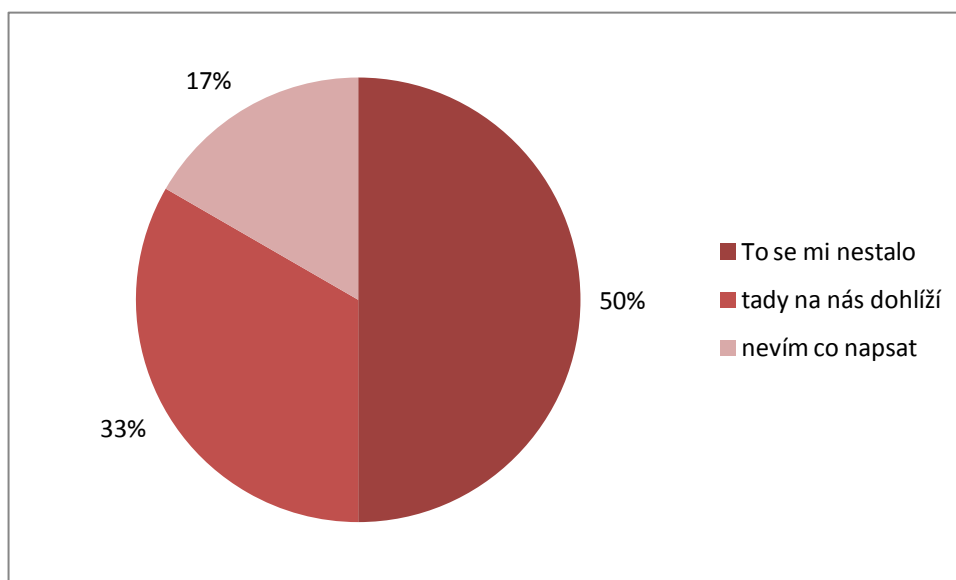
Graf 10: Líbí se Vám v ústavu

Komentář: na otázku č. 10 „Líbí se Vám v ústavu?“ mi odpověděly 3 respondentky, že nelíbí, 2 respondentky že líbí a 1 neuvedla

Otázka č. 11 Když si nevezmete léky, jak se cítíte?

Tabulka 11: Pokud si nevezmete léky, jak se cítíte

R1	To se mi nestalo
R2	Nevím co napsat
R3	Beru je pravidelně, to se mi nestalo
R4	Tady na nás dohlíží
R5	beru léky pravidelně
R6	Oni na nás dohlíží



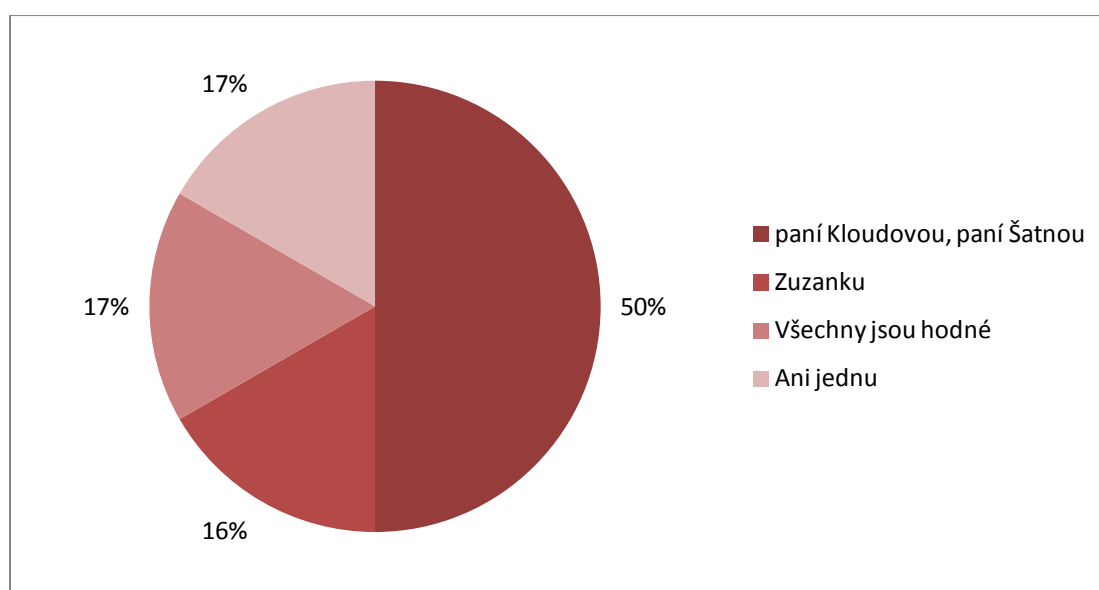
Graf 11: Pokud si nevezmete léky, jak se cítíte

Komentář: Na otázku č. 11 „Když si nevezmete léky, jak se cítíte?“ mi 50% odpovědělo, že se jim to nestalo, 33% že na ně dohlíží, 17% neví.

Otázka č. 12 Kterou sestřičku máte nejraději a proč?

Tabulka 12: Kterou sestřičku máte nejraději

R1	Paní Kloudovou, Paní Šatnou
R2	Zuzanku, ale ostatní jsou taky hodné
R3	Paní Kloudovou
R4	Ani jednu sestřičku nemám ráda
R5	Paní Kloudovou
R6	Všechny jsou hodné



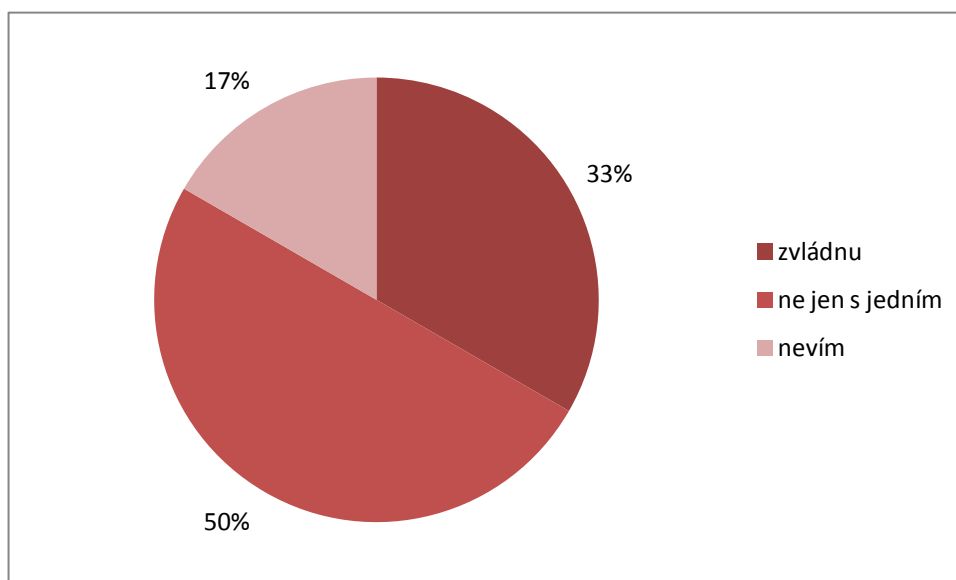
Graf 12: Kterou sestřičku máte nejraději

Komentář: Na otázku č. 12 „Kterou sestřičku máte nejraději?“ 50% uvedlo, že paní Kloudovou a paní Šatnou, 16% má nejraději Zuzanku, 17% odpovědělo, že všechny sestřičky jsou hodné a 17% nemá rádo ani jednu

Otázka č. 13 Jste schopná komunikovat s více lidmi najednou?

Tabulka 13: Jste schopna komunikovat s více lidmi

R1	Zvládla bych aji 5 lidí
R2	To já nevím
R3	Když mám náladu tak jo
R4	Ne jen s jedním člověkem
R5	Nejsem, jen tváří v tvář
R6	Ne jen s jedním člověkem



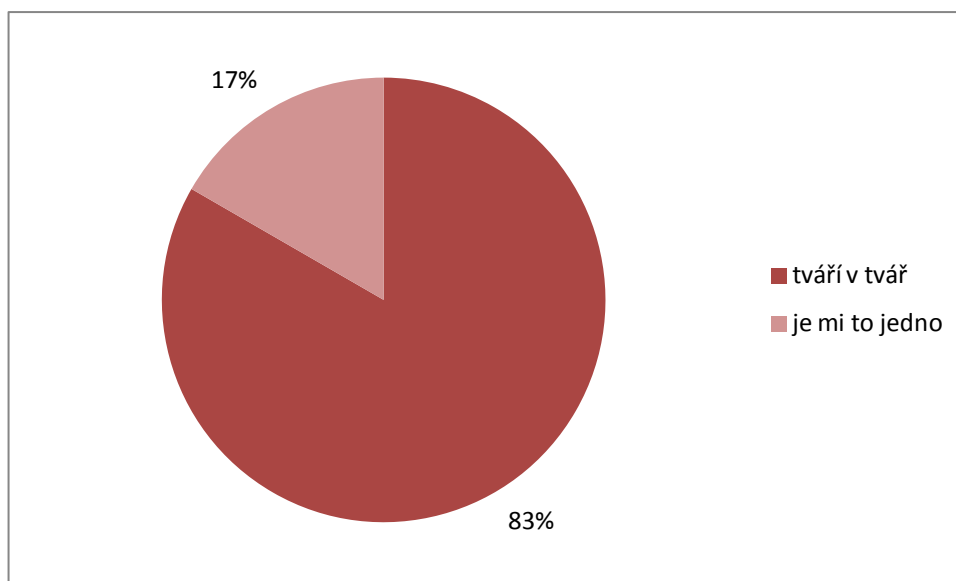
Graf 13: Jste schopna komunikovat s více lidmi

Komentář: Na otázku č. 13 „Jste schopná komunikovat s více lidmi najednou?“ 50% odpovědělo, že ne, 33% to zvládne, 17% neví

Otázka č. 14 Preferujete spíše komunikaci: tváří v tvář, přes telefon, Skype, E-mail

Tabulka 14 : Jakou preferuje komunikaci

R1	Mě je to jedno
R2	Nejraději v tváří v tvář, telefonuju, píšu dopisy
R3	Tváří v tvář
R4	Tváří v tvář
R5	Tváří v tvář, neumím telefonovat, ani PC
R6	Tváří v tvář

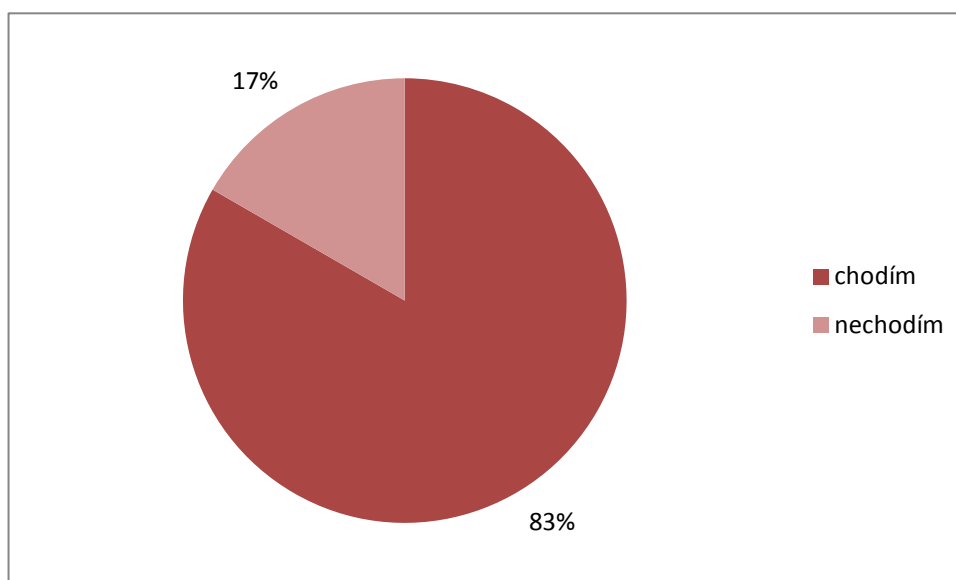


Graf 14: Jakou preferuje komunikaci

Komentář: Na otázku č. 14 „Preferujete spíše komunikaci tváří v tvář, telefon, Skype nebo E-mail?“ 5 respondentek odpovědělo, že jen tváří v tvář, a 1 respondentka že je jí to jedno

Otázka č. 15 Chodíte na ergoterapii?*Tabulka 15: Chodíte na ergoterapii*

R1	Když spím tak ne jinak jo
R2	Chodím, háčkuju
R3	Nechodím, když mi dávají savo, unavuje mě to
R4	Chodím, šijeme, háčkujeme
R5	Pletu
R6	Chodím, vozí mě na vozíku

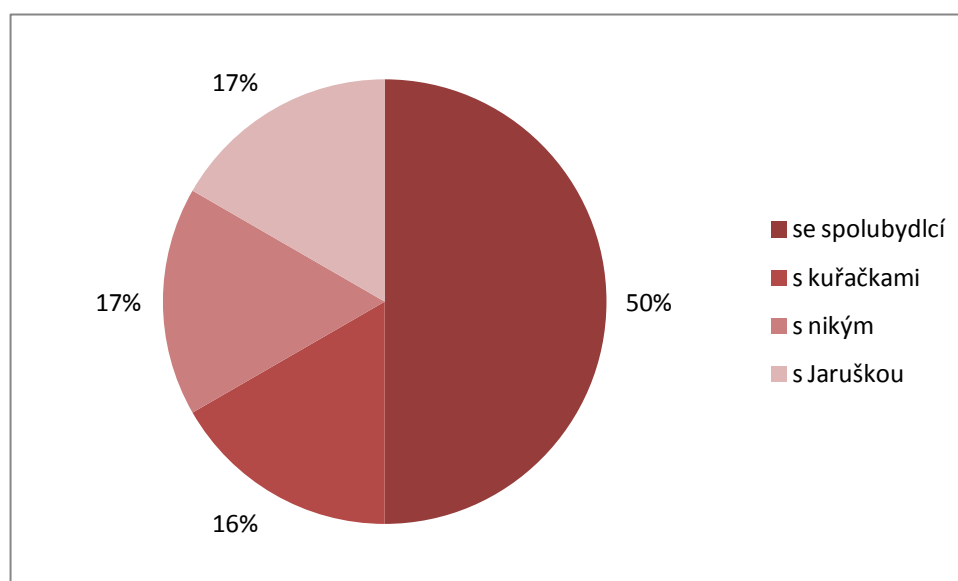
*Graf 15: Chodíte na ergoterapii*

Komentář: Na otázku č. 15 „Chodíte na ergoterapii?“ mi 83% odpovědělo, že chodí, a 17%, že nechodí.

Otázka č. 16 Komunikujete i s ostatními uživateli?

Tabulka 16 : Komunikujete s ostatními uživateli

R1	Jen se spolubydlíci
R2	s Jaruškou, ale ta nemá moc času se semnou bavit
R3	Spíše s kuřáčkami
R4	Já se s nikým moc nebavím
R5	Se spolubydlíci
R6	Se spolubydlíci



Graf 16: Komunikujete s ostatními uživateli

Komentář: Na otázku č. 16 „Komunikujete s ostatními uživateli?“ 50% odpovědělo, že se spolubydlíci, 16% s kuřáky, 17% s nikým, 17% s Jaruškou.

7 DISKUZE

Bakalářskou práci jsem zpracovala na téma: Komunikační bariéry se schizofrenikem. Provedla jsem rozhovory v Centru sociálních služeb Prostějov. Rozhovory jsem provedla se 6 respondentkami.

Jako hlavní cíl jsem si stanovila zjistit na jaké úrovni je komunikace klienta s ošetřujícím personálem. Zde jsem zjistila, že tito klienti, trpící schizofrenií, preferují spíše komunikaci tváří v tvář a s personálem vycházejí dobře.

První dílčí výzkumnou otázku jsem si stanovila: Zjistit, jak jsou klienti spojení se zařízením. Na tuto otázku mi klienti odpověděli, že by nejraději jeli domů, v zařízení se jim nelíbí.

Druhou dílčí výzkumnou otázku jsem si stanovila: Kdy se nemoc začala projevovat. Z výsledků vyplývá, že u každého jedince se tato nemoc začala projevovat jinak. U R1 se nemoc projevila v 6 třídě, R2 v 16 letech, R3 v byla vyčerpaná, šla k lékaři a ten to na ni poznal, R4 neodpověděla, R5 před důchodem, R6 v 15 letech.

Třetí výzkumnou otázku jsem si stanovila: Jakou formu komunikace klienti preferují. Na tuto otázku mi většina odpověděla, že preferují spíše komunikaci tváří v tvář.

Poslední výzkumnou otázku jsem si zvolila: Zjistit zda klient chodí na ergoterapii. V tomto zařízení se ergoterapie provádí každý den, záleží jen na klientce, zda se ergoterapie zúčastní. Ale většina respondentek odpověděla, že chodí.

První část otázek byla zaměřena na identifikační otázky. Bydlí zde ženy všech věkových kategorií. Vzdělání těchto žen je základní nebo jen učební obor. V Centru sociálních služeb bydlí tyto ženy jak od založení, tak i po krátkou dobu.

Své poznatky, chci aplikovat do praxe pomocí edukačního posteru, kam jsem zařadila zásady komunikace personálu s klientem.

ZÁVĚR

Bakalářskou práci jsem zaměřila na schizofrenii. Práci jsem si rozdělila na teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem se zaměřila na psychologii, diagnostiku, léčbu. Následně jsem se zaměřila na koncepci a organizaci psychiatrické péče. V neposlední řadě jsem se také zaměřila na komunikaci a její druhy. V praktické části jsem provedla rozhovory v Centru sociálních služeb Prostějov, vybrala jsem si 6 respondentek, se kterými jsem provedla rozhovory. Následně jsem provedla analytické kódování, poté jsem z něj udělala tabulky a tyto údaje jsem nakonec vložila do grafů. Na hlavní stanovený cíl: Na jaké úrovni je komunikace klienta s ošetřujícím personálem mi respondentky odpověděly, že preferují komunikaci tváří v tvář. Nakonec jsem vytvořila edukační materiál, který je pro ošetřující personál aby věděly jak s tímto klientem komunikovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip, 2011. Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, terapie pro 21. století. Praha: Mladá fronta, 110 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2494-5.
- [2] COHEN, Robert M., 2002. Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Praha: Portál, 190 s. ISBN 80-7178-497-4.
- [3] ČECHOVÁ, Věra a ROZSYPALOVÁ, Marie, 2001. Obecná psychologie. Vyd. 5. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 105s. ISBN 80-7013-3430.
- [4] ČEŠKOVÁ, Eva, 2007. Schizofrenie a její léčba. Vyd. 2. Praha: Maxdorf, 104 s. ISBN 978-80-7345-114-1.
- [5] DUŠEK, Karel, a VEČEŘOVÁ- PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2010. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada Publishing, 632s. ISBN 978-80-247-1620-6.
- [6] HÁTLOVÁ, Běla, 2002. Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění. Praha: Karolinum, 120 s. ISBN 80-246-0420-5.
- [7] HERDMAN, T. Heather, ed., 2010. Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2009-2011. Praha: Grada, 456 s. xxiv. ISBN 978-80-247-3423-1.
- [8] CHODURA, Vladimír, 2000. Komunikace a duševní poruchy. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 53 s. ISBN 80-7040409-4.
- [9] KUČEROVÁ, Helena, 2010. Schizofrenie v kazuistikách. Praha: Grada, 106 s. ISBN 978-80-247-2045-6.
- [10] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2008. Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3.
- [11] LIBIEGER, Jan, a ŠVĚSTKA, Jaromír, a SEIFERTOVÁ, Dagmar, 2004. Farmakoterapeutické postupy v léčbě schizofrenní poruchy. Vyd. 2. Praha: Academia Medica Pragensis, 40s. ISBN 80-86694-05-4.
- [12] MOTLOVÁ, Lucie, a KOUKOLÍK, František, 2004. Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén, 437s. ISBN 80-7262-277-3.
- [13] POKORNÁ, Andrea, 2009. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. Vyd. 2., přeprac. Brno: národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

- [14] PRAŠKO, Ján, 2011. Obecná psychiatrii. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 527 s. ISBN 978-80-244-2570-2.
- [15] VÁGNEROVÁ, Marie, 2010. Psychologie osobnosti. Praha: Karolinum, 467 s. ISBN 978-80-246-1832-6.
- [16] VYBÍRAL, Zbyněk, 2009. Psychologie komunikace. Vyd. 2. Praha: Portál, 319 s. ISBN 978-80-7367-387-1.

Internetové zdroje:

- [17] [Online]. [cit. 2013-05-14]. Dostupné z
<http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf>
- [18] [Online]. [cit. 2013-05-14]. Dostupné z
<<http://www.csspv.cz/pedstaveni-cssp.html> >
- [19] [Online]. [cit. 2013-05-14]. Dostupné z
<http://is.muni.cz/th/252147/pedf_b/Prilohy_BP.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	Procento
AT poradna	alkoholismus- toxikomanie
CT	Computed Tomography
ČR	Česká Republika
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
F20	Schizofrenie, zařazení dle klasifikace
s.	Strana

SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

<i>Graf 1: Věk a Vzdělání</i>	47
<i>Graf 2: Jak dlouho zde bydlíte</i>	48
<i>Graf 3: Kde bydlela předtím</i>	49
<i>Graf 4: Kdy se projevíly první příznaky</i>	50
<i>Graf 5: Kdy jste si uvědomila, že se jedná o nemoc</i>	51
<i>Graf 6: Jak se dříve onemocnění léčilo</i>	52
<i>Graf 7: Starala se o Vás rodina</i>	53
<i>Graf 8: V kolika letech jste šla do ústavu</i>	54
<i>Graf 9: Jaké byly důvody pro péči</i>	55
<i>Graf 10: Líbí se Vám v ústavu</i>	56
<i>Graf 11: Pokud si nevezmete léky, jak se cítíte</i>	57
<i>Graf 12: Kterou sestřičku máte nejraději</i>	58
<i>Graf 13: Jste schopna komunikovat s více lidmi</i>	59
<i>Graf 14: Jakou preferuje komunikaci</i>	60
<i>Graf 15: Chodíte na ergoterapii</i>	61
<i>Graf 16: Komunikujete s ostatními uživateli</i>	62

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Identifikační údaje</i>	47
<i>Tabulka 2: Jak dlouho zde bydlíte</i>	48
<i>Tabulka 3: Kde bydlela předtím</i>	49
<i>Tabulka 4: Kdy se projevily první příznaky?</i>	50
<i>Tabulka 5: Kdy jste si uvědomila, že se jedná o nemoc</i>	51
<i>Tabulka 6 : Jak se dříve onemocnění léčilo</i>	52
<i>Tabulka 7 : Starala se o Vás rodina</i>	53
<i>Tabulka 8: V kolika letech jste šla do ústavu</i>	54
<i>Tabulka 9: Jaké byly důvody pro péči</i>	55
<i>Tabulka 10: Líbí se Vám v ústavu</i>	56
<i>Tabulka 11: Pokud si nevezmete léky, jak se cítíte</i>	57
<i>Tabulka 12: Kterou sestřičku máte nejraději</i>	58
<i>Tabulka 13: Jste schopna komunikovat s více lidmi</i>	59
<i>Tabulka 14 : Jakou preferuje komunikaci</i>	60
<i>Tabulka 15: Chodíte na ergoterapii</i>	61
<i>Tabulka 16 : Komunikujete s ostatními uživateli</i>	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P1: Rozhovor č. 1

Příloha P2: Rozhovor č. 2

Příloha P3: Rozhovor č. 3

Příloha P4: Rozhovor č. 4

Příloha P5: Rozhovor č. 5

Příloha P6: Rozhovor č. 6

Příloha P7: Edukační materiál

Příloha P8: Práva duševně nemocných

Příloha P9: Etický kodex sester

Příloha P10: Představení zařízení, kde jsem prováděla rozhovory

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR Č. 1

Identifikační otázky:

1. Pohlaví

R: Žena

2. Věk

R: 27 let

3. Vzdělání

R: Základní

4. Jak dlouho bydlíte v Centru sociálních služeb

R: Bydlím zde od otevření této budovy

5. Kde jste bydlela před tím, případně kdo se o Vás staral?

R: Bydlela jsem u rodičů, starala se o mě nejvíce mamka, potom táta a bratr neměl o mě zájem. Bratr sice bydlí u mých rodičů, ale našel si přítelkyni

Otázky ohledně zařízení a onemocnění:

1. Kdy se u vás projevily příznaky psychického onemocnění?

R: Psychické problémy se u mě projevily už v 6 třídě. Když jsem se narodila, tak jsem byla celá bez sebe, měla jsem horečky. Mamka mi říkala, že se mi poškodil mozek. Chodila jsem po psychologách, ale ty s tím už nic neudělali. Na jejich doporučení jsem začala chodit na zvláštní školu a zde jsem ji aj dokončila.

2. Kdy jste si uvědomila, že se jedná o nemoc?

R: Rodiče to na mě poznali, já jsem jim ze začátku nic neřekla. Moji rodiče mluvili s psychologem. Já jsem o sobě nevěděla, byla jsem pod práškama, měla jsem krátkodobou paměť. Měla jsem prášky, po kterých jsem zapomínala, brala jsem jich hodně. Byla jsem zapomnětlivá. Naši se bavili s doktorem, a já ne. Byla jsem ospalá, proto rodiče mluvili s doktorem.

3. Jak se Vaše onemocnění v době zjištění léčilo?

R: U mě se to léčilo práškama.

4. Starala se o vás rodina? Kdo konkrétně nejvíce?

R: Táta, je můj opatrovník. Jinak si mě berou pravidelně domů, jezdíme na výlety a tak.

5. V kolika letech jste šla do ústavu?

R: Když jsem měla 21. V ústavu se mi nelíbilo, nadávají mi, jsem tu nejmladší. Jelikož jsem nejmladší, tak si na mě vylévají zlost. A chci prostě dom.

6. Jaké byly důvody pro ústavní péči?

R: Rodiče mě dali do ústavu, protože jsem se s nimi hádala, vypila jsem ředidlo, řezala jsem se. Já jsem se jich ani nezeptala, proč mě sem dali.

7. Líbí se vám v ústavu?

R: Mně se tady vůbec nelíbí, chcu jít dom.

8. Když si nevezmete léky, jak se cítíte?

R: To sem nikdy neudělala, jen jednou, a to v nemocnici, a tam mi dali injekcu, tak dobré.

9. Pokud ano, jak byste ji charakterizoval?

10. Kterou sestřičku máte nejraději a proč?

R: Ze sanitářů paní Kludovou a sestru paní Šatnou.

S: Proč zrovna paní Kludovou?

R: Ve všem mi vyhoví, baví se semnou. Jinak nikoho jiného.

S: Co říkáte na mužský personál?

R: Zatím s nimi nemám problém, spíše se semnou nebaví. Druhý ošetřovatel se změnil, od začátku co jsem tady byla. Byla s ním sranda, ráda jsem na něho vzpomínala, kdoví, co mi řekl, dělal srandu. A jak jsem se zasmála, a od té doby ho nemůžu, on mě kritizuje, že zde nemůžu chodit v botech, to je neslušný a takový. Kritizuje, prostě se změnil a nemám ho ráda.

11. Jste schopná komunikovat s více lidmi najednou?

R: Já si myslím, že bych zvládla s více lidma, aj 5 lidí bych zvládla, ale sama nevím.

12. Preferujete spíše komunikaci: tváří v tvář, přes telefon, Skype, E-mail?

R: Mně je to jedno, i telefon zvládnu

13. Chodíte na ergoterapii?

R: Když spím tak ne, a když nespím tak jo. Dělán zde keramiku, maluju, ubrouskovou techniku. Ale teď už to nedělám, protože nejsou sklenky, a mama mi říkala, že je na to potřeba něco speciálního. Sice se to dá lepit na papír, ale už toho máme hodně. Proto to nedělám.

14. Komunikujete i s ostatními uživateli? O čem nejčastěji?

R: Jen se svou spolubydlící, jinak s nikým jiným. Co se tady děje a jinak o ničem. Ale nemůžu s ní moc mluvit, jen ji něco řeknu a začne jí to vadit. Pak mně ona řekne něco, a pak je taková citlivá, ale vyjdeme spolem. Sice si na mě stěžovala, ale už je to pryč.

S: A kdybyste musela bydlet s někým jiným, kdo to je?

R: Nemohl by být agresivní, ale asi s nikým jiným, a jsem na ni zvyklá. Já si ani s některýma moc nepovídám, ale ty co znám, tak s paní Čubrdovou, ale ta bydlí s paní Drábkovou, tak by semnou už nechtěla bydlet.

PŘÍLOHA P2: ROZHOVOR Č. 2

Identifikační otázky:

1. Pohlaví

R: Žena

2. Věk

R: 72

3. Vzdělání:

R: Pánská krejčová

4. Jak dlouho bydlíte v Centru sociálních služeb?

R: 4 roky

5. Kde jste bydlela před tím, případně kdo se o Vás staral?

R: Bydlela jsem v Ondratcích a staral se o mě syn. Jsem vdova, tak se o mě staral syn.

Otázky ohledně zařízení a onemocnění:

1. Kdy se u vás projevily příznaky psychického onemocnění?

R: Před důchodem, jsem si uvědomila, že jsem nemocná.

2. Kdy jste si uvědomil/a, že se jedná o nemoc?

R: Po smrti mého muže, do ústavu jsem chtěla jít sama.

3. Jak se Vaše onemocnění v době zjištění léčilo?

R: Léčilo se to práškama a injekcemi.

4. Starala se o vás rodina? Kdo konkrétně nejvíce?

R: Napřed manžel a pak můj syn.

5. V kolika letech jste šla do ústavu?

R: V 68 letech.

6. Jaké byly důvody pro ústavní péči?

R: Do ústavní péče jsem chtěla jít sama, syn už nezvládal se o mě starat a ještě chodit do práce.

7. Líbí se vám v ústavu?

R: Líbí se mi tu, s žádnou užívatelkou nemám problém, jsem se všema. Pravidelně za mnou chodí syn, tak mi nic nechybí.

8. Když si nevezmete léky, jak se cítíte?

R: Já jsem léky brala pravidelně.

9. Pokud ano, jak byste ji charakterizoval?

10. Kterou sestřičku máte nejraději a proč?

R: Nejraději mám paní Kloudovou, je taková, prostě se mi líbí.

S: Co říkáte na mužský personál?

R: Že o mě pečují chlapi, mně nevádí, už jsem si na ně zvykla.

11. Jste schopná komunikovat s více lidmi najednou?

R: Nejsem schopná, nejraději si povídám tváří v tvář, musím ho vidět.

12. Preferujete spíše komunikaci: tváří v tvář, přes telefon, Skype, E-mail?

R: Tváří v tvář, já neumím používat telefonovat, ani počítač.

13. Chodíte na ergoterapii?

R: Teď jsem nemocná, ale jinak pletu. Nic jiného nedokážu. Nic jiného jsem tu ani nedělala. Jinak chodíme na procházky, ale musí mě vozit na vozíčku, protože už toho moc neujdu.

14. Komunikujete i s ostatními uživateli? O čem nejčastěji?

R: Jen se svou spolubydlící, jinak s nikým moc ne. Teď mezi ostatní moc nechodím, protože jsem nemocná a doktor mi to zakázal.

PŘÍLOHA P3: ROZHOVOR Č. 3

Identifikační otázky:

1. Pohlaví

R: Žena

2. Věk

R: 48 let

3. Vzdělání

R: Základní školu jsem dokončila v 8 třídě. Do 4 třídy jsem měla samé jedničky, pak jsem se zhoršila. Jednou mě paní učitelka bouchla do zad a začala jsem se zase učit.

4. Jak dlouho bydlíte v Centru sociálních služeb

R: Od 1.12 2011

5. Kde jste bydlela před tím, případně kdo se o Vás staral?

R: U rodiny, staral se o mě syn, dal mě ve 3 hodiny odpoledně prášky, a ráno jsem se probudila. Doktoři mně dali silné prášky, jsem po nich ožralá.

Otázky ohledně zařízení a onemocnění:

1. Kdy se u vás projeví příznaky psychického onemocnění?

R: V 16 letech, děti ve škole mě trápily, když jsem chodila do školy, tak mě mlátily 1,5 roku.

2. Kdy jste si uvědomila, že se jedná o nemoc?

R: Mně někdo ubližoval, chtěla jsem si najít kluka. Pak jsem si ho našla, ale za chvíli jsem to obřečela, protože mě nechal.

3. Jak se Vaše onemocnění v době zjištění léčilo?

R: Těžko, když jsem byla poprvé v nemocnici. Nemohla jsem pracovat doma, nešla mi práce. Ani po těch injekcích mi nejde práce. Ale teď mi doktor změnil prášky, tak je to lepší. Ale po těch prvních jsem byla taková ožralá a bylo mi špatně a nemohla jsem nic dělat.

4. Starala se o vás rodina? Kdo konkrétně nejvíce?

R: Moje milovaná dcera Věruška, mám aj vnučku, která bude mít v listopadu 4 roky. Mám radost, když mi někdo něco dá, podaruje mě.

5. V kolika letech jste šla do ústavu?

R: V 18 letech jsem šla do ústavu v Olomouci. Já jsem to nezavinila, ale jeden kluk, který mě znásilnil. A v tom jak jsem byla těhotná, tak mě jedna holka znásilnila.

6. Jaké byly důvody pro ústavní péči?

R: Sama, už jsem byla nemocná, po těch práškách se mi chtělo spinkat. Nechtěla jsem nic dělat, uklízet, po těch práškách to nešlo. Byla jsem taková nemluvná, byla jsem uzavřená sama do sebe. Neměla jsem si s kým popovídat. Nebyla jsem si schopná vydělat moc penězů.

7. Líbí se vám v ústavu?

R: Jako víte, že jsem psala dopis svému synovci Marečkovi, Evička říkala, že by si mě vzala na nějakou dobu dom, než bych jela k Věrce, ona si staví domeček, nevím, jestli ho staví nebo už ho mají postavený. Vždycky mě potěší Nikolka, Martínek, Lubošek, Věruška.

8. Když si nevezmete léky, jak se cítíte?

R: Ne v tým baráčku každý onemocněl. V tom baráčku nemůžu už žít, měla jsem tam kolikrát úraz. Já jsem psala ségře, jestli se o mě postará, aj s paní doktorkou jsem se domlouvala, že by si mě ségra vzala dom. Chodila bych si pro obědy do kuchyně.

9. Pokud ano, jak byste ji charakterizoval?

10. Kterou sestřičku máte nejraději a proč?

R: Nejraději mám Zuzanku, všechny sestřičky jsou hodné, nemají čas se bavit s pacienty. I Renatku, ta je sice přísná, ale dá se s ní vyjít.

11. Jste schopná komunikovat s více lidmi najednou?

R: To já nevím teda.

12. Preferujete spíše komunikaci: tváří v tvář, přes telefon, Skype, E-mail?

R: Nejraději tváří v tvář, ale ráda si telefonuju s Věruškou. A taky ráda píšu dopisy.

13. Chodíte na ergoterapii?

R: Chodím, ráda háčkuju řetízky.

14. Komunikujete i s ostatními uživateli? O čem nejčastěji?

R: Bavím se s Jaruškou, ale ta nemá moc času se semnou bavit. Myslí na rodinu.

S: koho máte nejraději?

R: Nejraději mám děti, každý den je mi teskno. Chtěla bych být u nich. Ale byly tu přes léto, on, Martínek má 18 roků a Lubošek 30 a Věruška 27. Chodí 4 roky do práce. Martínek ještě do školy. Byli jsme na bazéně aj s mojí vnučkou. Já bych chtěla, aby se o mě sestra starala, a kdyby zavolala tak si s ní, chci promluvit, aby si mě vzala dom. Věruška říkala, že si mě vezme dom, protože v tom baráčku, co jsem bydlela, už nemůžu žít. Kdyby si mě vzala, byla bych samostatná. Kolikrát jsem říkala, že by byla pro mě lepší samota.

Samota léčí člověka, víte, sestřičko. 12 let jsem oplakávala každé zvířátko, které mi umřelo. Já jsem byla plačtivé dítě, když jsem přišla ze školy a seděla jsem u potoka a slzy mi tekly do potoka.

S: Jaké jste měla dětství?

R: Mám sourozence, mám 2 tatínky a jednu maminku, která umřela, i jeden tatínek. Ten druhý žije a je policajt. On mě oplodnil, ale jinak se nestaral. Nás je 6. Evička, Liduška, Anička, Dobroš, Honza. Já jsem měla ráda lidi, ale ti mi ubližovali. Sourozenci mě mají rádi. Když jsem byla malá, tak mi dávali šoky a pak jsem skočila z okna.

S: Jaké to bylo v Olomouci?

R: Bylo to pěkné, ale bylo mi teskno, nejlépe, bych byla ráda u sestry, já bych uklízela. A nedali mi občanku, ale doktorka mi říkala, že ji můžu mít. Jsem totiž nesvéprávná, víte, sestřičko.

PŘÍLOHA P4: ROZHOVOR Č. 4

Identifikační otázky:

1. Pohlaví

R: Žena

2. Věk

R: 63 let

3. Vzdělání

R: Učební obor

4. Jak dlouho bydlíte v Centru sociálních služeb

R: Od začátku, nejdříve na jiné budově tam 5-6 let

5. Kde jste bydlela před tím, případně kdo se o Vás staral?

R: Od začátku, nejdříve na jiné budově tam 5-6 let

Otázky ohledně zařízení a onemocnění:

1. Kdy se u vás projevíly příznaky psychického onemocnění?

R: Já jsem byla, vyčerpaná, pak jsem šla k doktorovi a ten to poznal.

2. Kdy jste si uvědomila, že se jedná o nemoc?

R: Jo, jak vám říkám, že jsem byla vyčerpaná. Měla jsem duši bez těla, tělo bez duše. To se mi stalo asi ve 24, jsem se z toho dostala.

3. Jak se Vaše onemocnění v době zjištění léčilo?

R: Léky jsem brala.

4. Starala se o vás rodina? Kdo konkrétně nejvíce?

R: Sice mám rodinu, ale bydlí daleko.

5. V kolika letech jste šla do ústavu?

R: Napřed jsem byla v Určicích, ale kolik mi bylo, to si nepamatuju.

6. Jaké byly důvody pro ústavní péči?

R: Na doporučení lékaře.

7. Líbí se vám v ústavu?

R: Nelíbí, tady se furt hádáme. Nejlepší to bylo stejně v Určicích. Jsou tady útoční lidi.

8. Když si nevezmete léky, jak se cítíte?

R: Beru je pravidelně, nikdy se mi to nestalo. Oni na nás dohlíží. Tady mi dávají savo, furt ležím a nemám o nic zájem.

9. Pokud ano, jak byste ji charakterizoval?

10. Kterou sestřičku máte nejraději a proč?

R: Tady je všechno stejný. Nejvíce asi paní Kloudovou.

11. Jste schopná komunikovat s více lidmi najednou?

R: Jo zvládnou to, když mám náladu, tak jo.

12. Preferujete spíše komunikaci: tváří v tvář, přes telefon, Skype, E-mail?

R: Tváří v tvář

13. Chodíte na ergoterapii?

R: Tak nechodím, když mi dávají savo, úplně mě to unavuje, jsem slabá. Pokud jdu, pletu. Jinak nic jiného, mám ty ruky tak dodělané, že už to nezvládnou.

14. Komunikujete i s ostatními uživateli? O čem nejčastěji?

R: S Alenou Holubovou, Pospíšilovou, Andělkou. Spíše s kuřačkami.

PŘÍLOHA P5: ROZHOVOR Č. 5

Identifikační otázky:

1. Pohlaví

R: Žena

2. Věk

R: 56 let

3. Vzdělání

R: Oděvářka, šla jsem k na zaučení

4. Jak dlouho bydlíte v Centru sociálních služeb

R: Od začátku

5. Kde jste bydlela před tím, případně kdo se o Vás staral?

R: Maminka se o mě starala

Otázky ohledně zařízení a onemocnění:

1. Kdy se u vás projevily příznaky psychického onemocnění?

R: Od 4. října jsem u Vojtáškové a pak jsem šla do Mózartové a pak sem. Jsem tady už od začátku a je to pravda ne, že ne.

2. Kdy jste si uvědomila, že se jedná o nemoc?

R: Maminka mě poslala k doktorovi, a tam mi to zjistily, a je to pravda ne, že ne.

3. Jak se Vaše onemocnění v době zjištění léčilo?

R: Práška se to léčilo.

4. Starala se o vás rodina? Kdo konkrétně nejvíce?

R: Maminka se o mě starala.

5. V kolika letech jste šla do ústavu?

R: Ve 30 letech.

6. Jaké byly důvody pro ústavní péči?

R: Na doporučení lékaře.

7. Líbí se vám v ústavu?

R: Kdybych tady nemusela být, tak jdu domů.

8. Když si nevezmete léky, jak se cítíte?

R: Tady na nás dohlíží a je to pravda ne, že ne.

9. Pokud ano, jak byste ji charakterizoval?

10. Kterou sestřičku máte nejraději a proč?

R: Oni mě nemají rádi, lepší mě bylo na Vojtáškové a je to pravda ne, že ne. Sestřičku ani jednu nemám ráda.

11. Jste schopná komunikovat s více lidmi najednou?

R: Ne jen s jedním člověkem, a je to pravda ne, že ne.

12. Preferujete spíše komunikaci: tváří v tvář, přes telefon, Skype, E-mail?

R: Tváří v tvář

13. Chodíte na ergoterapii?

R: Jo chodíme tam všichni, šijeme, háčkujeme. Jen tak bezedně tam musíme cvičit. Ale vůbec ráda tam nechodím. Abych Vám řekla pravdu, tak je to furt dokola.

14. Komunikujete i s ostatními uživateli? O čem nejčastěji?

R: Já se s nikým moc nebavím.

PŘÍLOHA P6: ROZHOVOR Č. 6

Identifikační otázky:

1. Pohlaví

R: Žena

2. Věk

R: 65 let

3. Vzdělání

R: základní

4. Jak dlouho bydlíte v Centru sociálních služeb

R: To já nevím

5. Kde jste bydlela před tím, případně kdo se o Vás staral?

R: Doma staral se o mě otec

Otázky ohledně zařízení a onemocnění:

1. Kdy se u vás projevily příznaky psychického onemocnění?

R: V 15 letech, sestra byla, 4 noci nespala, hrozně naříkala. Já jsem si to vsugerovala, až jsem si to vyvolala sama, opakovala jsem si její myšlenky.

2. Kdy jste si uvědomila, že se jedná o nemoc?

R: Já jsem nešla k doktorovi, protože jsem se bála maminky, že mě odsoudí. Říkala, že psychicky nemocní jsou největší parchanti. Byla jsem doma a přechodila jsem to. Když jsem byla doma, tak jsem se neléčila, až pak jak mě poslali do ústavu.

3. Jak se Vaše onemocnění v době zjištění léčilo?

R: Prášková.

4. Starala se o vás rodina? Kdo konkrétně nejvíce?

R: Tatínek, maminka.

5. V kolika letech jste šla do ústavu?

R: Ve 25 letech.

6. Jaké byly důvody pro ústavní péči?

R Protože jsem dostala záchvat, strašně jsem křičela, já jsem nevěděla, že křičím. Místo toho, abych šla dolů tak jsem šla doprava. Měla jsem to v hlavě úplně přeházený.

7. Líbí se vám v ústavu?

R: Mně se tady nelíbí.

8. Když si nevezmete léky, jak se cítíte?

R: Ne, oni na nás dohlíží.

9. Pokud ano, jak byste ji charakterizoval?

10. Kterou sestřičku máte nejraději a proč?

R: Všechny sestřičky, jsou hodné, rádi si semnou povídají, líbí se mi na nich, že nedělají rozdíl mezi normálním a bláznem.

11. Jste schopná komunikovat s více lidmi najednou?

R: Ne, to nedokážu, jen s jedním člověkem.

12. Preferujete spíše komunikaci: tváří v tvář, přes telefon, Skype, E-mail?

R: Tváří v tvář.

13. Chodíte na ergoterapii?

R: Chodím, vozí mě na vozíčku. Sice mně dali hůlku, ale ta mi nevyhovuje. Jídlo mi nosí na pokoj.

14. Komunikujete i s ostatními uživateli? O čem nejčastěji?

R: Se svou spolubydlící

R: Poslední dobou se necítím dobře, ale tady si mi líbí, jsou hodné sestřičky, nemůžou být hodnější. Páni ošetřovatelé jsou super. Jsou tělesně i duševně velcí muži, jsou velmi hodní.

PŘÍLOHA P7: EDUKAČNÍ MATERIÁL

UTB ve Zlíně, Fakulta humanitních studií

Tento edukační materiál vznikl na podkladě mé Bakalářské práce, kterou jsem vypracovala na téma: Komunikační bariéry se schizofrenikem. Obsahuje zásady jak komunikovat s klientem trpící schizofrenií.

EDUKAČNÍ MATERIÁL PRO OŠETŘUJÍCÍ PERSONÁL:

CO JE TO SCHIZOFRENIE:

- je charakterizována deformací myšlení a jednání
- vědomí a inteligence jsou zachovány
- u těchto pacientů se často projevují bludy a halucinace
- průběh schizofrenie je buď trvalá nebo má epizodické ataky
- jedná se buď o jednu ataku nebo o více atak, které mohou být doprovázeny neúplnou remisí



Zásady komunikace personálu s klientem:

1. Vyhnout se odborným termínům
2. Přizpůsobit komunikaci úrovni inteligence, schopnostem a zkušenostem klienta, aby nás pochopil
3. Dbáme na to, aby nás klient správně pochopil, proto je velmi důležité si to ověřit zpětnou vazbou
4. Nesmíme zapomínat na to, že komunikujeme s klientem ve vypjaté emoční situaci
5. S těmito klienty, bychom měly komunikovat: klidně, vlídně a hlavně pomalu
6. Pacient, který trpí halucinacemi, je velmi podezřívavý a má pocit že jsme pro ně nebezpeční
7. Proto je velmi důležité na začátku konverzace udržovat bezpečnou vzdálenost, a musíme počkat, až sám pacient udělá první krok
8. Neměly bychom užívat slova, které mají dvojitý význam, nemusel by nás klient pochopit
9. Proto bychom měly užívat slova neutrální
10. Nesmíme zapomenout také na neverbální komunikaci, každý úsměv může brát jako posměšek
11. Pro tyto klienty je velmi důležitá komunikace tváří v tvář

Použitá literatura: CHODURA, Vladimír, 2000. Komunikace a duševní poruchy. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 53 s. ISBN 80-7040409-4.

PŘÍLOHA P8: PRÁVA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

1. Člověk s duševním onemocněním má, pokud je to možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Člověk s duševním onemocněním má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál schopností.
3. Člověk s duševním onemocněním má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standart. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno, jeho schopnostem.
4. Tam, kde je to možné, měl by člověk s duševním onemocněním žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jek jen je to možné.
5. Člověk s duševním onemocněním má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k blahu a zájmům žádoucí.
6. Člověk s duševním onemocněním má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud člověk s duševním onemocněním není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.

Práva duševně nemocných:Dostupné z:

http://is.muni.cz/th/252147/pedf_b/Prilohy_BP.pdf>

PŘÍLOHA P9: ETICKÝ KODEX SESTER

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester



Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

PŘEDMLUVA

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k **Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN)**, který byl projednán sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS a je platný od 29. března 2003.

ÚVOD

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.

Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů.

KODEX ICN

Etický kodex sester připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

Články Kodexu

1. Sestry a spoluobčan

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.

Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a profese

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

NÁVRHY NA VYUŽÍVÁNÍ ETICKÉHO KODEXU MEZINÁRODNÍ RADY SESTER (ICN)

Etický kodex pro sestry připravený ICN poskytuje návod k aktivitám vycházejícím ze společenských hodnot a potřeb. Bude mít smysl jedině tehdy, pokud to bude živý dokument a bude aplikován na skutečnosti ošetrovatelské a zdravotnické péče v měnící se společnosti.

Aby Kodex splnil svůj účel, je třeba, aby jej sestry pochopily, osvojily si jej a používaly jej při všech aspektech své práce. Musí být k dispozici studentům v průběhu jejich studia a sestrám v průběhu jejich pracovního života.

Využívání jednotlivých článků Etického kodexu ICN

Články Etického kodexu pro sestry připraveného ICN poskytují rámec pro normy chování. Následující tabulka by měla sestrám pomoci převést tyto normy do praxe. Sestry a studentky ošetrovatelství tak mohou:

- Studovat normy spadající pod každý článek Kodexu.
- Přemýšlet o tom, co pro ně každá norma znamená a jak uplatnit etiku ve své oblasti ošetrovatelství: v praxi, vzdělání, výzkumu nebo řízení.
- Diskutovat o Kodexu se svými spolupracovnicemi a dalšími lidmi.
- Použít specifický příklad ze zkušenosti k určení etických problémů a norem chování, které jsou stanoveny v Kodexu. Sdělovat si navzájem, jak by sestry a studentky dané situace řešily.
- Pracovat ve skupinách na objasnění etického rozhodování a dospět ke shodě, pokud jde o normy etického chování.
- Spolupracovat s Českou asociací sester, spolupracovnicemi a dalšími lidmi při kontinuální aplikaci etických norem v ošetrovatelské praxi, vzdělání, řízení a výzkumu.

Článek Kodexu č. 1: Sestry a spoluobčan

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Poskytovat péči, která respektuje lidská práva a citlivě přistupuje k hodnotám, zvykům a přesvědčení občanů.	Do osnov zařadit informace o tom, že poskytování péče vychází z respektování lidských práv a zásad rovnosti, spravedlnosti a solidarity.	Vytvořit programy a směrnice, které podporují lidská práva a etické normy.
Zajistit kontinuální vzdělávání v etických otázkách.	Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami etiky a rozhodování.	Lobovat za zapojení sester do výborů zabývajících se otázkami etiky.
Zajistit dostatek informací, které by umožňovaly informovaný souhlas pacienta a uplatnění práva souhlasit s léčbou nebo ji odmítnout.	Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami týkajícími se informovaného souhlasu.	Vytvořit směrnice zabývající se otázkami informovaného souhlasu a zajistit kontinuální vzdělávání v této problematice.
Používat takové systémy dokumentace a zpracování informací, které zajišťují diskrétnost.	Do osnov zavést poučení o pojmech soukromí a důvěrnost informací.	Začlenit otázky soukromí a důvěrnosti informací do národního etického kodexu pro sestry.
Zajišťovat a sledovat bezpečnost prostředí na pracovišti.	Poučit studenty, aby dokázali vnímat význam sociálních aktivit v aktuálních problémech.	Podporovat zdravé a bezpečné prostředí.

Článek kodexu č. 2: Sestry a ošetrovatelská praxe

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Vytvořit normy péče a takové pracovní prostředí, které podporují poskytování kvalitní péče.	Při výuce a studiu vytvořit možnosti, které podporují touhu po celoživotním vzdělávání a zvyšování kvalifikace pro praxi.	Zajistit možnost kontinuálního vzdělávání prostřednictvím časopisů, konferencí, distančního studia apod.
Zavést do praxe systémy pracovního hodnocení, kontinuálního vzdělávání a registraci sester.	Provádět výzkum, který ukazuje spojitost mezi kontinuálním vzděláváním a náležitou kvalifikací pro praxi, a šířit jeho výsledky.	Lobovat za zajištění příležitosti ke kontinuálnímu vzdělávání a vytvoření norem kvalitní péče.
Sledovat a podporovat osobní zdraví ošetrovatelského personálu ve vztahu k jejich schopnosti pracovat.	Propagovat význam osobního zdraví, předávat informace a ilustrovat jeho vztah k ostatním hodnotám.	Propagovat mezi ošetrovatelským personálem zdravý životní styl. Lobovat za zdravé pracovní prostředí a za dodržování Zákoníku práce.

Článek Kodexu č. 3: Sestry a profese

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Stanovit normy (standardy) pro ošetrovatelskou praxi, výzkum, vzdělávání a management.	Při výuce a studiu zajistit příležitost zabývat se vytvářením norem pro ošetrovatelskou praxi, výzkum, vzdělávání a management.	Spolupracovat s ostatními institucemi na vytváření norem pro ošetrovatelské vzdělávání, praxi, výzkum a management.
Podporovat na pracovišti provádění výzkumu souvisejícího s ošetrovatelstvím a zdravím. Šířit a využívat výsledků výzkumu v praxi.	Provádět výzkum směřující k rozvoji ošetrovatelské profese, šířit a využívat jeho výsledky.	Připravovat a vydávat prohlášení, dokumenty a normy vztahující se k ošetrovatelskému výzkumu.
Podporovat členství v celostátních asociacích sester, za účelem vytvořit příznivé socioekonomické podmínky.	Studující sestry vést k důležitosti členství a účast v profesních sesterských asociacích.	Lobovat za spravedlivé sociální a ekonomické pracovní podmínky v ošetrovatelství. Připravit směrnice týkající se otázek pracovního prostředí.

Prvek Kodexu č. 4: Sestry a spolupracovníci

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Budovat povědomí o specifických a překrývajících se funkcích a o možnosti vzniku napětí mezi jednotlivými obory.	Rozvíjet pochopení pro role ostatních pracovníků.	Stimulovat spolupráci s ostatními spřízněnými obory.
Vytvořit pracovní prostředí, které podporuje společné profesní etické hodnoty a chování.	Informovat o zásadách ošetrovatelské etiky sestry i ostatní zdravotnické pracovníky.	Vytvořit povědomí o etických otázkách jiných profesí.
Vytvořit mechanismy k ochraně jednotlivců, rodin i komunit, je-li jejich péče ohrožena zdravotnickým personálem.	Ve studentech vychovat potřebu ochraňovat jednotlivce, rodiny nebo komunity, když je jejich péče ohrožena zdravotnickým personálem.	Zajistit směrnice a diskusní fóra související se zabezpečením lidí, když je jejich péče ohrožena zdravotnickým personálem.

Šíření etického kodexu pro sestry vytvořeného Mezinárodní radou sester

Aby Etický kodex pro sestry mohl být používán, musí jej sestry znát. Vyzýváme vás, abyste pomohli šířit tento Kodex na školách, kde se vzdělávají budoucí sestry, v tisku pro sestry a dalších hromadných sdělovacích prostředcích. S Kodexem by se měli seznámit také ostatní zdravotničtí pracovníci a zaměstnavatelé sester, skupiny pacientů/klientů, organizace lidských práv a skupiny tvořící politiku, i veřejnost.

Slovníček termínů používaných v Etickém kodexu sester vytvořeném Mezinárodní radou sester

Vztah spolupráce	Profesionální vztah založený na kolegiální a reciproční aktivitě a chování, který má za cíl dosažení určitých cílů.
Spolupracovník	Jiné sestry a jiní zdravotničtí a nezdravotničtí pracovníci a odborníci.
Sestra se dělí se společností	Sestra, jako zdravotnická pracovníce a občanka, iniciuje a podporuje vhodné aktivity na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb obyvatel.
Osobní zdraví	Duševní, tělesná, sociální a duchovní pohoda sestry.
Osobní informace	Informace o jednotlivci nebo rodině získané během profesionálního kontaktu, které jsou důvěrného charakteru a jejichž sdělení může znamenat porušení práva na soukromí, stud, vznik nepříjemností nebo škody pro jednotlivce nebo rodinu.
Související / příbuzné skupiny	Jiné sestry, zdravotničtí pracovníci nebo jiní pracovníci, kteří poskytují službu jednotlivci, rodině nebo komunitě a jejichž práce vede k dosažení požadovaných cílů.

PŘÍLOHA P10: PŘEDSTAVENÍ ZAŘÍZENÍ KDE PROBÍHALY ROZHOVORY

I. URČENÍ ZAŘÍZENÍ

Posláním CSSPV je zajistit odbornou a bezpečnou podporu či péči svým uživatelům, odpovídajícím cílové skupině, podpořit zachování jejich stávající soběstačnosti a původního životního stylu prostřednictvím svých sociálních zařízení:

Domov pro seniory (nepřetržitý provoz)

Domov se zvláštním režimem (nepřetržitý provoz)

DOMOV PRO SENIORY

(§ 49 zákona č. 108/2006 Sb.)

Hlavním účelem je poskytování služeb sociální péče osobám, které v důsledku svého věku a zdravotního stavu se ocitly v nepříznivé sociální situaci, kterou nejsou schopni překonat ve vlastním prostředí ani za pomoci jiných typů sociálních služeb nebo rodiny a potřebují pravidelnou pomoc při zajištění svých potřeb s cílem zachovat a rozvíjet svou soběstačnost, společenské návyky a dovednosti.

Předmětem činnosti:

- poskytování pobytových služeb sociální péče formou celoročního pobytu osobám, které v důsledku svého věku a zdravotního stavu vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby, ne však péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení (dále jen uživatelé),
- poskytování ubytování a stravování uživatelům,
- poskytování základního sociálního poradenství,
- poskytování péče při zvládání běžných úkonů péče o osobu uživatele, při osobní hygieně příp. zajištění podmínek pro osobní hygienu,
- poskytování ošetrovatelské péče,
- zajištění lékařské péče pro uživatele,
- poskytování rehabilitační péče uživatelům,
- organizování a poskytování kulturní péče, zájmové, aktivizační, sociálně-terapeutické a psychologicko-terapeutické činnosti uživatelů,
- poskytování pomoci při zajišťování dalších sociálních služeb jinými organizacemi,
- poskytování pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních

záležitostí uživatelů, vše při zachování přirozené vztahové sítě, respektování práv a lidské důstojnosti každého uživatele

Cílovou skupinu tvoří senioři se sníženou soběstačností z důvodů věku, chronického onemocnění, zdravotního nebo smyslového postižení, kteří dosáhly důchodového věku nebo jsou plně invalidní a nemohou žít *běžným způsobem života* ve svém přirozeném prostředí a *jsou závislí na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni III. nebo IV.*

V případě manželských párů je možné kombinace II. a vyššího stupně v závislosti na pomoci jiné osoby.

Jde tedy o uživatele, kteří z důvodu věku, onemocnění nebo zdravotního postižení potřebují značnou nebo úplnou podporu při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu formou ubytování, stravování, hygieny, zajištěním zdravotní a ošetrovatelské péče, zabezpečením kontaktu se společenským prostředím, uspokojováním psychosomatických, sociálních a společenských potřeb, podporou při aktivizačních činnostech a při uplatňování svých práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

(§50 zákona č. 108/2006 Sb.)

Hlavním účelem je poskytování sociální péče, osobám, které se v důsledku svého duševního onemocnění ocitly v nepříznivé sociální situaci a potřebují pravidelnou pomoc při zajišťování svých potřeb s cílem zachovat a rozvíjet svou soběstačnost, společenské návyky a dovednosti.

Předmětem činnosti je:

- poskytování pobytových služeb sociální péče formou celoročního pobytu ženám, které trpí chronickým duševním onemocněním a v důsledku svého zdravotního stavu vyžadují pravidelnou péči, ne však péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení (dále jen uživatelé),
- poskytování ubytování a stravování uživatelům,
- poskytování základního sociálního poradenství,
- poskytování pomoci při zvládnání běžných úkonů péče o osobu uživatele při osobní hygieně, příp. zajištění podmínek pro osobní hygienu,
- poskytování ošetrovatelské péče, pokud je potřebná,
- zajištění lékařské péče pro uživatele,
- poskytování rehabilitační péče uživatelům,

- organizování a poskytování kulturní péče zájmové, aktivizační (ergoterapeutické, sociálně- terapeutické a psycho-terapeutické) činnosti uživatelům,
- poskytování pomoci při zajišťování dalších sociálních služeb jinými organizacemi,
- poskytování pomoci při uplatňování práv oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí uživatelů,

Vše při zachování přirozené vztahové sítě, respektování práv a lidské důstojnosti každého uživatele s režimem přizpůsobeným jeho specifickým potřebám.

- **cílovou skupinu** představují ženy *s chronickým duševním onemocněním včetně přidružených smyslových nebo tělesných vad, které dosáhly důchodového věku, nebo jsou plně invalidní a nemohou žít běžným způsobem života ve svém přirozeném prostředí a jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby alespoň ve stupni I.*

Tvoří ji tedy ženy, které z důvodu chronického duševního onemocnění potřebují částečnou nebo úplnou podporu při zvládání běžných úkonů péče o svou osobu formou ubytování, stravování, hygieny, zajištění zdravotní a ošetrovatelské péče (pokud je potřebná), zabezpečením kontaktu se společenským prostředím, uspokojováním psychosomatických sociálních a společenských potřeb a podporu při aktivizačních činnostech a při uplatňování svých práv a obstarávání osobních záležitostí.

Představení zařízení kde rozhovory probíhaly:

Dostupné z: <http://www.csspv.cz/pedstaveni-cssp.html>