

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Aneta Jelínková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

KOMUNIKACE JAKO TERAPEUTICKÝ NÁSTROJ

V PSYCHIATRII

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Aneta JELÍNKOVÁ**
Osobní číslo: **Z18B0003K**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Komunikace jako terapeutický nástroj v psychiatrii**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

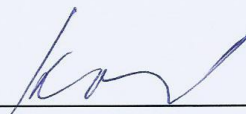
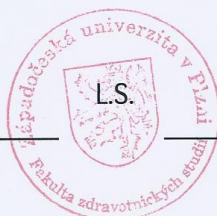
- PEKARA, Jaroslav. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. Praha: Institut postgraduálního vzdělání ve zdravotnictví, 2015. 86 s. ISBN 978-80.87023-46-4.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada. 2017. Psyché (Grada). 288 s. ISBN 978-80-247-5327-0.
- SVOBODA, Mojmir, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. 320 s. ISBN 978-80-262-0976-8.
- Česká a slovenská psychiatrie. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2018, 114 (5) 215-217 [cit. 27.5.2020]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1227>.
- BAJOREK, Tomasz a Tom STOCKMANN. *Psychiatrie*. Second edition. London: JP Medical Publishers, [2018]. Pocket tutor. 282 s. ISBN 978-1-909836-73-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lenka Kroupová**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



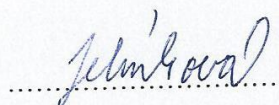
PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25.3.2021



vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Jelínková Aneta

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Komunikace jako terapeutický nástroj v psychiatrii

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 58

Počet stran – nečíslované: 29

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: psychiatrie, komunikace, deeskalační techniky

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na komunikaci s duševně nemocným pacientem a deeskalační techniky. Teoretická část je rozdělena na dvě velké kapitoly: Psychiatrie a Komunikace. Kapitola Psychiatrie se krátce zabývá duševním zdravím, vzděláním sester, právní problematikou a transformací psychiatrické péče. Dále se věnuje hlavně specifické péči o pacienta s duševní poruchou, popisem vyšetřovacích metod, způsobů terapie a duševních onemocnění. Druhá kapitola s názvem Komunikace je hlavním tématem celé práce a jsou v ní popsány obecné formy komunikace, rozhovor s pacientem, zásady komunikace s pacienty, s různými typy duševních poruch, způsoby předcházení konfliktů a deeskalační techniky. Cílem praktické části bylo zjistit, zda umí sestry efektivně využít svou komunikaci jako terapeutický nástroj v prevenci užití omezovacích prostředků.

Abstract

Surname and name: Jelínková Aneta

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Communication like a therapeutic instrument in psychiatry

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 58

Number of pages – unnumbered: 29

Number of appendices: 10

Number of literature items used: 27

Keywords: psychiatry, communication, de-escalation techniques

Summary:

Bachelor thesis is focused on communication with mentally ill patient and de-escalation techniques. Theoretical part is divided into two large chapters: Psychology and Communication. Chapter Psychology briefly deals with mental health, education of nurses, legal issues and transformation of Psychiatric care. It further deals mostly with work specification on psychiatry and description of examination methodologies, types of therapies and mental illnesses. Chapter Communication is the main theme of the whole bachelor thesis and there are described different kinds of mentally ill patients, ways how to avoid conflicts and de-escalation techniques. The main objective of practical part was found out, if nurses know how to effective use communication as a therapeutic tool in the prevention of use of restraints.

Předmluva

Práci na téma Komunikace jako terapeutický nástroj v psychiatrii jsem si vybrala proto, že pracuji v psychiatrické léčebně, kde se v posledních letech klade velký důraz na způsob komunikace s pacienty a na snížení používání omezovacích prostředků. Cílem mé práce je zjistit, v jaké míře je zdravotnický personál na psychiatrických pracovištích proškolen v komunikaci s pacienty, zda upřednostňují deeskalační techniky nebo omezovací prostředky a jestli je možné považovat komunikaci za terapeutický nástroj. Na základě výzkumného šetření bude vytvořena informační brožura s pokyny a radami, jak se chovat k lidem s duševním onemocněním. Brožura bude určena zdravotnickým pracovníkům a laické veřejnosti s důrazem na znalost komunikačních dovedností s duševně nemocnými pacienty.

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce a poskytování rad. Musím zmínit také poděkování vedoucím pracovníkům a panu řediteli PL Petrohrad za to, že mi vycházeli vstříc a umožnili studium dokončit. Na závěr bych chtěla poděkovat celé své rodině za obrovskou trpělivost a podporu, které mi bylo dopřáváno po celou dobu studia.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 PSYCHIATRIE	14
1.1 Duševní zdraví	14
1.2 Vzdělávání sester v psychiatrii	14
1.3 Specifika práce sestry na psychiatrii.....	15
1.4 Právní problematika	17
1.5 Transformace psychiatrické péče.....	18
1.6 Vyšetřovací metody	18
1.6.1 Základní psychiatrické vyšetření	18
1.6.2 Pomocné vyšetřovací metody	19
1.6.3 Ošetrovatelské vyšetření	20
1.7 Způsoby terapie.....	20
1.7.1 Biologické léčebné metody.....	21
1.7.2 Psychoterapie	22
1.7.3 Psychiatrická rehabilitace / resocializace.....	23
1.8 Duševní onemocnění.....	23
1.8.1 Organické duševní poruchy	23
1.8.2 Poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek.....	24
1.8.3 Afektivní poruchy	24
1.8.4 Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy	25
1.8.5 Úzkostné poruchy	26
2 KOMUNIKACE	27
2.1 Formy komunikace	27
2.1.1 Verbální komunikace	27
2.1.2 Neverbální komunikace	28
2.2 Rozhovor s pacientem.....	28
2.3 Zásady komunikace v psychiatrii.....	29
2.3.1 Komunikace s agresivním pacientem	30
2.3.2 Komunikace s psychotickým pacientem.....	30
2.3.3 Komunikace s pacientem se schizotypní poruchou	31
2.3.4 Komunikace s úzkostným pacientem.....	31
2.3.5 Komunikace s depresivním pacientem	32

2.3.6	Komunikace se suicidálním pacientem.....	32
2.4	Předcházení konfliktů	33
2.5	Deeskalační techniky	33
2.5.1	Vyhodnocení situace.....	34
2.5.2	Komunikace	34
2.5.3	Vyjednávání	35
2.5.4	Deeskalační postoj	36
PRAKTICKÁ ČÁST		37
3	FORMULACE PROBLÉMU	37
4	CÍL VÝZKUMU	37
4.1	Hlavní cíl.....	37
5	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	38
6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	39
7	METODIKA PRÁCE	39
8	ORGANIZACE VÝZKUMU	39
9	ZPRACOVÁNÍ DAT	40
10	ANALÝZA DAT.....	40
10.1	Sociodemografické údaje.....	40
	Otázka č.1: Uveďte prosím své pohlaví.	40
10.2	Cíl 1: Zjistit vzdělání sester na psychiatrii.....	45
10.3	Cíl 2: Zjistit, jestli sestry preferují užívání omezovacích prostředků před komunikací.	49
10.4	Cíl 3: Zjistit, jaké mají sestry znalosti v oblasti deeskalačních technik.	51
10.5	Cíl 4: Zjistit, jaké mají sestry znalosti v oblasti zásad komunikace s psychiatrickým pacientem.....	57
10.6	Cíl 5: Zjistit využitelnost deeskalačních technik v prevenci použití omezovacích prostředků.....	62
11	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	64
DISKUZE		68
ZÁVĚR.....		71
SEZNAM LITERATURY.....		72
SEZNAM PŘÍLOH		76
PŘÍLOHY		77

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů	40
Graf 5 Zdravotnické zařízení	41
Graf 6 Psychiatrická praxe	42
Graf 7 Frekvence konfliktních situací	43
Graf 24 Forma dalšího vzdělávání.....	Chyba! Záložka není definována.
Graf 2 Pracovní pozice	Chyba! Záložka není definována.
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	Chyba! Záložka není definována.
Graf 4 Specializace Ošetrovatelská péče v psychiatrii	Chyba! Záložka není definována.
Graf 13 Proškolení v komunikaci s duševně nemocným pacientem	48
Graf 8 Omezovací prostředky vs. komunikační techniky	Chyba! Záložka není definována.
Graf 9 Frekvence užití omezovacích prostředků	50
Graf 10 Příčiny agrese	51
Graf 11 Prevence agresivního jednání.....	52
Graf 12 Zásady komunikace s agresivním pacientem	53
Graf 16 Deeskalační techniky.....	54
Graf 17 Cíl vyjednávání	55
Graf 18 Deeskalační postoj	56
Graf 19 Frekvence užití zásad komunikace s duševně nemocným pacientem.....	57
Graf 20 Komunikace s pacientem se schizofrenií	58
Graf 21 Komunikace s depresivním pacientem.....	59
Graf 22 Komunikace se suicidálním pacientem	60
Graf 23 Komunikace s úzkostným pacientem	61
Graf 14 Frekvence používání deeskalačních technik	62
Graf 15 Využitelnost deeskalačních technik	63

SEZNAM ZKRATEK

PL	Psychiatrická léčebna
ČR	Česká republika
SESTRA	Všeobecná sestra
WHO	World Health Organization
ECT	Elektrokonvulzivní terapie
CDZ	Centrum duševního zdraví
PN	Psychiatrická nemocnice
EKG	Elektrokardiograf
EEG	Elektroencefalograf
CNS	Centrální nervový systém
PMT	Psychomotorické tempo
AD	Antidepresiva

ÚVOD

V současné době dochází v České republice (ČR) k transformaci psychiatrie a jejími hlavními body jsou humanizace a zvýšení kvality poskytované péče. Psychiatrická sekce České asociace sester se ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví ČR zabývá novelizací metodického doporučení pro používání omezovacích prostředků, a to zejména v oblasti prevence. Podporují deeskalační techniky a britský model prof. Lena Bowerse „Safewards“. Zmíněný model se zabývá prevencí konfliktů a incidentů na psychiatrických pracovištích a usiluje o vytvoření pozitivní atmosféry. Při této příležitosti se zabývám tím, jestli bychom mohli pomocí našich komunikačních dovedností snížit užívání omezovacích prostředků. Jediný způsob, jak toho dosáhnout, aniž bychom použili jakýkoliv omezovací prostředek, je mezilidská komunikace. Komunikace je v každém zdravotnickém oboru velice důležitá a obzvláště v psychiatrii, kde pouhý rozhovor může duši léčit. Proto si myslím, že by všeobecná sestra (sestra) pracující na psychiatrii měla ovládat určité komunikační techniky.

V psychiatrii působím čtyři roky a nikdy předtím jsem se s ní nesetkala. Na střední zdravotnické škole bohužel informace o specifikách komunikace, které by usnadnili interakci mezi všeobecnou sestrou a psychiatricky nemocným pacientem, chyběly. Do svého zaměstnání jsem nastoupila pouze se střední zdravotnickou školou a mohu říci, že jsem nebyla dostatečně připravená. Nevěděla jsem, jak s pacientem komunikovat, jak poznat, že mám v danou chvíli zpozornět, ke komu se neotáčet zády a jak reagovat na to, když pacient trpí bludy nebo halucinacemi. Tato doporučení mi nebyla absolutně známá. Proto se ve své práci pokusím vysvětlit specifika komunikace s psychiatricky nemocným pacientem a poměrně nové deeskalační techniky. Budu zjišťovat, jak jsou sestry v ČR v této oblasti proškolené, jaké mají vzdělání, jestli znají komunikační techniky a využívají je nebo jestli se raději spoléhají na omezovací prostředky. Nadále mě bude zajímat také to, zda by byly ochotné se v komunikaci s duševně nemocným pacientem a deeskalačních technikách více vzdělávat. Hlavním cílem mé práce bude zhodnotit, zda umí sestry efektivně využít svou komunikaci jako terapeutický nástroj v psychiatrii.

Rešerše k této tematice provedena nebyla. Informace a zdroje jsem vyhledávala sama v Centrálním katalogu Univerzity Karlovy a internetovém portálu Medvik.cz.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHIATRIE

1.1 Duševní zdraví

Zdraví je základní právo každého z nás. Zdravý člověk je schopen se sám o sebe postarat, seberealizovat, přizpůsobit se a plnit své sociální role. Dle definice WHO zdraví definováno jako stav plné tělesné, duševní i sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady. Jde o holistické pojetí osobnosti, což znamená, že máme zájem o jednotlivce jako o celistvou osobu, a ne pouze o jeho jednotlivé části. Člověk má péči o své zdraví ve vlastních rukách. Je ovlivněno především jeho životním stylem (50-60%), životním prostředím (10-20%), genetickými faktory (20%) a také poskytovanou zdravotní péčí (0-10%). Duševní zdraví znamená dobrou kondici celé osobnosti, kdy nejde pouze o nepřítomnost duševní poruchy. Duševně zdravý člověk přijímá a zpracovává informace, řeší problémy, logicky přemýšlí, plánuje a své plány realizuje. Dále dobře komunikuje, je citově vyrovnaný, zvládá vlastní emoce, má schopnost se přizpůsobit situacím a adekvátně na ně reaguje. (Petr, 2014, s.17) Na duševní zdraví pacientů nepomýšlí pouze Deklarace lidských práv a svobod, ale také Deklarace práv duševně postižených osob, kterou v roce 1971 vydala Organizace spojených národů. (Petr, 2014, s.52) WHO trvale statisticky sleduje systémy péče o duševní zdraví s cílem péči zlepšovat, případně sledovat provedené změny. Cíl zlepšení duševního zdraví je jedním z pilířů programu Zdraví 21. (Petr, 2014, s.19) Dle údajů WHO jsou duševní poruchy jedny z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti. (Malá, 2010, s.10)

1.2 Vzdělávání sester v psychiatrii

Počátek vzdělávání ošetrovatelského personálu o duševně nemocné v České republice je spjat se založením všeobecné nemocnice v Praze, která vznikla v 18. století. K dalšímu vývoji došlo se vznikem ošetrovatelské školy v Praze a psychiatrického ústavu v Bohnicích, ve kterém byl v roce 1945 zakončen první kurz ošetrovatelského minima pro ošetrovatele. Vznikla zde také první kniha, která pojednávala o duševních chorobách. Nazývala se Ošetřování choromyslných a napsal ji tehdejší ředitel léčebny MUDr. Jan Hraše.

První školní psychiatrické vzdělání vzniklo na Vyšší škole sociálně zdravotní v Praze v roce 1947. Dalším možným vzděláním personálu byly kurzy, které byly zřizovány

Institutem pro další vzdělání středních zdravotnických pracovníků. Později došlo v roce 1992 ke vzniku jednoletého nástavbového oboru zaměřeného na psychiatrickou ošetrovatelskou péči. Ten byl ovšem v roce 1996 vystřídán oborem Diplomovaná sestra pro psychiatrii, který byl vyučován na vyšších zdravotnických školách. Později, po vstupu České republiky do Evropské unie, se změnil podmínky pro získání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a výkonů činností s nimi souvisejících. Nyní dochází ke specializaci až po získání všeobecné kvalifikace získané na univerzitách nebo na vyšších odborných školách. V oblasti psychiatrie jde o specializovanou způsobilost, která ovšem není podmínkou pro práci všeobecné sestry na psychiatrii. Pokud se sestra bude starat o pacienty, kteří mají patologické změny psychického stavu, ale nevyžadují stálý dozor nebo použití omezovacího prostředku může péči poskytovat i bez specializace. Pokud je v rámci péče vyžadován stálý dozor nebo použití omezovacích prostředků, musí být pacientovi poskytována péče sestrou se specializací, nebo sestrou pod dohledem všeobecné sestry se specializací. (Petr, 2014, s.37)

1.3 Specifika práce sestry na psychiatrii

Základem práce sestry je vytvořit si pozitivní terapeutický vztah založený na důvěře. K tomu má sestra možnost využít modelu Hildegard Elizabeth Peplau, která byla popsána jako matka psychiatrického ošetrovatelství, protože se díky své práci a získaným zkušenostem podílela na jeho rozvoji. Peplau definuje ošetrovatelství jako interpersonální proces zahrnující interakci mezi dvěma a více osobami se společným cílem. Jde tedy o vztah mezi sestrou a pacientem, ve kterém se poznávají, komunikují, společně identifikují problém a hledají řešení. (Kohoutová, 2018, s.28) Kompetentní sestra pracující na psychiatrii by měla mít dostatek odborných znalostí a dovedností, získaných příslušným vzděláním a praxí. Kompetence sestry se specializací jsou vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti, podpora a rehabilitace, ošetrovatelská péče o pacienta v omezení + indikace omezení, pokud není přítomen lékař, začleňování do vlastního sociálního prostředí, poradenská činnost, krizová intervence a psychoterapie, efektivní komunikace, pozorování a popis, psychotherapeutický přístup, schopnost sebereflexe a edukace. (Petr, 2014, s.38)

Kromě všeobecných výkonů provádí sestra specifické činnosti pro obor psychiatrie. Jsou jimi například sledování chování pacienta a jeho následné hodnocení, vyhodnocování rizika vzniku násilí a agresivního chování, asistence u terapeutických zákroků (ECT, fototerapie apod.), podpora zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí, pomoc při adaptaci, provádění podpůrných psychotherapeutických technik, zajištění dodržování

psychoterapeutického režimu, poskytování poradenské činnosti v oblasti prevence a resocializace a zajištění spolupráce s komunitními službami. (Hosák, 2015, s.573) Dále kontroluje veškeré aktivity, které pacient během dne provádí, sleduje jeho náladu, příjem stravy a tekutin, užívání léků, začlenění do kolektivu a kvalitu jeho spánku. Tímto pozorováním lze rozpoznat poruchy myšlení a vnímání nebo včas předejít neklidu a agresi. (Hřebejková, 2013, s.22) Sestra je také součástí psychoterapeutického plánu, vede psychoterapeutické rozhovory a ovládá určité techniky, jako je například relaxace. To vše záleží na jejím vzdělání a zkušenostech. (Petr, 2014, s.121) Co se týče podávání léků, platí na psychiatrii stejná pravidla jako na kterémkoliv jiném pracovišti. Vzhledem k tomu, že při podání léků může dojít k situacím, kdy pacient nebude spolupracovat ať z důvodu nedůvěry nebo poruch myšlení a vnímání, má tato činnost svá určitá specifika. Sestra musí kontrolovat, zda pacient medikaci užil. Proto při podání léku provádí kontrolu dutiny ústní nebo pacienta požádá, aby setrval pod jejím přímým dohledem 15-20 minut. Jakoukoliv nespolečnou spolupráci zapisuje do dokumentace. Dále sleduje nežádoucí účinky léků jako je například zvýšená sedace, nejistá chůze, extrémní grimasy, psychomotorické projevy, ale i pocity, které jí pacient sdělí. (Petr, 2014, s.107)

Další specifickou činností pro práci na psychiatrii je používání omezovacích prostředků. Omezovací prostředky jsou terapeutické a preventivní opatření, při kterých je omezen volný pohyb a jednání pacienta. Užívají se pouze v krajním případě, kdy se pacient dostane do situace, že je sobě či svému okolí nebezpečný a tím se předchází sebepoškození nebo poškození druhých osob či věcí. (Dušek, 2015, s.564) Použití omezovacích prostředků se řídí zákonem č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách, který stanovuje podmínky přípustnosti použití a povinnosti poskytovatele zdravotních služeb. Do omezovacích prostředků zahrnujeme úchop, kurty, síťové lůžko, izolovanou místnost, ochranný kabátek a parenterálně podávaná léčiva. Uvedená omezení se užívají pouze po dobu nezbytně nutnou, dokud nedojde ke zlepšení stavu pacienta. Mají jasně daná pravidla jeho observace a záznamu do zdravotnické dokumentace. Při použití těchto prostředků je nutné srozumitelné informování pacienta nebo jeho zákonného zástupce o důvodech jejich použití. (Hosák, 2015, s.598) Při užití omezovacích prostředků je nezbytné mít dostatečný počet personálu, z důvodu bezpečnosti a rychlosti zákroku. Doporučuje se alespoň jedna osoba na končetinu. Je nutné dbát na bezpečí a důstojnost pacienta, proto se postupuje šetrně a jakékoliv pro pacienta bolestivé hmaty jsou nevhodné. U každého pacienta, který je omezen v pohybu je nutné vykonávat komplexní

ošetřovatelskou péči. Při omezení pacienta v izolované místnosti a v sít'ovém lůžku se musí provést kontrola místnosti a lůžka, při které se odstraní všechny předměty, kterými by se pacient mohl poškodit. Stejná kontrola se provede i u pacienta. (Dušek, 2015, s.566)

Důležitá je také prevence rizik agrese, sebepoškození a sebevraždy. Z tohoto důvodu provádí personál intenzivní dohled nad pacienty. Úroveň dohledu je určena lékařem při příjmu pacienta dle vstupního vyšetření a zhodnocení rizik. Každé pracoviště má dohledy popsané ve svých standardech a mohou se lišit. Každá úroveň dohledu určuje, jak často musí mít sestra s pacientem přímý kontakt, zda stačí jednou denně, nebo musí mít pacienta nepřetržitě pod dohledem na dosah paže. Do této prevence také spadá již zmíněné odebrání rizikových předmětů už při vstupu na oddělení. Měli by být odebrány skleněné a ostré předměty, hořlavé látky, zápalky a zapalovače, opasky, pomůcky na holení a podobné předměty. K usnadnění práce zdravotníků se využívá kamerový systém, který monitoruje oddělení včetně pokojů. Dále se používají pro bezpečnost personálu mobilní tlačítka tísňového volání, které nosí personál nepřetržitě na sobě a v nouzi si stisknutím tlačítka přivolá pomoc. Všechna tato opatření a jejich přísné dodržování přispívají k prevenci nežádoucích událostí. (Petr, 2014, s.167) Postavení všeobecných sester se v psychiatrické péči v posledních letech mění. Sestry se uplatňují i jako samostatné komunitní jednotky, které ve spolupráci s psychology, lékaři a sociálními pracovníky tvoří multidisciplinární tým komunitních služeb. (Petr, 2014, s.138)

1.4 Právní problematika

První problém z právního hlediska může nastat při nedobrovolném vstupu. Jedná se o hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu. V takovém případě je tuto skutečnost lékař povinen oznámit soudu do 24 hodin od přijetí pacienta. Následně soud rozhodne o přípustnosti této hospitalizace a stanoví pacientovi opatrovníka, který podepíše souhlas za něj. Pacient může později svůj názor změnit a dobrovolný vstup podepsat, což se opět nahlásí soudu. (Svoboda, 2015, s.37) Nedobrovolně hospitalizovat lze pacienta, kterému bylo soudem uloženo ochranné léčení, bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí nebo jeho stav vyžaduje neodkladné poskytnutí péče a neumožňuje mu, aby souhlas vyslovil. (Dušek, 2015, s.568) S nedobrovolným vstupem souvisí další právní úskalí, a to je omezení svéprávnosti pacienta. Tato omezení chrání duševně nemocné pacienty před následky jejich poruchy. „Omezit svéprávnost člověka může soud jen tehdy, hrozila-li by mu jinak závažná újma a nepostačí-li vzhledem k jeho zájmům mírnější opatření.“ Soud vymezí rozsah, v jakém způsobilost daného člověka omezil, určí dobu trvání omezení, která činí maximálně 3 roky

a následně přidělí pacientovi opatrovníka. (Hosák, 2015, s.605) V tomto případě se náležitosti týkající se hospitalizace, léčby, užití omezovacích prostředků, financí pacienta a právních jednání řeší s opatrovníkem. Dále mohu navázat ochrannou terapií ambulantní nebo lůžkovou. Zmíněná terapie je nařízena soudem v případě, kdy není pachatel pro nepřičetnost trestně odpovědný, byl ve stavu zmenšené přičetnosti a jeho pohyb na svobodě je nebezpečný, nebo užil návykovou látku a trestný čin spáchal pod jejím vlivem. Lůžková léčba probíhá ve zdravotnickém zařízení a její maximální délka jsou dva roky. Avšak soud má právo jej opakovaně prodlužovat. V takovém případě má zařízení nárok pacientovi zakázat návštěvy, odchod na propustku, užívat mobilní telefon nebo mu kontrolovat balíky. (Petr, 2014, s.75)

1.5 Transformace psychiatrické péče

V roce 2012 byla zahájena příprava strategie reformy psychiatrické péče, která byla o rok později schválena ministrem zdravotnictví ČR. (Petr, 2014, s.45) K reformě byl vydán dokument se základními body směřování psychiatrické péče. Jsou jimi zvýšení kvality poskytované psychiatrické péče, omezení stigmatizace duševně nemocných pacientů a všeobecné psychiatrie, zvýšení spokojenosti klientů s poskytovanou péčí, zvýšení efektivity péče, zvýšení úspěšnosti začleňování pacientů do společnosti, zlepšení spolupráce zdravotníků, sociálních a dalších služeb a humanizace psychiatrické péče. (Hosák, 2015, s.32) V současné době se psychiatrie v ČR nachází ve fázi rozvoje sítě komunitních služeb. To jsou Centra duševního zdraví (CDZ) tvořená multidisciplinárními týmy zdravotníků a sociálních pracovníků působících v místě CDZ a ve vlastním prostředí klienta. Jde o snahu vyvážit komunitní a nemocniční péči v ČR. Psychiatrická péče by měla být dostupná všem lidem v relativní blízkosti bydliště, 24 hodin denně. Dále se bude pracovat na rozvoji psychiatrických oddělení v rámci všeobecných nemocnic a ambulantních služeb. Pokud se podaří dostatečně rozvinout síť těchto služeb, dojde v budoucnu k možnosti redukce lůžek v Psychiatrických nemocnicích (PN) a Psychiatrických léčebnách (PL). (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, online)

1.6 Vyšetřovací metody

1.6.1 Základní psychiatrické vyšetření

Diagnostika duševních poruch je považována za jednu z nejobtížnějších, díky své mnohotvárnosti klinických projevů. Z tohoto důvodu potřebujeme k psychiatrickému vyšetření dobré pozorovací a komunikační vlastnosti zdravotníka. Nejdůležitějším

vyšetřovacím nástrojem v psychiatrii je *komunikace a pozorování*. Při psychiatrickém vyšetření se zjišťuje psychiatrická anamnéza, stanovuje se diagnóza a terapeutický plán. (Petr, 2014, s.78) Účelem psychiatrické anamnézy je sběr informací o nemocném. Důležité je ověření těchto informací například u příbuzných. Pro správný odběr anamnézy je nutné zvolit vhodný prostor pro odběr, aby se pacient mohl cítit bezpečněji a klidněji. Pokud se podaří pacienta zklidnit, bude sdílnější a schopen se svěřit se svými pocity a obavami. Při odběru je vhodné udělat si dostatek času a prostoru na rozhovor a důkladně pacientovi naslouchat. Psychiatrická anamnéza by měla obsahovat identifikační údaje, rodinnou, osobní, somatickou, předchozí psychiatrickou anamnézu a nynější onemocnění. (Svoboda, 2015, s.40) Při odběru anamnézy se hodnotí přítomný psychický stav pacienta, při kterém se provádí psychopatologický rozbor a zhodnocují se narušené ale i nenarušené psychické funkce. (Petr, 2014, s.79) Hodnocenými funkcemi jsou vědomí a orientace, emotivita a afektivita, myšlení včetně jeho formy a obsahu, intelekt zahrnující slovní zásobu, vyjadřování, znalosti, úsudek, paměť krátkodobá a dlouhodobá a matematické schopnosti. (Svoboda, 2015, s.41) Hodnotí se přítomný somatický stav, při kterém se provádí fyzikální vyšetření, zhodnocení fyziologických funkcí, orientační neurologické vyšetření a kontroly výšky a hmotnosti. (Petr, 2014, s.80) Součástí vyšetření je také kontrola laboratoře, protože některá biologická léčba nebo farmakoterapie může mít vliv na aktuální somatické onemocnění pacienta, kterým trpí. Například kardiovaskulární vedlejší účinky u onemocnění srdce nebo metabolické vedlejší účinky u onemocnění diabetem. (Svoboda, 2015, s.42) Z laboratorních hodnot se vyšetřuje krevní obraz + diferenciál, jaterní testy, hladiny minerálů, krevní cukr, urea a kreatinin. Dále lze zjistit koncentraci hormonů, psychofarmak nebo návykových látek. (Orel, 2016, s. 235) Nadále dochází k psychodynamickému rozboru, kde se za pomoci diferenciální diagnostiky stanovuje jedna nebo více psychiatrických diagnóz. (Petr, 2014, s.80) Na konec se uplatní terapeutický plán, který se sestaví díky všem získaným informacím, navrhne se farmakoterapie a další vyšetření. Pacient musí být nadále sledován, včetně kontroly tělesných a laboratorních parametrů, které mohou být medikací ovlivněny. (Svoboda, 2015, s.44)

1.6.2 Pomocné vyšetřovací metody

Pomocné vyšetřovací metody pomáhají k upřesnění diagnózy a ke zvolení správného terapeutického postupu. Zahrnují vyšetření elektroencefalografii (EEG), sloužící hlavně k vyloučení organických příčin psychických obtíží a elektrokardiografii (EKG), která se provádí standardně k vyloučení somatického onemocnění. Dále zahrnují neurologické

vyšetření, při kterém se hodnotí stav vědomí a orientace, celkový vzhled, pohybové poruchy, chůze, svalové síly, vyšetřují se hlavové nervy, poruchy čítí, řeči a reflexy. Využívají se také zobrazovací strukturální metody mozku jako je počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR) a funkční metody, funkční magnetická rezonance (fMR) a pozitronová emisní tomografie (PET). Při pomocném vyšetření pacienta se uplatňují i psychologové, kteří provádí klinické psychologické vyšetření pomocí posuzovacích stupnic a škál, které mohou využívat i psychiatři a ostatní zdravotničtí pracovníci. (Hosák, 2015, s.77)

1.6.3 Ošetřovatelské vyšetření

Ošetřovatelské vyšetření provádí všeobecná sestra. S pacientem tráví 24 hodin denně a má přehled o tom, jak se pacient chová a jaké má potíže. Pokud pacienta něco trápí, většinou jako první vyhledává ji. Sestra u pacienta odebírá ošetřovatelskou anamnézu, provádí vyšetření psychických a fyziologických funkcí, hodnotí stav výživy, hydratace a soběstačnosti. Při rozhovoru s pacientem posuzuje a pozoruje jeho stav, včetně projevů duševní poruchy, reakcí na situaci, stavu vědomí, inteligencí, nálady, řeči, postoje k nemoci, projevy agrese a řeší pacientovy problémy, které nesouvisí s diagnózou. Musí vyhledávat zdroje informací, pokud pacient není schopen je podat, například z důvodu akutní intoxikace nebo změněné kvality vědomí a ověřovat si je v případě, že by pacient udával lživé informace. Během odběru anamnézy sestra vyhodnocuje škály jako je test základních všedních činností dle Barthelové, screening pro určení zvýšeného rizika pádu, riziko vzniku dekubitů dle Nortonové, základní nutriční screening ale také škály, které jsou typické pro hodnocení v psychiatrii zahrnující hodnocení rizika sebevražedného jednání, riziko agrese, stupnice hodnocení psychického zdraví, geriatrická škála deprese a test kreslení hodin. (Petr, 2014, s.84)

1.7 Způsoby terapie

V léčbě duševních nemocí se uplatňuje řada terapeutických metod, které se nesoustředí pouze na léčbu psychických poruch, ale také na somatické obtíže a sociální a duchovní intervenci pacienta. Vychází z předpokladů holistické teorie vzniku nemoci v důsledku porušení interakce jednotlivce s životním prostředím, sociálně kulturním prostředím, životním stylem a dalšími bio-psycho-sociálními faktory. Základní druhy léčby jsou biologické léčebné metody, psychoterapie a psychiatrická rehabilitace. Tyto tři odvětví k sobě neodmyslitelně patří a tvoří společně komplexní terapii. (Petr, 2014, s.93)

1.7.1 Biologické léčebné metody

Nedílnou součástí biologické léčby je farmakoterapie. Psychofarmakum, je každé léčivo, které způsobuje změnu psychického stavu, odstraňuje psychické poruchy a má minimální počet kontraindikací. Nepatří sem však všechny látky, například cannabis nebo alkohol.

Prvním zástupcem psychofarmak jsou psychostimulancia. Jde o psychotropní látky působící na centrální nervový systém (CNS) budivě. Zvyšují bdělost a imaginaci, zrychlují psychomotorické tempo (PMT) a myšlení, zrychlují výbavnost paměti (na úkor přesnosti), zkracují spánek, snižují pocit únavy a chuť k jídlu. (Dušek, 2015, s.392) Dalším zástupcem jsou hypnotika. Jejich cílem je navození spánku. V malých dávkách působí sedativně, ve středních hypnoticky a ve vysokých způsobují poruchy vědomí. Při podání jakékoliv dávky však snižují luciditu vědomí. Do hypnotik se řadí například klasická hypnosedativa, benzodiazepiny nebo z-hypnotika. Léčba těmito preparáty by měla trvat nejdéle 2-4 týdny z důvodu rizika závislosti a její vysazování se provádí postupně. (Dušek, 2015, s.397) Antidepresiva (AD) ovlivňují smutnou náladu. Jejich indikcí jsou tedy deprese. Užívají se ale také při dlouhodobé léčbě úzkostných poruch, chronických bolestech, poruch příjmu potravy a nespavosti. (Hosák, 2015, s.428) Dělí se na několik generací. První nejstarší generace má velmi silný efekt, ale mnoho vedlejších účinků, proto není lékem první volby. Druhá generace léků je také velmi účinná a má méně nežádoucích účinků. Společně s první generací se užívá při těžkých depresivních stavech. Třetí generace AD už nemá tak silný účinek, ale je pacienty velice dobře tolerována. Čtvrtá případně pátá generace má opět efektivní účinek a je velice dobře snášena. Tyto poslední generace se užívají u lehčích forem deprese. Léčba AD je dlouhodobá. (Kučerová, 2013, s.72) Anxiolytika jsou léky zmírňující úzkost, tíseň, strach, trému a také fyzické příznaky jako jsou třes, pocení, bušení srdce, svírání na hrudi apod. Působí tlumivě na CNS, proto ovlivňují vigilitu (bdělost), pozornost a reakční čas. (Orel, 2016, s.1171) Thymoprofylaktika neboli tzv. stabilizátory nálady ovlivňují nestabilní náladu a výkyvy emotivity. Používají se k úpravě manické nálady. Mají antimanický či antidepresivní účinek a neměli by způsobovat přesmyk do opačné polarity. (Dušek, 2015, s.438) Antipsychotika jsou léky proti psychóze. Je jich velké množství, a proto se výběr léku řídí psychopatologickým obrazem pacienta. Terapie je dlouhodobá. Další účinek některých antipsychotik je antidepresivní, proto se také mohou ordinovat u těžkých depresí. (Kučerová, 2013, s.73) Zvláštní formou antipsychotik je depotní medikace, což je dlouhodobá kontinuální léčba antipsychotiky, která je velmi účinná v prevenci relapsu onemocnění a účinkuje z pravidla 2-4 týdny. (Dušek, 2015, s.468) Kognitiva pozitivně působí na poznávací funkce,

kterými jsou paměť, učení, intelekt, vnímání a pozornost. Zlepšují neuronální metabolismus a zvyšují průtok krve mozkem. Indikací jsou organické poruchy mozku, demence nebo poruchy vědomí. (Petr, 2014, s.104)

Do biologické léčby patří také neurostimulační metody, které se využívají v případě, že je pacient farmakorezistentní nebo psychofarmaka netoleruje. Patří sem metoda elektrické konvulzivní terapie (ECT) což je metoda, při které se u pacienta pomocí elektrické stimulace mozku vyvolá stav epileptického záchvatu. Doporučuje se u těžkých depresí, prodloužených nebo těžkých mánií a u katatoníí schizofrenie. Výkon se provádí v celkové anestezii s použitím myorelaxancia. Provádí se 6-12 zákroků, obvykle 2krát týdně. (Bajorek, 2018, s.49) Jde o šetrnou a neúčinnější nefarmakologickou metodu. Pro bezpečí pacienta se měří EEG, na kterém se zaznamená počátek a konec záchvatu a EKG, kde je možné vidět případné srdeční komplikace. Před zákrokem se provádí běžné předoperační interní vyšetření. Kontraindikací jsou akutní centrální mozková příhoda (CMP), zvýšený nitrolební tlak nebo tělesná onemocnění, při kterých je riskantní užití anestezie. (Svoboda, 2015, s.72) Jako další do neurostimulačních metod patří repetitivní transkraniální magnetická stimulace, stimulace nervus vagus, hluboká mozková stimulace, transkraniální stimulace stejnosměrným proudem a magnetická konvulzivní terapie. (Hosák, 2015, s.474)

Jako poslední způsoby terapie mohu zmínit ostatní metody, do kterých patří spánková deprivace a fototerapie. Spánková deprivace se používá u pacientů s depresí. Pacient tak nesmí 24-36 hodin spát, poté se po probdělé noci cítí lépe. Efektivita léčby je poměrně vysoká, ale problémem je terapeutický efekt udržet. Přetrvává totiž asi jen 12 hodin. Kontraindikací spánkové deprivace je epilepsie. Další metodou je fototerapie, při které se na pacienta aplikuje jasné světlo o určité intenzitě po dobu 30-120 minut. Světlo musí dopadat na pacienta ze vzdálenosti 60-90 cm. Pacient se při terapii nemusí dívat přímo do světla. Indikací jsou sezonní afektivní poruchy, u kterých jsou účinky znatelné již po dvou až čtyřech dnech. (Hosák, 2015, s. 482)

1.7.2 Psychoterapie

Jde o léčebný postup, který využívá psychologické prostředky, při kterých psychoterapeut záměrně a cílevědomě působí na pacienta. Stará se o smysl a naplnění jeho života, jeho sociální vztahy, pomáhá mu s problémy, najít samu sebe a seberealizovat se. Styl psychoterapie se dělí na direktivní a nedirektivní. Při direktivní psychoterapii je pacient usměrňován v jeho chování, myšlení a postojích a psychoterapeut je zde chápán jako

odborník. Při nedirektivní psychoterapii má psychoterapeut spíše vzdálený a neutrální postoj, vyhýbá se udělování rad a doporučení a je chápán spíše jako průvodce. Formy psychoterapie jsou individuální nebo skupinová a uzavřená nebo otevřená. Zvláštní formou skupinové formy je terapeutická komunita, která probíhá s velkou skupinou osob. Prostředky terapie jsou konkrétní postupy a způsob práce psychologa, například práce slovem zahrnující rozhovor, práce obrazem obsahující práci s fantazií, asociacemi a imaginacemi, práce se sny a terapie akcí, která spočívá ve využívání činnosti a nácviku (relaxace, terapie hrou, činnost spojenou s vytvářením). Další formou je také podpůrná terapie, která vytváří vztah mezi pacientem a lékařem. Terapii lze dále rozdělit podle použité metody na kauzální a symptomatickou. Kauzální psychoterapie se snaží odhalit a odstranit příčinu konfliktu, kdežto symptomatická léčí pouze symptomy. (Dušek, 2015, s.345)

1.7.3 Psychiatrická rehabilitace / resocializace

Při psychiatrické rehabilitaci jde o snahu zvýšit nebo alespoň udržet schopnosti a dovednosti pacienta v určitých sociálních rolích a prostředích, zlepšit jeho chování a navrátit ho do podmínek běžného života. Tyto činnosti můžeme také nazvat jako resocializaci. (Hosák, 2015, s.514) Cílem resocializace je uchování určité úrovně kvality života. S rehabilitací se setkáváme již při psychiatrické hospitalizaci. Do aktivit pacienta zapojujeme po zklidnění a zlepšení jeho stavu s ohledem na jeho duševní a fyzické schopnosti. (Malá, 2010, s.111) Psychiatrickou rehabilitaci dělíme na fyzikální terapii, léčebnou tělesnou výchovu a sport, pracovní terapii, umělecko-výchovnou terapii a terapii zábavnou a rekreační. Tento komplex technik pomáhá ke zlepšení psychických funkcí a biochemických pochodů, které působí pozitivně na celkový stav pacienta. (Kučerová, 2013, s.139) Podobné cíle má i komunitní péče, která tyto činnosti aplikuje v pacientově bližším domácím prostředí a snaží se maximálně sociálně začlenit a udržet pacienta v domácích podmínkách. (Hosák, 2015, s.514) Komunitní péči se rozumí například chráněné pracovní dílny, tréninkové kavárny nebo restaurace, chráněné bydlení nebo centrum denních aktivit v oblasti volného času. (Hosák, 2015, s.521)

1.8 Duševní onemocnění

1.8.1 Organické duševní poruchy

Organické duševní poruchy se mohou vyskytnout v průběhu celého života, buď poúrazově nebo ve stáří po 65. roce. Dochází ke stálé nebo přechodné mozkové dysfunkci, hlavně k narušení kognitivních funkcí. Do těchto poruch řadíme různé typy demencí, jako jsou neurodegenerativní demence a vaskulární demence nebo deliria nevyvolané

návykovými látkami. Léčba spočívá většinou pouze ve snaze o odstranění symptomů. (Hosák, 2015, s.117)

1.8.2 Poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Psychotické poruchy jsou způsobené vlivem psychoaktivních látek, které dělíme na poruchy vyvolané požíváním alkoholu a užíváním drog nebo jiných látek. Poruchy vyvolané požíváním alkoholu patří mezi ty nejzávažnější. Alkohol má sedativní účinky, takže pomáhá zmírnit úzkost, depresi a různé nepříjemné tělesné příznaky. Negativně působí na činnost kardiovaskulárního, endokrinního, trávicího a centrálního nervového systému. Užívání alkoholu se označuje buď jako úzus, což je příležitostné užívání při společenských akcích jako doplněk jídla, nebo abúzus, to je užívání alkoholu vedoucí k opilosti. Návykový abúzus je dlouhodobé, pravidelné, soustavné užívání, které vyvolalo závislost. (Dušek, 2015, s.211) Po vysazení alkoholu dochází k odvykacímu stavu, který způsobuje vegetativní a somatické obtíže. Například tachykardii, kolísání krevního tlaku, pocení, třes, nespavost a úzkost. Komplikací těchto stavů jsou epileptické záchvaty. (Hosák, 2015, s.152) Další jsou drogové závislosti jiné než na alkoholu. Látky obsažené v drogách rozdělujeme do dvou skupin, tlumících a excitačních. Do tlumících látek se zařazuje morfiu a jemu podobné látky (opium, kodein, heroin, hypnotika, sedativa) a do látek excitačních, které stimulují CNS a tím zvyšují pocit svalové síly a bystrosti a povznášejí náladu, řadíme kokain a psychostimulancia (amfetamin, metamfetamin, efedrin), ty jsou v našich podmínkách nejrozšířenější. (Dušek, 2015, s.218) K léčbě těchto závislostí dochází na specializovaných odděleních psychiatrických nemocnic. Léčba spočívá v odstranění abstinčních příznaků a nasazení substituční léčby, která se pomalu vysazuje. (Hosák, 2015, s.175)

1.8.3 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy neboli poruchy nálady jsou nejčastěji vyskytované. Mezi jejich hlavní příznaky patří hypománie, mánie, deprese, anxieta a anxiózní deprese. (Dušek, 2015, s.238) Tato onemocnění probíhají ve fázích, kdy pacient prožívá depresi nebo mánie, po skončení této fáze nastává bezpříznakové období plného zdraví. (Kučerová, 2013, s. 98) Poruchy lze rozdělit na bipolární afektivní poruchu, depresivní epizody a trvalé poruchy nálady. Při bipolární afektivní poruše dochází k periodickému výskytu již zmiňovaných manických a depresivních fází. Cyklování fází může být rychlé, což se opakuje více jak čtyřikrát za rok nebo pomalejší. Manická fáze se projevuje povznesenou nebo podrážděnou náladou, zvýšenou aktivitou, hovorností, neklidem a myšlenkovým tryskem. (Hosák, 2015,

s.212) Při depresivní fázi dochází k pokleslé náladě, zpomalenému myšlení, zpomalení PMT a k suicidálním myšlenkám. (Hřebejková, 2013, s.29) Další poruchou je depresivní epizoda. Je to nejčastěji vyskytující se duševní porucha, při které jsou pacienti nejvíce ohroženi na životě z důvodu sebevraždy. Dělí se na lehkou, středně těžkou až těžkou depresivní epizodu. Jedna epizoda může probíhat 6-12 měsíců. Epizody mohou probíhat také fázicky, poté hovoříme o rekurentní depresivní poruše. Při pohledu na depresivního pacienta si všímáme zanedbaného zevnějšku, vyhýbání se zrakovému kontaktu, plačtivosti, projevů halucinací a bludů. Ostatní příznaky viz. bipolární afektivní porucha. Léčba deprese je dlouhodobá. Účinek léků v akutní fázi deprese nastává po jednom až dvou měsících. Poté následuje stabilizační léčba, která dle druhu deprese může trvat půl roku, rok nebo celoživotně. (Hosák, 2015, s.224)

1.8.4 Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy

Schizofrenie je velmi závažné psychické onemocnění, při kterém dochází k poruchám psychických funkcí (myšlení, vnímání, emotivity a osobnosti). Ke vzniku onemocnění může docházet už v dětském věku, ale nejčastěji se projevuje kolem dvacátého roku života. Probíhá v relapsech nebo kontinuálně. Pro diagnostiku jsou velice důležité příznaky rozdělující se na pozitivní a negativní. K pozitivním příznakům bychom mohli říci, že psychika nemocného, je o ně na rozdíl od zdravého jedince rozšířena. Jsou to například halucinace, bludy a vzrušenost. Negativní příznaky se dají popsat tak, že pacientovo psychice naopak něco chybí, takže se může objevit zpomalená reaktivita, psychomotorický útlum, hypobulie až abulie a autismus. Dalšími příznaky jsou plachost, omezení sociálních kontaktů, uzavřenost, netečnost, nezáměr o okolí, uzavření se do sebe a žití svého vnitřního světa. Ke schizofrenii patří časté bludy a sluchové halucinace způsobené poruchou myšlení a vnímání, které většinou působí synchronně. (Dušek, 2015, s.224) Blud je nevývratné přesvědčení, které neodpovídá skutečnosti a ovlivňuje pacientovi postoje a jednání. Halucinace je klamný vjem, bez reálně působícího podmětu, který je ale pro pacienta je naprosto reálný. (Malá, 2010, s.26) Pacient se kvůli bludům a halucinacím chová nevypočitatelně, protože dělá to, co mu hlasy napovídají nebo o čem je přesvědčený. (Dušek, 2015, s.224) Dle převažujících symptomů a průběhu se dělí na několik forem. Paranoidní schizofrenii, charakterizovanou bludy, hebefrenní schizofrenii, pro kterou je typické projevoování pubertálního období, katatonní schizofrenii u které dominují poruchy hybnosti, nediferencovanou schizofrenii, jejíž podoba není vyhraněná, reziduální schizofrenii, což je chronický stav po ústupu

akutních příznaků a simplexní schizofrenii, kde dochází ke změnám chování, vyplívající z postupného stažení se do sebe. (Svoboda, 2015, s.185)

Schizotypní porucha je charakterizována výstředním a podivným chováním, obtížným navazováním a udržováním vztahů, depersonalizací a nápadným vzhledem pacienta. Mohou být přítomny halucinace, vize, přechodně i bludy, avšak méně přesvědčivé než u schizofrenie. Onemocnění probíhá v epizodách dlouhých alespoň dva roky. Průběh je vleklý a kolísá mezi stavy kompenzace a dekompenzace. (Hosák, 2015, s.198) U poruchy s bludy je hlavním projevem onemocnění blud. Pacient mívá nevyvratné přesvědčení, které neodpovídá realitě. Blud tak mění pacientovo chování a jednání. Někdy se mohou vyskytnout přechodné sluchové halucinace, ale ne trvalé. Onemocnění má chronický stabilní průběh. (Hosák, 2015, s.200)

1.8.5 Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy jsou reakce na zevní zátěžovou situaci organismu. Například na dlouhodobý stres, těžkou životní situaci, všeobecné katastrofy nebo méně intenzivní, ale dlouhodobé nevyřešitelné osobní problémy. Reakce organismu je dána intenzitou a délkou zátěže a osobností jedince. Organismus není schopen se přizpůsobit dané situaci a tak může způsobit různé psychické ale i somatické obtíže. (Kučerová, 2013. s.117) Jde o reverzibilní nepychotické onemocnění, které bývá chronické a způsobuje pacientovi utrpení. Všechny poruchy mají společné znaky. Jsou jimi nadměrná úzkost, tělesné příznaky a dysfunkce běžných denních aktivit, panická ataka, fobie, obsese, kompulze, disociace, depersonalizace a derealizace. Do úzkostných poruch zahrnujeme fobické úzkostné poruchy, jiné anxiózní poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení, asociativní poruchy, somatoformní poruchy a neurastenie. (Hosák, 2015, s.241)

2 KOMUNIKACE

Komunikace je velice důležitou součástí psychiatrie, tak jako celé ošetrovatelské praxe, protože to je náš nástroj pro dorozumívání. (Zacharová, 2016, s.8) Komunikace tvoří až 80% celé zdravotnické péče a má vliv na rychlejší uzdravování pacientů. Čím efektivněji se s pacientem komunikuje, tím více pacient rozumí všem informacím, lépe spolupracuje a zapojí se do léčebného režimu. Aby se komunikace stala efektivní, musí se trénovat, tak jako se trénují a učí všechny odborné výkony. (Pekara, 2015, s.27) Díky komunikaci vyjadřujeme své emoce, potřeby, obtíže a požadavky a budujeme pevné interpersonální vztahy. Pomocí komunikace můžeme naplňovat bio-psycho-sociální potřeby pacientů. Komunikace má samozřejmě také své další funkce. Informativní, instruktivní, přesvědčovací, posilovací/motivující, zábavnou, socializační a společensky integrující, poznávací, svěřovací a únikovou. (Zacharová, 2016, s.10) Pacienti od nás jako od zdravotníků očekávají, že jim budeme aktivně a empaticky naslouchat, věnovat jim svou pozornost, ptát se na jejich pocity, zajímat se o jejich problémy, budeme je chápat, respektovat jejich soukromí a osobnost, podávat jim dostatek srozumitelných informací, které jim vysvětlíme a že k nim budeme po celou dobu empatičtí. (Pekara, 2015, s.22) Pro spokojenost pacienta bychom měli dodržovat určité podmínky. Jsou jimi individuální přístup ke každému pacientovi, úcta, respekt a udržování pozitivního vztahu. Udržení pozitivního vztahu závisí na postoji sestry, ve kterém se odráží chování pacienta a empatie. (Zacharová, 2016, s.31) Důležitou podmínkou pro úspěšnou komunikaci je komunikační prostředí, kde se rozhovor odehrává a podněty, které na sestru a pacienta působí, včetně šumu neboli rušivých elementů. Musíme také dbát na zpětnou vazbu a nechat pacientovi dostatek prostoru na reagování. (Zacharová, 2016, s.23)

2.1 Formy komunikace

2.1.1 Verbální komunikace

Při verbální komunikaci se dorozumíváme pomocí slov v určitém jazyce. Může být ústní, písemná, přímá, zprostředkovaná a živá nebo reprodukována. (Tomová, 2016, s.30) Komunikace je výhradní vlastností a dovedností člověka. (Zeisbergerová, 2011, s.10) Základem verbální komunikace sestry je schopnost navozovat a dodržovat slovní kontakt s pacientem. Sestra při něm pomocí slov vysvětluje, získává informace, edukuje, přesvědčuje, povzbuzuje nebo motivuje nemocného. (Zacharová, 2016, s.32)

2.1.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace zahrnuje to, co projevujeme beze slov. Jde o řeč těla. S její pomocí naznačujeme svůj emocionální stav a interpersonální postoje. Je dobře viditelná a na rozdíl od verbální komunikace je neúmyslná. (Zacharová, 2016, s.56) Podáváme díky ní zpětnou vazbu druhé osobě a můžeme si při ní všimnout rozdílů mezi řečeným a prožívaným. (Evangelu, 2013, s.44) Neverbální komunikace podtrhuje náš verbální projev, doplňuje naše sdělení, úmyslně popírá, reguluje, opakuje a nahrazuje slovní vyjádření. (Tomová, 2016, s.34) Určitou roli zde také hraje úprava zevnějšku. Lidé, kteří nedbají svého zevnějšku, mohou vzbuzovat pocity nejistoty a pochybností, proto by měla být sestra upravená a oblečená v příslušné sesterské uniformě. (Zeisbergerová, 2011, s.12) Neverbální komunikace zahrnuje mimiku, proxemiku, haptiku, posturologii, kinetiku a gesta. Mimika je výraz tváře, který vyjadřuje psychický stav člověka. Výrazná mimika je například u deprese, která se projevuje pokleslými koutky úst a pláčem. (Zacharová, 2016, s.56) Dále také smutným a ustaraným výrazem, kdy se mezi obočím objevuje svislá rýha nebo vráska ve tvaru řeckého písmena omega a smutným pohledem. (Kučerová, 2013, str. 24) Proxemika je tzv. vzdálenost mezi dvěma osobami. Sestra se po většinu času ocitá v pacientově intimní zóně, kam se dostávají pouze nejbližší osoby pacienta. Proto je důležité před vstupem do této zóny s nemocným mluvit, informovat ho a vysvětlit mu proč do ní vstupujeme. Haptika je komunikace prostřednictvím dotyků. Dotyk je důležitý pro upevnění vztahů, který sestra využívá v prvním kontaktu při seznámení jako podání ruky a společně s úsměvem a očním kontaktem nabízí pocit přátelství, náklonnosti a úctu. V posturologii se jedná o postoje, držení těla a jeho polohy. Při rozhovoru by měla být sestra ve stejné úrovni pacienta. Poloha nemocného nám může poukázat na pacientův nynější stav, zda ho něco bolí nebo jestli je v celkové pohodě. (Zacharová, 2016, s.56) Kinetika zahrnuje spontánní pohyby těla a jeho částí, které nás informují o sdělovateli. Tyto pohyby mohou také sloužit k určení, zda se pacientův stav lepší či nikoliv. Gestika se věnuje pohybům hlavy, rukou a ramen. Má sdělovací účel, při kterém doprovází, doplňuje nebo zastupuje verbální projev. (Tomová, 2016, s.37)

2.2 Rozhovor s pacientem

Rozhovor sestry s pacientem má určité cíle. Například získání informací o postojích a životním stylu pacienta, doplnění a upřesnění informací, získání údajů o subjektivních obtížích nemocného, poučení a uklidnění, zajištění potřeby sociálního bezpečí a jistoty, získání informací o osobnostních vlastnostech a sociálních vazbách nemocného. (Zacharová, 2016, s.37) Rozhovor dělíme na čtyři fáze. V úvodní první fázi rozhovoru sestra pozdraví,

představí se, podá ruku, nastíní téma rozhovoru, získá si pacientovu důvěru, navodí přátelskou atmosféru a zajistí soukromí. Dále přechází do druhé fáze, ve které zjišťuje veškeré potřebné informace o pacientovi. Ke třetí fázi neboli vrcholu, dochází během komunikace ve chvíli, kdy se podaří odkrýt jádro rozhovoru. Na závěr sestra rozhovor vhodně ukončí a pacienta ujistí, že mají společný cíl. (Zeisbergerová, 2011, s.22) Při vedení rozhovoru musí sestra dodržovat určitá pravidla. Měla by postupovat pomalu, obezřetně, empaticky, nedirektivně, uvědoměle a cíleně, aby pacienta neznervóznila a nevyvolala pocit nedůvěry nebo nebezpečí. Neměla by také používat odborné výrazy. Během celého rozhovoru by měla být profesionální, nedávat najevo soukromé emoce a utlumit vlastní nepříjemné pocity, protože to může záporně ovlivnit vytvářející se vztah s pacientem. Sestra by měla umět také naslouchat. Naslouchání je jedna z nejdůležitějších komunikačních dovedností, kterou musí dokonale ovládat. Aby tomu tak bylo, musí se zbavit předsudků, zaujatosti a zaneprázdněnosti. Musí si všimnout obsahu i způsobu komunikace nemocného a také toho, čemu se při komunikaci nemocný vyhýbá a o čem nechce hovořit. Aktivní naslouchání vytváří podmínky pro rozvoj rozhovoru. (Zacharová, 2016, s.34) Při aktivním naslouchání sestra nejen naslouchá, ale snaží se porozumět pocitům pacienta a plně ho pochopit. (Zeisbergerová, 2011, s.25) To vyžaduje při rozhovoru klid, trpělivost a soustředěnost. Pacienta by měla přijmout takového jaký je a měla by ho plně akceptovat. Tím lze dosáhnout jeho uvolnění a získání pocitu bezpečí. (Hosák, 2015, s.563) Při aktivním naslouchání se dodržuje určitý postup. Nejdříve sestra pacienta povzbudí k rozhovoru a projeví o něj zájem. Poté dochází k parafrázování a zrcadlení, při kterém shrnuje, co jí pacient sdělil a dává mu najevo, že ho poslouchá a chápe. V průběhu celého naslouchání provádí sestra objasňování sdělených informací. Na závěr shrne hlavní myšlenky a projeví pacientovi uznání za jeho úsilí. (Zeisbergerová, 2011, s.22)

2.3 Zásady komunikace v psychiatrii

Komunikace s duševně nemocnými pacienty je těžká, mají problém se chovat dle všeobecných norem, a tak je důležité, aby měla sestra znalosti, jak s pacientem komunikovat a předcházet tak agresivnímu chování. Každá komunikace probíhá specificky, podle onemocnění pacienta a jeho chování, které se může nepředvídatelně měnit. Aby sestra mohla s takovýmto pacientem vést efektivní komunikaci, musí pochopit a tolerovat jeho odlišnost. (Burda, 2013, s.27)

2.3.1 Komunikace s agresivním pacientem

Agresivita u pacienta může být způsobena několika duševními chorobami, jako jsou schizofrenie, deprese, mánie a úzkostné nebo psychotické poruchy. Může ji také zapříčinit pouhá dezinformace, strach, bolest, nespokojenost nebo neuspokojení bio-psycho-sociálních potřeb pacienta. Za agresi je považováno útočné jednání proti své i jiné osobě nebo věcem, ať úmyslné či neúmyslné, ve formě verbální nebo fyzické. (Hřebejková, 2013, s.26) Pro prevenci agrese je důležité podávat přesné informace, které jsou v daném okamžiku nejdůležitější a pochopitelné, nepoužívat odborné výrazy, kterým pacient nerozumí a vyhnout se infantilizaci a fabulaci. Jako zdravotníci musíme pacienta chápat a nesoudit ho, respektovat jeho odlišnost a osobnost a dát mu to také svým postojem najevo. Zdvornost je základem pro efektivní komunikaci a předcházení agresivního jednání, což by mělo být prioritou každého zdravotníka. (Burda, 2013, s.28) Před projevem agrese mohou být vysílány varovné signály, které lze rozpoznat. Mohou jimi být podrážděnost, zvyšování hlasu, slovní nadávky, popocházení nebo zaťaté pěsti. Díky těmto příznakům lze agresi zabránit nebo alespoň snížit její dopad. (Látalová, 2013, s.82) Pokud k agresi dojde, je nutné dodržovat jistá pravidla, která pomohou omezit její projevy. Jako první je nutné zachovat klid, akceptovat pacientův hněv a naslouchat mu. Dále je nutné identifikovat příčinu agrese, která není vždy jasná a snažit se jí odstranit. Potom lze s pacientem opět komunikovat. Je nevhodné mluvit autoritářsky, přikazovat, hodnotit a kritizovat. Neskákat do řeči, nezvyšovat hlas ani nezrychlovat řeč. V žádném případě nereagujeme agresivitou, impulzivním chováním nebo vyhrožováním. I když na to pacient většinou reaguje podrážděně, mluvíme spíše neutrálně a neurčitě a nedáváme mu nereálné sliby. Dále je vhodné zrcadlit jeho odpovědi a dát mu zpětnou vazbu. Každou výhrůžku pacienta je nutné brát velice vážně. (Burda, 2013, s.43) Co se týče neverbální komunikace, neměli bychom dávat ruce křížem na prsa, nesvírat ruce v pěst a nedávat je do kapes. (Burda, 2013, s.43) Musíme si chránit svůj prostor pro případ útoku, udržovat dostatečnou vzdálenost, neotáčet se k pacientovi zády, nedotýkat se ho a mít volnou únikovou cestu. (Hřebejková, 2013, s.25)

2.3.2 Komunikace s psychotickým pacientem

Psychóza je většinou způsobena užíváním psychoaktivních látek, drog nebo alkoholu, ale objevuje se také v rámci schizofrenie nebo deprese. Pacient může prožívat bludy nebo halucinace, a to se samozřejmě odráží na jeho chování. Většinou postrádá náhled na situaci a onemocnění. Zdravotník pracující s uživateli návykových látek musí znát psychické důsledky určitých závislostí, aby dokázal pacienty pochopit a komunikovat s nimi, protože podle toho se odvíjí specifika komunikace a poskytované péče. Pokud máme o uživateli

návykových látek znalosti a k tomu zkušenosti, jsme ve výhodě. Naše komunikace se totiž může stát nástrojem prevence vzniku agrese. (Burda, 2013, s.29) V tomto případě je velice důležitá paralingvistická složka verbální komunikace. S pacientem hovoříme klidným a tichým hlasem a neoplácíme mu jeho křik a vulgarismy. Nikdy by nemělo dojít k tykání nebo oslovení pacienta křestním jménem. Pokud se začíná projevovat napětí, neklid a agrese, je účinné neutrálně informovat pacienta o tom, co se bude dále dít, nesmí to však být podkresleno vyhrožováním nebo zdůrazněním moci. Dále by se měla mezi sestrou a pacientem udržovat bezpečná vzdálenost a neměli by zůstat o samotě. Sestra by si měla pacienta posadit, protože tím se pro ni snižuje riziko útoku a neutrálním hlasem ho informovat o následcích agrese. (Burda, 2013, s.31) Jako další hlavní zásadou je, že sestra pacientovi nesmí vymlouvat jeho bludné produkce nebo se smát jeho představám. Na pacienta by neměl být vyvíjen nátlak. Co nesdělí pacient, lze doplnit z jiných zdrojů. (Hosák, 2015, s.566)

2.3.3 Komunikace s pacientem se schizotypní poruchou

Vzhledem k tomu, že hlavními příznaky těchto poruch jsou halucinace a bludy, se od nich také odvíjí ošetrovatelská péče a komunikace. V první řadě musíme zajistit bezpečí pro pacienta a pro okolí. Komunikujeme s ním v jednoduchých větách. Získáme si jeho důvěru a pomůžeme mu získat důvěru a pochopení okolí. (Hřebejková, 2013, s.28) Pokud pacient trpí bludy, platí jedno zásadní pravidlo, určitě mu jeho představy nevyvracíme. (Kučerová, 2013, s.19) S pacientem se nehádáme a nevysmíváme se jeho představám, mohl by totiž zaujmout defenzivní postoj, brát nás jako nepřítel a přestat s námi komunikovat. Když s ním ale naopak budeme souhlasit, může to být také špatně, protože někteří pacienti vědí, že to, co si myslí, nesdílejí i ostatní lidé a tím bychom potom ztratili jejich důvěru. Proto bychom měli zaujmout neutrální postoj. (Hřebejková, 2013, s.28) Pokud má pacient sluchové halucinace, také se s ním určitě nehádáme, ale je vhodné mu říci, že to, co on sice neslyšíme, ale věříme mu, že on to opravdu slyší a že nás zajímá, co mu jeho hlasy říkají. Poté se pacient většinou svěří a podle toho pokračuje naše komunikace. (Kučerová, 2013, s.14) Měli bychom se pokusit v krátkých a častých kontaktech nahradit pacientovi hlasy za ty skutečné, být empatičtí a snažit se ho vrátit ke skutečným kontaktům. (Hřebejková, 2013, s.29)

2.3.4 Komunikace s úzkostným pacientem

Projevy u úzkostného pacienta jsou neklid, zvýšené svalové napětí, nesoustředěnost, nauzea, palpitace, pocení, třes rukou, slabost nohou atd. Pokud se podaří pacienta zklidnit a vysvětlit mu, že jeho úzkostné projevy jsou normální fyziologické reakce, lze tím předejít

vzniku panické úzkosti. (Hosák, 2015, s.570) Úzkostný pacient potřebuje naši pomoc, pochopení, bezpečí a jistotu. S úzkostným pacientem je dobré mluvit vlídným, přesvědčivým hlasem, pomalu a srozumitelně vyslovovat, nenapomínat ho, neokřikovat a používat mírná, klidná a pomalá gesta. (Kykrychová, 2017, s.23) Musíme mu dát najevo, že ho dobře posloucháme, máme o něj zájem a že se snažíme pochopit jeho situaci. Úzkostný pacient od nás potřebuje pocit naděje a chce, abychom mu nabídli řešení. (Čermáková, 2010, s.20)

2.3.5 Komunikace s depresivním pacientem

Pacienti trpící depresí jsou často smutní, nemají o nic zájem, cítí bezmoc a trápení a někdy dokonce přemýšlí o odchodu ze života. Jsou mimořádně citliví na jakoukoliv negativní poznámku o jejich zdravotním stavu. (Čermáková, 2010, s.20) Proto je velice důležité, abychom byli empatictí a dali jim najevo, že nás jejich těžká situace zajímá a chceme jim pomoci. Depresivní pacienti jsou často vztahovační, takže musíme zvážit každé slovo, aby nebylo nevhodné. Musíme být trpěliví, snažit se do jejich situace vžít, jejich smutek jim nevymlouváme, nezlehčujeme danou situaci a neodsuzujeme je za jejich chování. Měli bychom být schopni jim nabídnout společné řešení a odbornou pomoc. (Krejčí, 2018, s.22) Pro takového pacienta můžeme udělat to, že si o jeho problému promluvíme a budeme mu maximálně trpělivě naslouchat. Pozor si musíme dát také na to, že každý projev těla, který pacient nezná, považuje za rozvíjející se nevléčitelnou nemoc. (Kykrychová, 2017, s.24)

2.3.6 Komunikace se suicidálním pacientem

Sebevražda je násilný způsob řešení určité krize, kterou pacient prožívá a neumí, nemůže nebo nechce hledat jiné řešení. Tudíž nevidí jinou možnost než spáchat sebevraždu. Tomuto aktu lze zabránit. Můžeme si všimnout varovných signálů, které pacient vysílá. Bohužel tyto signály jsou někdy patrné až zpětně. Může jimi být rozdávání majetku, negativní poznámky o budoucnosti, poznámky o budoucnosti „beze-mne“, zájem o smrt, o umírání a o to, co bude po smrti a příznaky těžké deprese. (Špatenková, 2017, s. 250) Pokud pacient jeví známky suicidálního jednání, měli bychom působit klidně a důvěřivě, udržovat oční kontakt, nemluvit rychle, dobře artikulovat a opět projevit zájem o pacientovu těžkou situaci. Jestliže dá pacient najevo, že s námi o svých problémech chce komunikovat, je to dobře, protože tím získáme čas a poznáme, že pacient má zájem o pomoc. Rozhodně bychom neměli pacienta ignorovat, pokud začne hovořit o špatných či suicidálních myšlenkách, neměli bychom jeho kladené otázky nechávat nezodpovězené. (Krejčí, 2018, s.21) Pokud pacient sdělí, že si nic neudělá, lze sepsat tzv. anti-suicidální dohodu mezi pacientem a lékařem.

Při té pacient písemně slíbí, že si nic neudělá do další návštěvy lékaře a v případě nouze si zavolá nebo řekne o pomoc. (Hosák, 2015, s.569)

2.4 Předcházení konfliktů

Konflikty ve zdravotnictví způsobují vystupňované negativní emoce pacientů, někdy je může způsobit také personál, který toto chování nevědomě vyprovokuje. Násilným a konfliktním situacím lze předcházet pomocí vhodných komunikačních technik. Důležité jsou dva kroky. (Pekara, 2015, s.27) První efektivní krok je neutralizování počátečního stresu a negativních emocí. To se nám může podařit díky tomu, že projevíme o pacienta dostatečný zájem, představíme se mu a tím pacientovi signalizujeme náš zájem a tlumíme tak jeho strach. Je to velice důležité k vytvoření společné důvěry. Pokud k nám pacient získá důvěru, začne s námi budovat vztah, na kterém závisí vzájemná spolupráce. (Pekara, 2015, s.27) Druhým efektivním krokem je znalost a schopnost rozpoznání fází násilného chování. Jsou jimi fáze spouštěcí: Kdy u pacienta pozorujeme jiné chování než normální, například agresivní či nepřátelský postoj, změnu tónu hlasu a rozšíření zornic. Druhá fáze je eskalační: Reakce pacienta začínají být nepřiměřené a stupňované. Při této fázi je horší vrátit se zpátky do předchozího stavu. Třetí fáze je krizová: Nyní se již pacient přestává ovládat, je fyzicky i citově nabuzen a stačí menší podnět k tomu, aby zdravotníka napadl. Dále nastává fáze uklidnění: V tuto chvíli se vztek pacienta uklidňuje a mírní, je zaskočen tím, co se stalo. A poslední fáze je postkrizová deprese: Nyní se pacient cítí rozrušen, má úzkosti, pocit viny a lítosti. (Pekara, 2015, s.28) Nejlepší způsob, jak předcházet konfliktu je nedovolit fázi spouštěcí překlenout do eskalační nebo krizové. (Pekara, 2015, s.29) „*Komunikace se stává nástrojem, když s její pomocí nenecháme eskalovat agresi.*“ (Burda, 2013, s.40) A tím se dostáváme k deeskalačním technikám, které nám mohou v prevenci konfliktu pomoci.

2.5 Deeskalační techniky

Pekara (2015, s.30) uvádí: „Komunikace funguje jako efektivní nástroj ke zklidnění pacientů.“ Deeskalace je takové chování a způsob komunikace, které snižují napětí jak u pacienta, tak u ošetřujícího personálu. V podstatě by měla předcházet ostatním terapeutickým činnostem, což jsou v psychiatrické péči hlavně farmaka ke snížení agitovanosti, agrese a užití omezovacích prostředků. (Veveřa, 2018, s.215) ***Uvedený text potvrzuje můj předpoklad, že komunikace může být terapeutickým nástrojem v psychiatrii.*** Deeskalace se skládá ze tří částí: vyhodnocení situace, komunikace a taktiky vyjednávání.

2.5.1 Vyhodnocení situace

Jako první se musíme zabývat vyhodnocením dané situace. Musíme si uvědomit a posoudit co se děje, z jakého důvodu a co asi bude následovat. Podle toho bychom měli navrhnout odpovídající intervence. Důležité je, abychom co nejrychleji získali co největší množství anamnestických údajů, které nám pomohou zjistit, ve které fázi konfliktu se nacházíme. Abychom mohli agresi zvládnout, je pro nás důležité zachovat klid, hledat příčiny agrese a získat čas jak pro pacienta, tak pro zdravotníka. Vzhledem k tomu, že přirozená reakce na agresi je boj nebo útěk, může i zdravotník zažívat pocity útočné reakce, měl by proto zachovat klid, přehodnotit situaci a zmíněné pocity v sobě potlačit. (Vevera, 2018, s.215)

2.5.2 Komunikace

Dále se dostáváme k samotné komunikaci, která jak jsem již opakovaně zmiňovala, může pomoci předcházet násilnému chování. Informování pacienta o tom, co se s ním právě děje a co se bude dít dál, nám pomůže k vytvoření důvěry, což většinou snižuje riziko vzniku agrese. Fyzická síla, kterou zdravotnický personál při agresivním chování pacientů využívá, vzbuzuje u jedince pocit, že se musí bránit. Proto je deescalace klíčem k jeho zvládnutí, naklonění ke spolupráci a k omezení rizika vzniku zranění jak na straně personálu, tak pacienta. (Vevera, 2018, s.215) V neverbální složce komunikace je důležitá proxemika, v níž si musíme udržovat minimální odstup 1,2m, tedy vzdálenost alespoň na dvě paže. Pacient se tak cítí v bezpečí a my se díky tomu můžeme vyhnout fyzickému napadení. (Vevera, 2018, s.215) Pokud to nelze, stojíme v úhlu k pacientovi a přistupujeme k němu z boku, určitě ne zezadu. Pacienta se nedotýkáme, pouze po předchozím dotázání. (Pekara, 2015, s.31) K pacientovi se nikdy neotáčíme zády. Pokud dojde k fyzické agresi, musíme mít volnou cestu k úniku a platí pravidlo, že buď zakročíme, utečeme, nebo se schováme. V takovém případě je bezpečnost zdravotníka prioritou. (Vevera, 2018, s.215) Další důležitá součást komunikace je kinetika. Během celé komunikace s pacientem sledujeme jeho neverbální projevy, jako jsou rozechvělé rty, mračení se, sklopení očí, ošívání se, popocházení, hlasité povzdechování či zvyšování hlasu. Věnujeme se ale také svým neverbálním projevům, které vysíláme. Udržujeme přiměřený oční kontakt, který by neměl trvat dlouho, ale zároveň si dáváme pozor, aby naše oči netěkaly jinam moc často. Dále přikyvujeme hlavou na znamení pochopení a ruce máme otevřené směrem dopředu. (Vevera, 2018, s.215) Horní končetiny držíme nezatnuté, v úrovni mezi pasem a bradou, pro případný útok pacienta proti nám. Tyto pozice rukou jsou nekonfliktní. (Pekara, 2015, s.31) Náš postoj by neměl být útočný nebo defenzivní, což znamená ruce v bok, nebo zkřížené na prsou.

Nekrčíme ramena, nevrátíme hlavou a ruce nemáme za zády nebo v kapsách. Omezujeme také množství doteků, a pokud jsou nutné, vždy o tom dopředu pacienta informujeme. (Vevera, 2018, 215) Při verbální složce komunikace užíváme jednoduchá slova a krátké a srozumitelné věty. V jedné větě se podává vždy jedna informace a nechá se pacientovi dostatek času na pochopení sděleného obsahu. Důležité informace je vhodné několikrát opakovat. Při deescalaci na pacienta mluví vždy jen jeden člověk, který je na to zaškolený. Pacientovi se samozřejmě představíme a oslovujeme ho příjmením. (Vevera, 2018, s.215) Dáváme si pozor na tón hlasu a nepodbarvujeme své sdělení. Náš hlas musí být klidný, uvolněný, ale pevný a přesvědčivý. Správné dýchání nám může pomoci se zklidnit, pokud budeme dýchat nosem. Mluvíme během výdechu, kterému předchází dlouhý a hluboký nádech. (Pekara, 2015, s.33) Při komunikaci využíváme aktivního naslouchání. Při aktivním naslouchání pacientovi poskytujeme plnou pozornost, ujistujeme se, že dané situaci rozumíme, nesoudíme, vnímáme pacientovu verbální i neverbální komunikaci a nesmíme se bát, být chvíli tiše. Mluvíme klidně, přehlídíme osobní slovní útoky, neodsuzujeme a projevujeme empatii. Je vhodné pacientovi sdělit své pocity, například, že se bojíme a dát mu najevo náš nesouhlas s jeho chováním. (Vevera, 2018, s.215) Technika otevřených dveří z asertivity, která tkví v kladení obecných otevřených otázek a souhlasu s výroky pacienta, (Zacharová, 2016, s.92) se podílí na snižování intenzity agrese a může pacienta překvapit a zaskočit. (Vevera, 2018, s.215)

2.5.3 Vyjednávání

Cílem vyjednávání je změnit konfrontaci na diskuzi. Vystupujeme ochotně, schopní pomoci a vyhýbáme se výhrůžkám a ultimátům. Snažíme se pacientovi nabídnout jistou míru kontroly nad situací, čímž získá možnost volby. Nabídneme více možností řešení situace a tím snížíme jeho pocit beznaděje. Ke snížení prožitku beznadějně situace přispějeme také nabídnutím něčeho k pití nebo k jídlu. S pacientem musíme dosáhnout místa shody a k tomu máme 3 způsoby. Můžeme se shodnout na pravdivých údajích. Například, když pacient nechce užívat léky. Lékař to přijme, ale nabídne pacientovi jiné léky. Dále se shodnout na základních principech, jako je slušné a respektující zacházení. Nakonec souhlasíme s tím, že uvedené informace jsou pravděpodobné či možné. V čím více bodech budeme s pacientem souhlasit tím lépe. „Nezapomínejme, že nejkrásnější slovíčko je „ano“.“ (Vevera, 2018, s.215)

2.5.4 Deeskalační postoj

Neklidného pacienta zklidní také deeskalační postoj, který můžeme zaujmout. Dáme ruce v bok, nakloníme se na jednu stranu a nasadíme výraz zaujetí. Nic jiného dělat nemusíme, nemusíme nijak komunikovat. Stačí jen stát, mlčet a počkat až se pacient zklidní. Poté můžeme začít hovořit. (Pekara, 2015, s.44)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Téma mé práce jsem si vybrala proto, že pracuji v psychiatrickém zařízení a často se zde společně s kolegy setkáváme jak s verbální, tak s fyzickou agresí. Někteří pacienti jsou afektivně nestabilní a lehko se s nimi dostáváme do konfliktu. Ve vážnějších případech dochází ze strany ošetrovatelského personálu ke zpacifikování pacienta a užití omezovacího prostředku, například podání psychofarmak nebo umístění pacienta do terapeutické místnosti, z důvodu ochrany bezpečí pacienta a jeho okolí. Myslím si ale, že v některých případech, by se dalo konfliktní situaci předejít za využití efektivní komunikace s užitím některých výše zmíněných technik, popsanych v teoretické části bakalářské práce. Zajímá mě, jaké mají sestry pracující na psychiatrických odděleních znalosti v oblasti zásad komunikace s pacienty, s různými typy duševních poruch a oblasti deeskalačních technik. Průzkum bude probíhat v různých psychiatrických zařízeních formou anonymních dotazníků. Otázka tedy zní: „Znají sestry zásady komunikace s duševně nemocným pacientem a umí komunikaci efektivně použít jako terapeutický nástroj v prevenci užití omezovacích prostředků?“

4 CÍL VÝZKUMU

4.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda umí sestry efektivně využít svou komunikaci jako terapeutický nástroj v prevenci užití omezovacích prostředků.

Dílčí cíle

Cíl 1 – Zjistit vzdělání sester na psychiatrii.

Cíl 2 – Zjistit, jestli sestry preferují používání omezovacích prostředků před komunikací.

Cíl 3 – Zjistit, jaké mají sestry znalosti v oblasti deeskalačních technik.

Cíl 4 – Zjistit, jaké mají sestry znalosti v oblasti zásad komunikace s duševně nemocným pacientem.

Cíl 5 – Zjistit využitelnost deeskalačních technik v prevenci použití omezovacích prostředků.

5 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

Výzkumný problém č. 1 – Jaké mají sestry na psychiatrických pracovištích vzdělání?

Otázka číslo: 2, 3, 4, 13

Výzkumný problém č. 2 – Preferují sestry při konfliktu s pacientem používání omezovacích prostředků nebo vlastní komunikaci?

Otázka číslo: 8 a 9

Výzkumný problém č. 3 – Znají sestry deeskalační techniky?

Kritéria pro zhodnocení: Pokud budou správně zodpovězeny 4 ze 6 otázek, bude hodnoceno jako znalost deeskalačních technik.

Otázka číslo: 10, 11, 12, 16, 17, 18,

Výzkumný problém č.4 – Znají sestry zásady komunikace s duševně nemocným pacientem?

Kritéria pro zhodnocení: Pokud budou správně zodpovězeny 3 z 5 otázek, bude hodnoceno jako znalost zásad komunikace s duševně nemocným pacientem.

Otázka číslo: 19, 20, 21, 22, 23

Výzkumný problém č. 5 – Jsou deeskalační techniky uplatnitelné v prevenci používání omezovacích prostředků?

Otázka číslo: 14 a 15

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr respondentů byl záměrný, výzkumný soubor pro bakalářskou práci tvořily všeobecné a praktické sestry, které pracují na psychiatrických odděleních. Osloveny byly sestry ze všech oddělení v Psychiatrické léčebně Petrohrad, z oddělení následné péče v Psychiatrické nemocnici Dobřany, z akutní péče I. a následné péče III. v Psychiatrické nemocnici Bohnice a z akutního dospělého oddělení „C“ Psychiatrické kliniky FN Plzeň.

7 METODIKA PRÁCE

Pro výzkumné šetření byla použita statistická kvantitativní metoda. Cílem této metody je ověřit předpoklady na velkém vzorku respondentů. (Vojtíšek, 2012, s.27) Kvantita je cokoliv, na co se můžeme zeptat kolik a lze to změřit, nebo vyjádřit číslem. Při kvantitativním výzkumu se formuluje daný problém, stanoví se cíle a vytvoří se výzkumné otázky. Poté se sestaví projekt výzkumu, kde popíšeme, co budeme zkoumat, kde a kdy budeme výzkum provádět, jakým způsobem, kdo nám ho pomůže vyřešit a proč jsme si vybrali zrovna toto téma. (Olecká, 2010, s.17) Tato metoda je vhodná pro účel zjištění názorů menších populací, například zaměstnanců. Pokládají se otázky ke zjištění vztahu v souvislosti s dosažením výzkumného cíle. (Vojtíšek, 2012, s.27) Údaje byly získávány metodou polostrukturovaného dotazníku. Dotazník byl vlastní konstrukce složen z 24 otázek. Otázky byly otevřené a uzavřené, zaměřené na vzdělání a zkušenosti sester, na jejich znalosti v oblasti komunikačních technik, deescalace a jejich uplatnění. Respondenti měli možnost výběru 1 nebo více správných odpovědí. Pro výzkum bylo využito 80 dotazníků, což činí 100%.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

Před provedením samotného výzkumného šetření jsem požádala ve všech zařízeních o povolení hlavních sester, které s provedením výzkumu souhlasily. Ve spolupráci s vrchními a staničními sestrami psychiatrických oddělení jsem na každém pracovišti rozdala 30 dotazníků, které jsem si po měsíci vyzvedla u vrchních sester. Výzkum probíhal v Psychiatrické léčebně Petrohrad, Psychiatrické nemocnici Bohnice, Psychiatrické nemocnici Dobřany a na Psychiatrické klinice ve FN Plzeň od 8. do 28. února. Ze 120 rozdaných dotazníků se jich vrátilo 80 což činí 67%.

9 ZPRACOVÁNÍ DAT

Výsledky dat jsou zpracovány do přehledného schématu pomocí MS Excel ve formě jednorozměrných a jednoduchých koláčových a sloupcových grafů, které jsem třídila dle popisné statistiky s relativní četností.

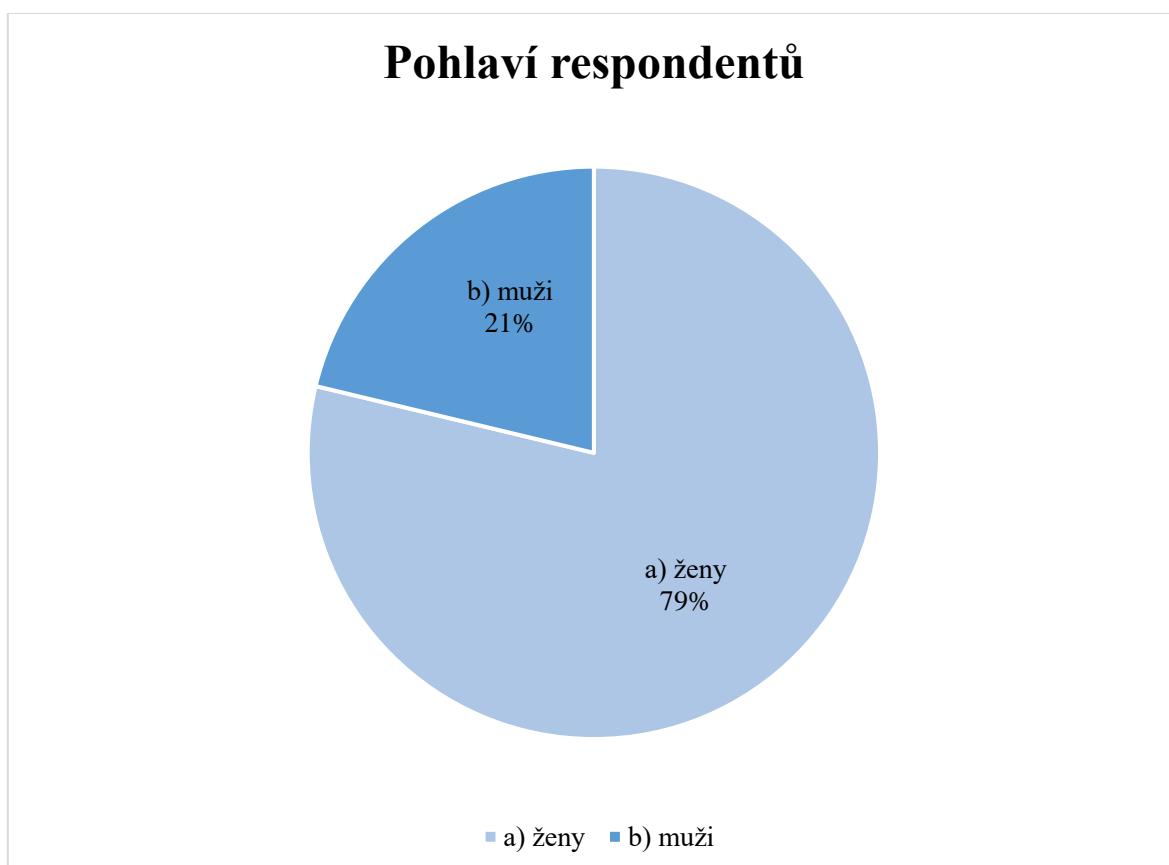
10 ANALÝZA DAT

V této části práce jsou analyzovány výsledky dotazníkového šetření.

10.1 Sociodemografické údaje.

Otázka č.1: Uveďte prosím své pohlaví.

Graf 1 *Pohlaví respondentů*

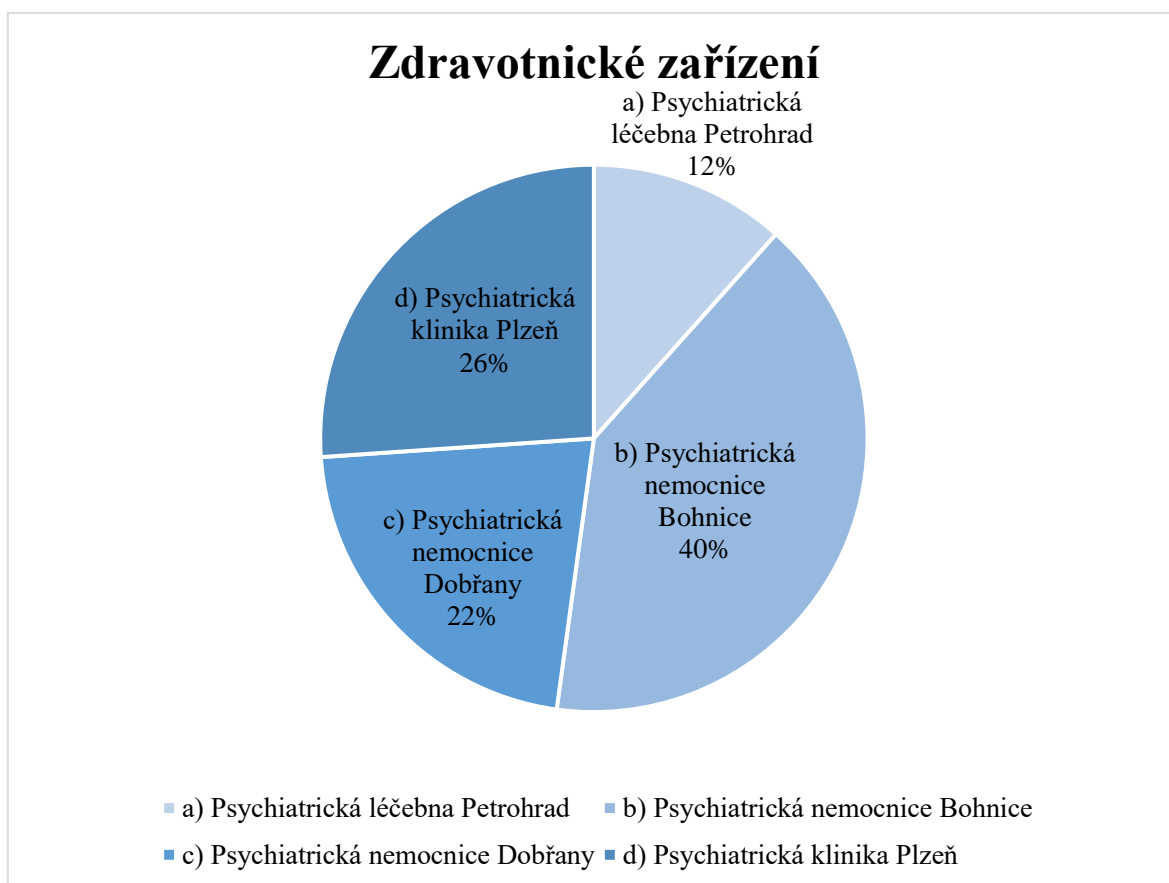


Zdroj: vlastní

Z 80 dotázaných respondentů (100%), kteří byly v rámci mého dotazníkového šetření osloveni na svých psychiatrických pracovištích, bylo 63 žen (79%) a 17 mužů (21%).

Otázka č.5: V jakém zdravotnickém zařízení pracujete?

Graf 5 Zdravotnické zařízení

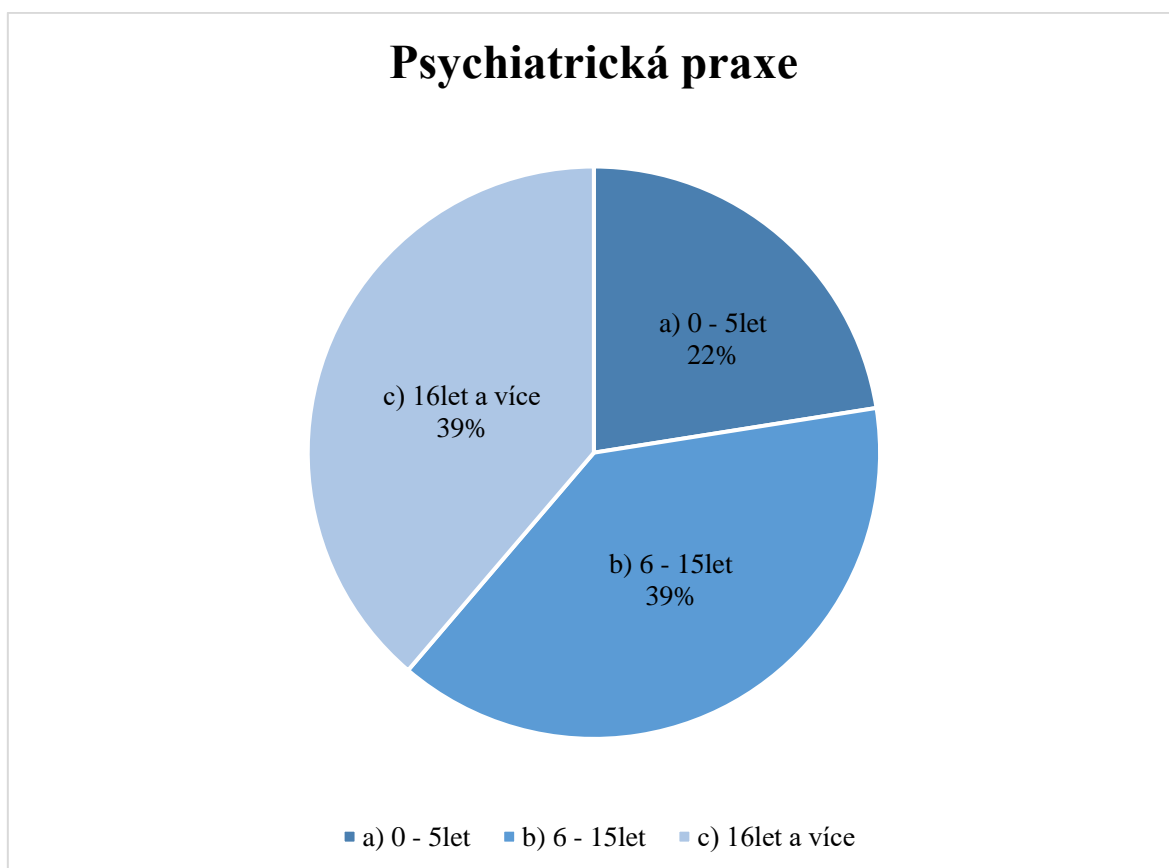


Zdroj: vlastní

Z 80 vyplněných dotazníků, odpovědělo na tuto otázku 69 sester (100%). 11 sester neodpovědělo pod domněnkou možné identifikace, toto vysvětlení připsali do dotazníku k otázce na zdravotnické zařízení, ve kterém pracují. 8 sester (12%) vyplnilo dotazníky z Psychiatrické léčebny v Petrohradě, 15 sester (22%) z Psychiatrické nemocnice Dobruška, 18 sester (26%) z Psychiatrické kliniky Plzeň a 28 sester (40%) z psychiatrické nemocnice Bohnice.

Otázka č.6: Jak dlouho pracujete v oboru psychiatrie?

Graf 6 *Psychiatrická praxe*

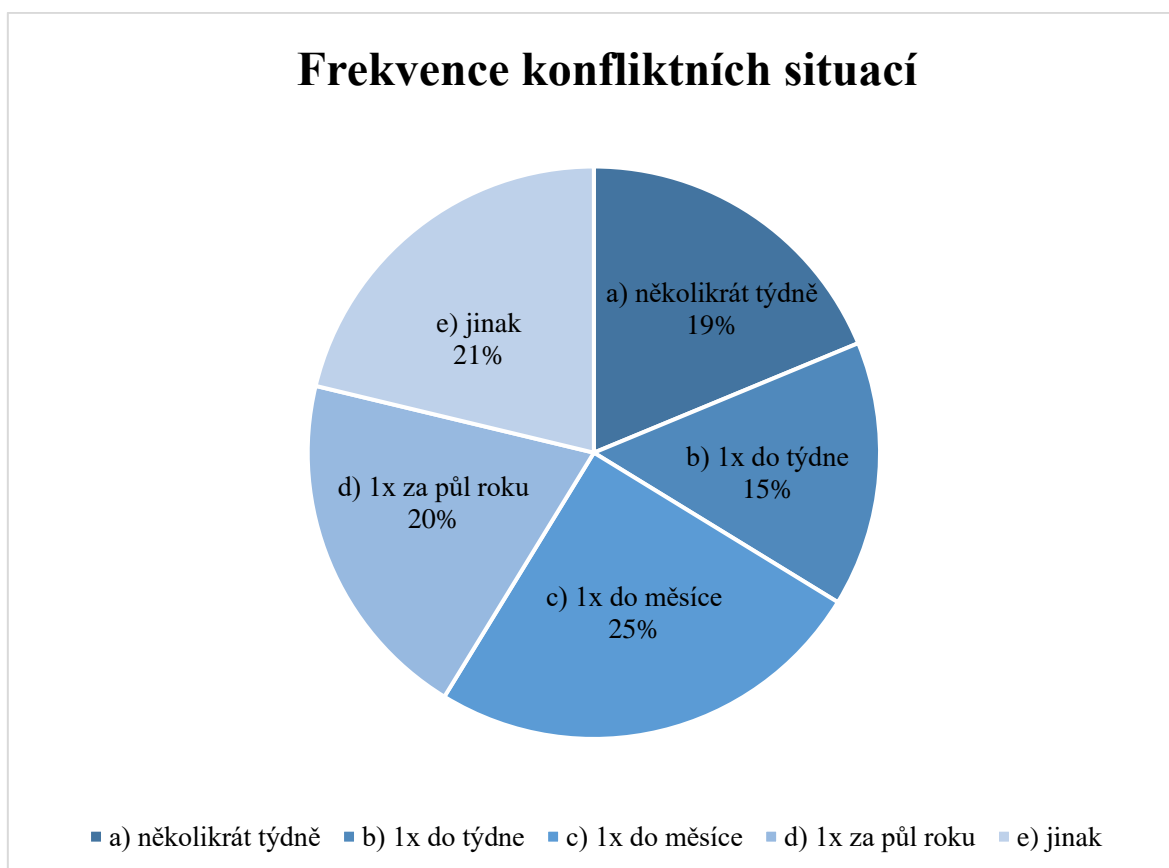


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 80 sester (100%) pracuje na psychiatrických odděleních 31 sester (39%), které mají praxi 16let a více a ve stejném počtu 31 sester (39%), které mají praxi v rozmezí 6 – 15let. Zbýlých 18 sester (22%) má praxi do 5 let.

Otázka č.7: Jak často se přibližně dostáváte do konfliktní situace s pacientem?

Graf 7 Frekvence konfliktních situací

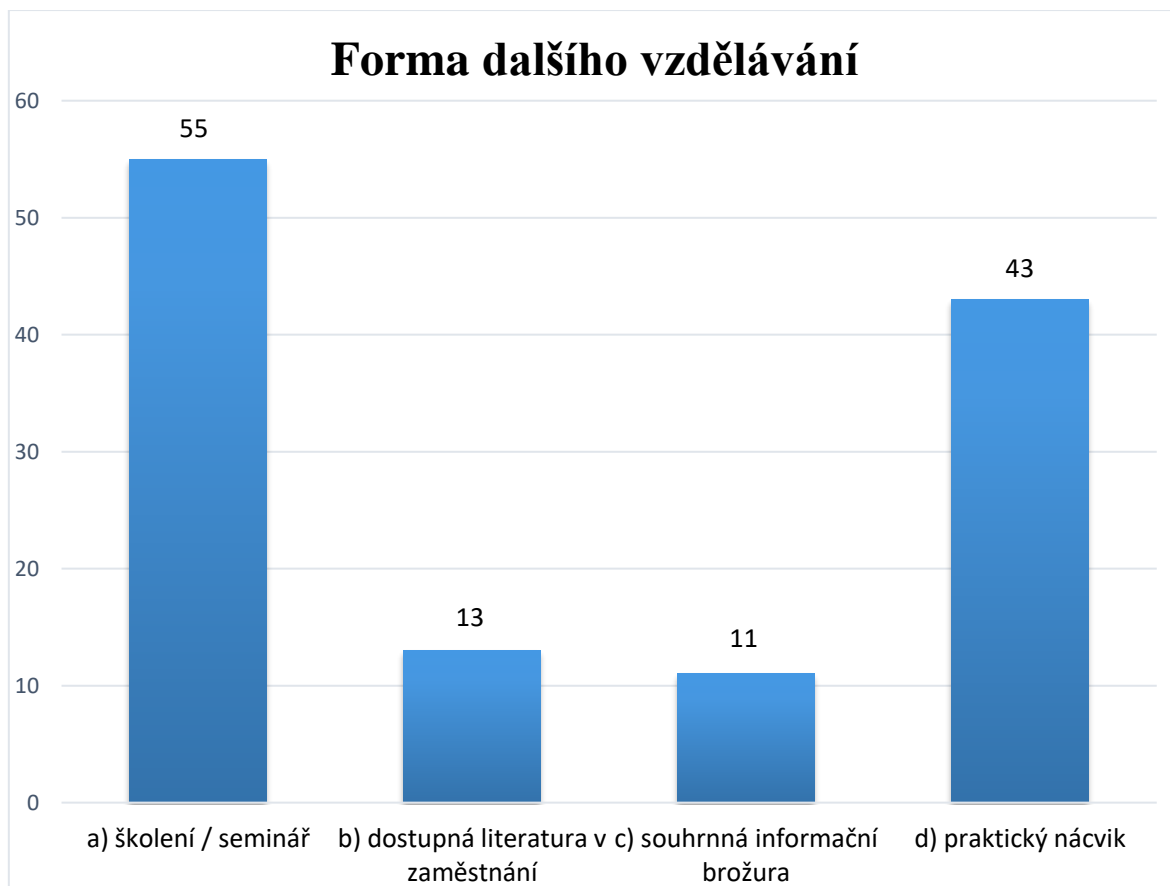


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 80 odpovídajících (100%), sestřám nejčastěji vyhovovala nabízená možnost c) 1x do měsíce, v počtu 20 odpovědí (25%) a možnost e) jinak, v počtu 17 odpovědí (21%). K odpovědi e) nejčastěji patřilo vysvětlení, že frekvenci konfliktních situací nelze měřit, neboť tyto frekvence jsou různé a závisí na stavu pacienta. Dále v počtu 16 odpovědí (20%), sestry také označily, že se do konfliktu dostávají jednou za půl roku, 15 sester (19%) odpovědělo, že se do konfliktu dostávají několikrát týdně a 12 sester (15%) odpovědělo 1x do týdne.

Otázka č. 24: Další vzdělávání v oblasti zásad komunikace s duševně nemocným pacientem a deeskalačních technik Vám vyhovuje formou:

Graf 24 *Forma dalšího vzdělávání*



Zdroj: vlastní

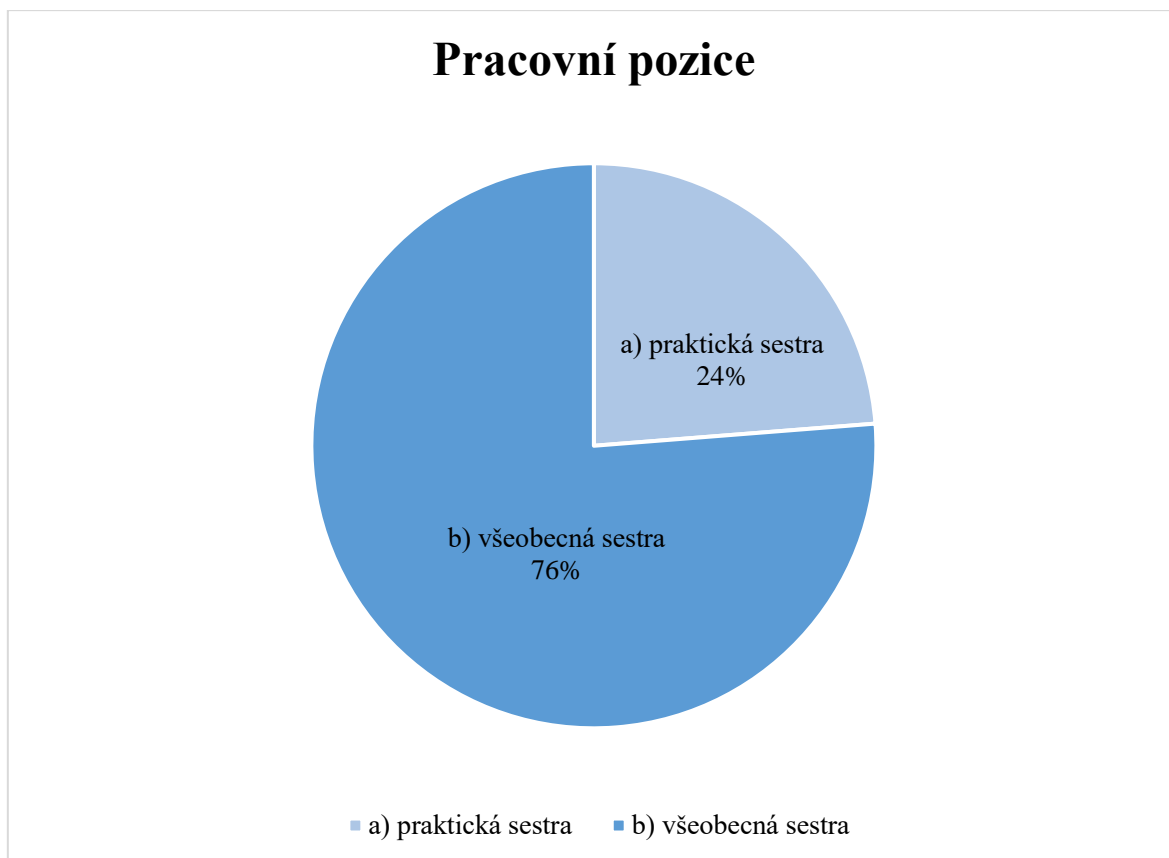
Na tuto otázku bylo možné odpovědět více možnostmi. Z celkového počtu 80 dotázaných respondentů byla nejčastěji zvolená forma školení / semináře, tuto variantu zvolilo 55 sester. Další nejžádanější varianta byla formou praktického nácviku, to zvolilo 43 sester, dostupnou literaturu zvolilo 13 sester a souhrnnou informační brožuru 11 sester. V nabídce byla také možnost žádného dalšího vzdělání, tu však nikdo neoznačil.

10.2 Cíl 1: Zjistit vzdělání sester na psychiatrii.

Výzkumný problém č. 1: Jaké mají sestry na psychiatrických pracovištích vzdělání?

Otázka č. 2: Na jaké pozici NLZP pracujete?

Graf 2 *Pracovní pozice*

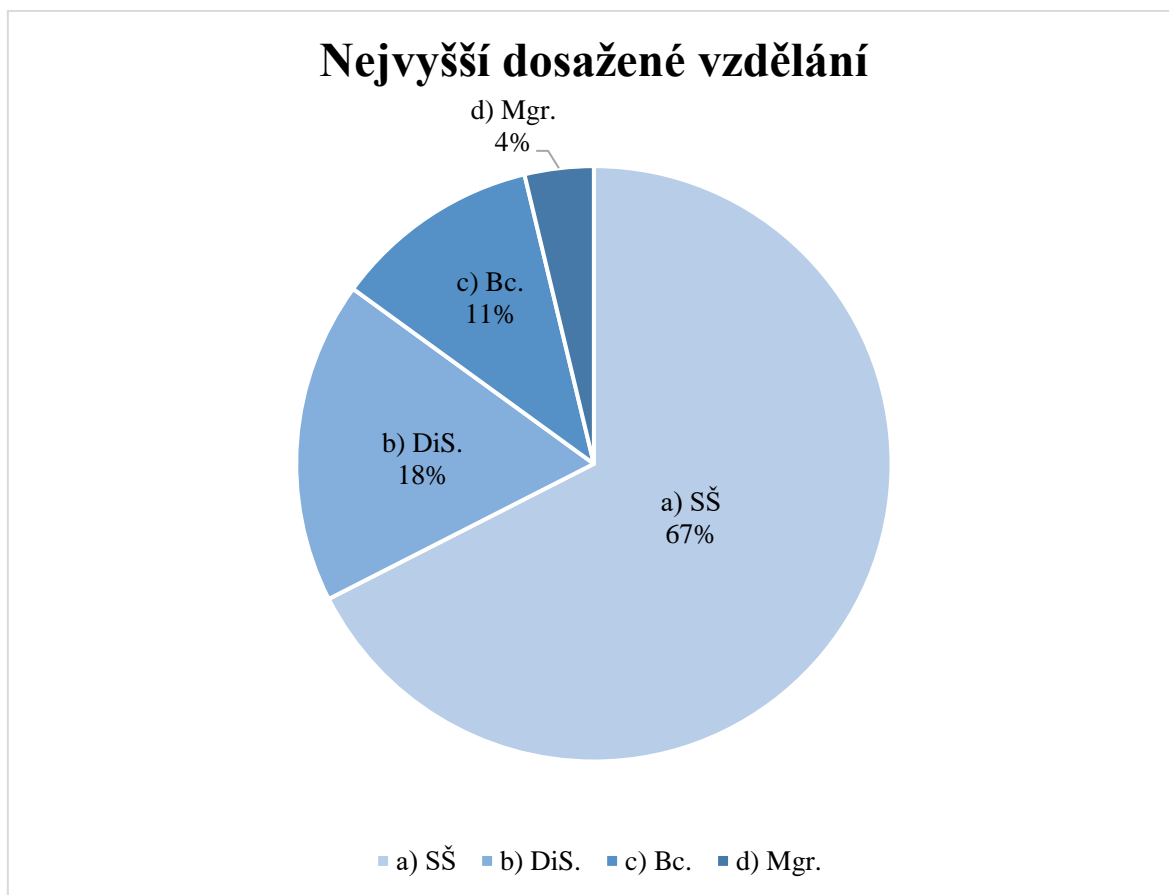


Zdroj: vlastní

Z výzkumného šetření jsem zjistila, že na psychiatrických pracovištích pracují více jak $\frac{3}{4}$ sester všeobecných. Z počtu 80 dotazovaných bylo 61 sester všeobecných (76%) a 19 sester praktických (24%).

Otázka č.3: Napište prosím své nejvyšší dosažené vzdělání.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: vlastní

Při hodnocení nejvyššího dosaženého vzdělání sester, které pracují na psychiatrii jsem zjistila, že z celkového počtu 80 odpovídajících (100%) dosáhlo 54 sester (67%) středoškolského vzdělání, 14 sester vyššího odborného vzdělání (18%), 9 sester bakalářského vzdělání (11%) a 3 sestry (4%) dosáhly magisterského vzdělání.

Otázka č.4: Máte specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii?

Graf 4 *Specializace Ošetrovatelská péče v psychiatrii*

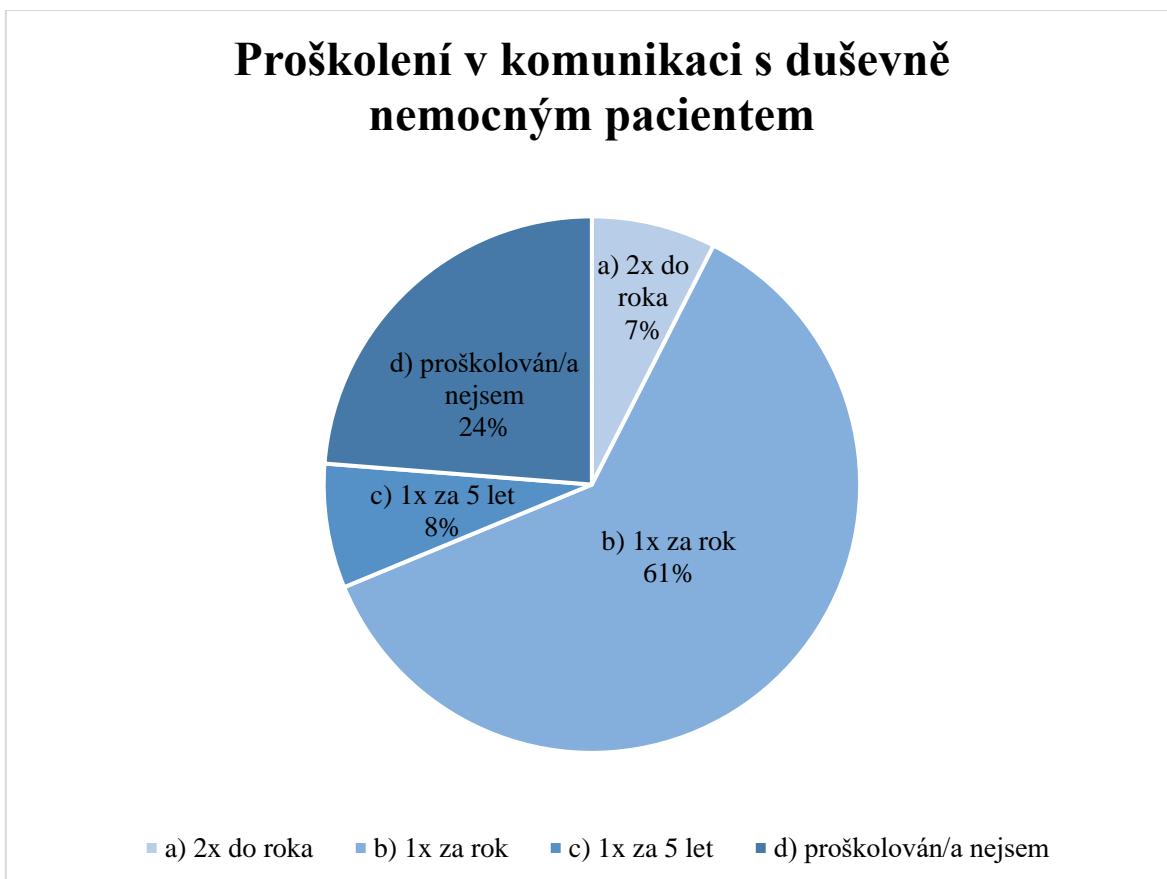


Zdroj: vlastní

Má další otázka se týkala specializace v oboru ošetrovatelské péče v psychiatrii. Dle výzkumu vyplývá, že specializaci v tomto oboru má 30 sester, což z celkového počtu činí pouze 37%. Zbýlých 50 sester (63%) specializaci nemá.

Otázka č. 13: Jak často jste proškolení v oblasti komunikace s duševně nemocným pacientem?

Graf 13 Proškolení v komunikaci s duševně nemocným pacientem



Zdroj: vlastní

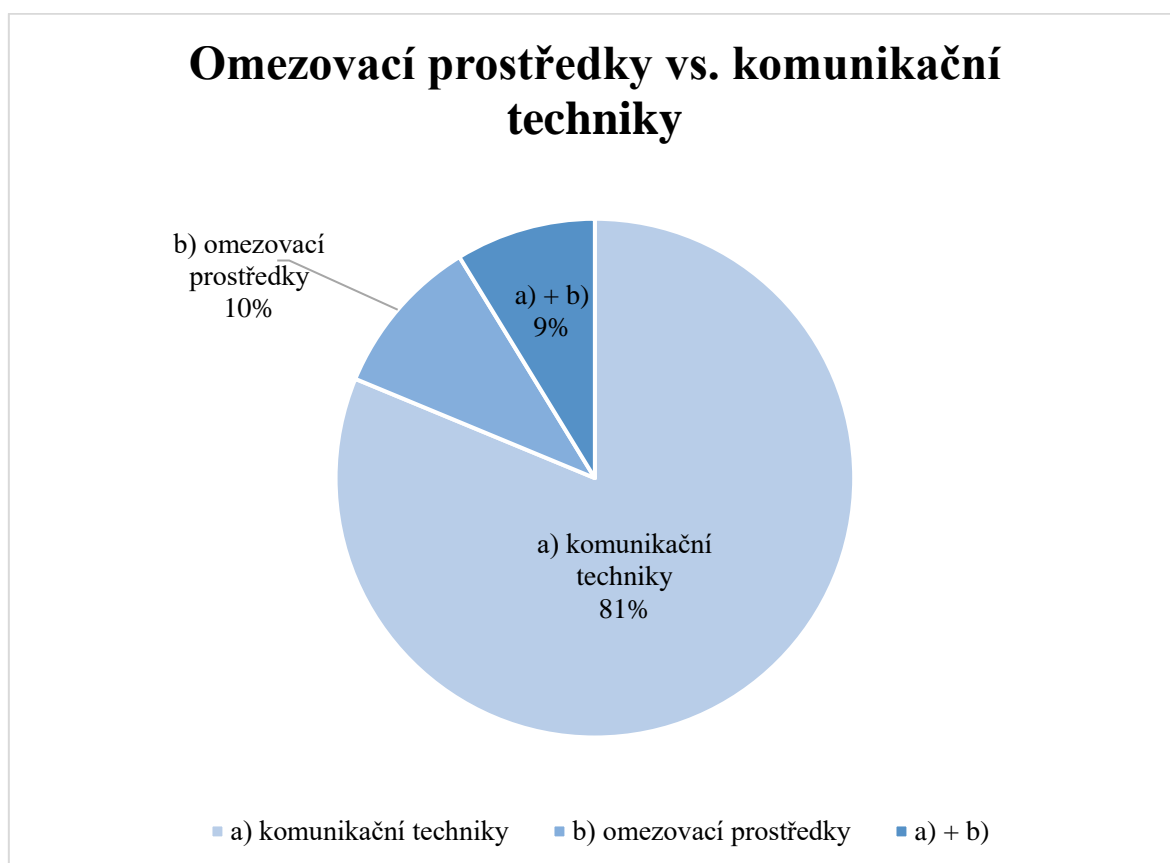
První otázka se týkala školení v oblasti komunikace s duševně nemocným pacientem. Zajímalo mě, jak často jsou sestry v této oblasti proškoleny. 49 sester (61%) uvedlo, že jsou proškoleny ročně a 6 sester (7%) dokonce 2x ročně. Dále 19 sester (24%) uvedlo, že proškoleny nejsou vůbec a 6 sester (8%) má školení jednou za 5 let.

10.3 Cíl 2: Zjistit, jestli sestry preferují používání omezovacích prostředků před komunikací.

Výzkumný problém č. 2: Preferují sestry při konfliktu s pacientem používání omezovacích prostředků nebo vlastní komunikaci?

Otázka č. 8: Co upřednostňujete při konfliktu s neklidným pacientem?

Graf 8 Omezovací prostředky vs. Komunikační techniky

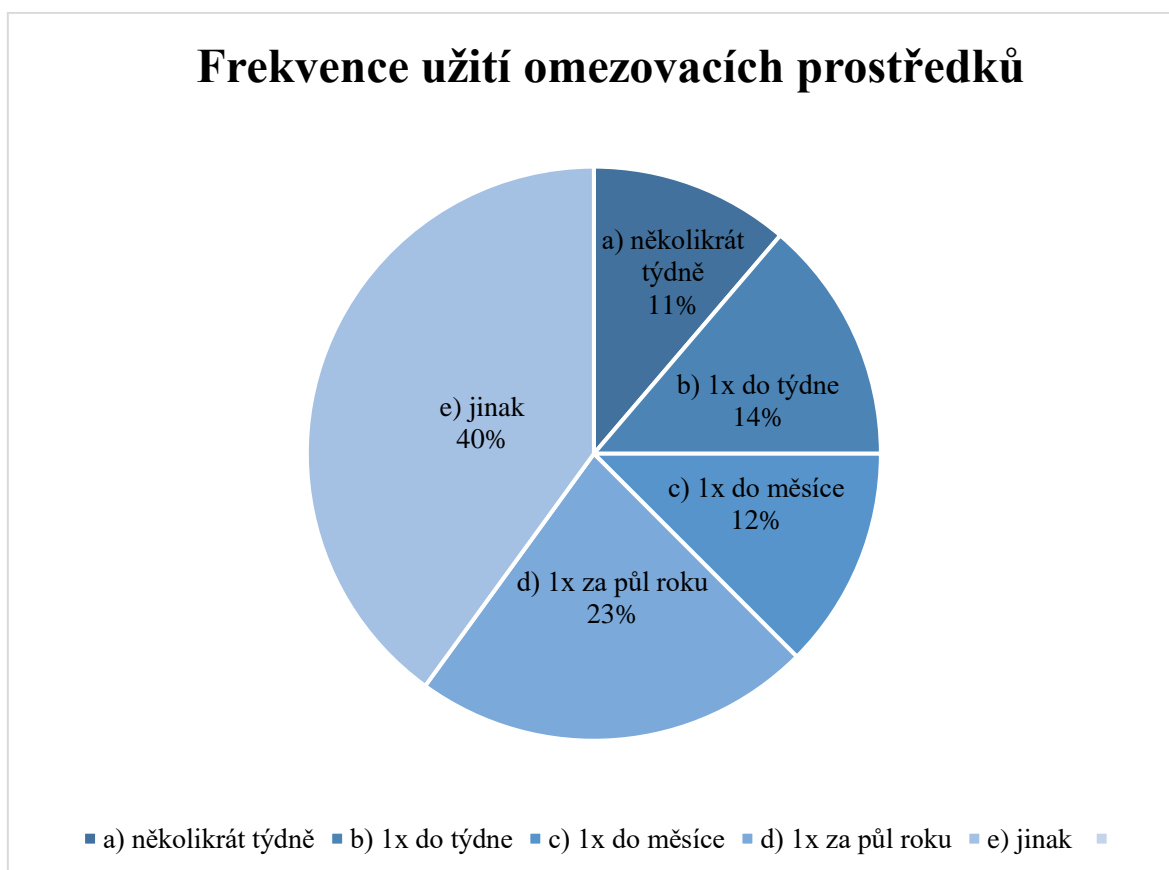


Zdroj: vlastní

S pomocí dotazníkového výzkumného šetření se mi podařilo zjistit, že z celkového počtu 80 sester využívá a upřednostňuje 65 sester (81%) při své práci vlastní komunikaci a komunikační techniky. Pouze 8 sester (10%) uvedlo, že raději upřednostňuje omezovací prostředky před komunikací, zbylých 7 sester (9%) uvedlo obě varianty, tudíž využívají jak komunikační techniky, tak omezovací prostředky.

Otázka č. 9: Jak často používáte omezovací prostředky?

Graf 9 Frekvence užití omezovacích prostředků



Zdroj: vlastní

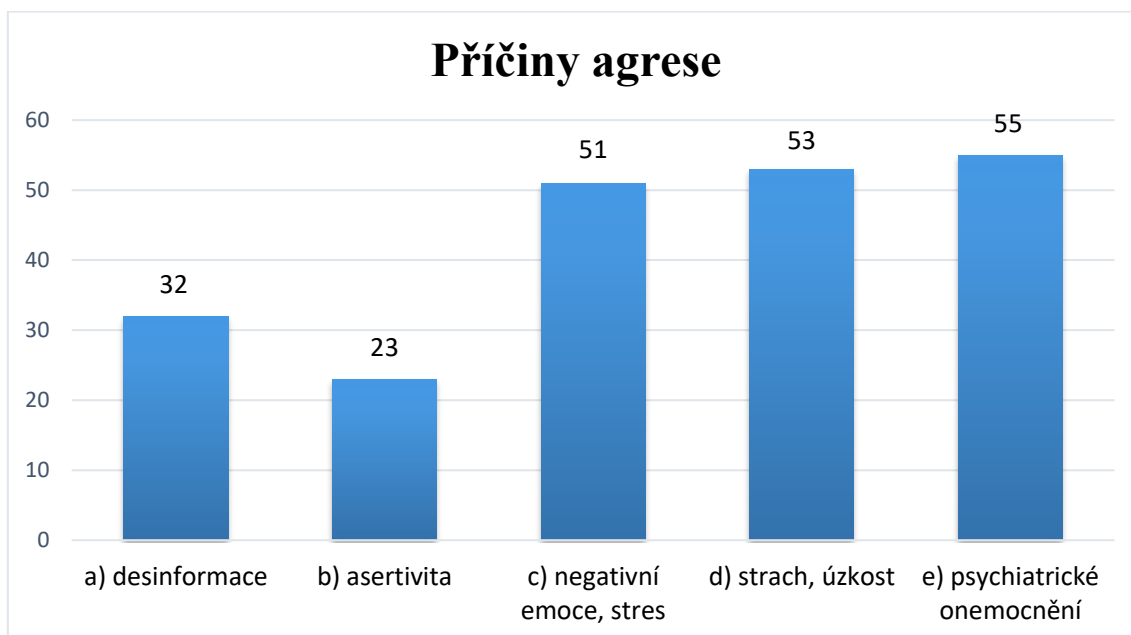
Následně jsem se zaměřila na používání omezovacích prostředků, abych zjistila, v jak velké míře jsou využívány. Bylo zjištěno, že z 80 sester (100%) jen 9 sester (11%) využije omezovací prostředky i několikrát týdně. Dalších 11 sester (14%) uvedlo, že 1x do týdne a 10 sester (12%) 1x do měsíce. 18 sester (23%) využije omezovací prostředek 1x za půl roku a nejvíce sester 32 (40%) uvedlo, že frekvenci využití omezovacích prostředků nelze specifikovat, protože je to individuální dle stavu pacienta, nebo omezovací prostředky využívají naprosto minimálně.

10.4 Cíl 3: Zjistit, jaké mají sestry znalosti v oblasti deeskalačních technik.

Výzkumný problém č. 3: Znají sestry deeskalační techniky?

Otázka č. 10: Co u pacienta způsobuje agresivitu?

Graf 10 Příčiny agrese



Zdroj: vlastní

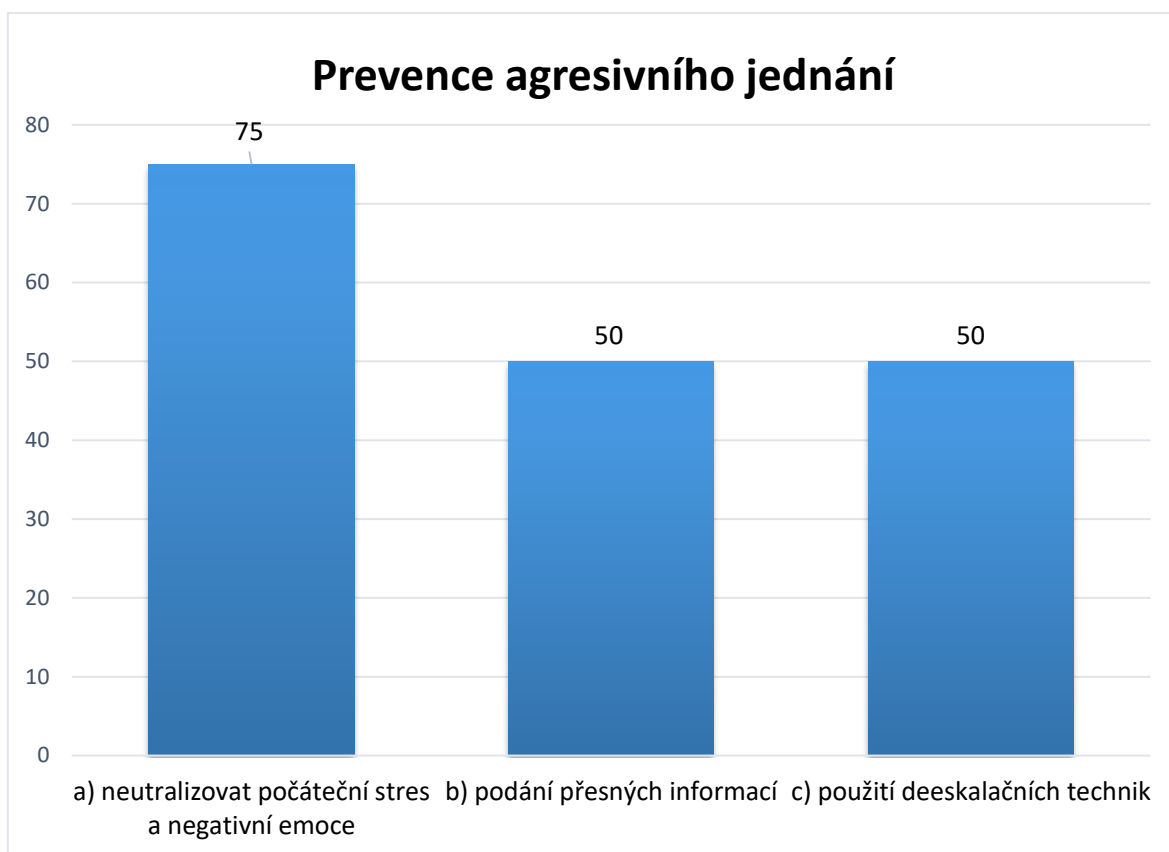
Tato kontrolní otázka sloužila k určení znalostí sester v oblasti deeskalačních technik. Bylo možné označit více správných odpovědí. Správné odpovědi byly a), c), d) a e). Z celkového počtu 80 respondentů nejvíce respondentů označovalo za správné odpovědi c) 51 d) 53 a e) 55. Ovšem znatelný počet dotazujících mylně označil jako správnou odpověď také b) 23. Možnost a) správně označilo 32 sester.

Kritéria pro zhodnocení: 4 a 3 správné odpovědi z 5 označují znalost deeskalačních technik.

	Počet respondentů	Procenta
Správně odpovědělo	59	74 %
Chybně odpovědělo	21	26 %
Celkový počet respondentů	80	100 %

Otázka č. 11: Co patří do prevence agresivního jednání?

Graf 11 *Prevence agresivního jednání*



Zdroj: vlastní

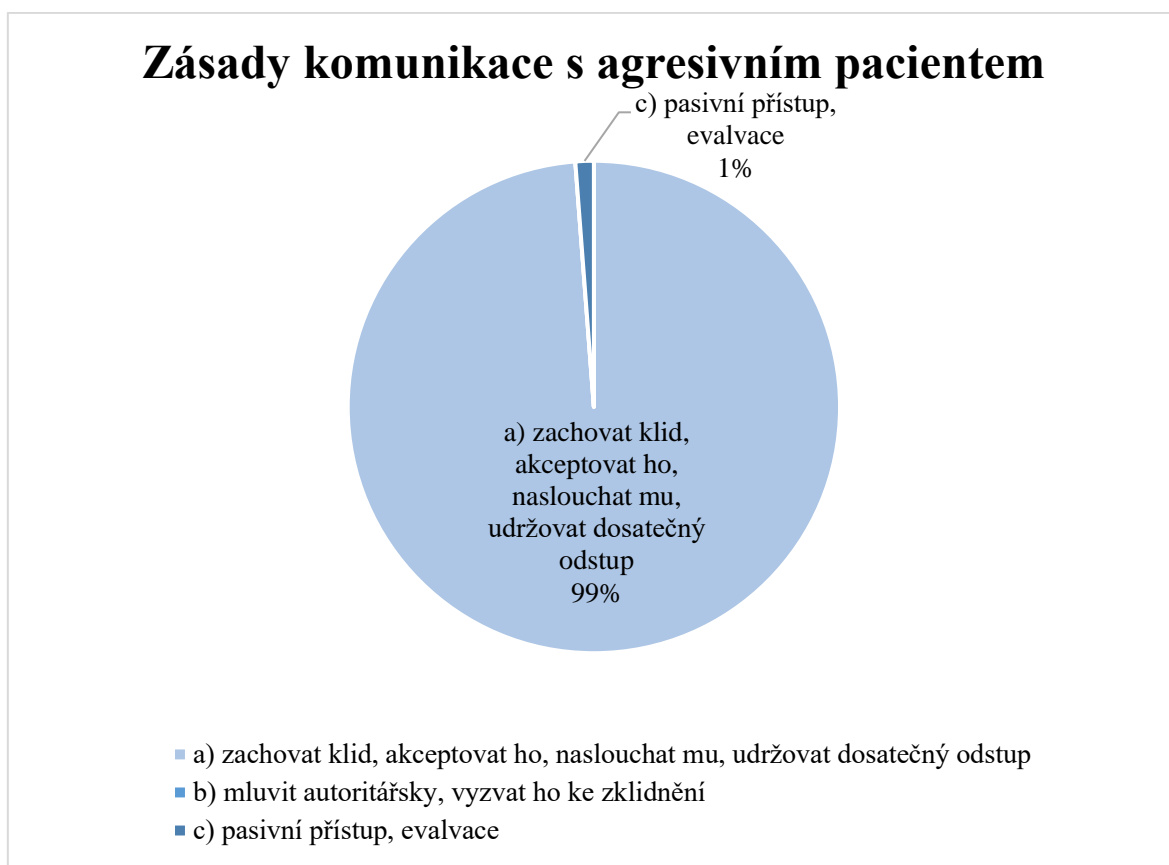
Tato kontrolní otázka sloužila k určení znalostí sester v oblasti deeskalačních technik. Bylo možné označit více správných odpovědí. Správné odpovědi byly a), b) a c). Nejvíce respondentů v počtu 75 označovalo za správnou odpověď a). Ostatní zvolili ve stejném počtu 50 odpovědi b) a c).

Kritéria pro zhodnocení: 3 a 2 správné odpovědi ze 3 označují znalost deeskalačních technik.

	Počet respondentů	Procenta
Správně odpovědělo	60	75 %
Chybně odpovědělo	20	25 %
Celkový počet respondentů	80	100 %

Otázka č. 12: Pro zásady komunikace s agresivním pacientem platí:

Graf 12 Zásady komunikace s agresivním pacientem

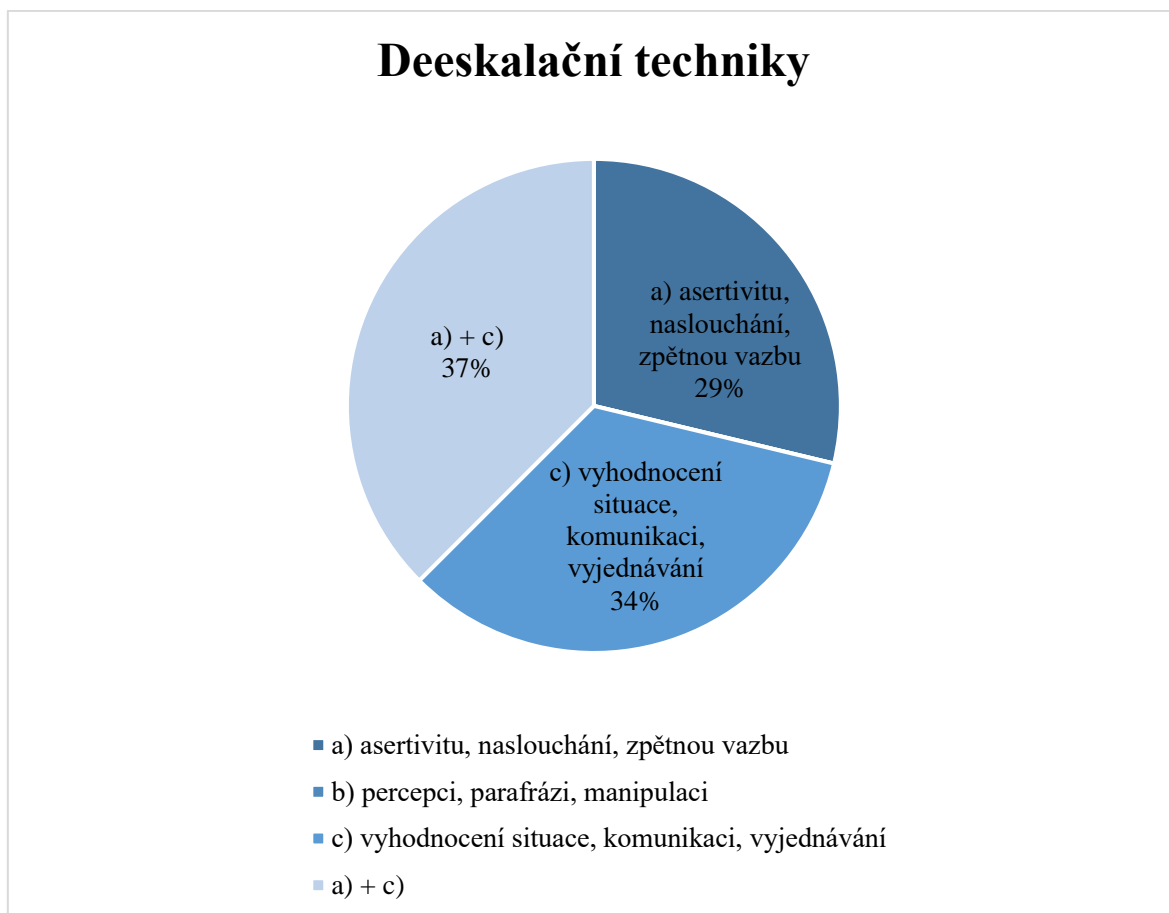


Zdroj: vlastní

Tato kontrolní otázka sloužila k určení znalostí sester v oblasti deeskalačních technik. Správná odpověď byla pouze jedna a to a). Tuto možnost zvolilo 79 sester (99%) z 80 (100%) odpovídajících. 1 sestra zaškrtnla odpověď c). Odpověď b) zvolilo 0 respondentů.

Otázka č. 16: Deeskalační techniky zahrnují:

Graf 16 *Deeskalační techniky*

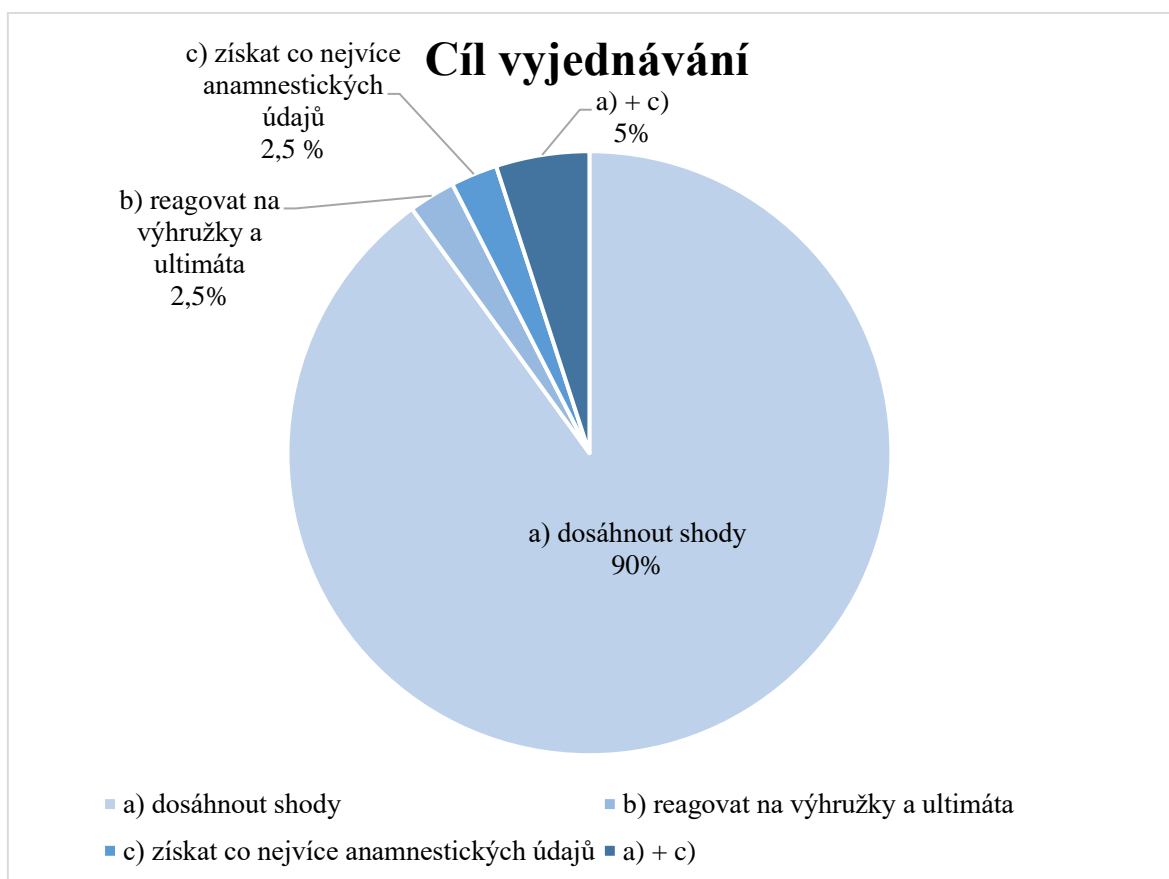


Zdroj: vlastní

Tato kontrolní otázka sloužila k určení znalostí sester v oblasti deeskalačních technik. Z 80 dotazovaných sester (100%) nejvíce sester 30 (37%) chybně zakroužkovalo dvě odpovědi a) a c). Správnou odpověď c) zvolilo 27 sester (34%) a 23 sester (29%) zvolilo chybnou odpověď a). Odpověď b) zvolilo 0 respondentů.

Otázka č. 17: Cílem vyjednávání je

Graf 17 Cíl vyjednávání

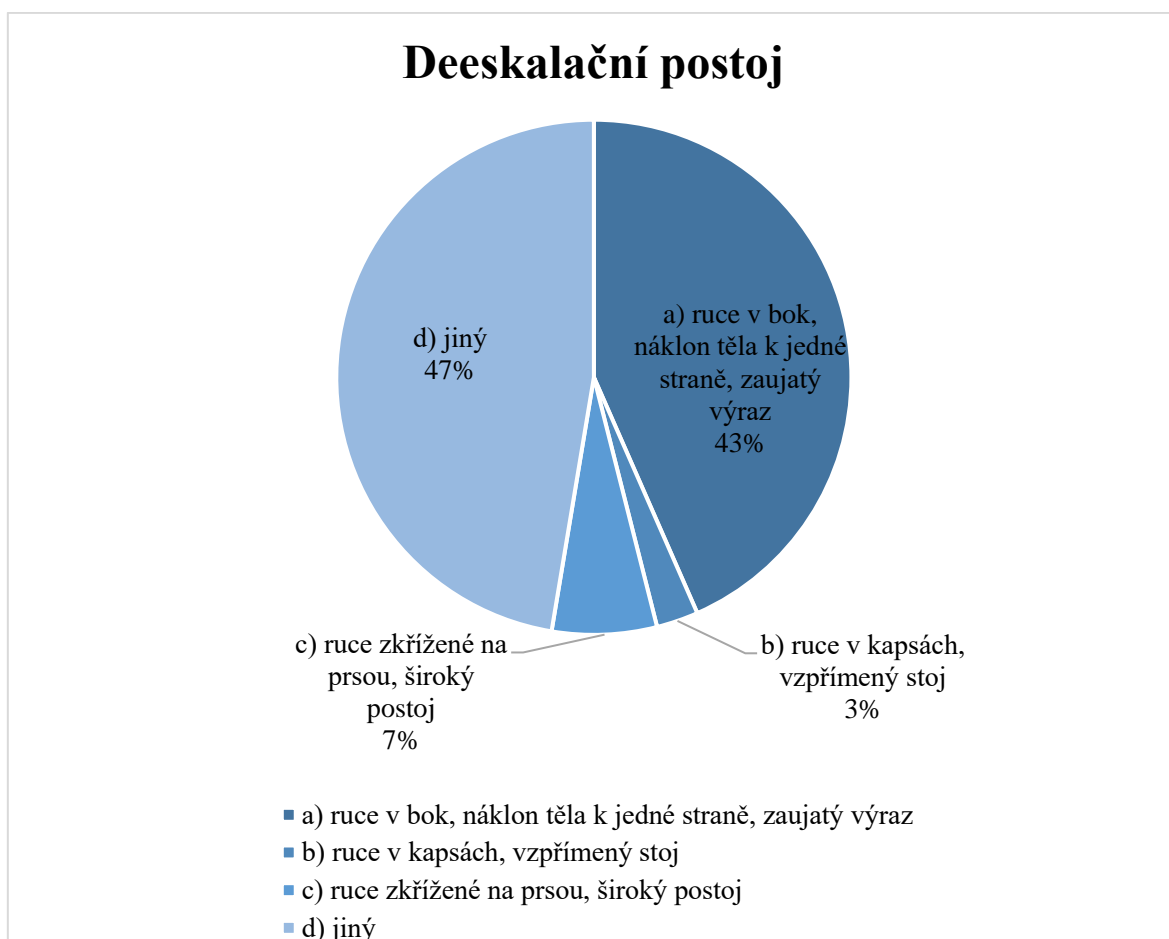


Zdroj: vlastní

Tato kontrolní otázka sloužila k určení znalostí sester v oblasti deeskalačních technik. Tato otázka měla pouze jednu správnou odpověď a). Z 80 respondentů (100%) zvolily 4 sestry (5%) chybně dvě odpovědi a) a c), další chybnou odpověď c) zvolily 2 sestry (2,5%) a chybnou odpověď b) zvolily také 2 sestry (2,5%). Správnou odpověď a) zvolilo 72 sester (90%).

Otázka č. 18: Jak vypadá deeskalační postoj?

Graf 18 Deeskalační postoj



Zdroj: vlastní

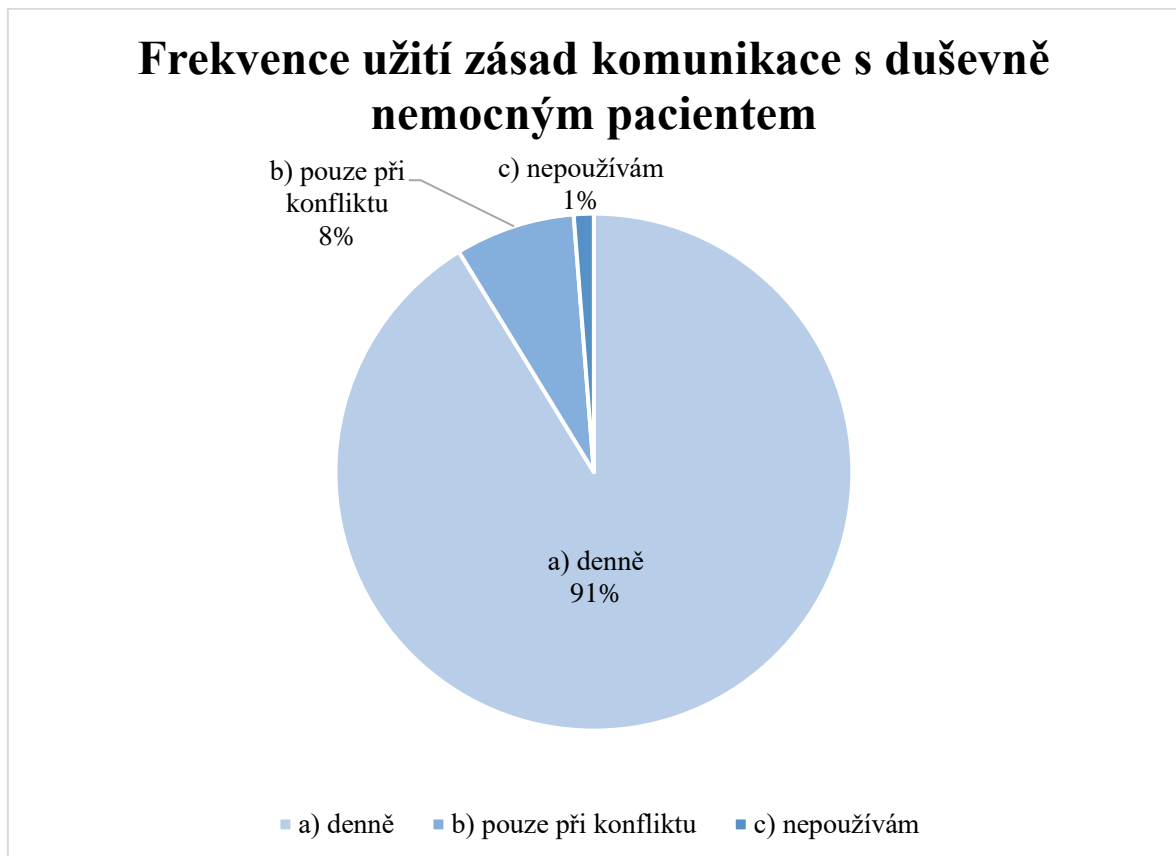
Tato kontrolní otázka sloužila k určení znalostí sester v oblasti deeskalačních technik. Otázka měla pouze jednu správnou odpověď a). Celkový počet zodpovězených otázek činil 80 (100%). Nejčastěji volenou možností byla varianta d) v počtu 36 odpovědí (47%). Sestry zde uváděly, že při deeskalačním postoji máme stát uvolněně, s rukama volně podél těla, dlaněmi dopředu a udržovat dostatečný odstup. Dále byla uvedena správná možnost a) „ruce v bok, náklon těla k jedné straně, zaujatý výraz“, v počtu 33 odpovědí (43%). Možnost c) byla uvedena v počtu 5 odpovědí (7%) a možnost b) v počtu 2 odpovědí (3%).

10.5 Cíl 4: Zjistit, jaké mají sestry znalosti v oblasti zásad komunikace s psychiatrickým pacientem.

Výzkumný problém č.4: Znají sestry zásady komunikace s duševně nemocným pacientem?

Otázka č. 19: Jak často využíváte zásady komunikace s psychiatrickým pacientem při ošetrovatelském procesu?

Graf 19 *Frekvence užití zásad komunikace s duševně nemocným pacientem*

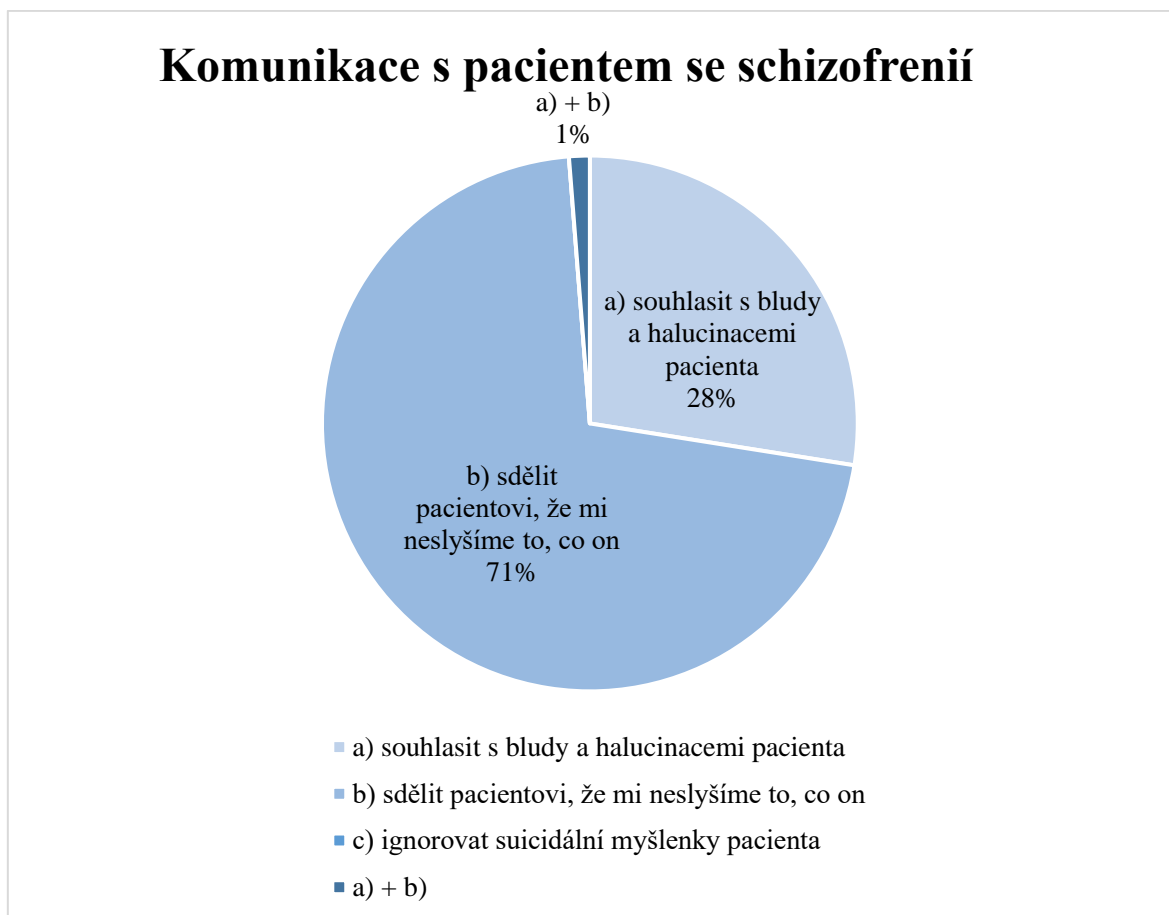


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 80 dotázaných sester (100%) uvedlo 73 sester (91%), že zásady komunikace s psychiatrickým pacientem užívají denně, 6 sester (8%) tyto zásady užívá pouze při konfliktu a 1 sestra (1%) uvedla, že je nepoužívá vůbec.

Otázka č. 20: Zásady komunikace s pacientem se schizofrenní poruchou jsou:

Graf 20 *Komunikace s pacientem se schizofrenií*

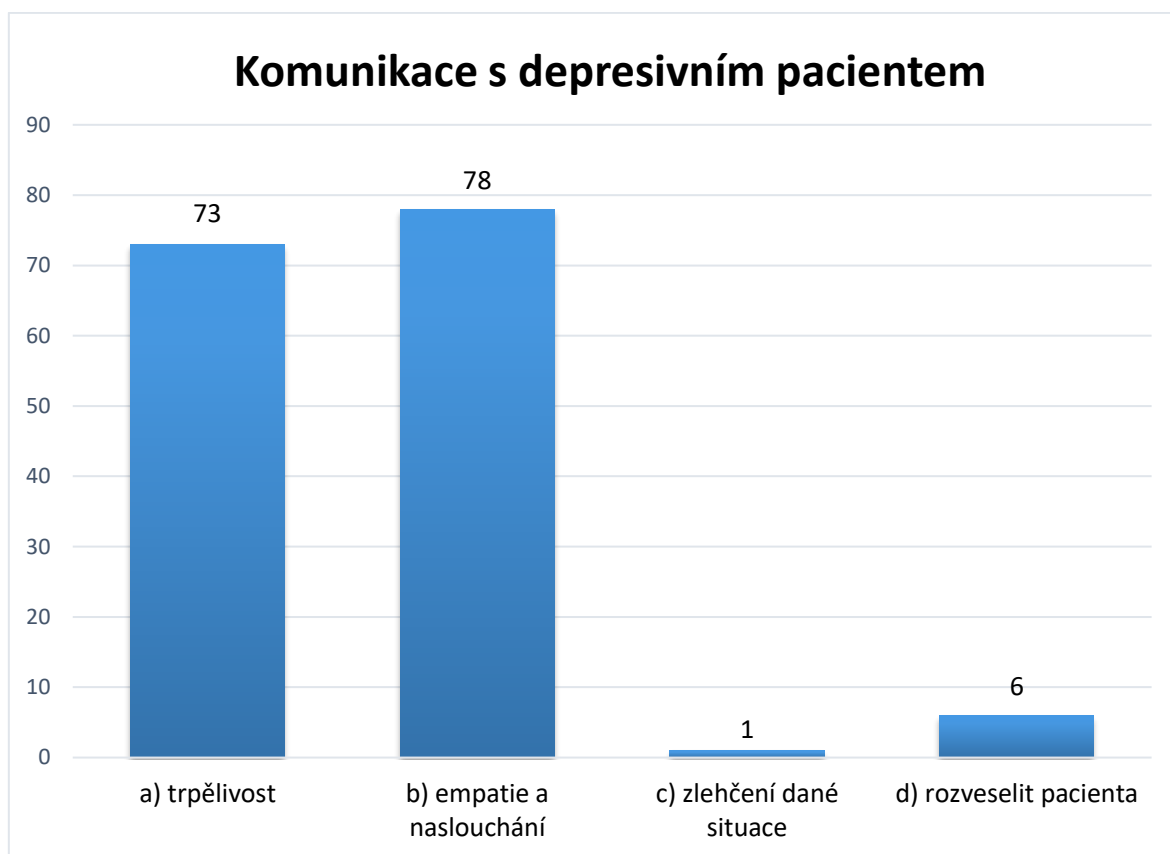


Zdroj: vlastní

Tato kontrolní otázka sloužila k ověření znalosti sester v oblasti zásad komunikace s psychiatrickým pacientem. Správnou odpověď b) zvolilo 57 sester (71%), chybnou odpověď zvolilo 22 sester (28%) a chybně více možnostmi a) + b) odpověděla 1 sestra (1%). Odpověď c) zvolilo 0 respondentů.

Otázka č. 21: Co je důležité při komunikaci s depresivním pacientem?

Graf 21 *Komunikace s depresivním pacientem*



Zdroj: vlastní

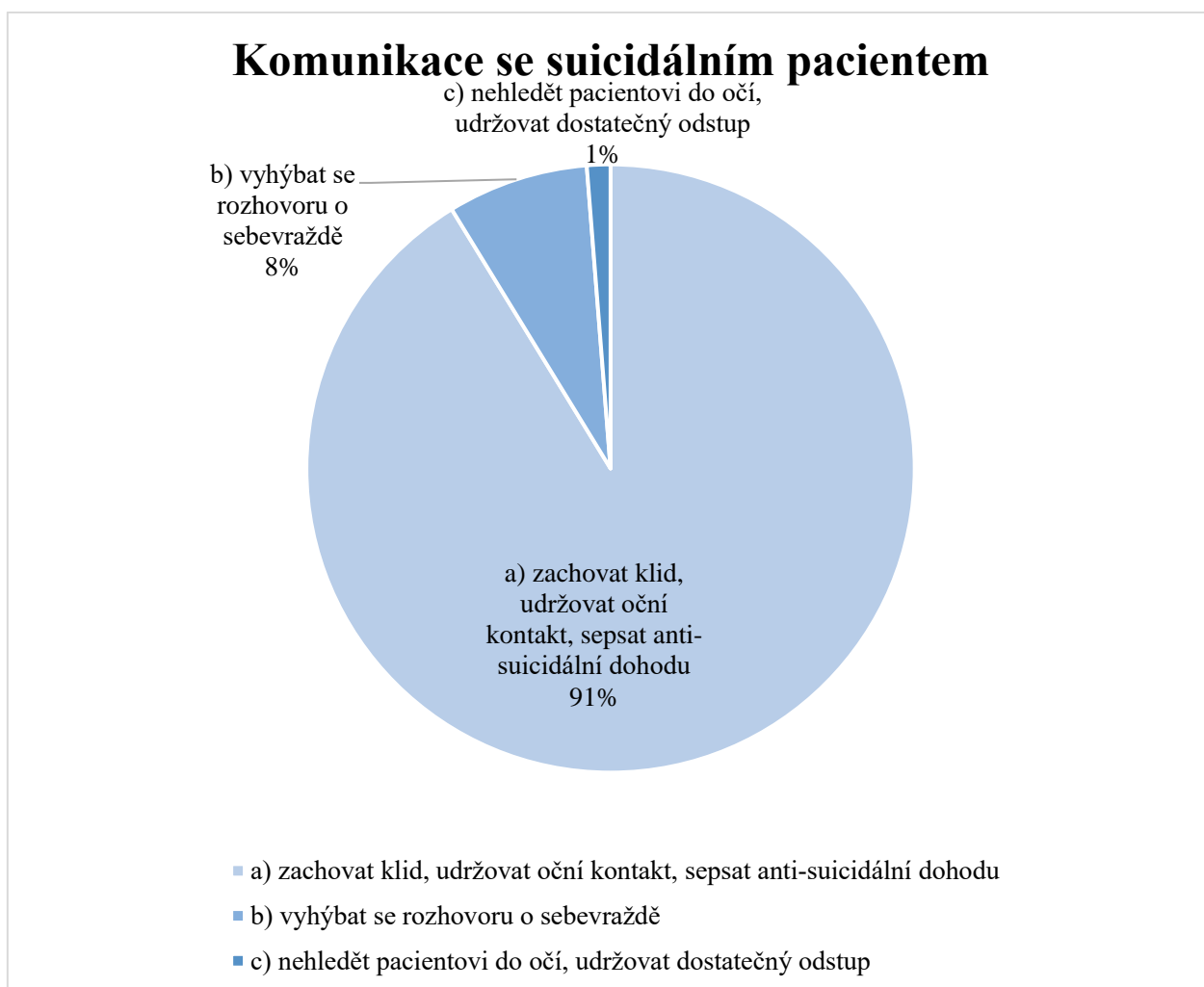
Tato kontrolní otázka sloužila k ověření znalosti sester v oblasti zásad komunikace s psychiatrickým pacientem. U otázky bylo možné zvolit více správných odpovědí. Na otázku odpovědělo 80 oslovených respondentů. Správně odpovědi byly a) a b). Odpověď a) zvolilo 73 sester, odpověď b) 78 sester, odpověď c) 1 sestra, a odpověď d) 6, sester.

Kritéria pro zhodnocení: 2 správné odpovědi ze 2 označují znalost zásad komunikace s duševně nemocným pacientem.

	Počet respondentů	Procenta
Správně odpovědělo	65	81 %
Chybně odpovědělo	15	19 %
Celkový počet respondentů	80	100 %

Otázka č. 22: Do zásad komunikace se suicidálním pacientem patří:

Graf 22 *Komunikace se suicidálním pacientem*

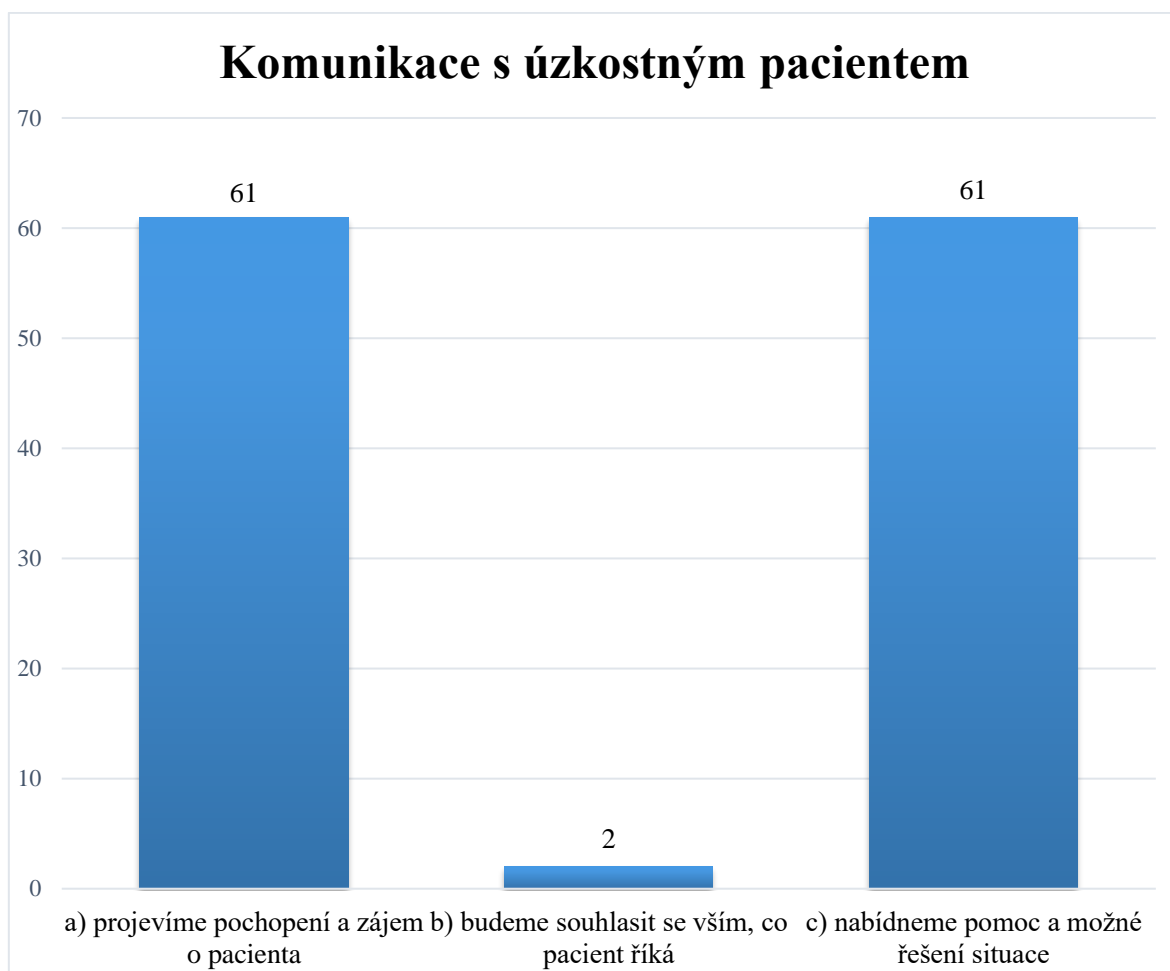


Zdroj: vlastní

Tato kontrolní otázka sloužila k ověření znalosti sester v oblasti zásad komunikace s psychiatrickým pacientem. Otázka měla správnou odpověď a), kterou zvolilo z celkového počtu 80 sester (100%) 73 sester (91%). Odpověď b) zvolilo 6 sester (8%) a odpověď c) pouze 1 sestra (1%).

Otázka č. 23 Jak budete komunikovat s pacientem, který trpí úzkostí?

Graf 23 *Komunikace s úzkostným pacientem*



Zdroj: vlastní

Tato kontrolní otázka sloužila k ověření znalosti sester v oblasti zásad komunikace s psychiatrickým pacientem. Otázka měla více správných odpovědí, kterými jsou a) a c). Možnost a) byla zvolena 61krát, možnost b) 2krát a c) 61krát.

Kritéria pro zhodnocení: 2 správné odpovědi ze 2 označují znalost zásad komunikace s duševně nemocným pacientem.

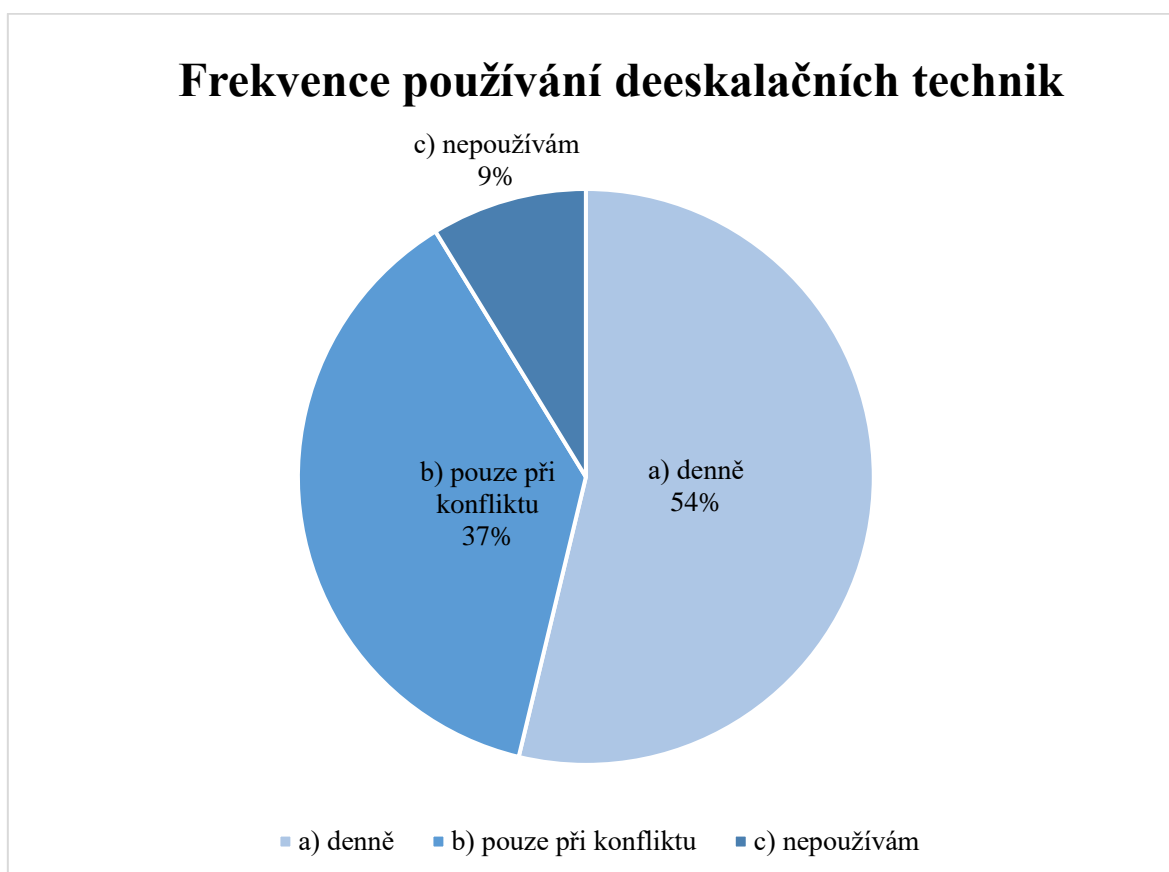
	Počet respondentů	Procenta
Správně odpovědělo	43	54 %
Chybně odpovědělo	37	46 %
Celkový počet respondentů	80	100 %

10.6 Cíl 5: Zjistit využitelnost deeskalačních technik v prevenci použití omezovacích prostředků.

Výzkumný problém č. 4: Jsou deeskalační techniky uplatnitelné v prevenci používání omezovacích prostředků?

Otázka č. 14: Jak často při své práci používáte deeskalační techniky?

Graf 14 *Frekvence používání deeskalačních technik*

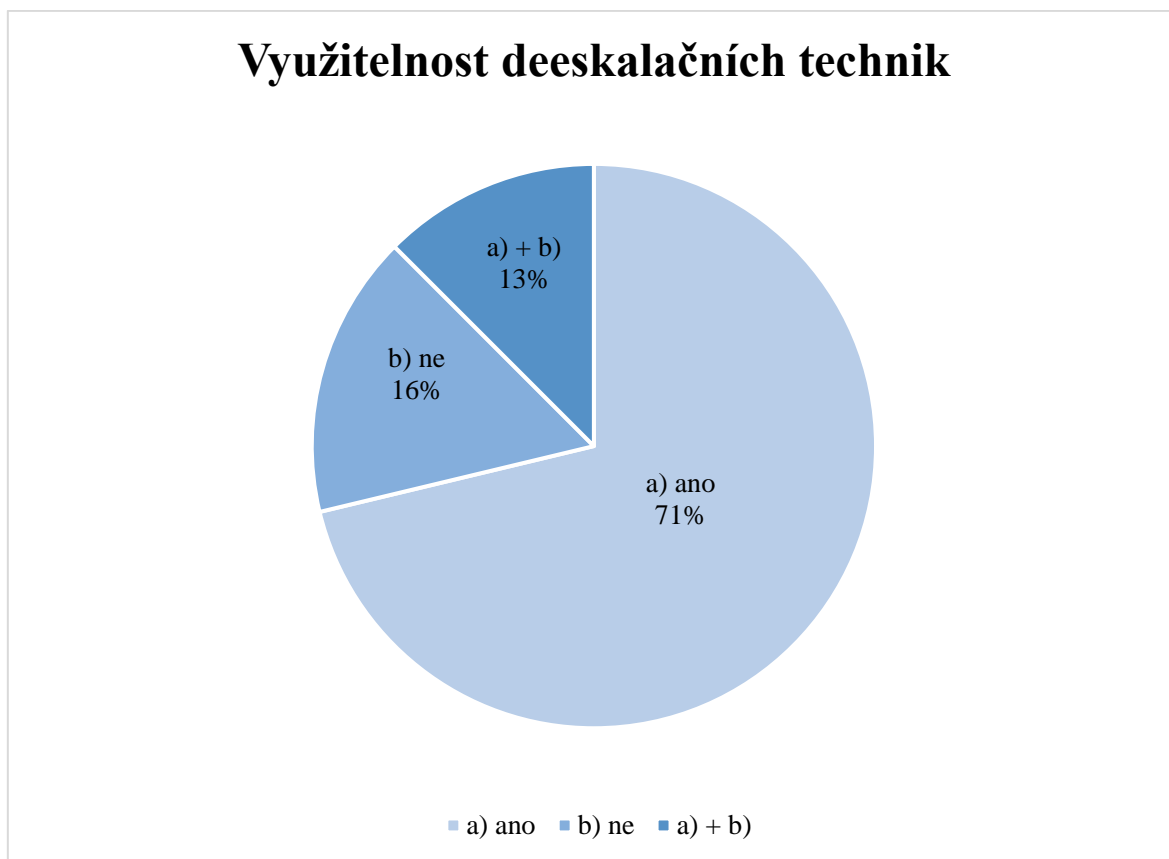


Zdroj: vlastní

Na dotaz o frekvenci používání deeskalačních technik z celkového počtu 80 dotazujících (100%) 43 sester (54%) uvedlo, že deeskalační techniky používají denně. 30 sester (37%) uvedlo, že používá deeskalační techniky pouze při konfliktu a zbylých 7 sester (9%) je nepoužívá vůbec.

Otázka č. 15: Pomohli Vám deeskalační techniky ke zklidnění pacienta při konfliktní situaci?

Graf 15 *Využitelnost deeskalačních technik*



Zdroj: vlastní

Tato otázka byla zaměřena na vlastní zkušenost sester s účinností deeskalačních technik. Z 80 dotazovaných (100%) 57 sester (71%) odpovědělo, že jim deeskalační techniky pomohly při zklidnění pacienta při konfliktní situaci. 13 sester (16%) uvedlo, že jim deeskalační techniky nepomohly a 10 sester (13%) uvedlo odpovědi a) + b), tudíž ano i ne.

11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Sociodemografické údaje.

K sociodemografickým údajům se vztahovaly otázky č. 1, 5, 6, 7 a 24.

Z výsledků otázek vyplynulo, že na psychiatrických odděleních pracují převážně ženy v počtu 79%. Nejvíce sester, které k výzkumu poskytli informace byly sestry z PN Bohnice (40%), poté z Psychiatrické kliniky v Plzni (26%), z PN Dobřany (22%) a nejméně sester poskytlo informace z PL Petrohrad (12%). Sestry z těchto pracovišť mají převážně délku praxe více jak 6 let (78%). Do 5-ti let má délku praxe pouze necelá ¼ sester (22%). Dle výzkumu se všechny z těchto sester při své práci setkají s konfliktním pacientem v různém časovém intervalu. Například 24% sester se do konfliktu dostává 1x až vícekrát týdně a 20% sester pouze 1x za půl roku. Sestry ve svých odpovědích uváděly, že četnost konfliktních situací se vyskytuje individuálně dle stavu nemocného a druhu oddělení. Polední otázka se týkala zájmu sester o možnost dalšího vzdělání v oblasti komunikace. 100% sester vedlo, že by mělo zájem o další vzdělání. Nejčastěji byla uváděna forma semináře/školení či praktického nácviku.

Cíl 1: Zjistit vzdělání sester na psychiatrii.

Výzkumný problém č. 1: Jaké mají sestry na psychiatrických pracovištích vzdělání?

K tomuto výzkumnému problému se v dotazníku vztahovaly otázky č. 2, 3, 4 a 13.

Výsledek šetření ukázal, že na psychiatrických pracovištích pracují přibližně ¾ sester všeobecných, což činí 76% z celkových 100%. 67% sester má vzdělání pouze středoškolské. Zbýlých 33% má vzdělání vyšší. Pouhých 37 % sester má specializaci v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Zajímalo mě také, jak často jsou sestry proškoleny v oblasti komunikace. Z výzkumu vyplývá, že 68% sester je pravidelně školeny minimálně jednou ročně. Ovšem 32% sester je školeny pouze 1x za 5 let nebo vůbec.

Cíl 1 byl splněn.

Cíl 2: Zjistit, jestli sestry preferují užívání omezovacích prostředků před komunikací.

Výzkumný problém č. 2: Preferují sestry při konfliktu s pacientem používání omezovacích prostředků nebo vlastní komunikaci?

K tomuto výzkumnému problému se v dotazníku vztahovaly otázky č. 8 a 9.

Dle šetření vyšlo najevo, že pokud se sestry při své práci ocitnou v konfliktní situaci s pacientem, až 81% z nich přitom upřednostňuje svou vlastní komunikaci, pomocí které se snaží situaci vyřešit, než použijí omezovací prostředek. To potvrzuje i další výsledek, který ukazuje, že až 63% sester využije omezovací prostředek pouze 1x za půl roku či méně a 25% sester používá omezovací prostředky 1 a vícekrát do týdne. Obě tyto tvrzení se dle výsledků šetření shodují. Takže sestry neupřednostňují před komunikací užití omezovacích prostředků.

Cíl 2 byl splněn.

Cíl 3: Zjistit, jaké mají sestry znalosti v oblasti deeskalačních technik.

Výzkumný problém č. 3: Znají sestry deeskalační techniky?

K tomuto výzkumnému problému se v dotazníku vztahovaly otázky č. 10, 11, 12, 16, 17 a 18.

Kritéria pro zhodnocení: Pokud budou správně zodpovězeny 4 ze 6 otázek, bude hodnoceno jako znalost deeskalačních technik.

V tomto výzkumném problému jsem se zaměřila na znalosti sester v oblasti deeskalačních technik, které jsem si pomocí kontrolních otázek ověřila. První tři otázky se týkaly agrese, která do deeskalace neodmyslitelně patří. V první otázce jsem se ptala na její příčiny. Z výsledků kontrolních otázek jsem zjistila, že 74% sester příčiny agrese zná a 75% sester by mělo agresi teoreticky umět předcházet, protože mají znalosti o tom, jakým způsobem. To bylo předmětem další otázky. Poslední otázka z oblasti agrese se týkala zásad při komunikaci s agresivním pacientem. Zde se ukázalo, že drtivá většina sester tedy 99% zásady zná a umí v konfliktní situaci s agresivním pacientem správně reagovat.

V druhé části tohoto problému už jsem se zajímala pouze o deeskalaci, na kterou byly zaměřeny opět tři otázky. První otázkou jsem se snažila zjistit, jestli sestry ví, z jakých částí se deeskalace skládá. To jsou vyhodnocení situace, komunikace a vyjednávání. Správně

odpovědělo pouze 34% sester. Zbylých 67% sester zakroužkovalo odpověď nesprávnou, nebo chybně více odpovědí. Následovala otázka „Co je cílem vyjednávání?“, která mohla napovědět v předchozí otázce. Zde už 90% sester vědělo, že cílem je dosažení místa shody. Poslední otázka se týkala deeskalačního postoje. Dle výzkumu 43% sester uvedlo správnou odpověď dle Mgr. Jaroslava Pekary. Správná odpověď byla: „*ruce v bok, náklon těla na jednu stranu a výraz zaujetí*“. (Pekara, 2015, s.44) Dalších 47% sester převážně uvedlo dle vlastních slov, že při deeskalaci má zdravotník stát uvolněně s rukama podél těla, dlaněmi dopředu a v dostatečné vzdálenosti od pacienta. Dle zvolených kritérií bylo zhodnoceno, že sestry uvedené deeskalační techniky znají.

Cíl 3 byl splněn.

Cíl 4: Zjistit, jaké mají sestry znalosti v oblasti zásad komunikace s psychiatrickým pacientem.

Výzkumný problém č. 4: Znají sestry zásady komunikace s psychiatrickým pacientem?

K tomuto výzkumnému problému se v dotazníku vztahovaly otázky č. 19, 20, 21, 22 a 23.

Kritéria pro zhodnocení: Pokud budou správně zodpovězeny 3 z 5 otázek, bude hodnoceno jako znalost zásad komunikace s duševně nemocným pacientem.

Otázky v tomto výzkumném problému byly zaměřeny na to, zda sestry znají zásady komunikace s duševně nemocným pacientem. K ověření znalostí sloužily kontrolní otázky na komunikaci s pacientem se schizofrenií, s depresí, se suicidálními myšlenkami a s úzkostí. Bylo zjištěno, že 91 % sester zásady komunikace využívá denně. V další fázi došlo k ověření znalostí, které sestry v této oblasti mají. Bylo zjištěno, že se schizofrenním pacientem umí komunikovat 71% sester, s depresivním pacientem 81% sester, se suicidálním pacientem 91% sester a s úzkostným pacientem 54% sester. Po sečtení těchto výsledků dohromady, dostaneme výsledek, ze kterého vyplývá, že 74% sester zná zásady komunikace s duševně nemocným pacientem. Zbylých 26% sester, které tyto techniky neznají, ale mají zájem se nadále vzdělávat. Dle sociodemografické otázky č. 24, uvedlo v dotazníku 100% sester, že mají zájem se různými formami nadále vzdělávat v oblasti zásad komunikace s duševně nemocným pacientem i v oblasti deeskalačních technik.

Cíl 4 byl splněn.

Cíl 5: Zjistit využitelnost deeskalačních technik v prevenci použití omezovacích prostředků.

Výzkumný problém č. 5: Jsou deeskalační techniky uplatnitelné v prevenci používání omezovacích prostředků?

K tomuto výzkumnému problému se v dotazníku vztahovaly otázky č. 14 a 15.

Poslední výzkumný problém se týkal využitelnosti deeskalačních technik. Z otázek položených na toto téma bylo zjištěno, že pouze 9% sester nepoužívá deeskalační techniky vůbec. 91% sester deeskalační techniky užívá denně nebo při konfliktu s pacientem. Ze 100% sester, které deeskalační techniky používají uvedlo 71% sester, že jsou účinné a 13% sester, že jak kdy. Shrnutím výzkumného problému lze konstatovat, že více jak 2/3 sester upřednostňuje komunikační a deeskalační techniky, které využívá denně s úspěšným výsledkem. Takže na výzkumný problém si lze odpovědět: *„Ano, deeskalační techniky jsou uplatnitelné v prevenci užívání omezovacích prostředků.“*

Cíl 5 byl splněn.

DISKUZE

V bakalářské práci byla zaměřena pozornost na vzdělání sester pracujících na psychiatrii, na komunikační dovednosti s duševně nemocnými pacienty a problematiku deeskalčních technik. Výsledky výzkumného šetření jsou porovnány s výsledky výzkumu podobného zaměření, které byly prováděny studentkou oboru všeobecná sestra na fakultě zdravotnických studií v Plzni. Během výzkumu jsem se setkala s překážkami, které znesnadňovaly výzkum provést. Bylo obtížné spojit se s hlavními sestrami zdravotnických zařízení, které v době pandemie covid-19 slouží na odděleních, ambulancích a akutních příjmech. Přesto se podařilo oslovit 4 zdravotnická zařízení, které umožnily výzkum provést. Byl zvolen kvantitativní výzkum, který byl proveden pomocí dotazníkového šetření. Forma dotazníků byla tištěná, z důvodu snazšího oslovení přesně dané skupiny respondentů a dosažení co nejvyšší návratnosti. Vzhledem k těžké pracovní situaci sester v důsledku pandemie byla návratnost dotazníků nižší, než bylo očekáváno. Návratnost činila 67%. Přesto se mi podařilo docílit všech odpovědí na mé výzkumné otázky.

Při zjišťování cíle 1 se ukázalo, že 67% sester má pouze základní středoškolské vzdělání, ale jen necelá 1/3 z nich jsou sestry praktické. Zbylé 2/3 jsou sestry všeobecné, které své vzdělání získaly do roku 2007 na středních školách. Při srovnání míry vzdělání sester s výsledky Divecké (2012) bylo zjištěno, že počet sester pracujících na psychiatrických odděleních se středoškolským vzděláním zůstal shodný. Počet diplomovaných sester s vyšším odborným vzděláním poklesl a počet sester s vysokoškolským vzděláním naopak vzrostl. Z výzkumu Divecké (2012) vyplynulo, že tomu dříve bylo naopak. Vyšší odborné vzdělání mělo 24.5%, dle mého nynější výzkumu to činí 18%. Sester se vzděláním vysokoškolským, kterých bylo v roce 2012 9%, je nyní 15%. Další zjištění o míře specializace sester v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii mě vůbec nepřekvapilo. Vzhledem k tomu, že nyní jsou na tento obor specializace přijímány sestry diplomované nebo s vysokoškolským vzděláním, činí počet sester se specializací 37%. Dále bylo zjištěno, že v oblasti komunikace s duševně nemocným pacientem je 68% sester proškolená minimálně 1x ročně. 8% sester je proškoleny nepravidelně 1x za pět let a 24% sester není v komunikaci proškoleny vůbec. Dle mého názoru je to chyba. Komunikace je hlavní terapeutický nástroj, kterým sestra disponuje a může ho okamžitě použít. Pokud sestra nemůže efektivní komunikaci prakticky využívat, dostává se častěji do konfliktních situací. Doporučuji, že by měly být sestry na psychiatrických pracovištích proškoleny minimálně jednou za rok.

Z výzkumného problému č. 2 vyplynulo, že sestry neupřednostňují omezovací prostředky před využitím své vlastní komunikace. 81% sester uvedlo, že při konfliktu s pacientem raději využívá komunikační techniky. Z výsledku tohoto problému jsem potěšená, protože si myslím, že to dokazuje snahu sester o lidský a empatický přístup.

Výzkumný problém č. 3 se týkal poměrně nové metody deeskalačních technik, ke kterým v současné době není dostatek literárních zdrojů, takže jsem předpokládala, že o nich sestry nebudou mít dostatek informací. I přesto však dopadly výsledky šetření poměrně uspokojivě. Vzhledem k tomu, že deeskalační techniky jsou vlastně odpovědí na agresivitu u pacienta, týkaly se mé otázky také příčin a prevence agrese a zásad komunikace s agresivním pacientem. Při součtu výsledků všech otázek na agresi vyplývá, že 81% všech sester, které pracují na psychiatrii, znají příčiny i prevenci agrese a ví jak mají s agresivním pacientem jednat. V další části této výzkumné otázky, zabývající se již přímo deeskalačními technikami, sestry dle mého očekávání nedosáhly výborných výsledků. Pouhých 33% sester vědělo, z čeho se deeskalice skládá a 43% sester vědělo, jak vypadá deeskalační postoj. Správnou odpověď, kterou jsem po sestrách vyžadovala je deeskalační postoj dle Mgr. Jaroslava Pekary Ph.D. (Pekara, 2015, s.44) Celkové hodnocení výzkumného problému bylo ovlivněno otázkami zaměřenými na agresi. Pokud by se hodnotily otázky vztahující se pouze k deeskalaci, byly by sestry považovány za neznalé v této oblasti.

Výsledky zjištění výzkumného problému č. 4 mě nepřekvapily a nijak významně se neliší od výsledků Divecké (2011). Ta zjistila, že 80% sester zná správné zásady komunikace s depresivním pacientem. Nyní vyšel výsledek shodný s pouhým rozdílem 1%. V probíhajícím výzkumu byla pozornost zaměřena na více druhů duševních poruch. Bylo zjištěno, že 91% sester umí nejlépe komunikovat se suicidálním pacientem a nejhůře se jim komunikuje s pacientem úzkostným. Zásady této komunikace zná 54% sester. V součtu procent ze všech druhů poruch, o které jsem se zajímala mi vyšlo, že v průměru 74% sester zná všeobecné zásady komunikace s duševně nemocným pacientem. Výsledky šetření jsou z mého pohledu uspokojující, ale otázkou je, zda by se tento počet neměl blížit co nejvíce ke 100%. V tomto výzkumném problému, mě také zajímalo, kolik procent sester je v této oblasti proškolenáno. Protože, to může samozřejmě mít vliv na znalosti a dovednosti sester. Z výzkumu vyplynulo, že 32% sester je školeny pouze 1x za 5 let nebo školeny nejsou vůbec. Výsledky odpovídají zjištění, že 25% sester nezná zásady efektivní komunikace. Myslím si, že neškolení sestry na takto rizikových pracovištích není správné. Pokud by sestry byly proškoleny pravidelně

a každé zdravotnické zařízení by na proškolení svých zaměstnanců více dbalo, výsledky by mohly být ještě lepší. I přesto jsem s výsledky svého šetření spokojená.

Výzkumný problém č. 5 se týkal využitelnosti deeskalačních technik v prevenci používání omezovacích prostředků. Předpokládala jsem, že pokud sestry deeskalační techniky užívají, musí mít už ověřené, zda v konfliktní situaci fungují nebo ne. 91% sester tyto techniky a zásady využívá a uvedly, že dle jejich zkušeností u $\frac{3}{4}$ pacientů bylo použití těchto technik úspěšné. Dle výsledků výzkumného šetření lze konstatovat, že deeskalační techniky jsou v prevenci užívání omezovacích prostředků uplatnitelné. Předpoklad výzkumného šetření byl potvrzen.

Dle sociodemografických otázek jsem zjistila, že $\frac{3}{4}$ sester má délku praxe na psychiatrickém pracovišti v rozmezí od 6 do 15 let a 16 let a více. Proto jsem předpokládala, že by měly mít už nějaké získané zkušenosti v komunikaci s psychiatrickým pacientem. Avšak doba a věda jdou dopředu a objevují se nové metody a komunikační techniky, o kterých se nemusí sestry vůbec dozvědět, pokud je o nich někdo neinformuje. A informátorem si myslím, že by měl být zaměstnavatel.

Doporučení pro praxi

Vzhledem ke zjištění, že 25% sester pracujících na psychiatrických odděleních nezná správné zásady komunikace s duševně nemocným pacientem, byla vypracována jako výstup pro ošetrovatelskou praxi informační brožura. V brožuře jsou popsány zásady komunikace s pacienty s různými druhy duševních poruch a nové deeskalační techniky. Brožura je součástí příloh bakalářské práce.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že se mě tato problematika osobně dotýká. V praxi se setkávám s velkým množstvím všeobecných sester, které nevyužívají efektivní způsoby komunikace u pacientů s duševní poruchou a mnohdy se k pacientům chovají nevhodně. V teoretické části jsem popsala základní části psychiatrické péče, včetně specifík práce sester na psychiatrii, aby si čtenář mohl lépe představit odlišnosti v léčbě duševně nemocného pacienta. Stěžejní je však část práce, kde jsem popisovala specifika komunikace s pacienty s různými druhy duševních poruch a snažila se jednoduše popsat nové deeskalační techniky. Tyto techniky se začínají v ČR na psychiatrických pracovištích využívat při konfliktu s agresivním pacientem. V současné době však nejsou deeskalační techniky na všech odborných pracovištích plně využívány, proto jim byla věnována největší část bakalářské práce.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda sestry umí efektivně využít komunikaci v prevenci užití omezovacích prostředků. Při výzkumném šetření bylo úspěšně dosaženo všech cílů, které jsem si stanovila. Získala jsem dostatek potřebných informací k tomu, abych zhodnotila, zda sestry znají deeskalační techniky, zásady komunikace u pacientů s různými typy duševních poruch a jestli jsou, dle zkušeností sester, deeskalační techniky uplatnitelné v prevenci užití omezovacích prostředků. Dle výzkumu bylo zjištěno, že $\frac{3}{4}$ všech sester, které pracují na psychiatrických odděleních znají zásady komunikace s duševně nemocným pacientem a svou komunikaci umí efektivně využít v prevenci užívání omezovacích prostředků. To se potvrdilo i při zjišťování míry užití omezovacích prostředků. V oblasti deeskalačních technik je zapotřebí, aby se sestry nadále vzdělávaly, pokud chtějí svou komunikaci naplno využít.

Informační brožura vypracovaná na základě výsledků výzkumného šetření, jako doporučení pro praxi, by mohla posloužit sestrám na jejich vlastním pracovišti jako rychlá příručka v určitých konfliktních situacích. Brožuru lze distribuovat do všech úseků psychiatrie např: psychiatrická oddělení, ambulance i denní stacionáře. Výsledky výzkumného šetření mohou sloužit jako podnět k důkladnějšímu školení sester v oblasti komunikace a deeskalačních technik.

SEZNAM LITERATURY

Knihy:

1. **BAJOREK, Tomasz, STOCKMANN, Tom.** *Psychiatry*. Second edition. London: JP Medical Publishers, 2018. 282 s. ISBN 978-1-909836-73-0.
2. **BURDA, Patrik.** *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 52 s. ISBN 978-80-7013-564-8.
3. **DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena.** *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Druhé vydání. Příbram: Grada Publishing, a.s., 2015. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
4. **EVANGELU, Jaroslava Ester.** *Krizová komunikace: efektivní zvládnání krizových a zátěžových situací*. Ostrava: KEY Publishing s.r.o., 2013. 95 s. ISBN 978-80-7418-175-7.
5. **HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michael, LIBIGER, Jan a kol.** *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
6. **KUČEROVÁ, Helena.** *Psychiatrické minimum*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s., 2013. 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0.
7. **LÁTALOVÁ, Klára.** *Agresivita v psychiatrii*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s., 2013. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
8. **MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel.** *Psychiatrie*. Praha: Portál, s.r.o., 2010. 144 s. ISBN 978-80-7367-723-7.
9. **SVOBODA, Mojmír, ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ, Hana.** *Psychopatologie a psychiatrie*. Třetí vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2015. 320 s. ISBN 978-80-262-0976-8.
10. **OREL, Miroslav a kol.** *Psychopatologie nauka o nemocech duše*. Praha 7: Grada Publishing a.s., 2016. 344 s. ISBN 978-80-271-9424-7.

11. **PEKARA, Jaroslav.** *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka.* Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. 86 s. ISBN 978-80-87023-46-4.
12. **PETR, Tomáš, MARKOVÁ, Eva a kol.** *Ošetrovatelství v psychiatrii.* Pardubice: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
13. **ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol.** *Krize a krizová intervence.* Praha 7: Grada Publishing a.s., 2017. 288 s. ISBN 978-80-271-9951-8.
14. **TOMOVÁ, Šárka, KŘIVKOVÁ, Jana.** *Komunikace s pacientem v intenzivní péči.* Praha: Grada Publishing a.s., 2016. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
15. **ZACHAROVÁ, Eva.** *Komunikace v ošetrovatelské praxi.* Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s., 2016. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

Elektronické zdroje:

16. **ČERMÁKOVÁ, Jitka.** *Komunikace s duševně nemocným pacientem. Florence odborný časopis pro nelékařské zdravotní pracovníky.* [Online], 3/ 2010. [Citace: 19.08.2020.] ISSN 2570-4915. Elektronický zdroj dostupný z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2010/3/komunikace-s-dusevne-nemocnym-pacientem/>.
17. **OLECKÁ, Ivana, IVANOVÁ, Kateřina.** *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti.* [Online], 2010. [Citace: 10.12.2020.] ISBN 978-80-87240-33-5. Elektronický zdroj dostupný z: http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/41metodologie_vedecko-vyzkumne_cinnosti.pdf.
18. **Psychiatrická společnost ČLS JEP.** *Malý průvodce reformou psychiatrické péče.* [Online], 4/2017. [Citace: 1.12.2020.] Elektronický zdroj dostupný z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf.
19. **VČELÁK, Petr.** *Informace a návod k použití: Šablona pro kvalifikační práce studentů Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. Petr Včelák - Materiály pro studenty.* [Online], 2020. [Citace: 1.05.2020.] Elektronický zdroj dostupný z: <https://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-sablona.php>.

20. **VČELÁK, Petr.** Šablona pro bakalářské práce studentů Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni. *Petr Včelák - Materiály pro studenty*. [Online], 2020. [Citace: 1.05.2020.] Elektronický zdroj dostupný z: <https://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-sablona.php>.
21. **VEVERA, Jan, NICHTOVÁ, Andrea, STRUNZOVÁ, Věra, PETR, Tomáš, NAWKA, Alexander.** Deeskalace – základní intervence ke zvládnání násilí. *Časopis České psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrické společnosti SLS*. [Online], 2018, 114 (5). [Citace: 17.06.2020.] ISSN 1212-0383. Elektronický zdroj dostupný z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1227>.
22. **VOJTÍŠEK, Petr.** *Výzkumné metody*. [Online], 2012. [Citace: 10.12.2020.] ISBN 978-80-905109-3-7. Elektronický zdroj dostupný z: <https://docplayer.cz/629195-Vyzkumne-metody-metody-a-techniky-vyzkumu-a-jejich-aplikace-v-absolventskych-pracich-vyssich-odbornych-skol-phdr-petr-vojtisek.html>.

Kvalifikační práce:

23. **DIVECKÁ, Elena.** Komunikace s pacientem s depresivní epizodou [online]. Plzeň, 2012. [Citace: 08.03.2021.] Elektronický zdroj dostupný z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/3832/1/Komunikace%20s%20depresivnim%20pacientem.pdf>.
24. **HŘEBEJKOVÁ, Blanka.** *Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení* [online]. České Budějovice, 2013. [Citace: 18.08.2020.] Elektronický zdroj dostupný z: https://theses.cz/id/7ptbbp/Bakalsk_prce_-_Hebejkov.pdf.
25. **KREJČÍ, Anna.** *Suicidální pacient z pohledu zdravotnického záchranáře* [online]. České Budějovice, 2018. [Citace: 18.08.2020.] Elektronický zdroj dostupný z: https://wstag.jcu.cz/StagPortletsJSR168/PagesDispatcherServlet?pp_destElement=%23ssSouboryStudentuDivId_6&pp_locale=cs&pp_reqType=render&pp_portlet=souboryStudentuPagesPortlet&pp_page=souboryStudentuDownloadPage&pp_nameSpace=G225321&soubidno=158899.

26. **KYKRYCHOVÁ, Lucie.** *Psychiatrický pacient a jeho ošetření v rámci PNP* [online]. Brno, 2017. [Citace: 20.09.2020.] Elektronický zdroj dostupný z: https://is.muni.cz/th/enml4/bak_prace_definitivne.pdf.
27. **ZEISBERGEROVÁ, Ivana.** *Komunikativní dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem* [online]. Olomouc, 2011. [Citace: 18.08.2020.] Elektronický zdroj dostupný z: https://theses.cz/id/944xqi/Komunikativn_dovednosti_zdravotnk_pi_kontaktu_s_pacientem.pdf.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Hodnocení rizika sebevražedného jednání

Příloha č. 2: Vyhodnocení rizika agrese

Příloha č. 3: Geriatrická škála deprese

Příloha č. 4: Stupnice hodnocení psychického zdraví

Příloha č. 5: Povolení k výzkumu PN Bohnice

Příloha č. 6: Povolení k výzkumu PN Dobřany

Příloha č. 7: Povolení k výzkumu PL Petrohrad

Příloha č. 8: Povolení k výzkumu psychiatrická klinika Plzeň

Příloha č. 9: Dotazník

Příloha č. 10: Informační brožura

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Hodnocení rizika sebevražedného jednání

Tab. 7.8 *Hodnocení rizika sebevražedného jednání (Nurses Global Assessment of Suicide Risk)*

1. Beznaděj	ano (3)	ne (0)
2. Deprese a ztráta zájmu a potěšení	ano (3)	ne (0)
3. Plán spáchat sebevraždu	ano (3)	ne (0)
4. Aktuální ztráta blízkého člověka nebo rozpad vztahu	ano (3)	ne (0)
5. Sebevražedný pokus v anamnéze	ano (3)	ne (0)
6. Přítomnost stresových událostí	ano (1)	ne (0)
7. Perzekuční hlasy (kritizující, nadávající, příkazující apod.) a přesvědčení (pronásledování, ohrožování, ovlivňování na dálku)	ano (1)	ne (0)
8. Vážné duševní problémy nebo sebevražda v rodinné anamnéze	ano (1)	ne (0)
9. Varovné známky sebevražedného záměru (rozloučení, majetkové vyrovnání)	ano (1)	ne (0)
10. Psychóza v anamnéze	ano (1)	ne (0)
11. Ztráta manžela/ky nebo životního partnera	ano (1)	ne (0)
12. Známky sociálního stažení	ano (1)	ne (0)
13. Socioekonomická strádání v anamnéze	ano (1)	ne (0)
14. Užívání alkoholu nebo jiných toxických látek v anamnéze	ano (1)	ne (0)
15. Přítomnost terminálního onemocnění	ano (1)	ne (0)

Hodnocení

součet bodů 0–7: nízké riziko

součet bodů 8–13: střední riziko

součet bodů 14–25: vysoké riziko

Zdroj: (PETR, 2014, s.89)

Příloha č. 2 – Vyhodnocení rizika agrese

Tab. 7.9 *Vyhodnocení rizika agrese (Broset Violence Checklist)*

1. Zmatenost	ano (1)	ne (0)
2. Podrážděnost	ano (1)	ne (0)
3. Výbušnost	ano (1)	ne (0)
4. Slovní vyhrožování	ano (1)	ne (0)
5. Agrese vůči věcem	ano (1)	ne (0)

Hodnocení

součet bodů 0–1: nízká pravděpodobnost agrese vůči okolí v následujících 24 hodinách

součet bodů 2–5: vyšší pravděpodobnost agrese vůči okolí v následujících 24 hodinách

Zdroj: (PETR, 2014, s.90)

Příloha č. 3 – Geriatrická škála deprese

Tab. 7.12 Geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage)

1. Jste spokojen/a s tím, jak nyní žijete?	ano (0)	ne (1)
2. Jaké jsou vaše činnosti a zájmy – stejné jako dříve, nebo jste většinu z nich zanechal/a?	stejně (0)	zanechal/a (1)
3. Máte někdy pocit nicoty a prázdnoti svého života?	ano (1)	ne (0)
4. Často se nudíte?	ano (1)	ne (0)
5. Jaká je převážně vaše nálada, dobrá nebo špatná?	dobrá (0)	špatná (1)
6. Bojíte se často, že se vám přihodí něco zlého?	ano (1)	ne (0)
7. Cítíte se většinou šťastný/á nebo nešťastný/á?	šťastný/á (0)	nešťastný/á (1)
8. Míváte často nebo převážně pocit bezmoci?	ano (1)	ne (0)
9. Zůstáváte raději doma, nebo máte raději společnost?	doma (1)	společnost (0)
10. Máte problémy s pamětí, které jsou podle vašeho názoru horší než u vašich vrstevníků?	ano (1)	ne (0)
11. Myslíte si, že žijeme v hezké době?	ano (0)	ne (1)
12. Míváte někdy, nebo dokonce často pocity, že jste pro ostatní bezcenný, že si vás neváží, nerespektují vás, nemají vás rádi?	ano (1)	ne (0)
13. Cítíte se převážně dobře, plný/á energie, chuti do života?	ano (0)	ne (1)
14. Míváte pocity beznaděje ze situace své, ze svého okolí či ze svého osudu?	ano (1)	ne (0)
15. Myslíte si, že se většině lidí daří lépe než vám?	ano (1)	ne (0)
Hodnocení		
součet bodů 0–7: odpovídá normě		
součet bodů 8–12: mírná deprese		
součet bodů 13–15: těžká deprese		

Zdroj: (PETR, 2014, s.91)

Příloha č. 4 – Stupnice hodnocení psychického zdraví

Tab. 7.11 Stupnice hodnocení psychického zdraví

1. Cítíte se většinu času dobře?	ano (0)	ne (1)
2. Máte často obavy o své zdraví?	ano (1)	ne (0)
3. Trpíte často bolestmi hlavy?	ano (1)	ne (0)
4. Měl/a jste v poslední době závratě?	ano (1)	ne (0)
5. Často se vám třesou ruce při práci?	ano (1)	ne (0)
6. Míváte záškuby ve svalech?	ano (1)	ne (0)
7. V poslední době jste měl bolesti jen zřídka, nebo vůbec ne?	ano (0)	ne (1)
8. Vnímáte necitlivost v jedné, nebo více částech těla?	ano (1)	ne (0)
9. Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	ano (0)	ne (1)
10. Je váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	ano (1)	ne (0)
11. Jdete většinou spát bez myšlenek, které by vás trápily?	ano (0)	ne (1)
12. Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	ano (0)	ne (1)
13. Často vás něco trápí?	ano (1)	ne (0)

14. Jste často plný elánu či energie?	ano (0)	ne (1)
15. Cítíte se často neužitečný?	ano (1)	ne (0)

Hodnocení

Skóre 6 a více svědčí pro poruchu psychického zdraví.

Zdroj: (PETR, 2014, s.91)

Příloha č. 5 - Povolení k výzkumu PN Bohnice

BI PSYCHIATRICKÁ
NEMOCNICE
BOHNICE
Etická komise Psychiatrické nemocnice Bohnice

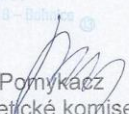
Aneta Jelínková
439 84 Blatno 23

Váš dopis zn.	Naše značka	Vyřizuje/telefon	Praha
1.2.2021	PNBek2/2020	725867810	9.2.2021

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Psychiatrické nemocnici Bohnice

Etická komise jednohlasně vyslovila souhlasné stanovisko s výzkumným šetřením na oddělení akutní a následné péče, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky **Anety Jelínkové**, narozené 17. 6. 1996, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecná sestra, kombinované formy, Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni.

Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8 – Bohnice


Mgr. Jan Pomýkáč
tajemník etické komise PNB

Psychiatrická nemocnice Bohnice_Ústavní 91_181 02 Praha 8
Tel.: +420 284 016 111_Fax: +420 284 016 595_www.bohnice.cz
Bankovní spojení: Česká národní banka_16434081/0710_IČ: 00064220_DIČ: CZ00064220

Zdroj: vlastní

Příloha č. 6 - Povolení k výzkumu PN Dobřany

Vážená paní

Bc. Hana Benediktová
Hlavní sestra
Psychiatrická nemocnice v Dobřanech
Ústavní ul. 334 41 Dobřany, Česká republika

V Plzni 1.2. 2021

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech

Vážená paní Benediktová,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve vašem zařízení, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Anety Jelínkové, narozené 17. 6. 1996, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecná sestra, kombinované formy, Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni.

Cílem této práce je zjistit, zda lze komunikaci považovat za účinný terapeutický nástroj v prevenci používání omezovacích prostředků a zjistit znalosti sester v oblasti zásad komunikace s psychiatricky nemocným pacientem a v oblasti deeskalačních technik. Výsledkem mé práce bude informační naučná brožura v oblasti komunikace s psychiatrickým pacientem určená pro všeobecné sestry na psychiatrických pracovištích.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Lenky Kroupové (katedra ošetřovatelství).

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Aneta Jelínková
Blatno 23
439 84

S pozdravem
Mgr. Lenka Kroupová
katedra ošetřovatelství
lenkroup@kos.zcu.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

Podpis a razítko

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
V DOBŘANECH
hlavní sestra
Ústavní ul. 334 41 Dobřany

Zdroj: vlastní

Příloha č. 7 - Povolení k výzkumu PL Petrohrad

Vážená paní

Mgr. Alena Novotná
manažerka kvality
Psychiatrická léčebna
Petrohrad č. p. 1, 439 85, Česká republika

V Plzni 1. 2. 2021

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Psychiatrické léčebně Petrohrad

Vážená paní Novotná,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve vašem zařízení, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Anety Jelínkové, narozené 17. 6. 1996, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecná sestra, kombinované formy, Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni.

Cílem této práce je zjistit, zda lze komunikaci považovat za účinný terapeutický nástroj v prevenci používání omezovacích prostředků a zjistit znalosti sester v oblasti zásad komunikace s psychiatricky nemocným pacientem a v oblasti deeskalačních technik. Výsledkem mé práce bude informační naučná brožura v oblasti komunikace s psychiatrickým pacientem určená pro všeobecné sestry na psychiatrických pracovištích.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Lenky Kroupové (katedra ošetřovatelství).

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Aneta Jelínková
Blatno 23
439 84

S pozdravem
Mgr. Lenka Kroupová
katedra ošetřovatelství
lenkroup@kos.zcu.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 8.2.2021

Ing. Ladislav Hanita
Podpis a razítko

Psychiatrická léčebna Petrohrad,
příspěvková organizace
IČO:00829137 tel.:415236111
439 85 Petrohrad č.1

Zdroj: vlastní



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 00 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Ložohotín
IČO 00699006 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Aneta Jelínková
Studentka oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povolují** sběr informací pomocí dotazníku určeného všeobecným / praktickým sestřám *Psychiatrické kliniky (PSYCH)* FN Plzeň. Tento souhlas je vydáván v souvislosti se sběrem podkladů pro vypracování Vaší bakalářské práce s názvem „*Komunikace jako terapeutický nástroj v psychiatrii*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra *PSYCH* souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně provedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za **dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.**
- ***Sběr informací budete provádět distančně, prostřednictvím oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Alena Topinková, Bc., vrchní sestra PSYCH FN Plzeň.***

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti pocítovali jako újmu či s dotazováním nevyslovili souhlas nebo pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

3. 2. 2021

Zdroj: vlastní

Příloha č. 9 – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Aneta Jelínková. Studuji na Fakultě zdravotnických studií v Plzni, obor Všeobecná sestra. Píšu bakalářskou práci, ve které se zabývám komunikací s psychiatrickými pacienty a deeskalačními technikami. Prosím Vás o dobrovolné vyplnění dotazníku, který bude zpracován a uveden v mé bakalářské práci. V označených otázkách je správně více odpovědí. Děkuji moc za Vaši spolupráci.

- 1) Uvedte prosím své pohlaví.
 - a) žena
 - b) muž

- 2) Na jaké pozici NLZP pracujete?
 - a) praktická sestra
 - b) všeobecná sestra

- 3) Napište prosím své nejvyšší dosažené vzdělání.
 - a) SŠ
 - b) DiS.
 - c) Bc.
 - d) Mgr.

- 4) Máte specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii?
 - a) ano
 - b) ne

- 5) V jakém zdravotnickém zařízení pracujete?
 - a) Psychiatrická léčebna Petrohrad
 - b) Psychiatrická nemocnice Bohnice
 - c) Psychiatrická nemocnice Dobřany
 - d) Psychiatrická klinika Plzeň

- 6) Jak dlouho pracujete v oboru psychiatrie?
 - a) 0 – 5let
 - b) 6 – 15let
 - c) 16let a více

- 7) Jak často se přibližně dostáváte do konfliktní situace s pacientem?
 - a) několikrát týdně
 - b) 1x do týdne
 - c) 1x do měsíce
 - d) 1x za půl roku
 - e) jinak (doplňte).....

- 8) Co upřednostňujete při konfliktu s neklidným nebo agresivním pacientem?
 - a) komunikační techniky
 - b) omezovací prostředky

Zdroj: vlastní

- 9) Jak často používáte omezovací prostředky?
- a) několikrát týdně
 - b) 1x do týdne
 - c) 1x do měsíce
 - d) 1x za půl roku
 - e) jinak (doplňte).....
- 10) Co u pacienta způsobuje agresivitu? (možno více odpovědí)
- a) dezinformace
 - b) asertivita
 - c) negativní emoce, stres
 - d) strach, úzkost
 - e) psychiatrické onemocnění
- 11) Co patří do prevence agresivního jednání? (možno více odpovědí)
- a) neutralizovat počáteční stres a negativní emoce
 - b) podání přesných informací
 - c) použití deeskalačních technik
- 12) Pro zásady komunikace s agresivním pacientem platí:
- a) zachovat klid, akceptovat ho, naslouchat mu, udržovat dostatečný odstup
 - b) mluvit autoritářky, vyzvat ho ke zklidnění
 - c) pasivní přístup, evalvace
- 13) Jak často jste proškolení v oblasti komunikace s duševně nemocným pacientem?
- a) 2x do roka
 - b) 1x za rok
 - c) 1x za 5 let
 - d) proškolen/a nejsem
- 14) Jak často při své práci používáte deeskalační techniky?
- a) denně
 - b) pouze při konfliktu
 - c) nepoužívám
- 15) Pomohli Vám deeskalační techniky ke zklidnění pacienta při konfliktní situaci?
- a) ano
 - b) ne
- 16) Deeskalační techniky zahrnují:
- a) asertivitu, naslouchání, zpětnou vazbu
 - b) percepce, parafrázi, manipulaci
 - c) vyhodnocení situace, komunikaci, vyjednávání

Zdroj: vlastní

- 17) Cílem vyjednávání je:
- a) dosáhnout shody
 - b) reagovat na výhrůžky a ultimáta
 - c) získat co nejvíce anamnestických údajů
- 18) Jak vypadá deeskalační postoj?
- a) ruce v bok, náklon těla k jedné straně, zaujatý výraz
 - b) ruce v kapsách, vzpřímený stoj
 - c) ruce zkřížené na prsou, široký postoj
 - d) jiný (doplňte).....
- 19) Jak často využíváte zásady komunikace s psychiatrickým pacientem při ošetrovatelském procesu?
- a) denně
 - b) pouze při konfliktu
 - c) nepoužívám
- 20) Zásady komunikace s pacientem se schizofrenní poruchou jsou:
- a) souhlasit s bludy a halucinacemi pacienta
 - b) sdělit pacientovi, že my neslyšíme to, co on
 - c) ignorovat suicidální myšlenky pacienta
- 21) Co je důležité při komunikaci s depresivním pacientem? (možno více odpovědí)
- a) trpělivost
 - b) empatie a naslouchání
 - c) zlehčení dané situace
 - d) rozveselit pacienta
- 22) Do zásad komunikace se suicidálním pacientem patří:
- a) zachovat klid, udržovat oční kontakt, sepsat anti-suicidální dohodu
 - b) vyhýbat se rozhovoru o sebevraždě
 - c) nehledět pacientovi do očí, udržovat dostatečný odstup
- 23) Jak budete komunikovat s pacientem, který trpí úzkostí? (možno více odpovědí)
- a) projevíme pochopení a zájem o pacienta
 - b) budeme souhlasit se vším, co pacient říká
 - c) nabídneme pomoc a možné řešení situace
- 24) Další vzdělávání v oblasti zásad komunikace s duševně nemocným pacientem a deeskalačních technik Vám vyhovuje formou:
- a) školení / seminář
 - b) dostupná literatura v zaměstnání
 - c) souhrnná informační brožura
 - d) praktický nácvik
 - e) žádné nepožaduji

Agresivní pacient

Zachovejte klid, pacientovi naslouchajte a akceptujte jeho hněv!

Snažte se pacienta pochopit, nesoudit ho a vyjádřit mu svůj respekt vůči jeho osobě.

Podějte přesně, pochopitelně a nejdůležitější informace bez použití odborných výrazů.

Nepřikazujte. Nehodnoťte.

Nekritizujte. Nezvyšujte hlas.

Neskákejte do řeči.

Nedávejte ruce v pěst, do kapses nebo křížem na prsa.

Chraňte svůj osobní prostor a udržujte od pacienta

minimální odstup 1,2 metru.

Pacient trpící bludy nebo halucinacemi

Mluvte klidným, tichým a neutrálním hlasem

v jednoduchých větách.

Neoslovujte pacienta jménem.

Neoplácejte křik ani vulgárnímy.

Nevyhrožujte a nezděrazňujte svou moc.

Informujte pacienta o tom, co se bude nadále dít.

Nevymlouvejte pacientovi bludné produkce a neposnívejte se mu.

Halucinace nepotvrzujte. Sdělte, že to, co pacient neslyšíte, ale věříte, že on to opravdu slyší.

Zajímajte se o to, co mu jeho hlasy říkají.

Zajistěte bezpečí pro pacienta i okolí.

Udržujte bezpečnou vzdálenost a nezůstávejte s pacientem v místnosti sami.

Radý a typy jak mluvit s duševně nemocným pacientem



Zdroj: vlastní

Úzkostný pacient

Mluvte v klidným a přesvědčivým hlasem, pomalu a srozumitelně.

Pacienta nenapomínejte a neokřikujte.

Gestikujte klidně v pomalém tempu.

Pokuste se pacienta zklidnit a vysvětlíte, že jeho úzkostné projevy jsou normální fyziologické reakce.

Dobře poslouchajte, projeďte zájem a vyjádřete pochopení.

Nabídněte možné řešení dané situace, tím pacientovi poskytnete naději a pocit bezpečí.

Depresivní pacient

Buďte empatictí a trpěliví. Dejte najevo, že vás pacientova situace zajímá a nabídněte svou i odbornou pomoc.

Smutek nevymlouvejte a vážnou situaci nezahlácejte.

O problému si popovídejte a maximálně pacientovi naslouchajte.

Suicidální pacient

Působte na pacienta klidně, důvěřivě a udržujte s ním oční kontakt.

Mluvte pomalu a klidně, dobře artikulujte a pacientovi otázky nenechávejte nezodpovězené.

Projevte svůj zájem o pacientovu těžkou situaci a neignorujte jeho suicidální myšlenky.

Dohodněte s pacientem anti-suicidální smlouvu.

Deeskalční techniky

Deeskalace je určitý způsob chování a komunikace, které snižují napětí jak u pacienta, tak u ošetřujícího personálu.

Tyto techniky se skládají ze 3 částí: vyhodnocení situace, komunikace a vyjednávání.

1. Vyhodnocení situace:

Posuďte stav situace. Sledujte projevy agrese a vyhledejte její příčiny pomocí odebrání anamnestických údajů.

Podlaťte v sobě veškeré negativní či útočné reakce. Zachovejte klid, získajte si čas a situaci přehodnoťte.

2. Komunikace

Používejte jednoduchá slova, krátké a srozumitelné věty. Mluvte klidně a uvolněně, ale pevně a přesvědčivě. Aktivně naslouchajte.

Stůjte od pacienta alespoň na délku dvou paží, z úhlu nebo z boku, nikdy nezezadu. Pacienta se nedotýkajte.

3. Vyjednávání

Cílem je změnit konfrontaci na diskusi a dosáhnout místa shody. Nabídněte možnost volby řešení situace. Souhlaste s výrokky pacienta.

Zdroje:

BURDA, Prátek. *Kritická komunikace s agrogenním a bozstátním pacientem. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických odborů*, 2013. 52 s. ISBN 978-80-7013-564-8.

HOSÁK, Ladislav. *Psychiatrie a pedogvrbárenie. Praha: Karolinum*, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

VEVERA, Jan. *Dezkalizace. Casopis České psychiatické společnosti ČIS JEP a Psychiatickéj společnosti SLS [Online]. 2018, 114 (5). [Citace: 17.06.2020]. ISSN 1212-0383. Elektronický zdroj dostupný z: <http://www.cspjehatnrc.cz/denik.php?stat=1227>.*



Autor: Aneta Jehnková
Obor: Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií v Plzni

Zdroj: vlastní