

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

VNÍMÁNÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH PACIENTŮ
NA NEPSYCHIATRICKÝCH ODDĚLENÍCH

PERCEPTION OF MENTAL PATIENTS IN
NON-PSYCHIATRIC WARDS

Michaela Větrovcová

Bakalářská práce

2010

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela VĚTROVCOVÁ**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Vnímání duševně nemocných pacientů na
nepsychiatrických odděleních**
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl:

1. Zjistit, jak zdravotní sestry a lékaři nepsychiatrických oddělení vnímají duševně nemocné pacienty na svém oddělení.
2. Zjistit, zda se sestry a lékaři nepsychiatrických oddělení zajímají o problematiku duševně nemocných pacientů.
3. Porovnat pohled zdravotních sester a pohled lékařů na duševně nemocné pacienty.
4. Porovnat vnímání duševně nemocných pacientů v interních a chirurgických oborech.

Předpoklady:

1. Předpokládám, že z důvodu společenských předsudků a nedostatečné informovanosti o problematice duševně nemocných, vnímá více než polovina dotazovaných duševně nemocné pacienty jako pasivní konzumenty péče, kteří nejsou schopni nést odpovědnost a aktivně se podílet na svém uzdravování.
2. Předpokládám, že většina dotazovaných se nezajímá o problematiku duševně nemocných pacientů.
3. Předpokládám, že většina dotazovaných sester chápe duševně nemocného pacienta jako holistickou bytost, avšak lékaři jsou zaměřeni především na somatickou stránku pacienta.
4. Předpokládám, že v interních oborech vzhledem k obvykle déletrvající hospitalizaci jsou duševně nemocní vnímáni jako holistické bytosti, avšak v chirurgických oborech, vzhledem ke krátkodobé hospitalizaci, dochází k depersonalizaci péče o duševně nemocné pacienty.

Metody:

1. Empirický výzkum pomocí dotazníku.
2. Analýza získaných informací.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: 40-50 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

Literatura:

BAŠTECKÝ, J. Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. s. 218.

ISBN 80-85824-45-0.

MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ, P. Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 144. ISBN 80-7178-700-0.

MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 352. ISBN 80-247-1151-6.

SLEZÁKOVÁ L. a kol. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III: gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 216. ISBN 978-80-247-2270-2.

STYX, P. O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. s. 178. ISBN 80-7226-828-7.

ŠLAISOVÁ, I.; HOSÁK, L.; MICHÁLKOVÁ, V. Ošetrovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium. 1. vyd. Hradec Králové: NUCLEUS HK, 2004. s. 92.

ISBN 80-86225-51-8.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 872. ISBN 978-80-7367-414-4.

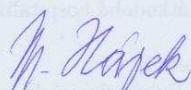
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jolana Strnadová**
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **13. ledna 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2010**


prof. Ing. Vojtěch Konopa, CSc.
rektor




prof. MUDr. Mjosh Hájek, DrSc.
pověřen vedením ústavu

V Liberci dne 13. ledna 2009

P r o h l á š e n í

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum:

Podpis:

P o d ě k o v á n í

Upřímně děkuji paní Mgr. Jolaně Strnadové za odborné vedení práce
a za poskytnuté konzultace.

Anotace

Tato práce se zabývá problematikou vnímání duševně nemocných pacientů na nepsychiatrických odděleních. Část teoretická osvětluje postavení duševně nemocných ve společnosti, vztah zdravotníků k duševně nemocným a problém stigmatizace spolu s nastíněním procesu destigmatizace. Výzkumná část se věnuje výzkumu s cílem zmapovat, jak zdravotní sestry a lékaři nepsychiatrických oddělení vnímají duševně nemocné, a zda mají zájem o prohlubování znalostí týkajících se dané problematiky. Výsledky poslouží k účelu vypracování návrhů, které by mohly vést ke změně vnímání duševně nemocných pacientů zdravotníky nepsychiatrických oddělení.

Klíčová slova: Duševní porucha, duševně nemocný, vnímání duševně nemocných pacientů, stigma, destigmatizace.

Annotation

This thesis analyzes the problem of how patients with mental conditions are perceived in non-psychiatric hospital wards. The theoretical section of this thesis elaborates on the social position of mentally diseased patients in society, details the relationship between medical personnel and patients suffering from mental diseases, and discusses the problem of stigmatization and destigmatization of patients with mental conditions. The practical section entails the research conducted to identify how non-psychiatric nurses and doctors perceive mentally diseased patients, whether medical personnel is at all interested in this complex problem and willing to obtain new insights. The results presented in this thesis shall serve as a basis to develop further proposals of how to change the way mentally diseased patients are being perceived by medical personnel in non-psychiatric hospital wards.

Keywords: A mental disease, a mental patient, a perception of mental patients, a stigma, a destigmatization.

OBSAH

OBSAH.....	- 7 -
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ.....	- 9 -
ÚVOD.....	- 10 -
CÍLE A HYPOTÉZY.....	- 12 -
TEORETICKÁ ČÁST	- 13 -
1 ZÁKLADNÍ POJMY.....	- 13 -
1.1 Vnímání	- 13 -
1.2 Duševní porucha	- 13 -
2 KLASIFIKACE, PROJEVY DUŠEVNÍCH PORUCH	- 15 -
2.1 Klasifikace duševních poruch.....	- 15 -
2.2 Projevy duševních poruch.....	- 16 -
3 DUŠEVNÍ PORUCHY A SPOLEČNOST.....	- 17 -
3.1 Postavení duševně nemocných ve společnosti.....	- 17 -
3.2 Stereotyp duševně nemocných.....	- 19 -
3.3 Proces stigmatizace.....	- 20 -
3.4 Důsledky stigmatizace	- 21 -
4 DUŠEVNĚ NEMOCNÍ A ZDRAVOTNÍČTÍ PRACOVNÍCI	- 23 -
4.1 Postoj nepsychiatrických zdravotníků k duševně nemocným	- 23 -
4.2 Přístup k duševně nemocným	- 24 -
5 DESTIGMATIZACE.....	- 25 -
5.1 Cíle a prostředky destigmatizace	- 25 -
6 KASUISTIKA	- 27 -
6.1 Charakteristika případu.....	- 27 -
6.2 Ošetřovatelský proces	- 28 -
6.3 Zhodnocení kasuistiky	- 32 -
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	- 33 -
7 CÍL VÝZKUMU, METODIKA, CHARAKTERISTIKA STUDOVANÉHO SOUBORU	- 33 -
7.1 Cíl výzkumu.....	- 33 -

7.2	Metodika	- 34 -
7.3	Charakteristika studovaného souboru	- 35 -
8	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	- 38 -
8.1	Základní identifikační údaje	- 38 -
8.2	Vlastní otázky dotazníku	- 42 -
9	DISKUZE	- 60 -
10	NÁVRHY NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ.....	- 64 -
	ZÁVĚR.....	- 66 -
	SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	- 68 -
	SEZNAM TABULEK.....	- 70 -
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	- 71 -
	SEZNAM PŘÍLOH.....	- 72 -

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

aj.	a jiné
č.	číslo
dův.	důvod
FN HK	Fakultní nemocnice Hradec Králové
JIP	Jednotka intenzivní péče
KNL, a.s.	Krajská nemocnice Liberec, a.s.
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
NANDA	North American Association for Nursing Diagnosis International, Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku
např.	například
Obr.	obrázek
OSE DG	ošetrovatelská diagnóza
P/K	pacient/klient
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	periferní žilní katétr
SZŠ	Střední zdravotnická škola
Tab.	tabulka
tj.	to je
tzv.	takzvaný
viz.	z latinského videre licet, znamená lze vidět
VOŠZ	Vyšší odborná škola zdravotnická
VŠ	Vysoká škola
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Tématem této práce je *Vnímání duševně nemocných pacientů na nepsychiatrických odděleních*.

Téma je zvoleno velice aktuálně, přestože se v současné době aktuálním zdát nemusí. Ačkoliv dnes žijeme v moderní době dvacátého prvního století uprostřed přetechnizované společnosti ubírající se stále kupředu a vyžadující otevřenost světu, existují zde navzdory neustálému vývoji mnohé tabuizované náměty, jenž jsou dány a utvářeny vývojem společnosti a kultury po mnohá staletí. Jedním z těchto nedotknutelných témat může být i problematika duševních poruch a duševně nemocných. Nepřetrvávají snad ve společnosti zakořeněny stereotypní představy o duševních poruchách a jejich nositelích dodnes? Takovémuto postoji vůči duševně nemocným se však nemusejí vyhnout ani zdravotníci přijímající tento model po celý svůj život.

Duševní poruchy bývají často podceňovány a je jim věnováno málo pozornosti, stále pro nás představují něco neznámého, tajemného, z čehož v důsledku nevědomosti, neznalosti této problematiky, máme strach. Jsou spojeny se stigmatem, tedy negativními předsudky vůči člověku s psychiatrickou diagnózou a jeho vyloučením na okraj společnosti. Tento přístup pak vede k degradaci postavení duševně nemocného člověka ve společnosti, také ke zhoršení kvality jeho života a podmínek pro léčbu. Domnívám se tedy, že je velice důležité tento problém řešit a využít možností, které mohou přispět k pochopení problematiky duševně nemocných.

Tato práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou neboli výzkumnou. Teoretická část bude pojednávat o problematice duševně nemocných z teoretického hlediska. Konkrétně se bude zabývat postavením duševně nemocných ve společnosti a také vztahem zdravotnických pracovníků k duševně nemocným pacientům. Dále budou nastíněny možnosti destigmatizace duševních poruch a duševně nemocných pacientů samotných a na závěr této části bude uvedena kasuistika zpracovávající danou problematiku. Součástí výzkumné části práce následně bude analýza a interpretace dat získaných formou dotazníkové metody užití v této práci.

Cílem této práce je získání informací o tom, jak zdravotní sestry a lékaři nepsychiatrických oddělení vnímají duševně nemocné pacienty, a zda se zajímají o problematiku duševně nemocných, popřípadě zda mají zájem o prohlubování znalostí týkajících se této problematiky. Dalším úkolem práce je porovnat pohledy zdravotních sester a pohledy lékařů na duševně nemocné pacienty a také porovnat vnímání duševně nemocných pacientů v interních a chirurgických oborech.

Výsledky výzkumu zároveň poslouží psychiatrickému oddělení pro dospělé Krajské nemocnice Liberec, a.s. (dále jen KNL, a.s.) ke zmapování situace týkající se vnímání duševně nemocných pacientů k účelům destigmatizace duševních poruch a duševně nemocných.

Věřím, že největší význam ke zlepšení postoje k duševně nemocným pacientům, jak veřejnosti, tak zdravotníků, má zejména hlubší informovanost o duševních poruchách, jejich průběhu a léčení, která by vedla k porozumění, pochopení a následnému odbourávání předsudků, v tomto případě vůči duševním poruchám a duševně nemocným.

CÍLE A HYPOTÉZY

Cíl č. 1: Zjistit, jak zdravotní sestry a lékaři nepsychiatrických oddělení vnímají duševně nemocné pacienty na svém oddělení.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že z důvodu společenských předsudků a nedostatečné informovanosti o problematice duševně nemocných, vnímá většina dotazovaných duševně nemocné pacienty jako pasivní konzumenty péče, kteří nejsou schopni nést odpovědnost a aktivně se podílet na svém uzdravování.

Cíl č. 2: Zjistit, zda se zdravotní sestry a lékaři nepsychiatrických oddělení zajímají o problematiku duševně nemocných pacientů.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že většina dotazovaných se nezajímá o problematiku duševně nemocných pacientů.

Cíl č. 3: Porovnat pohled zdravotních sester a pohled lékařů na duševně nemocné pacienty.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že většina dotazovaných zdravotních sester chápe duševně nemocného pacienta jako holistickou bytost, avšak lékaři jsou zaměřeni především na somatickou stránku pacienta.

Cíl č. 4: Porovnat vnímání duševně nemocných pacientů v interních a chirurgických oborech.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že v interních oborech, vzhledem k obvykle déletrvajícím hospitalizacím, jsou duševně nemocní vnímáni jako holistické bytosti, avšak v chirurgických oborech, vzhledem ke krátkodobé hospitalizaci, dochází k depersonalizaci péče o duševně nemocné pacienty.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce bude věnována problematice duševně nemocných z teoretického hlediska. Snahou v jednotlivých kapitolách bude pojednat o jednotlivých otázkách týkajících se oblasti duševních poruch a duševně nemocných, vztahujících se k tématu této práce.

1 ZÁKLADNÍ POJMY

Úkolem této kapitoly bude seznámení se s pojmy výchozími pro tuto práci, se kterými bude možno se setkávat v průběhu následujících kapitol práce.

1.1 Vnímání

Vnímání neboli percepce je proces, jenž zajišťuje organizaci a interpretaci senzorických informací a jehož výsledkem jsou vjemy. Sensorické vjemy putují do mozku, kde jsou tříděny a zpracovávány, a jejich konečná interpretace a pochopení významu probíhá v lidském vědomí. (5)

Jednotná teorie vnímání však není. Dnes jsou popisovány dvě hlavní teorie, a to teorie považující vnímání za konstruktivní děj, kdy je vnímání ovlivněno minulými zkušenostmi, systémem hodnot, očekáváními, postoji, zájmy, dalšími kognitivními procesy a emočními a intelektovými vlivy, a teorie přímého vnímání, nezávislého na zkušenostech. Z širšího pohledu je vnímání také jako chápání situace. (5, 12, 17)

1.2 Duševní porucha

Dle Světové zdravotnické organizace neboli World Health Organization (dále jen WHO) je duševní porucha definována jako klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti

při právních úkonech. V širším pojetí může být duševní porucha charakterizována také jako stav znesnadňující adaptaci jedince, popřípadě interakci se sociálním okolím, projevující se různými změnami některých psychických funkcí či procesů (např. poruchy kognitivní, emociální), verbálního a neverbálního chování a jejich různými kombinacemi s možností výskytu v jakémkoliv věku. Příčiny vzniku duševní poruchy mohou být genetické, organické, chemické, působení vědomých či nevědomých konfliktů, chybné učení nebo vliv prostředí. (5, 17)

Studiem, diagnostikou, léčbou a prevencí duševních poruch se zabývá lékařský obor psychiatrie, odvozeno z řeckého „psyché“ (duše) a „iatrein“ (léčit). (7, 13, 17)

2 KLASIFIKACE, PROJEVY DUŠEVNÍCH PORUCH

Pro srozumitelnost a bližší seznámení se s problematikou duševních poruch a duševně nemocných bude v této kapitole ve stručné podobě uveden přehled základních kategorií duševních poruch a dále, pro návaznost následujících kapitol, bude v druhé části této kapitoly pojednáno o manifestaci duševních poruch a jejich vnímání ostatními.

2.1 Klasifikace duševních poruch

Při rozdělení duševních poruch do jednotlivých kategorií pro účely této práce je vycházeno z 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10) vydané WHO roku 1992. Zde je oboru psychiatrie věnována samostatná kapitola, která je označena písmenem F a je dále členěna na deset základních kategorií dle společných hlavních znaků jednotlivých duševních poruch. (18)

Základní kategorie duševních poruch dle MKN-10 (15):

- F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10 – F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- F20 – F29 Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy
- F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70 – F79 Mentální retardace (duševní opoždění)
- F80 – F89 Poruchy psychického vývoje
- F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci
- F99 Nespecifikovaná duševní porucha

2.2 Projevy duševních poruch

Duševní poruchy stejně jako somatické nemoci se neprojeví poruchou pouze zasažené části organismu, ale dochází k nerovnováze celé bio-psycho-sociálně-spirituální koncepce jedince. Duševní zdraví je proto nepostradatelným předpokladem kvalitního každodenního života. Lidé s duševní poruchou spolu s projevy jejich nemoci se však ocitají v odlišném postavení než lidé nemocní somaticky. Nemoc somatická je většinou charakteristická srozumitelnou a dobře ohraničenou poruchou funkce nějakého orgánu, u duševní poruchy je však takovéto vymezení zřetelné méně. Ostatními jsou tak lidé s duševní poruchou vnímáni jinak než zdraví či somaticky nemocní jedinci. (13, 25)

Duševně nemocní jsou popisováni jako pacienti, kteří nejsou schopni správně prožívat a hodnotit skutečnost a sebe sama, ale také své chování. Změny v chování a prožívání člověka s duševní poruchou mohou být vnímány jako vystupňování stavů vyskytujících se v každodenním životě, kdy zdraví jedinci jsou však schopni je překonat. Naproti tomu duševně nemocní se často zdají být příliš slabí na to, aby tyto stavy mohli přemoci. Lidé s duševní poruchou mnohdy žijí ve svém vlastním vytvořeném světě, který je plný fantazií, smyšlenek a bludných představ, a jejich reakce bývají nepřiměřené dané situaci. Jejich jednání odpovídá spíše tomu, jak se jim skutečnosti jeví v jejich mysli, ne tomu, jaké jsou doopravdy. (6, 25)

„Jeho duše je nám cizí, vzdálená, jakoby z jiného světa. Porušená duševní činnost se řídí naprosto jinými zákonitostmi než normální psychika.“ [6]

Duševně nemocní se odpoutávají od běžného života, od svých příbuzných a přátel, jejich vztahy ke svému okolí bývají změněny. Navenek mohou lidé s duševní poruchou působit jako lidé s povahovými vadami, tedy jako slabí, neschopní, nespolehliví, nekontrolovatelní či hloupí. Bývají ztichlí, mlčenliví, trpící, vyžadující naši pomoc, ne však nebezpeční, jak bývají často vnímáni lidmi ve svém okolí, ale i zdravotníky. Takto změněnými vzájemnými vztahy strádá nejen samotný nemocný, ale i prostředí, ve kterém žije. Pro lidi v okolí nemocného je jeho chování těžko pochopitelné, lidé mu nerozumí, nedokáží se do něho vcítit. (6, 25)

3 DUŠEVNÍ PORUCHY A SPOLEČNOST

Tato kapitola se bude zabývat, jak je čitelné ze samotného názvu kapitoly, vztahem společnosti k duševním poruchám a jejich nositelům. Pojednáno zde bude obecně o postoji společnosti k duševně nemocným, dále na tomto místě budou zmíněny základní výrazy charakterizující postavení duševně nemocných ve společnosti a na závěr této kapitoly budou uvedeny důsledky postojů a chování společnosti k duševně nemocným.

3.1 Postavení duševně nemocných ve společnosti

Moderní psychiatrie spolu s poznáním a léčbou duševních poruch se, stejně jako jiné obory medicíny, neustále vyvíjí. Je však nutno poukázat, že v tomto ohledu psychiatrická léčba a obecně psychiatrická péče předstihla vývoj vnímání duševně nemocných ve společnosti. (13)

Postoj společnosti k duševně nemocným je stále ovlivněn neúměrnými obavami a hluboko zakořeněnými negativními předsudky. Právě ty mají vliv na stanoviska lidí k duševně nemocným více na základě předpokládaných vlastností celé skupiny než na základě konkrétních charakteristik jedince a jeho situace v rámci individuálního posouzení. Z nedostatečné informovanosti o této problematice, ze strachu z neznámého či z bezradnosti nad neschopností vzájemného porozumění si se společnost staví do obranné pozice, zavrhuje a vyčleňuje duševně nemocné do sociální izolace a odtahuje se od nich. Tato situace má vliv na stav duševně nemocných, způsobuje další problémy ve vývoji jejich zdravotního stavu a ještě více je tak posilováno tzv. stigma. (6, 9, 13, 25, 26)

Stigma, uplatňované ve společnosti, jinými slovy cejch, trvalá značka, nálepka nebo také znamení hanby, méněcennosti, je charakterizováno jako znehodnocující přívlástek vedoucí k odmítání jeho nositele. Výraz stigma má původ v antickém Řecku, kde označoval cejch vypálený otrokům, později byl tento pojem spojen s tělesnými známkami spirituality jako stigmata Ježíše Krista a dále byl pojmenován pro tělesné známky ohrožující nemoci s nutností izolace od ostatních, jako např. tuberkulóza, lepra,

nemoci pohlavní či duševní. V případě problematiky duševně nemocných shrnuje stigma takové vlastnosti, které odlišují psychiatrické pacienty od ostatních lidí. (2, 9, 25, 26)

„Dědičně zatížený chudák, blázen, jemuž se smějeme, nebo šílenec, který je nebezpečný a který má být na doživotí zavřen v ústavě bez klik a s mnoha zámky – takovou představu o duševně chorých má většina lidí. Ve skutečnosti jen velmi nepatrný zlomek pacientů odpovídá této představě.“ [6]

Lidé se domnívají, že duševně nemocného jedince dokáže každý poznat již podle vzhledu, mají názor na to, co je duševní porucha a jak se projevuje, ztotožňují ji však jen s některými diagnózami. Nerozlišují mezi jednotlivými typy duševních poruch a neuvědomují si, že převážná většina duševně nemocných prochází ambulantní léčbou a žije naprosto běžným životem. V důsledku předsudků vládne ve společnosti představa o duševně nemocném jako o někom potenciálně nebezpečném, intelektově podprůměrném, slabém, neschopném a navždy odepsaném jedinci. S větším pochopením se však setkávají duševně nemocní, u nichž je společností předpokládána větší účast zevních psychosociálních faktorů v etiopatogenezi jejich nemoci. (2, 7, 9, 13)

Ve společnosti je duševní porucha obecně těžko pochopitelná, je považována za určitou slabost takto postiženého jedince. Často bývá chápána jako osobní záležitost takto nemocného, často také jako nemoc, kterou si nemocný způsobuje sám svou neschopností, popřípadě charakterovou vadou. Důsledkem tohoto je však trápení duševně nemocných snižováno. Je tak zřejmá nezbytnost hlubokého pochopení lidí, kteří se trápí, kteří mají menší schopnost zvládnout problémy. Společnost je však stále nedostatečně připravena spolupracovat s psychiatry, ale i třeba se sociálními pracovníky, což vede ke znesnadnění úspěšného návratu duševně nemocného do běžného života. (2, 6, 26)

Nejen k duševním poruchám či k duševně nemocným panují ve společnosti takovéto negativní postoje, ale také samotný obor psychiatrie, lékaři psychiatři a psychiatrická léčba bývají vnímány jako něco problémového. Obecně lidé často pocítují nedůvěru k psychiatrům, bývají skeptičtí k možnostem psychiatrické léčby. Duševně nemocní tak přicházejí k vyšetření často po složitém rozhodování a za účasti více osob, mají

z vyšetření značné obavy, protože se zde mohou změnit v jedince s omezenými občanskými právy a s dojmem vlastní méněcennosti ve společnosti v důsledku označování neboli stigmatizace. Lidé mají strach přijít na psychiatrii, z toho důvodu tak mnohdy přicházejí příliš pozdě, což může zároveň negativně ovlivnit další vývoj jejich zdravotního stavu. (2, 9, 26)

Poukazováno je také na fakt, že vyhlídka na vyléčení či zlepšení stavu však nezávisí pouze na spolupráci duševně nemocného jedince, ale je významně ovlivněna environmentálně, tedy především společenským prostředím, v němž se nemocný vyskytuje. Zmiňována je také teze, odborníky běžně přijímaná, o stálosti a malé dynamice laických představ o duševních poruchách i přes působení zdravotní výchovy, lidé obvykle pokládají duševní nemoc za extrémní typy chování odpovídající tzv. stereotypu. (2, 6)

3.2 Stereotyp duševně nemocných

Stereotyp duševně nemocných je charakterizován jako ustálené mínění o určité skupině osob vyplývající z potřeby lidí kategorizovat, a chápeme jej jako projev stigmatizace. Duševně nemocný je zde vnímán jako méněcenný nositel, musí se potýkat se znehodnocujícím přístupem okolí. Stereotyp duševně nemocných se rozvíjí na základě zevšeobecnění vlastní zkušenosti s jedním příslušníkem dané skupiny nebo bez vlastní zkušenosti, tedy zprostředkovaně od jiných. Zahrnuje navíc ještě funkci laického diagnostického kritéria s převažujícími negativními vlastnostmi. (2, 26)

V naší společnosti je stereotyp duševně nemocných posilován a upevňován poznámkami a ustálenými obraty v běžné řeči, různými vtipy o bláznech, informacemi z doslechu, literatury a dále především zkreslenými zprávami hromadných sdělovacích prostředků. Existuje mnoho užívaných stigmatizujících označení pro duševně nemocného, např. blázen, šílenec, poděs, hysterka, schizofrenik, hraničář, psychopat, neurotik, aj. Jedná se tak o negativní stereotyp, kdy přestáváme zkoumat, jaký takový člověk je, ale vnímání duševně nemocného s projevy jeho nemoci je zredukováno na onu nálepku, označení. (6, 9, 25, 26)

Rozhodující pro posouzení duševně nemocných veřejností včetně posouzení jejich nebezpečnosti je především nepřiměřené emoční jednání. Duševně nemocný společně se svým odchýlným, nepředvídatelným, nekontrolovatelným chováním je společností chápán jako jiný, odlišný, a proto také nebezpečný. Lidé se ho obávají, protože mu stejně jako projevům jeho chování nedokáží porozumět. Toto přináší jak pozitivní, tak negativní důsledky. Mezi pozitivní důsledky můžeme řadit ochranu jedince, soucit s ním, kladení nižších nároků na něj a jeho roli v životě. K negativním důsledkům potom patří stigmatizace duševně nemocného, tedy automatické nálepkování, kdy nezáleží na tom, čím jedinec trpí, jednoduše je chápán jako psychiatrický pacient. (2, 9, 26)

3.3 Proces stigmatizace

Stigmatizace neboli značkování či nálepkování označuje procesy, kterými se člověk stává nemocným. Je založena na předpokladu odlišnosti duševně nemocných pacientů a jejich chování od ostatních lidí, a jejím projevem je vedle pocitu méněcennosti jedince zároveň znehodnocující přístup okolí. První složkou v procesu stigmatizace je rozpoznání dané odlišnosti, jinak také identifikační proces poruchy. Následuje nálepkování odlišnosti mezi onou osobou a dalšími lidmi. Na některé duševně nemocné je tato nálepka přikládána nejprve na laické a následně odborné úrovni, potvrzující existenci poruchy. (2, 7, 25, 26)

V rámci značkování je připisován význam právě stereotypu duševně nemocných. Duševně nemocní tak bez vlastního přičinění musejí nést tíhu těchto stereotypních předsudků, tedy tíhu hodnocení své nemoci ostatními lidmi, a nejsou schopni se jich zbavit. Toto vše vede k diskriminaci duševně nemocných spolu s rozvojem negativních sociálních důsledků. Další bod procesu stigmatizace tak může být charakterizován jako separování či izolace takových jedinců s následnou ztrátou statutu. (2, 25, 26)

Proces stigmatizace se může týkat i duševně nemocného jedince samotného, hovoří se potom o sebestigmatizaci, která je považována za ještě závažnější. Člověk označený

za duševně nemocného se brání tomuto vymezení, z důvodu strachu ze stigmatizace usiluje o zmírnění či odstranění následků tohoto procesu. Sebestigmatizující jedinec se mnohdy bojí, že se zblázní, podceňuje se a staví si tak velkou bariéru při dosahování a užívání životních příležitostí, dále pozoruje a označuje své chování, což často vede k recidivě onemocnění. Zároveň však jednání duševně nemocného pod vlivem pocitu vlastní méněcennosti podněcuje okolí, aby ho za méněcenného považovalo. Důsledkem sebestigmatizace je potom odlišné chování projevující se omezením sociálních kontaktů, snížením sebevědomí, snížením životních možností a celkové kvality života takového jedince. (2, 26)

3.4 Důsledky stigmatizace

Stigmatizace duševně nemocných obecně má negativní důsledky pro jejich léčbu, ať už se jedná o samotné zahájení léčby či konečné vyléčení. Duševně nemocní, vnímající psychiatrickou diagnózu jako stigma, se chtějí vyhnout onomu nálepkování ze strany společnosti, což však v rámci obranných mechanismů vede k rozvoji vyššího prahu pro chování zaměřené na hledání pomoci, jedinec se bojí přiznat si jak přítomnost poruchy, tak také potřebu pomoci, bojí se přijít k lékaři, vyhýbá se léčbě. Obává se totiž, že lidé z jeho okolí se dozvědí, že byl léčen na psychiatrickém oddělení, chce věřit tomu, že potíže zmizí spontánně. Dochází tak k odložení léčby, což má za následek chronifikaci poruchy. (25, 26)

Stejně tak pro vyléčené či zlepšené duševně nemocné může být velice obtížný návrat po propuštění z psychiatrického oddělení či léčebny do původního společenského prostředí. Jinými slovy, mohou se u nich vyskytnout problémy s reintegrací, kdy i přes svůj kritický náhled na své onemocnění mohou být sužováni obavami, jak je přijme jejich rodina, přátelé či lidé z práce. Bojí se odmítnutí, odsouzení, zavržení, zatracení, mají pocit poskvrnění a potupy. Lidé z jejich okolí pod vlivem stereotypního pohledu vůči nim mohou být značně odtažití, nedůvěřiví, mohou se posmívat či být zaujatí, plni předsudků, což následně vede k pocitům osamocení, nedostatečného pochopení, k diskriminaci. (2, 6, 9, 25, 26)

Toto vše se může opět podílet na znovuzplanutí nemoci. Diskriminace totiž u duševně nemocných posiluje odlišné chování a prožívání, které se následně prohlubuje již ne v důsledku jejich nemoci, ale na základě utržené sociální újmy. Duševně nemocní se také dočkávají změněného chování jak ze strany svého okolí, tak také od odborníků. Mnoho nemocných tak selhává ve snaze zařadit se do každodenního života, ne však pro nemoc samotnou, ale pro neporozumění ostatních. (25, 26)

4 DUŠEVNĚ NEMOCNÍ A ZDRAVOTNÍČTÍ PRACOVNÍCI

Zdravotníci pracovníci ač pracující na nepsychiatrických odděleních se zcela jistě na svých pracovištích setkávají s duševně nemocnými pacienty. Následující kapitola je proto věnována právě vztahu nepsychiatrických zdravotníků a duševně nemocných pacientů.

4.1 Postoj nepsychiatrických zdravotníků k duševně nemocným

Stigmatizaci duševních poruch či duševně nemocných pacientů se však nevyhnou ani odborníci. Stejně jako veřejnost, i oni jsou ovlivněni stereotypem duševně nemocných. Postoj zdravotnických pracovníků k duševně nemocným je jistě odvislý od názorů jejich sociální skupiny, ale také od odborné vzdělanosti. Ne vždy však dostatek informací o duševních poruchách dokáže změnit od dětství přijímané předsudky, ty mohou být později naopak ještě posíleny. (25, 26)

Duševně nemocní pacienti hospitalizovaní na nepsychiatrických odděleních bývají zdravotnickým personálem vnímáni jako pacienti, kteří zlobí, jako pacienti, u kterých nikdo neví, co jim je. Pokud má někdo naplánované psychiatrické konzilium, je na něj zdravotnickým personálem daného oddělení nahlíženo jako na někoho divného. (26)

Duševně nemocné nejvíce stigmatizují somatičtí lékaři, a to z důvodu vytvoření jakéhosi nepořádku v somatických diagnózách. Právě ti někdy sdělují pacientům, že jejich zdravotní problém „mají od nervů“, což se jim zdá méně závažné, pro samotné pacienty tento fakt však může znamenat daleko větší ohrožení v důsledku obav ze stigmatizace. Po somatických lékařích zauímají k duševně nemocným stigmatizující postoj nejvíce všeobecné sestry nepsychiatrických oddělení, dále psychiatrické sestry a až mnohem dále je veřejnost, která duševně nemocné oproti zdravotníkům stigmatizuje méně. (26)

Z výše uvedeného vyplývá, že nejen postoj veřejnosti, ale též postoj zdravotníků k duševně nemocným může znesnadnit také jejich cestu k adekvátní léčbě. Někdy

se právě somatičtí lékaři mohou zdráhat doporučit nemocným psychiatrickou péči, sami totiž považují jejich obtíže za stigma, a tak pociťují obavy, aby se na ně pacienti nezlobili, v důsledku tak opravdu dochází k odložení odpovídající léčby. (26)

4.2 Přístup k duševně nemocným

V péči o duševně nemocné je třeba se řídit jak obecnými pravidly, která jsou dodržována při péči o všechny nemocné, tak také pravidly, která vymezují potřeby konkrétního jedince. Velice důležité je kromě tohoto dodržovat specifický přístup, který péče o duševně nemocné vyžaduje. (13)

Vedle znalosti problematiky duševních poruch je obecně nezbytný citlivý, humánní a eticky vhodný přístup, zejména je třeba zdůraznit nutnost respektování lidské důstojnosti. Velmi podstatným atributem pro zdravotní sestru v přístupu k duševně nemocným pacientům je také velká trpělivost, vlídnost a schopnost empatie s projevy zájmu pro pochopení nemocného, vcítění se do momentálního duševního rozpoložení nemocného. Důležitý je psychoterapeutický přístup se vzájemnou důvěrou a se snahou pochopit nemocného s jeho problémy. Součástí profesionálního přístupu k duševně nemocným je také schopnost dokonalé kontroly vlastních emočních reakcí, především umění potlačit vlastní negativní emoce ve vztahu k nemocnému, zabránit tzv. negativnímu protipřenosu neboli značkování. (2, 9, 13, 15, 17, 26)

Každý zdravotník se jistě někdy setká s duševně nemocným pacientem, měl by proto vědět, že i duševně nemocní mají ustanovena svá práva. Ta jsou, stejně jako u všech lidí, obsažena v Listině základních práv a svobod, jako složky ústavního pořádku České republiky od roku 1993. Konkrétně práv duševně nemocných se týká Deklarace lidských práv duševně nemocných přijatá roku 1989 Světovou federací duševního zdraví vymezující základní oblasti, ve kterých mohou být lidská práva duševně nemocných nejčastěji ohrožena, a z ní vycházející Deklarace lidských práv a duševního zdraví vydaná Mezinárodní federací duševního zdraví. Dalším dokumentem, který lze na tomto místě zmínit, je Deklarace práv duševně postižených lidí schválená Valným shromážděním Organizace spojených národů 20. prosince 1971 (viz. příloha č. 1). (2, 9)

5 DESTIGMATIZACE

Z důvodu závažnosti celospolečenského problému stigmatizace duševně nemocných je zcela jistě na místě věnovat kapitulu této práce také problematice destigmatizace, což je proces zabývající se odstraňováním stigmatu duševních poruch, duševně nemocných, ale také celého oboru psychiatrie. (26)

„Úkolem psychiatrie je vystupovat proti vzniku a udržování stigmatu a následné diskriminaci. Mělo by to vést k lepší kvalitě života duševně nemocných a k příznivějšímu průběhu jejich onemocnění.“ [25]

5.1 Cíle a prostředky destigmatizace

Cílem destigmatizace je změnit stereotyp duševně nemocných takovým způsobem, aby nedocházelo k jejich sociální izolaci a aby se změnil postoj celé společnosti, včetně zdravotníků, vůči lidem s duševními poruchami. (26)

Především působení masmédií jako jeden z hlavních faktorů přispívá k upevnování stereotypu duševně nemocných ve společnosti, proto je třeba si uvědomit, co je říkáno v médiích a co je psáno v populárních článkách. Informace určené veřejnosti by tedy měly být pečlivě vybírány, a to s ohledem zejména na jejich interpretaci, kdy je třeba vyvarovat se jednostranného pohledu na problematiku. (26)

Stereotyp duševně nemocných spolu s negativními předsudky o jejich chování a léčbě je často udržován nedostatečnou informovaností panující ve společnosti. Důležité v procesu destigmatizace je tedy především systematické zdravotnické výchovné působení na veřejnost zahrnující šíření odborných informací, především seznámení s projevy duševních poruch za účelem pozitivního ovlivnění úrovně názorů na problematiku duševních poruch a duševně nemocných. Ve společnosti totiž stále přetrvávají některé přežitky a předsudky, které brání rozvoji efektivní péče v oblasti duševního zdraví. Cílem zdravotnické osvěty proto je, aby lidé byli schopni pochopit problematiku duševně nemocných a porozumět jim samotným spolu s uplatněním vstřícného a začleňujícího chování. Prohloubení porozumění procesům v mysli duševně

nemocných a jejich prožívání tak povede ke snazší integraci duševně nemocných do společnosti. (7, 26)

Destigmatizaci pomůže vedle prohloubení informovanosti také emoční zainteresovanost. Pozitivní vliv pro postoje společnosti k duševně nemocným mají kontakty s bývalými nemocnými, což vede k nabytí kladných zkušeností s nemocným ve společnosti normálně fungujícím, a tím ke snížení míry odmítání. Je tak třeba rozptýlit zbytečný strach plynoucí z neznámého, cizího v tomto případě představující problematiku duševně nemocných, duševních poruch a duševního zdraví. (2, 6, 26)

Vedle nutnosti změny postoje veřejnosti k duševně nemocným je velice důležité také změnit postoje zdravotníků. Právě u nich by destigmatizace měla být jedním z úkolů jejich profesionálního vzdělávání. Obecně však to, co platí pro zlepšení vztahu k duševně nemocným ve společnosti, a to je především hlubší zainteresovanost v problematice duševně nemocných a porozumění jejich problémům, to vše je stejně důležité také pro změnu postojů zdravotníků k duševně nemocným. (26)

„Jedním z prostředků i cílů destigmatizace je, aby se pacient stal spojencem zdravotníků. Společně mohou odstranit problémy a omezení vyplývající více z postojů společnosti k nemoci než z její skutečné povahy.“ [25]

Posláním všech zdravotnických pracovníků, kteří by tedy sami měli být vzděláni a orientováni v problematice základních duševních poruch, je nejen samotná ochrana a podpora duševního zdraví v psychiatrických i nepсихiatrických oborech, ale zároveň schopnost poskytnout veřejnosti kvalitní informace o duševních poruchách s cílem změnit postoje společnosti k duševně nemocným a aktivně se tak zapojit do procesu destigmatizace v celé společnosti. (9, 13)

Neopomenutelná je v procesu destigmatizace samozřejmě účast samotného nemocného a jeho rodiny, jejíž postoje mohou být ovlivněny edukací či rodinnou terapií. Svou úlohu zde tak mají i svépomocné skupiny, které pomáhají vyrovnat se s duševní poruchou či se stigmatizací, jak samotným nemocným, tak také jejich blízkým. (26)

6 KASUISTIKA

Kasuistika neboli případová studie patří mezi kvalitativní výzkumné metody, která v ošetrovatelství popisuje konkrétní případ nemocného s cílem poznat nemoc a její průběh. V úvodu této kapitoly bude popsána charakteristika vybraného případu, následovat bude vypracovaný ošetrovatelský proces pro tento případ. (1)

6.1 Charakteristika případu

Pacientka/klientka (dále jen P/K) narozena v roce 1967, má dvě děti, 14 let pracovala v Ústavu sociální péče pro dospělé mentálně postižené.

V září 2008 byla P/K provedena kyretáž pro děložní myomy. Po výkonu P/K po tři dny uváděla nespavost. Poté proběhla kontrola na gynekologické ambulanci, kde bylo vše v pořádku. Nespavost však přetrvávala tři týdny, proto P/K navštívila obvodního lékaře, kterým byla odeslána na psychiatrickou ambulanci. Zde ordinující lékařka P/K předepisovala každý týden jiná farmaka, jelikož u P/K stále nedocházelo ke zlepšení spánku. P/K na psychiatrickou ambulanci následně docházela jednou za týden či za dva týdny.

Celkový stav P/K se však zhoršoval, P/K popisovala únavu, slabost, nespavost, nechutenství, plačtivost, udávala, že má v duši prázdno. Tento stav přetrvával do července 2009, kdy se P/K pokusila o sebevraždu (užití slivovice s léky, podřezání žil na zápěstí). Toto se odehrálo v lese v seníku, kde byla P/K nalezena po dvanácti hodinách. Záchranou službou byla převezena na příjmovou ambulanci, kde měl být P/K proveden výplach žaludku, ale toto P/K odmítla, bránila se. P/K byla tedy zavedena nazogastrická sonda s následnou aplikací adsorpčního uhlí, podán byl fyziologický roztok intravenosně do periferního žilního katétru (dále jen PŽK), zaveden permanentní močový katétr (dále jen PMK). Z vyšetření byl P/K proveden rentgen srdce a plic a odběry krve na biochemické a toxikologické vyšetření. Následně byla P/K převezena na jednotku intenzivní péče (dále jen JIP), kde byla zajištěna monitorace celkového stavu. Na příjmové ambulanci i na JIP byla P/K dle jejích slov svědkem nepříjemných poznámek ze strany zdravotnického personálu.

Další den po stabilizaci stavu byla P/K přeložena na uzavřenou část psychiatrického oddělení, odkud mohla být po třech týdnech přeložena do části otevřené. Po zhodnocení stavu P/K byla diagnostikována deprese. Léčba spočívala ve farmakoterapii, muzikoterapii a arteterapii.

6.2 Ošetřovatelský proces

Zde následuje zpracovaný ošetřovatelský proces pro danou problematiku. Ošetřovatelské diagnózy jsou sestaveny dle NANDA – International¹ a jimi vyvinutého diagnostického systému. Ošetřovatelská diagnóza charakterizující násilné chování P/K vůči své osobě však v systému NANDA domén není obsažena, proto je formulována vlastními slovy bez příslušného kódu. (10)

Seznam ošetřovatelských diagnóz dle priorit:

1. OSE DG: Násilí vůči sobě
2. OSE DG: 00124 Beznaděj
3. OSE DG: 00095 Porušený spánek
4. OSE DG: 00093 Únava
5. OSE DG: 00055 Neefektivní plnění role
6. OSE DG: 00046 Porušená kožní integrita
7. OSE DG: 00002 Nedostatečná výživa
8. OSE DG: 00004 Riziko infekce

1. Násilí vůči sobě

Určující znaky: Pořezání na těle, užití škodlivých látek.

Související faktory: Pociťování deprese, odosobnění, nepřiměřené zvládnání situace.

Ošetřovatelský cíl:

- P/K vyjadřuje pochopení, proč k situaci došlo.
- P/K projevuje náležitou sebekontrolu, vyjadřuje realistické sebehodnocení.

¹ North American Association for Nursing Diagnosis International – Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetřovatelskou diagnostiku (10)

Ošetrovatelské intervence:

- Posoudit příčiny, zjistit, jak P/K sama vnímá danou situaci.
- Vytvořit terapeutický vztah mezi zdravotní sestrou a P/K.
- Naslouchat P/K, dát najevo porozumění, neodsuzovat, avšak jednání P/K neschvalovat.
- Neustále sledovat P/K.
- Podpořit zapojení P/K do plánování péče.
- Zajistit adekvátní podporu pro rodinu P/K.

Hodnocení: P/K verbalizuje pochopení situace, usiluje o realistický pohled na situaci.

2. 00124 Beznaděj

Určující znaky: Pasivita, úbytek verbálních projevů, snížená chuť k jídlu, nespavost.

Související faktory: Deprese.

Ošetrovatelský cíl:

- P/K rozpoznává a vyjadřuje své pocity.
- P/K se zapojuje a získává kontrolu nad péčí o vlastní osobu a nad běžnými každodenními činnostmi.

Ošetrovatelské intervence:

- Upřesnit okolnosti vzniku a vývoje problémů P/K.
- Určit schopnost P/K zvládat problémy a prodiskutovat používání obranných mechanismů.
- Umožnit P/K vyjádřit své pocity a pocítit pochopení.
- Pomoci P/K osvojit si způsoby zvládnutí problémů.
- Podpořit P/K v aktivním dosažení cílů.

Hodnocení: P/K hovoří o svých pocitech, zapojuje se do běžných denních činností.

3. 00095 Porušený spánek

Určující znaky: Nespavost.

Související faktory: Deprese.

Ošetrovatelský cíl:

- P/K uvádí zlepšení spánku a odpočinku.

Ošetrovatelské intervence:

- Posoudit stavy přispívající k nespavosti.
- Vyslechnout subjektivní stížnosti na kvalitu spánku.

- Zjistit spánkové zvyky P/K, zajistit klidné prostředí a přiměřený komfort.
- Edukovat P/K o vhodné spánkové hygieně.
- Dle ordinace lékaře podávat farmaka navozující spánek.

Hodnocení: P/K uvádí mírné zlepšení kvality spánku, po probuzení se cítí odpočatější.

4. 00093 Únava

Určující znaky: Neschopnost načerpat energii spánkem, zdrcující nedostatek energie, ospalost, lhostejnost nebo netečnost, nezájem o okolí.

Související faktory: Deprese, nedostatek spánku.

Ošetřovatelský cíl:

- P/K udává zvýšení energie.
- P/K zvládá vykonávat běžné každodenní činnosti.

Ošetřovatelské intervence:

- Prodiskutovat s P/K léčebný režim zohledňující individuální příčinné faktory a pomoci P/K pochopit vztah mezi únavou a nemocí.
- Povšimnout si rozložení energie P/K během dne.
- Určit schopnost P/K účastnit se různých aktivit.
- Vytvářet prostředí zmírňující únavu.

Hodnocení: P/K se cítí odpočatější, zapojuje se do běžných denních činností.

5. 00055 Neefektivní plnění role

Určující znaky: Změny v obvyklé odpovědnosti, neadekvátní zvládnání zátěže.

Související faktory: Duševní onemocnění-deprese, vyčerpanost.

Ošetřovatelský cíl:

- P/K chápe očekávání a povinnosti v souvislosti s rolí.
- P/K efektivně plní svou roli.

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistit, jak P/K vnímá současnou situaci.
- Nabídnout P/K realistické posouzení situace a motivovat ji k dosažení cílů.
- Pomoci P/K osvojit si dovednosti pro zvládnutí role.
- Zajistit podporu rodiny P/K ve zvládnání nastalé situace.

Hodnocení: P/K verbalizuje pochopení, co je od ní očekáváno, pomalu se začleňuje do plnění svých denních povinností, je ráda za pomoc a podporu, která se jí dostává od rodiny.

6. 00046 Porušená kožní integrita

Určující znaky: Proniknutí tělesnými strukturami.

Související faktory: Mechanické faktory-pořezání na těle, invazivní vstupy (PŽK, PMK).

Ošetrovatelský cíl:

- Včasné zhojení kožních ran bez komplikací.

Ošetrovatelské intervence:

- Posoudit celkový stav P/K a rozsah a hloubku postižení.
- Denně kontrolovat rány, popisovat případné změny.
- Rány a jejich okolí udržovat v čistotě a suchu, pečlivě obvazovat a chránit před infekcí.
- Pravidelně za aseptického přístupu kontrolovat invazivní vstupy.
- Zdůraznit P/K důležitost dostatečné výživy a odpočinku pro včasné zhojení.

Hodnocení: Rány P/K zhojeny bez komplikací.

7. 00002 Nedostatečná výživa

Určující znaky: Denní příjem potravin menší než příjem doporučený, nedostatek zájmu o jídlo.

Související faktory: Neschopnost požití potravy z psychogenních důvodů.

Ošetrovatelský cíl:

- P/K má osvojeno chování umožňující přibrat na váze a udržet přiměřenou tělesnou hmotnost.

Ošetrovatelské intervence:

- Prodiskutovat stravovací zvyklosti P/K.
- Pobízet P/K k dostatečnému a pravidelnému příjmu potravy a tekutin.
- Edukovat P/K o významu dobře vyvážené výživné stravy.
- Zajistit konzultaci s nutričním terapeutem.

Hodnocení: P/K dodržuje pravidelný příjem potravy, má chuť k jídlu.

8. 00004 Riziko infekce

Rizikové faktory: Nedostatečný primární ochranný systém, invazivní procedury (PŽK, PMK).

Ošetrovatelský cíl:

- P/K chápe rizikové faktory infekce.

- P/K je bez projevů infekce.

Ošetrovatelské intervence:

- Povšimnout si rizikových faktorů výskytu infekce.
- Pravidelně kontrolovat a sledovat místní známky infekce v místě ran a vstupu katétrů.
- Zajistit aseptický přístup v péči o rány a invazivní vstupy.
- Vysvětlit P/K důležitost dostatečné výživy a odpočinku.

Hodnocení: P/K nevykazuje projevy infekce.

6.3 Zhodnocení kasuistiky

Výše uvedená kasuistika na tomto místě byla zmíněna záměrně jako doplnění či dokreslení tematiky teoretické části práce. Kasuistika, vedle bližšího nahlédnutí na jeden konkrétní případ týkající se problematiky duševně nemocných, poukazuje na postoj zdravotníků nepsychiatrických oddělení k P/K s psychiatrickou diagnózou, který, jak P/K na vlastní kůži pocítila, byl odmítavý, negativní. Samozřejmě dle jednoho uvedeného případu nelze ihned vytvářet a zevšeobecňovat závěry. Zmíněný případ však jen dokládá fakta uvedená v teoretické části a zároveň ukazuje na to, že duševně nemocní se opravdu mohou setkat a setkávají s takovýmto stigmatizujícím přístupem zdravotníků, že se nejedná pouze o data zmiňovaná v odborných publikacích.

„I duševně chorý je schopen vděčně přijmout vlídné a upřímné jednání. Je schopen učinit si příznivé zkušenosti z důvěry, laskavosti, přátelství a důstojnosti...“

Pietro Pisani (1760-1837) [6]

Z kasuistiky vyplývá, že i člověk duševně nemocný vnímá chování a přístup svého okolí k sobě sama. Především s tímto vědomím by tedy měli zdravotničtí pracovníci přistupovat k duševně nemocným. Případ zde zmiňovaný je jen důkazem toho, že je třeba zvolit a pokud možno aplikovat vhodná opatření, která by pomohla nasměrovat přístup nejen zdravotníků k duševně nemocným pacientům tím správným směrem.

VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část práce bude zahrnovat seznámení se s předmětem a cíly výzkumu a následně bude uvedena analýza a interpretace dat získaných formou dotazníkové metody užitě pro účely této práce.

7 CÍL VÝZKUMU, METODIKA, CHARAKTERISTIKA STUDOVANÉHO SOUBORU

Úkolem této kapitoly bude shrnout předmět a cíle výzkumu, užitě metody práce a také popsat studovaný soubor.

7.1 Cíl výzkumu

Předmětem výzkumu této bakalářské práce je vnímání duševně nemocných pacientů na nepsychiatrických odděleních. Cílem bylo zmapovat, jak zdravotní sestry a lékaři nepsychiatrických oddělení vnímají duševně nemocné pacienty, a dále zjistit, zda se zajímají o problematiku duševně nemocných, popřípadě, zda mají zájem o prohlubování znalostí týkajících se této problematiky. Výzkum byl realizován pomocí dotazníků (viz. příloha č. 2), které byly rozeslány, po schválení hlavními sestrami, vrchním sestram interních a chirurgických oddělení či klinik ve vybraných zdravotnických zařízeních České republiky.

Vymezeny byly následující hypotézy:

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že z důvodu společenských předsudků a nedostatečné informovanosti o problematice duševně nemocných, vnímá většina dotazovaných duševně nemocné pacienty jako pasivní konzumenty péče, kteří nejsou schopni nést odpovědnost a aktivně se podílet na svém uzdravování.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že většina dotazovaných se nezajímá o problematiku duševně nemocných pacientů.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že většina dotazovaných zdravotních sester chápe duševně nemocného pacienta jako holistickou bytost, avšak lékaři jsou zaměřeni především na somatickou stránku pacienta.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že v interních oborech, vzhledem k obvykle déletrvajícím hospitalizacím, jsou duševně nemocní vnímáni jako holistické bytosti, avšak v chirurgických oborech, vzhledem ke krátkodobé hospitalizaci, dochází k depersonalizaci péče o duševně nemocné pacienty.

7.2 Metodika

Pro získání dat k tomuto šetření byla využita nejrozšířenější a nejpoblárnější metoda, a to metoda dotazníková. Dotazníkem získáme empirická data, která jsou založena na nepřímém dotazování se respondentů s použitím předem připraveného souboru otázek. Formulace otázek je testována tzv. předvýzkumem neboli pilotáží před samotným zahájením výzkumu. (1)

Distribovaný dotazník je anonymní, v úvodu obsahuje přesné instrukce k jeho vyplnění a dále sestává z identifikačních znaků respondenta a vlastních otázek. V části identifikačních znaků respondenta je k vyplnění určeno několik údajů sloužících ke zjištění základních informací o respondentovi, které budou využity při vyhodnocování výsledků výzkumu. Mezi tyto údaje jsou vzhledem k charakteru cílů a hypotéz této práce zařazeny zaměstnání, věk, pracoviště a délka praxe dotazovaného. Zohledněno je také dosažené vzdělání dotazovaných zdravotních sester. Vlastní otázky dotazníku, kterých je 13, jsou formulovány tak, aby odpovědi na ně umožnily dosáhnout stanovených cílů výzkumné části práce.

Rozlišuje se několik druhů otázek, jako jsou otázky uzavřené, otevřené, polouzavřené, filtrační, projekční a kontrolní. V distribuovaném dotazníku jsou zvoleny pouze otázky uzavřené, polouzavřené a filtrační. U otázek uzavřených respondent vybírá z předepsaných variant odpovědí. Tento typ otázek v dotazníku představují otázky č. 3, 5 a 6, které jsou tzv. alternativní neboli dichotomické, nabízejí dvě varianty

odpovědi, a otázka č. 1, tzv. polytomická, která nabízí širší škálu odpovědí. Polouzavřené otázky jsou takové, které ve variantách odpovědí obsahují také možnost jiné odpovědi či pomocí otevřené otázky vyžadují další objasnění vybrané odpovědi. V dotazníku se jedná o otázky č. 2, 4, 7, 8, 9, 10, 12 a 13. Otázky filtrační vyřazují respondenty, kteří nemohou odpovědět na otázku následující. Tento typ otázky byl v dotazníku použit v případě otázky č. 11. Otázky otevřené, na které dotazovaný odpovídá vlastními slovy, otázky projekční a kontrolní v dotazníku nejsou zastoupeny.

(1)

První otázka dotazníku zjišťuje, jakou úroveň zkušeností mají respondenti s péčí o duševně nemocné pacienty. Otázky č. 2-7 jsou zaměřeny na získání informací o tom, jak respondenti vnímají duševně nemocné pacienty, jaký vůči nim zaujímají postoj, zda se obávají péče o ně či jich samotných, a co je důvodem jejich osobního nazírání na duševně nemocné pacienty. Následující otázky č. 8-13 zjišťují míru informovanosti respondentů o problematice duševně nemocných pacientů, a také zda mají respondenti zájem o prohloubení dosavadních poznatků a vědomostí týkajících se této problematiky.

V závěru dotazníku je respondentovi ponechán prostor k vyslovení připomínek, otázek či námětů ke zkoumané problematice.

7.3 Charakteristika studovaného souboru

Výzkumné šetření probíhalo od 10. 12. 2009 do 25. 2. 2010 prostřednictvím dotazníků, které byly určeny pro zdravotní sestry a lékaře vybraných nepsychiatrických pracovišť. Dotazníky byly rozeslány na interní a chirurgická oddělení či kliniky ve vybraných zdravotnických zařízeních České republiky – konkrétně na pracoviště KNL, a.s. a Fakultní nemocnice Hradec Králové (dále jen FN HK).

KNL, a.s. je zdravotnické zařízení poskytující léčebně preventivní péči v základních i specializovaných oborech v rámci celého Libereckého kraje. Oddělení interny poskytující léčbu nemocí vnitřních orgánů, která se podílela na výzkumu, představují oddělení všeobecné interny a revmatologie. Z chirurgických oborů provádějících

operativní zákroky, na jejichž pracovišti byl prováděn výzkum, se jedná o traumatologicko-ortopedické centrum a oddělení chirurgie, kam spadá všeobecná chirurgie, cévní chirurgie a onkochirurgie. (23, 24)

FN HK patří k největším zdravotnickým zařízením nejen východních Čech, ale také celé České republiky. Výzkumné šetření bylo prováděno na I. interní klinice, která poskytuje komplexní péči o pacienty s kardiovaskulárními nemocemi. Dalším místem, kde proběhl výzkum, byla klinika chirurgická, která poskytuje komplexní chirurgickou péči a sestává z primariátu úrazové chirurgie, z primariátu cévní chirurgie a z primariátu všeobecné chirurgie s řadou specializovaných pracovišť. (19, 20, 21)

V KNL, a.s., po souhlasu hlavní sestry nemocnice a dohodě s vrchními sestrami (viz. přílohy č. 3, 4), byly dotazníky rozdány v tištěné podobě na konkrétních odděleních. Do FN HK, po kontaktování a souhlasu hlavní sestry a vrchních sester, kterým byl elektronicky zaslán dotazník i s průvodním dopisem vysvětlujícím záměr výzkumu (viz. příloha č. 2), byly vytištěné dotazníky spolu s protokoly k provádění výzkumu (viz. přílohy č. 5, 6) zaslány doporučeně poštou přímo na adresy vybraných klinik do rukou vrchních sester.

Distribučováno bylo celkem 160 dotazníků. Do tohoto počtu je započítáno také 20 dotazníků, které byly rozdány v rámci pilotního výzkumu realizovaném na interním oddělení KNL, a.s. Dotazníky z pilotáže budou také započítány do výsledků výzkumného šetření, neboť byly shledány jako vhodné pro vykonání konečného výzkumu. Po provedené pilotáži bylo v rámci výzkumu rozdáno 20 dotazníků na interním oddělení a 40 dotazníků na chirurgickém oddělení v KNL, a.s., a bylo posláno 40 dotazníků na chirurgickou kliniku a 40 dotazníků na I. interní kliniku FN HK.

Z celkového počtu 160 rozdaných dotazníků dosahovala návratnost 145 dotazníků, tj. 90,63% (viz. Tab. č. 1). Z počtu 80 dotazníků rozdaných v KNL, a.s. to bylo 72 dotazníků, tj. 90,00%, z počtu 80 dotazníků zaslanych do FN HK činila návratnost 73 dotazníků, tj. 91,25% (viz. Tab. č. 2).

Tab. č. 1: Celková návratnost dotazníků

	Rozdáno	Vráceno	Návratnost (%)
Počet dotazníků	160	145	90,63

Tab. č. 2: Návratnost dotazníků z jednotlivých zdravotnických zařízení

Zdravotnická zařízení	Rozdáno	Vráceno	Návratnost (%)
KNL, a. s.	80	72	90,00
FN HK	80	73	91,25

Konkrétně návratnost z oddělení interny KNL, a.s. činila 38 dotazníků ze 40, tedy 95,00% a návratnost z oddělení chirurgie KNL, a.s. dosahovala 34 dotazníků ze 40, tj. 85,00%. Návratnost z I. interní kliniky FN HK činila 33 dotazníků ze 40, tj. 82,50% a z chirurgické kliniky byla návratnost 100%. (viz. Tab. č. 3).

Tab. č. 3: Návratnost dotazníků z jednotlivých pracovišť

Jednotlivá pracoviště	Rozdáno	Vráceno	Návratnost (%)
KNL, a. s. - interní oddělení	40	38	95,00
KNL, a. s. - chirurgické oddělení	40	34	85,00
FN HK - I. interní klinika	40	33	82,50
FN HK – chirurgická klinika	40	40	100

Návratnost dotazníků, uváděna v procentech, je charakterizována jako poměr počtu navrácených dotazníků k celkovému počtu dotazníků rozdaných. Mezi důvody vedoucí ke snížené návratnosti dotazníků mohl patřit nezáměr oslovených respondentů o zkoumanou problematiku, nedostatek času na vyplnění dotazníku či neochota zabývat se vyplněním dotazníku. (1)

Po navrácení dotazníků bylo nutno provést kontrolu získaných dat, která slouží k vyřazení takových dotazníků ze souboru, které jsou vyplněny neúplně či nečitelně a nejsou vhodné k zařazení do dalšího procesu, jedná se o kontrolu mechanickou. Po této kontrole bylo z celkového počtu 145 navrácených dotazníků pro neúplné zpracování vyřazeno 6 exemplářů. Do následujícího třídění dat bylo tedy konečně zahrnuto celkem 139 dotazníků. (1)

Získaná data byla tříděna pomocí počítače v programu Microsoft Office Excel 2007.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole je zpracována analýza získaných informací. Výsledky dotazníkového šetření jsou zpřehledněny do tabulek, následuje vždy stručný popis obsahu tabulky a u vybraných otázek jsou výsledky zpracovány v sloupcových grafech. V úvodní části jsou zpracovány identifikační znaky respondentů a v následující části jsou zpracovány vlastní otázky dotazníku. Jak již bylo zmiňováno výše, tabulky i grafy byly zpracovány pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel 2007.

8.1 Základní identifikační údaje

V následující části budou analyzována data týkající se základních identifikačních znaků respondentů.

Tab. č. 4: Rozdělení vzorku dle pracovního zařazení a pracoviště

Pracoviště	Pracovní zařazení				Celkem	
	Zdravotní sestry		Lékaři			
	n_i^2	f_i^3 (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Interna	50	48,54	18	50,00	68	48,92
Chirurgie	53	51,46	18	50,00	71	51,08
Celkem	103	100	36	100	139	100

Výběrový vzorek (n) činil celkem 139 respondentů. Celkový počet dotazovaných pracujících na interním oddělení činil 68, tj. 48,92%, zatímco na chirurgickém oddělení pracovalo celkem 71 dotazovaných z celého výběrového vzorku, tj. 51,08%.

Počet dotazovaných zdravotních sester činil 103, z toho na interním oddělení jich pracovalo 50, tj. 48,54% a na chirurgickém oddělení 53, tj. 51,46%. Lékařů se výzkumu účastnilo 36, z toho na interním oddělení jich pracovalo 18, tj. 50% a na chirurgii též 18, tj. 50%. (viz. Tab. č. 4).

² n_i – absolutní četnost

³ f_i – relativní četnost, vyjadřována v procentech

Tab. č. 5: Rozdělení vzorku dle věku

Věkové kategorie	Pracovní zařazení				Celkem	
	Zdravotní sestry		Lékaři		n _i	f _i (%)
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)		
21 - 26 let	41	39,80	2	5,55	43	30,94
27 – 32 let	33	32,04	6	16,67	39	28,06
33 – 38 let	20	19,42	14	38,89	34	24,46
39 – 44 let	7	6,80	11	30,56	18	12,95
45 – 50 let	2	1,94	3	8,33	5	3,59
Celkem	103	100	36	100	139	100

Z celkového počtu 139 respondentů jich 43, tj. 30,94% spadalo do věkové kategorie od 21 do 26 let, 39, tj. 28,06% dotazovaných spadalo do věkové kategorie od 27 do 32 let, 34, tj. 24,46% dotazovaných spadalo do věkové kategorie od 33 do 38 let, 18, tj. 12,95% dotazovaných spadalo do věkové kategorie od 39 do 44 let a 5, tj. 3,59% dotazovaných patřilo do věkové kategorie od 45 do 50 let. Aritmetický průměr věků celého výběrového vzorku činil 31,04 let.

Konkrétně ze 103 dotazovaných zdravotních sester spadalo 41, tj. 39,80% do věkové kategorie od 21 do 26 let, 33, tj. 32,04% jich spadalo do kategorie od 27 do 32 let, 20, tj. 19,42% patřilo do kategorie od 33 do 38 let, 7, tj. 6,80% patřilo do kategorie od 39 do 44 let a 2 zdravotní sestry, tj. 1,94% spadaly do věkové kategorie od 45 do 50 let. Ze 36 dotazovaných lékařů 2, tj. 5,55% patřili do věkové kategorie od 21 do 26 let, 6 lékařů, tj. 16,67% patřilo do kategorie od 27 do 32 let, 14 lékařů, tj. 38,89% spadalo do kategorie od 33 do 38 let, 11 lékařů, tj. 30,56% spadalo do kategorie od 39 do 44 let a 3 lékaři, tj. 8,33% spadali do věkové kategorie od 45 do 50 let (viz. Tab. č. 5).

Tab. č. 6: Rozdělení vzorku dle délky praxe

Délka praxe	Pracovní zařazení				Celkem	
	Zdravotní sestry		Lékaři		n _i	f _i (%)
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)		
1 – 6 let	57	55,34	7	19,44	64	46,04
7 – 12 let	16	15,53	12	33,33	28	20,14
13 – 18 let	15	14,56	13	36,11	28	20,14
19 – 24 let	10	9,71	4	11,11	14	10,07
25 – 30 let	5	4,85	0	0,00	5	3,60
Celkem	103	99,99	36	99,99	139	99,99

Z celkového počtu 139 respondentů 64, tj. 46,04% patřilo do kategorie s délkou praxe od 1 do 6 let, 28, tj. 20,14% patřilo do kategorie s délkou praxe od 7 do 12 let, dalších 28 dotazovaných, tj. 20,14% patřilo do kategorie s délkou praxe od 13 do 18 let, 14 dotazovaných, tj. 10,07% spadalo do kategorie s délkou praxe od 19 do 24 let a 5 dotazovaných, tj. 3,60% patřilo do kategorie s délkou praxe od 25 do 30 let. Aritmetický průměr délky praxe celého výběrového vzorku činil 9,46 let.

Konkrétně ze 103 dotazovaných zdravotních sester patřilo 57, tj. 55,34% do kategorie s délkou praxe od 1 do 6 let, 16, tj. 15,53% jich patřilo do kategorie s délkou praxe od 7 do 12 let, 15, tj. 14,56% patřilo do kategorie s délkou praxe od 13 do 18 let, 10, tj. 9,71% patřilo do kategorie s délkou praxe od 19 do 24 let a 5 zdravotních sester, tj. 4,85% spadalo do kategorie s délkou praxe od 25 do 30 let. Ze 36 dotazovaných lékařů 7, tj. 19,44% patřilo do kategorie s délkou praxe od 1 do 6 let, 12 lékařů, tj. 33,33% patřilo do kategorie s délkou praxe od 7 do 12 let, 13 lékařů, tj. 36,11% spadalo do kategorie s délkou praxe od 13 do 18 let, 4 lékaři, tj. 11,11% spadali do kategorie s délkou praxe od 19 do 24 let a žádný lékař nepatřil do kategorie s délkou praxe od 25 do 30 let (viz. Tab. č. 6).

Tab. č. 7: Rozdělení zdravotních sester dle dosaženého vzdělání

Dosažené vzdělání	Zdravotní sestry				Celkem	
	Interna		Chirurgie		n _i	f _i (%)
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)		
Střední zdravotnická škola (SZŠ)	41	82,00	39	73,59	80	77,67
Vyšší odborná škola zdravotnická (VOŠZ)	5	10,00	9	16,98	14	13,59
Vysoká škola (VŠ)	4	8,00	5	9,43	9	8,74
Celkem	50	100	53	100	103	100

Z celkového počtu 103 dotazovaných zdravotních sester celkem 80, tj. 77,67% uvedlo jako dosažené vzdělání SZŠ, 14, tj. 13,59% uvedlo VOŠZ a 9, tj. 8,74% uvedlo VŠ.

Z 50 zdravotních sester pracujících na interním oddělení uvedlo 41, tj. 82,00% jako dosažené vzdělání SZŠ, 5, tj. 10,00% uvedlo VOŠZ a 4, tj. 8,00% uvedly VŠ. Z 53 zdravotních sester pracujících na oddělení chirurgickém uvedlo 39, tj. 73,59% jako dosažené vzdělání SZŠ, 9, tj. 16,98% uvedlo VOŠZ a 5, tj. 9,43% uvedlo VŠ (viz. Tab. č. 7).

8.2 Vlastní otázky dotazníku

V níže uvedené části budou analyzována data týkající se vlastních otázek dotazníku.

Tab. č. 8: Jaká je úroveň Vašich zkušeností s péčí o duševně nemocné pacienty

Jaká je úroveň Vašich zkušeností s péčí o duševně nemocné pacienty	Pracoviště				Celkem	
	Interna		Chirurgie		n _i	f _i (%)
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)		
Mám dostatek zkušeností	16	23,53	17	23,94	33	23,74
Mám málo zkušeností	52	76,47	46	64,79	98	70,50
Nemám žádné zkušenosti	0	0	8	11,27	8	5,76
Celkem	68	100	71	100	139	100

Z celkového počtu 139 respondentů 33, tj. 23,74% uvedlo, že má dostatek zkušeností s péčí o duševně nemocné pacienty, 98 respondentů, tj. 70,50% uvedlo, že má málo těchto zkušeností a 8 respondentů, tj. 5,76% uvedlo, že nemá žádné tyto zkušenosti.

Z 68 dotazovaných pracujících na interním oddělení uvedlo 16, tj. 23,53%, že má dostatek zkušeností s péčí o duševně nemocné pacienty, 52, tj. 76,47% uvedlo, že má málo těchto zkušeností, poslední možnost odpovědi nezvolil nikdo. Ze 71 dotazovaných pracujících na oddělení chirurgickém uvedlo 17, tj. 23,94%, že má dostatek zkušeností s péčí o duševně nemocné pacienty, 46, tj. 64,79% uvedlo, že má málo těchto zkušeností a 8, tj. 11,27% uvedlo, že nemá žádné zkušenosti s péčí o duševně nemocné pacienty (viz. Tab. č. 8).

Výzkum tedy ukazuje, že dotazovaní, pracující na interním i chirurgickém oddělení mají nejčastěji málo zkušeností s péčí o duševně nemocné pacienty. Nejvíce takto odpovídaly zdravotní sestry s dosaženým středoškolským vzděláním a lékaři ve věku mezi 21 a 26 lety. Naopak dostatek těchto zkušeností mají nejvíce zdravotní sestry s dosaženým vzděláním VOŠZ ve věku mezi 27 a 32 let s délkou praxe 7-12 let.

Tab. č. 9: Duševně nemocné pacienty na oddělení vnímáte jako, uveďte

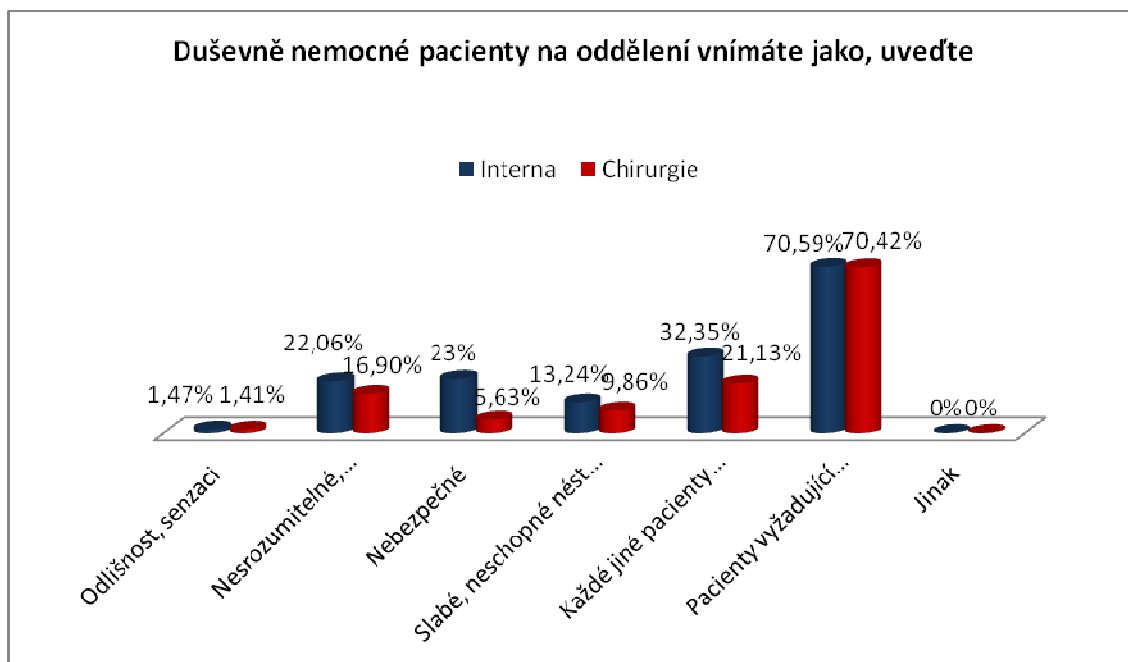
Duševně nemocné pacienty na oddělení vnímáte jako, uveďte	Pracoviště				Celkem	
	Interná		Chirurgie		n _i	f _i (%)
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)		
Odlíšnost, senzaci	1	1,47	1	1,41	2	1,44
Nesrozumitelné, nepředvídatelné	15	22,06	12	16,90	27	19,42
Nebezpečné	16	23,53	4	5,63	20	14,39
Slabé, neschopné nést zodpovědnost	9	13,24	7	9,86	16	11,51
Každé jiné pacienty (somaticky nemocné)	22	32,35	15	21,13	37	26,62
Pacienty vyžadující specifický přístup	48	70,59	50	70,42	98	70,50
Jinak, uveďte	0	0	0	0	0	0
Celkem respondentů	68	163,24	71	125,35	139	143,88

U této otázky měli respondenti možnost označit více variant odpovědí. 1,44% z celkového počtu respondentů vnímá duševně nemocné na oddělení jako odlíšnost, senzaci, 19,42% jako nesrozumitelné, nepředvídatelné, 14,39% jako nebezpečné, 11,51% jako slabé, neschopné nést zodpovědnost, 26,62% jako každé jiné pacienty (somaticky nemocné), 70,50% jako pacienty vyžadující specifický přístup, poslední možnost odpovědi z dotazovaných neuvedl nikdo.

Ze 68 respondentů pracujících na interním oddělení vnímá duševně nemocné pacienty 1,47% jako odlíšnost, senzaci, 22,06% jako nesrozumitelné, nepředvídatelné, 23,53% jako nebezpečné, 13,24% jako slabé, neschopné nést zodpovědnost, 32,35% jako každé jiné pacienty (somaticky nemocné) a 70,59% jako pacienty vyžadující specifický přístup. Ze 71 dotazovaných pracujících na oddělení chirurgickém vnímá 1,41% respondentů duševně nemocné pacienty jako odlíšnost, senzaci, 16,90% jako nesrozumitelné, nepředvídatelné, 5,63% jako nebezpečné, 9,86% jako slabé, neschopné nést zodpovědnost, 21,13% jako každé jiné pacienty (somaticky nemocné) a 70,42% jako pacienty vyžadující specifický přístup (viz. Tab. č. 9 a Obr. č. 1).

Z výzkumu vyplývá, že nejčastěji jsou duševně nemocní pacienti dotazovanými pracujícími na interním i chirurgickém oddělení vnímáni jako pacienti vyžadující

specifický přístup. Tuto možnost zvolily nejčastěji vysokoškolsky vzdělané zdravotní sestry ve věku od 39 do 44 let s délkou praxe 19 až 24 let. Druhou nejčastější odpovědí bylo vnímání duševně nemocných pacientů jako každé jiné pacienty (somaticky nemocné), takto nejvíce odpovídali lékaři, a to nejčastěji ve věku od 39 do 50 let s délkou praxe 13 až 18 let.



Obr. č. 1: Graf: Duševně nemocné pacienty na oddělení vnímáte jako, uveďte

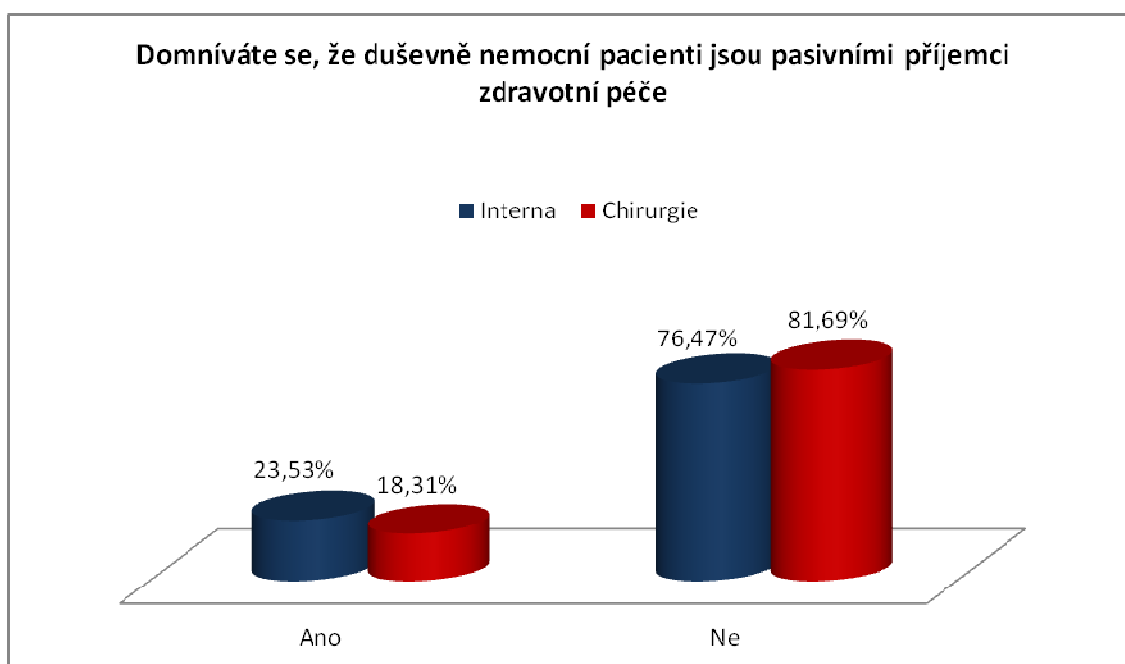
Tab. č. 10: Domníváte se, že duševně nemocní pacienti jsou pasivními příjemci zdravotní péče

Domníváte se, že duševně nemocní pacienti jsou pasivními příjemci zdravotní péče	Pracoviště				Celkem	
	Interna		Chirurgie		n _i	f _i (%)
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)		
Ano	16	23,53	13	18,31	29	20,86
Ne	52	76,47	58	81,69	110	79,14
Celkem	68	100	71	100	139	100

Z celkového počtu 139 respondentů se 29, tj. 20,86% domnívá, že duševně nemocní pacienti jsou pasivními příjemci zdravotní péče a 110 respondentů, tj. 79,14% se domnívá, že nikoliv.

Ze 68 dotazovaných pracujících na interním oddělení se 16, tj. 23,53% domnívá, že duševně nemocní pacienti jsou pasivními příjemci zdravotní péče, 52, tj. 76,47%, že ne. Ze 71 dotazovaných pracujících na chirurgickém oddělení odpovědělo 13, tj. 18,31% na tuto otázku kladně a 58, tj. 81,69% záporně (viz. Tab. č. 10 a Obr. č. 2).

Výzkum ukazuje, že dotazovaní pracující na interním i chirurgickém oddělení se ve většině nedomnívají, že duševně nemocní jsou pasivními příjemci zdravotní péče, nejčastěji takto odpovídali lékaři ve věku od 39 do 44 let s délkou praxe 13 až 18 let. Naopak za pasivní příjemce zdravotní péče jsou duševně nemocní nejčastěji považováni zdravotními sestrami s dosaženým středoškolským vzděláním ve věku od 21 do 26 let.



Obr. č. 2: Graf: Domníváte se, že duševně nemocní pacienti jsou pasivními příjemci zdravotní péče

Tab. č. 11: Obáváte se péče o duševně nemocné pacienty

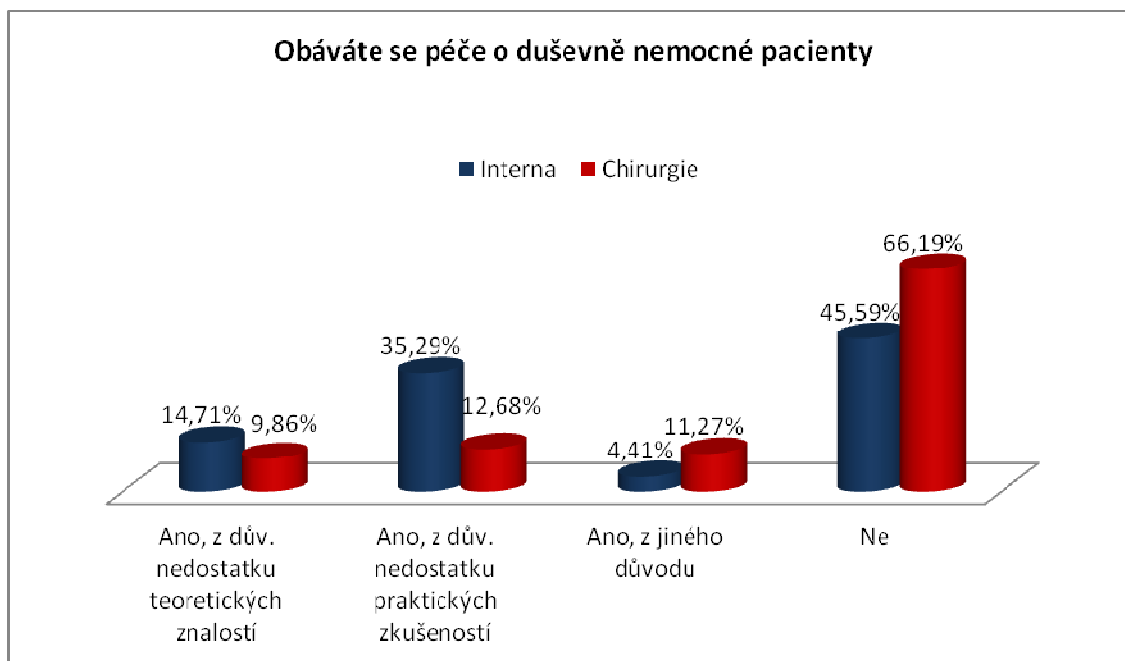
Obáváte se péče o duševně nemocné pacienty	Pracoviště				Celkem	
	Interna		Chirurgie		n _i	f _i (%)
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)		
Ano, z důvodu nedostatku teoretických znalostí o této problematice	10	14,71	7	9,86	17	12,23
Ano, z důvodu nedostatku praktických zkušeností	24	35,29	9	12,68	33	23,74
Ano, z jiného důvodu	3	4,41	8	11,27	11	7,91
Ne	31	45,59	47	66,19	78	56,12
Celkem	68	100	71	100	139	100

Z celkového počtu 139 dotazovaných se 17, tj. 12,23% obává péče o duševně nemocné pacienty z důvodu nedostatku teoretických znalostí o této problematice, 33, tj. 23,74% se péče o duševně nemocné pacienty obává z důvodu nedostatku praktických zkušeností a 11 tj. 7,91% se péče o duševně nemocné pacienty obává z důvodu jiného, kde bylo uváděno nejčastěji z důvodu nepředvídatelného chování P/K, jeho možné agresivity, z důvodu ohrožení P/K i vlastní osoby, dále z důvodu nedostatku nezbytné spolupráce P/K či důvod takový, že duševně nemocní pacienti vyžadují více času, který zdravotnický personál nemá. 78 dotazovaných, tj. 56,12% se péče o duševně nemocné pacienty neobává.

Z 68 dotazovaných pracujících na interním oddělení se 10, tj. 14,71% obává péče o duševně nemocné pacienty z důvodu nedostatku teoretických znalostí, 24, tj. 35,29% se obává této péče z důvodu nedostatku praktických zkušeností, 3, tj. 4,41% se této péče obávají z jiného důvodu a 31 dotazovaných, tj. 45,59% se péče o duševně nemocné pacienty neobává. Ze 71 dotazovaných pracujících na chirurgickém oddělení se 7, tj. 9,86% obává péče o duševně nemocné z důvodu nedostatku teoretických znalostí, 9, tj. 12,68% se této péče obává z důvodu nedostatku praktických zkušeností, 8, tj. 11,27% se této péče obává z jiného důvodu a 47 dotazovaných, tj. 66,19% se péče o duševně nemocné pacienty neobává (viz. Tab. č. 11 a Obr. č. 3).

Z výzkumu vyplývá, že péče o duševně nemocné se dotazovaní pracující na interním i chirurgickém oddělení ve většině neobávají, nejčastěji takto odpovídali lékaři ve věku od 39 do 44 let s délkou praxe od 7 do 12 let. Naopak nejvíce se péče o duševně

nemocné pacienty obávají zdravotní sestry, častěji pracující na interním oddělení ve věku od 21 do 26 let s délkou praxe od 1 do 6 let, a to z důvodu nedostatku praktických zkušeností.



Obr. č. 3: Graf: Obáváte se péče o duševně nemocné pacienty

Tab. č. 12: Obtěžují Vás duševně nemocní pacienti projevy své nemoci

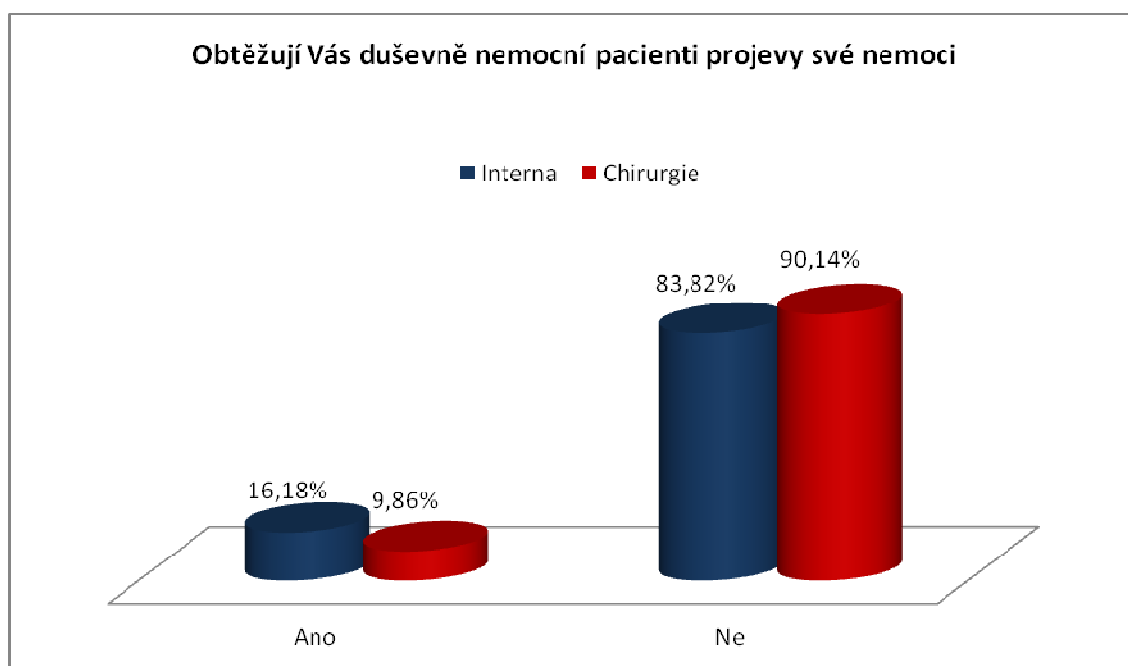
Obtěžují Vás duševně nemocní pacienti projevy své nemoci	Pracoviště				Celkem	
	Interna		Chirurgie		n _i	f _i (%)
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)		
Ano	11	16,18	7	9,86	18	12,95
Ne	57	83,82	64	90,14	121	87,05
Celkem	68	100	71	100	139	100

Z celkového počtu 139 respondentů 18, tj. 12,95% obtěžují duševně nemocní pacienti projevy své nemoci, 121 respondentů, tj. 87,05% nikoliv.

Z 68 respondentů pracujících na interním oddělení 11, tj. 16,18% obtěžují duševně nemocní pacienti projevy své nemoci, 57 respondentů, tj. 83,82% duševně nemocní pacienti projevy své nemoci neobtěžují. Ze 71 dotazovaných pracujících

na chirurgickém oddělení 7, tj. 9,86% obtěžují duševně nemocní pacienti projevy své nemoci, 64 dotazovaných, tj. 90,14% nikoliv (viz. Tab. č. 12 a Obr. č. 4).

Výzkum ukazuje, že dotazovaní pracující na interním i chirurgickém oddělení ve většině nejsou obtěžováni projevy nemoci duševně nemocných pacientů, nejčastěji takto odpověděli lékaři ve věku do 39 do 50 let s délkou praxe 19 až 24 let. Naopak nejvíce duševně nemocní pacienti projevy své nemoci obtěžují zdravotní sestry s dosaženým vzděláním na VOŠZ ve věku od 33 do 38 let s délkou praxe 7 až 12 let.



Obr. č. 4: Graf: Obtěžují Vás duševně nemocní pacienti projevy své nemoci

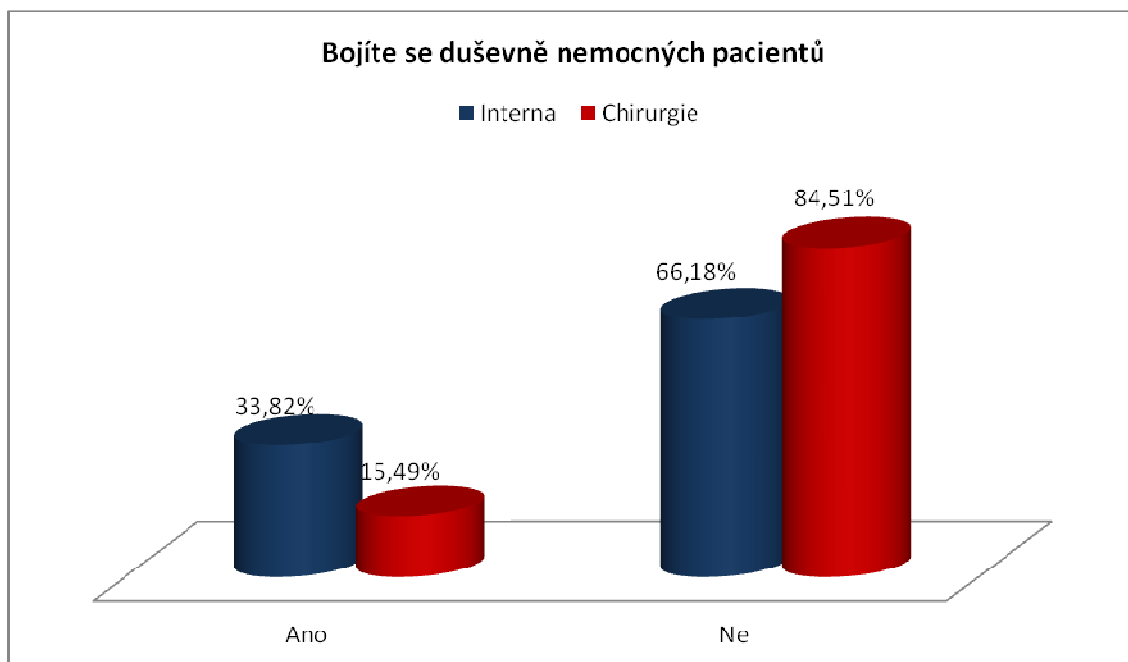
Tab. č. 13: Bojíte se duševně nemocných pacientů

Bojíte se duševně nemocných pacientů	Pracoviště				Celkem	
	Interna		Chirurgie		n _i	f _i (%)
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)		
Ano	23	33,82	11	15,49	34	24,46
Ne	45	66,18	60	84,51	105	75,54
Celkem	68	100	71	100	139	100

Z celkového počtu 139 respondentů se 34, tj. 24,46% bojí duševně nemocných pacientů a 105, tj. 75,54% se duševně nemocných pacientů nebojí.

Z 68 respondentů pracujících na interním oddělení se 23, tj. 33,82% bojí duševně nemocných pacientů a 45, tj. 66,18% se jich nebojí. Ze 71 respondentů pracujících na chirurgickém oddělení se 11, tj. 15,49% duševně nemocných pacientů bojí a 60, tj. 84,51% nikoliv (viz. Tab. č. 13 a Obr. č. 5).

Z výzkumu vyplývá, že dotazovaní pracující na interním i chirurgickém oddělení se ve většině nebojí duševně nemocných pacientů, nejčastěji takto odpověděli lékaři ve věku mezi 39 až 50 lety s délkou praxe 19 až 24 let. Naopak nejvíce se duševně nemocných pacientů bojí zdravotní sestry pracující na interním oddělení s dosaženým středoškolským vzděláním ve věku mezi 21 a 26 lety s délkou praxe 1 až 6 let.



Obr. č. 5: Graf: Bojíte se duševně nemocných pacientů

Tab. č. 14: Co je důvodem Vašeho pohledu na duševně nemocné pacienty

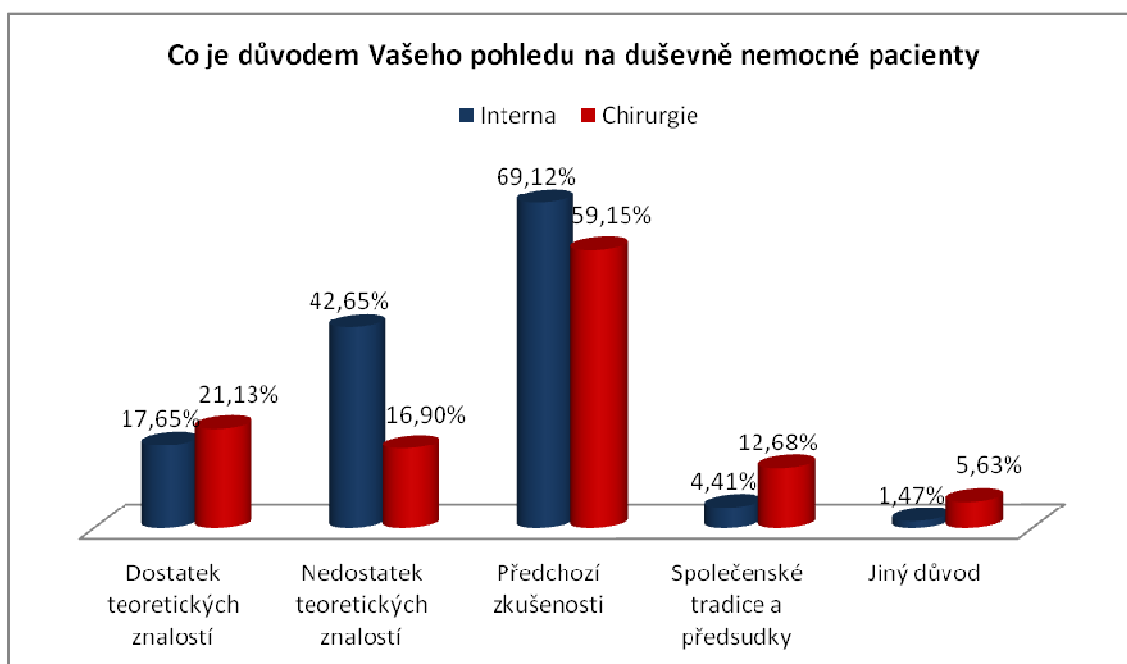
Co je důvodem Vašeho pohledu na duševně nemocné pacienty	Pracoviště				Celkem	
	Interna		Chirurgie		n _i	f _i (%)
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)		
Dostatek teoretických znalostí	12	17,65	15	21,13	27	19,42
Nedostatek teoretických znalostí	29	42,65	12	16,90	41	29,50
Předchozí zkušenosti	47	69,12	42	59,15	89	64,03
Společenské tradice a předsudky	3	4,41	9	12,68	12	8,63
Jiný důvod	1	1,47	4	5,63	5	3,60
Celkem respondentů	68	135,30	71	115,49	139	125,18

U této otázky měli respondenti možnost označit více variant odpovědí. Z celkového počtu 139 respondentů jako důvod pohledu na duševně nemocné pacienty uvádí 27, tj. 19,42% dostatek teoretických znalostí, 41, tj. 29,50% uvádí nedostatek teoretických znalostí, 89, tj. 64,03% uvádí předchozí zkušenosti, 12, tj. 8,63% uvádí společenské tradice a předsudky a 5 respondentů, tj. 3,60% uvádí jiný důvod, nejčastěji nedostatek praxe s duševně nemocnými či duševně nemocný v rodině.

Z 68 dotazovaných pracujících na interním oddělení jako důvod pohledu na duševně nemocné pacienty uvádí 12 dotazovaných, tj. 17,65% dostatek teoretických znalostí, 29, tj. 42,65% uvádí nedostatek teoretických znalostí, 47, tj. 69,12% uvádí předchozí zkušenosti, 3, tj. 4,41% uvádějí společenské tradice a předsudky a 1 respondent, tj. 1,47% uvádí důvod jiný. Ze 71 dotazovaných pracujících na chirurgickém oddělení jako důvod pohledu na duševně nemocné pacienty uvádí 15 dotazovaných, tj. 21,13% dostatek teoretických znalostí, 12, tj. 16,90% uvádí nedostatek teoretických znalostí, 42, tj. 59,15% uvádí předchozí zkušenosti, 9, tj. 12,68% uvádí společenské tradice a předsudky a 4 dotazovaní, tj. 5,63% uvádějí jiný důvod (viz. Tab. č. 14 a Obr. č. 6).

Výzkum ukazuje, že u dotazovaných pracujících na interním i chirurgickém oddělení jsou jako nejčastější důvod pohledu na duševně nemocné pacienty uváděny předchozí zkušenosti. Ty spolu s dostatkem teoretických znalostí nejčastěji označily zdravotní sestry s dosaženým vysokoškolským vzděláním ve věku mezi 27 a 32 lety s délkou praxe 7 až 12 let. Nedostatek teoretických znalostí jako druhý nejčastější důvod

pohledu na duševně nemocné označili nejčastěji lékaři pracující na interním oddělení ve věku od 39 do 44 let s délkou praxe 19 až 24 let.



Obr. č. 6: Graf: Co je důvodem Vašeho pohledu na duševně nemocné pacienty

Tab. č. 15: Víte, na koho se obrátit, koho oslovit, aby Vám poskytl konkrétní rady, jak se chovat ke konkrétnímu pacientovi

Víte, na koho se obrátit, koho oslovit, aby Vám poskytl konkrétní rady, jak se chovat ke konkrétnímu pacientovi	Pracoviště				Celkem	
	Interna		Chirurgie		n _i	f _i (%)
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)		
Ano	26	38,24	43	60,56	69	49,64
Ne	42	61,76	28	39,44	70	50,36
Celkem	68	100	71	100	139	100

Z celkového počtu 139 respondentů 69, tj. 49,64% ví, na koho se obrátit v případě rady ke konkrétnímu pacientovi, nejčastěji byl uváděn lékař psychiatrického oddělení, dále psycholog, ošetřující lékař P/K, staniční sestra, starší a zkušenější kolega, internet, někdo z rodiny P/K či poručník. 70 respondentů, tj. 50,36% neví, na koho se obrátit v případě rady ke konkrétnímu pacientovi.

Ze 68 dotazovaných pracujících na interním oddělení 26, tj. 38,24% ví, na koho se obrátit v případě rady ke konkrétnímu pacientovi a 42, tj. 61,76% nikoliv. Ze 71 dotazovaných pracujících na chirurgickém oddělení 43, tj. 60,56% ví, na koho se obrátit s žádostí o radu ke konkrétnímu pacientovi a 28, tj. 39,44% neví (viz. Tab. č. 15).

Výzkum ukazuje, že dotazovaní pracující na interním oddělení ve většině nevědí, na koho se obrátit, aby jim poskytl konkrétní rady ke konkrétnímu pacientovi, nejčastěji takto odpovídali zdravotní sestry a lékaři ve věku od 27 do 32 let s délkou praxe od 7 do 12 let. Naopak dotazovaní pracující na chirurgickém oddělení ve většině vědí, na koho se obrátit, aby jim poskytl konkrétní rady ke konkrétnímu pacientovi, nejčastěji takto odpovídaly zdravotní sestry s dosaženým vysokoškolským vzděláním ve věku mezi 39 a 50 lety s délkou praxe 19 až 30 let.

Tab. č. 16: Domníváte se, že jste dostatečně informováni o problematice duševně nemocných pacientů

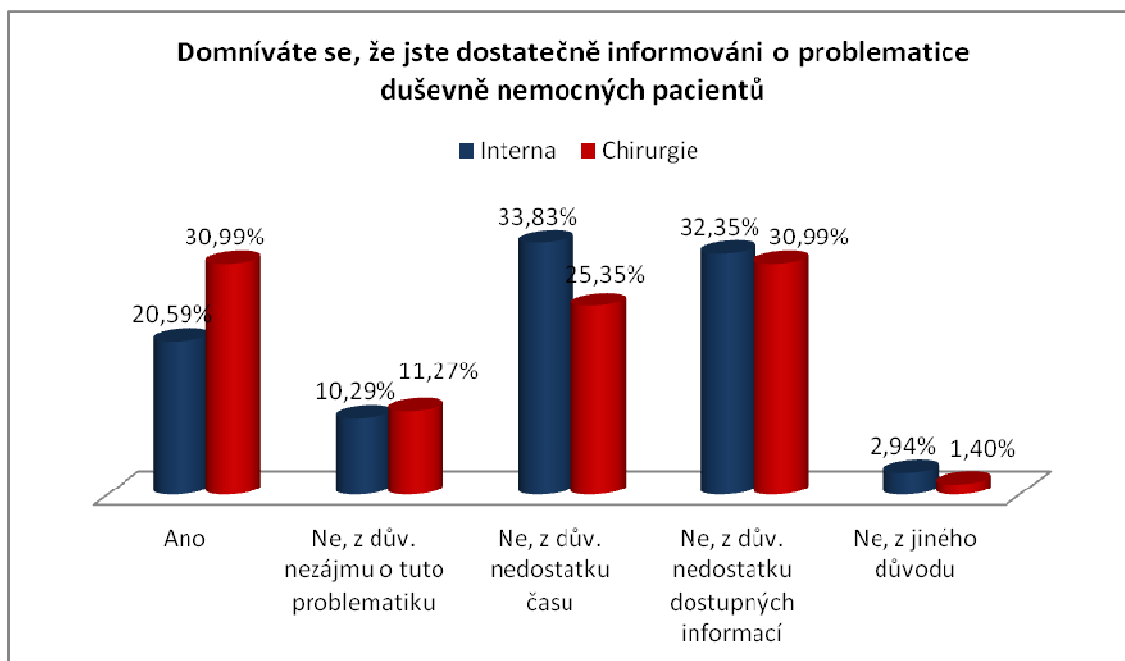
Domníváte se, že jste dostatečně informováni o problematice duševně nemocných pacientů	Pracoviště				Celkem	
	Interná		Chirurgie		n _i	f _i (%)
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)		
Ano	14	20,59	22	30,99	36	25,90
Ne, z důvodu nezájmu o tuto problematiku	7	10,29	8	11,27	15	10,79
Ne, z důvodu nedostatku času	23	33,83	18	25,35	41	29,50
Ne, z důvodu nedostatku dostupných informací	22	32,35	22	30,99	44	31,65
Ne, z jiného důvodu	2	2,94	1	1,40	3	2,16
Celkem respondentů	68	100	71	100	139	100

Z celkového počtu 139 dotazovaných se 36 dotazovaných, tj. 25,90% domnívá, že jsou dostatečně informováni o problematice duševně nemocných pacientů, 15, tj. 10,79% se domnívá, že nejsou dostatečně informováni o této problematice z důvodu nezájmu o tuto problematiku, 41, tj. 29,50% se domnívá, že nejsou dostatečně informováni z důvodu nedostatku času, 44, tj. 31,65% se domnívá, že nejsou dostatečně informováni z důvodu nedostatku dostupných informací o této problematice

a 3 dotazovaní, tj. 2,16% se domnívají, že nejsou dostatečně informováni z důvodu jiného, např. rozsáhlosti této problematiky.

Z 68 dotazovaných pracujících na interním oddělení se 14 dotazovaných, tj. 20,59% domnívá, že jsou dostatečně informováni o problematice duševně nemocných pacientů, 7, tj. 10,29% se domnívá, že nejsou dostatečně informováni z důvodu nezájmu o tuto problematiku, 23, tj. 33,83% se domnívá, že nejsou dostatečně informováni z důvodu nedostatku času, 22, tj. 32,35% se domnívá, že nejsou dostatečně informováni z důvodu nedostatku dostupných informací a 2 dotazovaní, tj. 2,94% uvádějí jiný důvod nedostatečné informovanosti o této problematice. Ze 71 dotazovaných pracujících na chirurgickém oddělení se 22 dotazovaných, tj. 30,99% domnívá, že jsou dostatečně informováni o této problematice, 8, tj. 11,27% se domnívá, že nejsou dostatečně informováni z důvodu nezájmu o tuto problematiku, 18, tj. 25,35% se domnívá, že nejsou dostatečně informováni z důvodu nedostatku času, 22, tj. 30,99% se domnívá, že nejsou dostatečně informováni z důvodu nedostatku dostupných informací a 1 dotazovaný, tj. 1,40% se domnívá, že je nedostatečně informován o této problematice z jiného důvodu (viz. Tab. č. 16 a Obr. č. 7).

Z výzkumu vyplývá, že dotazovaní pracující na interním i chirurgickém oddělení se častěji domnívají, že nejsou dostatečně informováni o problematice duševně nemocných pacientů. Za nedostatečně informované se z důvodu nezájmu o tuto problematiku považují nejčastěji zdravotní sestry s dosaženým středoškolským vzděláním ve věku 39 až 44 let s délkou praxe 19 až 24 let. Nedostatek času uvedli jako důvod nedostatečné informovanosti nejčastěji lékaři ve věku 27 až 32 let. Nedostatečně informované z důvodu nedostatku dostupných informací jsou nejčastěji zdravotní sestry s dosaženým středoškolským vzděláním ve věku 21 až 26 let. Naopak za dostatečně informované o problematice duševně nemocných pacientů se nejvíce považují zdravotní sestry častěji pracující na chirurgickém oddělení s dosaženým vzděláním na VOŠZ a VŠ ve věku 33 až 38 let s délkou praxe 7 až 12 let.



Obr. č. 7: Graf: Domníváte se, že jste dostatečně informováni o problematice duševně nemocných pacientů

Tab. č. 17: Navštívil/-a jste během posledních 3 let nějakou vzdělávací akci týkající se problematiky duševně nemocných pacientů

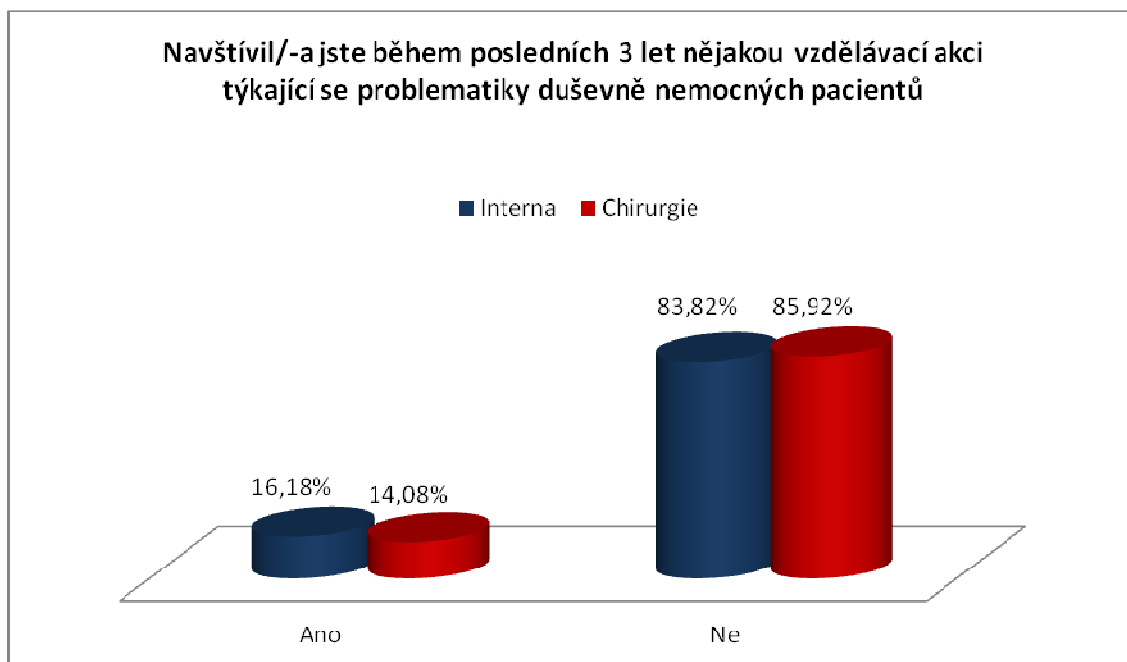
Navštívil/-a jste během posledních 3 let nějakou vzdělávací akci týkající se problematiky duševně nemocných pacientů	Pracoviště				Celkem	
	Interna		Chirurgie		n _i	f _i (%)
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)		
Ano	11	16,18	10	14,08	21	15,11
Ne	57	83,82	61	85,92	118	84,89
Celkem	68	100	71	100	139	100

Z celkového počtu 139 respondentů 21, tj. 15,11% navštívilo během posledních 3 let nějakou vzdělávací akci týkající se problematiky duševně nemocných pacientů, nejčastěji byly uváděny semináře pořádané psychiatrickým oddělením, psychiatrické minimum pro nepsychiatrické sestry či návštěva psychiatrického oddělení s výkladem. 118 respondentů, tj. 84,89% žádnou takovou akci nenavštívilo.

Z 68 respondentů pracujících na interním oddělení 11, tj. 16,18% navštívilo během posledních 3 let nějakou vzdělávací akci týkající se problematiky duševně nemocných pacientů, 57, tj. 83,82% nikoliv. Ze 71 respondentů pracujících na chirurgickém

oddělení 10, tj. 14,08% navštívilo během posledních 3 let nějakou vzdělávací akci týkající se problematiky duševně nemocných, 61 respondentů, tj. 85,92% ne. (viz. Tab. č. 17 a Obr. č. 8).

Výzkum ukazuje, že dotazovaní pracující na interním i chirurgickém oddělení ve většině nenašli během posledních 3 let vzdělávací akci týkající se problematiky duševně nemocných, nejčastěji takto odpovídaly sestry s dosaženým vzděláním na VOŠZ ve věku mezi 21 až 26 lety s délkou praxe 1 až 6 let. Naopak podobnou vzdělávací akci během posledních 3 let navštívili nejčastěji lékaři ve věku mezi 33 a 38 lety s délkou praxe 7 až 12 let.



Obr. č. 8: Graf: Navštívil/-a jste během posledních 3 let nějakou vzdělávací akci týkající se problematiky duševně nemocných pacientů

Tab. č. 18: Měl/-a jste možnost dozvědět se o specifických jednání s duševně nemocnými pacienty

Měl/-a jste možnost dozvědět se o specifických jednání s duševně nemocnými pacienty	Pracoviště				Celkem	
	Interna		Chirurgie			
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Ano	23	33,82	20	28,17	43	30,94
Ne	45	66,18	51	71,83	96	69,06
Celkem	68	100	71	100	139	100

Z celkového počtu 139 dotazovaných mělo 43, tj. 30,94% možnost dozvědět se o specifických jednání s duševně nemocnými pacienty a 96, tj. 69,06% nikoliv.

Z 68 dotazovaných pracujících na interním oddělení mělo 23, tj. 33,82% možnost dozvědět se o specifických jednání s duševně nemocnými pacienty, 45, tj. 66,18% tuto možnost nemělo. Ze 71 dotazovaných pracujících na chirurgickém oddělení mělo 20, tj. 28,17% možnost dozvědět se o specifických jednání s duševně nemocnými pacienty a 51, tj. 71,83% nikoliv (viz. Tab. č. 18).

Z výzkumu vyplývá, že většina dotazovaných pracujících na interním i chirurgickém oddělení možnost dozvědět se o specifických jednání s duševně nemocnými pacienty neměla, nejčastěji takto odpovídaly zdravotní sestry s dosaženým vzděláním na SZŠ a VOŠZ ve věku od 27 do 32 let. Naopak tuto možnost měli nejčastěji lékaři ve věku od 39 do 44 let.

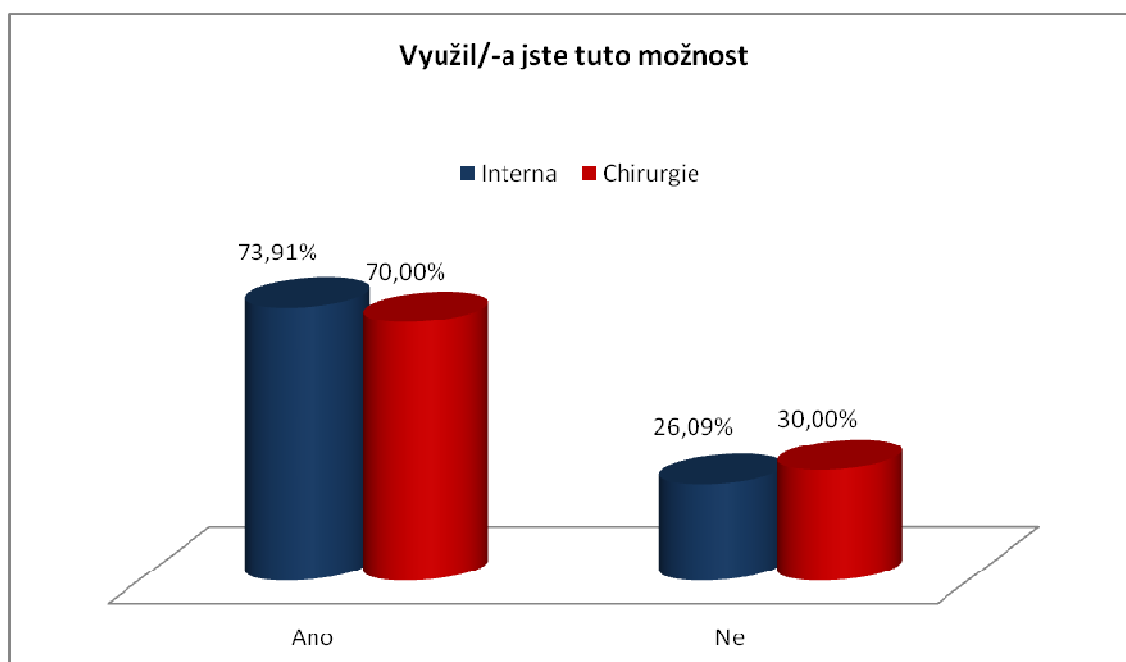
Tab. č. 19: Využil/-a jste tuto možnost

Využil/-a jste tuto možnost	Pracoviště				Celkem	
	Interna		Chirurgie			
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Ano	17	73,91	14	70,00	31	72,09
Ne	6	26,09	6	30,00	12	27,91
Celkem	23	100	20	100	43	100

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku předchozí, tedy 43 respondentů. Z nich 31, tj. 72,09% možnost dozvědět se o specifických jednání s duševně nemocnými pacienty využilo, 12, tj. 27,91% nikoliv.

Z 23 dotazovaných pracujících na interním oddělení, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně, 17, tj. 73,91% využilo možnost dozvědět se o specifických jednání s duševně nemocnými pacienty, 6, tj. 26,09% tuto možnost nevyužilo. Z 20 dotazovaných pracujících na chirurgickém oddělení, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně, 14, tj. 70,00% využilo možnost dozvědět se o specifických jednání s duševně nemocnými pacienty a 6, tj. 30,00% nikoliv (viz. Tab. č. 19 a Obr. č. 9).

Výzkum ukazuje že, pokud možnost dozvědět se o specifických jednání s duševně nemocnými pacienty dotazovaní měli, většina těchto dotazovaných pracujících na interním i chirurgickém oddělení tuto možnost také využila, a to nejčastěji zdravotní sestry s dosaženým vysokoškolským vzděláním ve věku od 27 až 32 let s délkou praxe 7 až 12 let. Naopak tuto možnost nejčastěji nevyužili lékaři ve věku mezi 21 až 32 lety s délkou praxe 1 až 6 let.



Obr. č. 9: Graf: Využil/-a jste tuto možnost

Tab. č. 20: Máte zájem o prohloubení svých poznatků a vědomostí týkajících se problematiky duševně nemocných pacientů

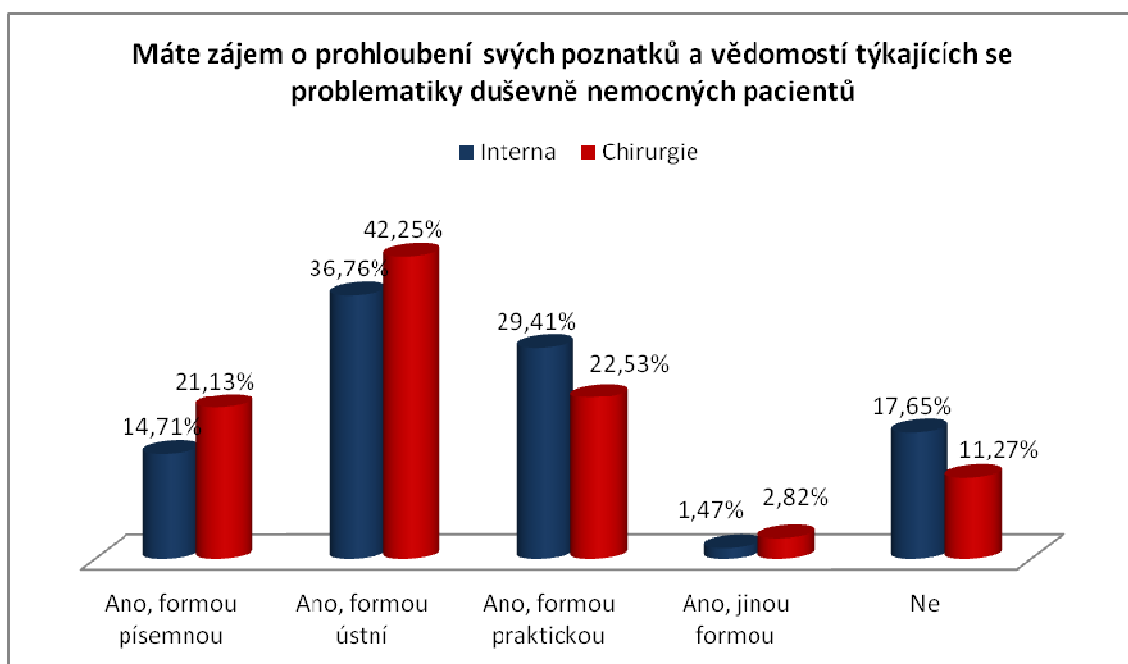
Máte zájem o prohloubení svých poznatků a vědomostí týkajících se problematiky duševně nemocných pacientů	Pracoviště				Celkem	
	Interná		Chirurgie			
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Ano, nejlépe formou písemnou	10	14,71	15	21,13	25	17,99
Ano, nejlépe formou ústní	25	36,76	30	42,25	55	39,57
Ano, nejlépe formou praktickou	20	29,41	16	22,53	36	25,89
Ano, nejlépe formou jinou	1	1,47	2	2,82	3	2,16
Ne	12	17,65	8	11,27	20	14,39
Celkem respondentů	68	100	71	100	139	100

Z celkového počtu 139 respondentů má 25 respondentů, tj. 17,99% zájem o prohloubení svých poznatků a vědomostí týkajících se problematiky duševně nemocných pacientů formou písemnou, 55, tj. 39,57% má zájem o prohloubení vědomostí formou ústní, 36, tj. 25,89% má zájem o prohloubení vědomostí formou praktickou a 3 dotazování, tj. 2,16% mají zájem o prohloubení vědomostí jinou formou, např. pomocí emailu či internetu. 20 dotazovaných, tj. 14,39% nemá zájem o prohloubení vědomostí týkajících se problematiky duševně nemocných pacientů.

Z 68 dotazovaných pracujících na interním oddělení má 10 dotazovaných, tj. 14,71% zájem o prohloubení vědomostí týkajících se problematiky duševně nemocných pacientů formou písemnou, 25, tj. 36,76% má zájem o prohloubení vědomostí formou ústní, 20, tj. 29,41% má zájem o prohloubení vědomostí formou praktickou, 1 dotazovaný, tj. 1,47% má zájem o prohloubení vědomostí jinou formou a 12 dotazovaných, tj. 17,65% nemá zájem o prohloubení vědomostí týkajících se problematiky duševně nemocných pacientů. Ze 71 dotazovaných pracujících na chirurgickém oddělení má 15 dotazovaných, tj. 21,13 % zájem o prohloubení vědomostí týkajících se problematiky duševně nemocných pacientů formou písemnou, 30, tj. 42,25% má zájem o prohloubení vědomostí formou ústní, 16, tj. 22,53% má zájem o prohloubení vědomostí formou praktickou, 2 dotazování, tj. 2,82% mají zájem o prohloubení vědomostí jinou formou a 8 dotazovaných, tj. 11,27% nemá zájem

o prohloubení vědomostí týkajících se problematiky duševně nemocných pacientů (viz. Tab. č. 20 a Obr. č. 10).

Z výzkumu vyplývá, že dotazovaní pracující na interním i chirurgickém oddělení ve většině mají zájem o prohloubení svých vědomostí týkajících se problematiky duševně nemocných pacientů, a to nejčastěji ústní formou, nejvíce takto odpovídali lékaři ve věku od 39 do 44 let s délkou praxe 13 až 18 let. O prohloubení vědomostí formou písemnou a praktickou mají zájem nejčastěji zdravotní sestry s dosaženým vysokoškolským vzděláním ve věku 33 až 38 let s délkou praxe 7 až 12 let. Naopak zájem o prohloubení vědomostí nemají nejvíce zdravotní sestry častěji pracující na interním oddělení s dosaženým středoškolským vzděláním ve věku od 39 do 44 let s délkou praxe 13 až 24 let.



Obr. č. 10: Graf: Máte zájem o prohloubení svých poznatků a vědomostí týkajících se problematiky duševně nemocných pacientů

9 DISKUZE

Na základě analýzy získaných informací vyhodnocením dotazníků lze vyslovit následující závěry.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že z důvodu společenských předsudků a nedostatečné informovanosti o problematice duševně nemocných, vnímá většina dotazovaných duševně nemocné pacienty jako pasivní konzumenty péče, kteří nejsou schopni nést odpovědnost a aktivně se podílet na svém uzdravování.

Tato hypotéza nebyla potvrzena. Většina, tj. 79,14% dotazovaných nevnímá duševně nemocné pacienty jako pasivní konzumenty zdravotní péče. Nedostatek teoretických znalostí byl však uváděn jako druhý nejčastější důvod pohledu na duševně nemocné pacienty, hned po předchozích zkušenostech. Společenské tradice a předsudky nebyly nijak významně zastoupeny jako důvod pohledu na duševně nemocné.

Tento výsledek pro mě byl však překvapujícím, neboť v souvislosti s vlastními zkušenostmi a informacemi získanými z odborné literatury jsem očekávala, že bude více dotazovaných považovat duševně nemocné za pasivní konzumenty péče. Také jsem se domnívala, že v převážné většině budou jako důvod pohledu na duševně nemocné vedle nedostatečné informovanosti uváděny především společenské tradice a předsudky. Důvodem proč tomu tak nebylo, by mohlo být ne zcela pravdivé vyplnění údajů dotazovanými. Zde se tak mohlo projevit jedno z negativ dotazníkové metody, kdy respondenti uváděli takové odpovědi, které se domnívali, že jsou od nich očekávány, aby vyplnily. Nicméně si myslím, že by v tomto případě bylo žádoucí snížit povědomí o duševně nemocných jako o pasivních konzumentech péče na úplné minimum.

Cíl č. 1 byl splněn. Bylo zjištěno, jak zdravotní sestry a lékaři nepsychiatrických oddělení vnímají duševně nemocné pacienty na svém oddělení.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že většina dotazovaných se nezajímá o problematiku duševně nemocných pacientů.

Tato hypotéza nebyla potvrzena. Většina, tj. 85,61% dotazovaných má zájem o prohloubení svých vědomostí týkajících se problematiky duševně nemocných pacientů, a to především ústní formou. V dotazníku jsem dále zjišťovala, zda dotazovaní měli možnost dozvědět se o specifických jednání s duševně nemocnými. Zajímavé je zjištění, že pouze 30,94% dotazovaných odpovědělo kladně. Z těch dotazovaných, kteří tuto možnost měli, ji také většina, tj. 72,09% využila.

Důvodů, proč se hypotéza nepotvrdila, může být dle mého názoru více. Jedním může být fakt, že problematika duševně nemocných se dotazovaným zdá být zajímavá, nejedná se totiž o často diskutované téma. Dalším důvodem velkého zájmu o informace k této problematice mohou být výzkumem potvrzené nedostatečné informace a nedostatečné zkušenosti s péčí o duševně nemocné. Dotazovaní tak projevují zájem o doplnění deficitu týkajícího se této oblasti, což hodnotím velmi kladně.

Cíl č. 2 byl splněn. Bylo zjištěno, zda se zdravotní sestry a lékaři nepsychiatrických oddělení zajímají o problematiku duševně nemocných pacientů.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že většina dotazovaných zdravotních sester chápe duševně nemocného pacienta jako holistickou bytost, avšak lékaři jsou zaměřeni především na somatickou stránku pacienta.

Tato hypotéza byla potvrzena. Zdravotní sestry častěji vnímají duševně nemocné pacienty jako pacienty vyžadující specifický přístup. Lékaři častěji vnímají duševně nemocné pacienty jako každé jiné pacienty (somaticky nemocné). Tyto parametry však nemohou být zcela zevšeobecněny vzhledem k menšímu vzorku dotazovaných lékařů.

Získaná data však poukázala ještě na jeden velice zajímavý fakt, a to, že zdravotní sestry ve věku mezi 21 až 26 lety s délkou praxe 1 až 6 let s dosaženým středoškolským vzděláním častěji než ostatní zdravotní sestry vnímají duševně nemocné jako pasivní příjemce péče, častěji se obávají péče o duševně nemocné a jich samotných, domnívají

se také, že nejsou dostatečně informovány, a to z důvodu nedostatku dostupných informací o této problematice. Naopak lékaři ve věku 39 až 50 let s mnohaletou praxí častěji nevnímají duševně nemocné jako pasivní příjemce péče, neobávají se péče ani duševně nemocných samotných a také měli častěji možnost se dozvědět o specifických jednání s duševně nemocnými pacienty. Domnívám se, že v tomto případě sehrál zcela evidentně svou roli věk dotazovaných a množství nasbíraných zkušeností za dobu praxe, možná také dosažené vzdělání.

Cíl č. 3 byl splněn. Byly porovnány pohledy zdravotních sester a pohledy lékařů na duševně nemocné pacienty.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že v interních oborech, vzhledem k obvykle déletrvajícím hospitalizacím, jsou duševně nemocní vnímáni jako holistické bytosti, avšak v chirurgických oborech, vzhledem ke krátkodobé hospitalizaci, dochází k depersonalizaci péče o duševně nemocné pacienty.

Tato hypotéza nebyla potvrzena. Většina dotazovaných z interních i chirurgických oborů, tj. 70,50% má málo zkušeností s péčí o duševně nemocné pacienty. Dotazovaní pracující na interním oddělení se však častěji obávají péče o duševně nemocné pacienty i duševně nemocných pacientů samotných, častěji nevědí, na koho se mají obrátit v případě potřeby konkrétní rady ke konkrétnímu pacientovi. Zdravotní sestry interních oborů častěji nemají zájem o problematiku duševně nemocných pacientů a lékaři interních oborů častěji jako důvod pohledu na duševně nemocné uvádějí nedostatek teoretických znalostí.

Tyto výsledky však byly velmi překvapivé. Vycházela jsem z předpokladu, že na interních odděleních se zdravotníci častěji setkávají s duševně nemocnými pacienty a že tak mají více zkušeností. I přes to však, že úroveň zkušeností s duševně nemocnými v interních i chirurgických oborech byla srovnatelná, výzkum ukázal, že postoje zdravotníků pracujících na interních a chirurgických odděleních se v mnoha ohledech liší. Pro mě je zarážejícím především fakt, že většina zdravotníků pracujících na interním oddělení, konkrétně 61,76% neví, na koho se obrátit v případě konkrétní rady ke konkrétnímu pacientovi. Myslím si však, že toto povědomí by rozhodně mělo

být vyšší než jak ukázal tento výzkum. V konfrontaci s výsledky mě tedy napadá, že možná právě častější a delší působnost duševně nemocných zrovna na interních odděleních mohla být příčinou výše zmiňovaných postojů zdravotníků z interních odděleních.

Cíl č. 4 byl splněn. Bylo porovnáno vnímání duševně nemocných pacientů v interních a chirurgických oborech.

Podobný výzkum, který zjišťoval přístup nepsychiatrických zdravotnických pracovníků k péči o duševně nemocné pacienty, proběhl ve všeobecné nemocnici v Nigerii v roce 2009. Pomocí dotazníku byly mapovány postoje zdravotnických pracovníků k umístění psychiatrického oddělení a k duševně nemocným pacientům samotným. Porovnání některých výsledků této studie s výsledky výše uvedeného šetření se na tomto místě ukázalo být zajímavé. (22)

Zejména pozoruhodný je fakt, že i v africké studii byl prokázán významný vztah mezi profesemi dotazovaných a jejich přístupem k péči o duševně nemocné pacienty. Většina lékařů zde např. nesouhlasila s umístěním psychiatrického oddělení v rámci areálu nemocnice, naopak více zdravotních sester v tomto případě opovědělo kladně. Většina zdravotních sester však byla odmítavá k umístění jejich pracovního místa blízko psychiatrického oddělení. Jako důvody negativního postoje zdravotníků k duševně nemocným pacientům byly uváděny nedostatek informací či ve společnosti hluboko zakořeněné obavy z nepředvídatelnosti a nebezpečnosti duševně nemocných. (22)

Výše uvedené informace vyplývající z výzkumu pro tuto práci však nemohou být plně zevšeobecněny vzhledem k počtu respondentů a obecně šíři šetření. Dalším aspektem může být také to, že někteří dotazovaní mohli odpovídat tak, aby odpovědi korespondovaly s jejich statutem a ne s jejich skutečným pohledem na duševně nemocné pacienty. K tomu, aby bylo možné výsledky generalizovat či přijímat za obecně platné, by bylo nutné provést podobné šetření ještě v dalších zdravotnických zařízeních, v širším rozsahu. Nicméně výsledky výše uvedeného šetření v rámci této práce a jejích cílů mohou přispět k nasměrování pozornosti k této problematice a popřípadě k jejímu dalšímu zpracování.

10 NÁVRHY NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ

Na úvod této kapitoly, jež má pojednávat o návrzích na řešení zjištěných nedostatků, se zdá být příhodné následující rčení.

„Je-li společenský řád špatný, a ty jej chceš napravit, je zapotřebí, aby všichni lidé se polepšili; a na to máš v moci pouze jedinou věc: polepšiti se sám.“

východní moudrost [8]

Po zhodnocení výsledků výzkumu této práce jsem dospěla k několika návrhům, které by mohly pomoci změnit vnímání duševně nemocných pacientů na nepsychiatrických odděleních.

Jak ukázal výzkum, většina dotazovaných se domnívá, že nejsou dostatečně informováni o problematice duševně nemocných. A právě nedostatek teoretických znalostí byl uváděn nejčastěji, hned po předchozích zkušenostech, jako důvod pohledu na duševně nemocné pacienty. Zároveň však výzkum ukázal, že většina dotazovaných nenavštívila během posledních tří let žádnou vzdělávací akci týkající se dané problematiky, většina dotazovaných ani neměla tu možnost dozvědět se o specifických jednání s duševně nemocnými. Ti však, kteří tuto možnost měli, ji také ve většině využili. Převážná většina dotazovaných také uvedla, že mají zájem prohloubit své vědomosti týkající se problematiky duševně nemocných. Pro většinu dotazovaných je jako způsob získání informací nejpřijatelnější forma ústní.

Právě tyto poznatky ukazují, že je zcela nezbytné zasadit se o zvýšení povědomí o problematice duševně nemocných mezi zdravotnickými pracovníky nepsychiatrických oddělení. Pozitivním pro tento návrh shledávám vedle uvědomění si deficitu informovanosti u zdravotníků také z jejich strany projevený zájem o získání informací. Z výsledků výzkumu tedy plyne, že nejefektivněji by se dalo zapůsobit na změnu vnímání duševně nemocných u zdravotníků nepsychiatrických oddělení předáváním informací o této problematice, a to formou přednášek či seminářů, jako nejvíce preferovaným způsobem sdělení těchto informací.

Výzkum dále ukázal, že nejčastěji jsou nedostatečně informováni, a to zejména z důvodu nedostatku dostupných informací o této problematice, zdravotní sestry s dosaženým středoškolským vzděláním ve věku mezi 21 a 26 lety pracující na interním oddělení. Ty zároveň nejčastěji vnímají duševně nemocné jako pasivní příjemce péče, nejčastěji se také obávají péče o duševně nemocné i jich samotných. Nedostatek teoretických znalostí jako důvod pohledu na duševně nemocné nejčastěji uvádějí lékaři pracující na interním oddělení. Domnívám se tedy, že právě zdravotníci interních oddělení by měli být hlavní cílovou skupinou této informační osvěty.

Další v praxi uplatnitelný návrh by mohl být zaměřený ještě na přípravu budoucích zdravotních sester i lékařů. Chápu, že z důvodu časového omezení a důležitosti také jiných oblastí není problematice duševně nemocných věnováno tolik času, kolik by si jistě zasloužila. I zde však zvýšení informovanosti týkající se dané problematiky může být, dle mého mínění, krokem ke změně vnímání duševně nemocných zdravotnickými pracovníky.

Věřím, že tato navržená opatření by mohla být tou správnou cestou k destigmatizaci duševních poruch a duševně nemocných samotných ve zdravotnictví, kde se přeci očekává a má být samozřejmostí profesionální přístup zdravotnických pracovníků, a to ve všech oblastech péče.

ZÁVĚR

Tématem této práce bylo *Vnímání duševně nemocných pacientů na nepsychiatrických odděleních*. Celá práce byla rozdělena na dvě části.

Část první, teoretická, vycházející zejména z dostupné literatury, se zabývala problematikou duševních poruch a duševně nemocných. Vedle uvedení do problematiky vysvětlením základních pojmů, seznámením s klasifikací duševních poruch a jejich projevy, byla tato část práce věnována především postavení a vnímání duševně nemocných ve společnosti a dále vztahu duševně nemocných a zdravotnických pracovníků. Zdůrazněn zde byl v dnešní době velice závažný problém týkající se dané problematiky, a to stigmatizace duševních poruch a duševně nemocných spolu s nastíněním destigmatizačních opatření. K uzavření a zároveň doplnění teoretické části zde byla uvedena kasuistika vztahující se k problematice vnímání duševně nemocných zdravotníky nepsychiatrických oddělení s vypracovaným ošetrovatelským procesem.

Druhá část práce, praktická, byla věnována výzkumu s cílem zjistit, jak zdravotníci, konkrétně lékaři a zdravotní sestry nepsychiatrických oddělení vnímají duševně nemocné pacienty, a zda mají zájem o prohloubení svých poznatků týkajících se této problematiky. Dalším úkolem bylo porovnat pohledy zdravotních sester a lékařů na duševně nemocné pacienty a také srovnat vnímání duševně nemocných pacientů na interních a chirurgických odděleních. Po seznámení s výsledky výzkumného šetření a jejich zhodnocení byla navržena vhodná doporučení, spočívající především ve zvýšení povědomí a informovanosti o dané problematice mezi zdravotníky nepsychiatrických oddělení, která by mohla vést ke změně vnímání duševně nemocných pacientů a především k redukci stigmatu.

Výstup z této práce pro ošetrovatelskou praxi spatřuji v poskytnutí výzkumem získaných poznatků psychiatrickému oddělení pro dospělé v KNL, a.s. Zmapování aktuální situace týkající se vnímání duševně nemocných pacientů na nepsychiatrických odděleních tak zcela jistě pomůže při jejich destigmatizačním úsilí. To se bude moci ubírat tím správným směrem a bude moci být aplikováno na zdravotnické pracovníky nepsychiatrických oddělení co nejefektivněji tak, aby se z jejich strany duševně nemocní pacienti dočkali co nejvíce profesionálního, avšak také lidského přístupu.

Přeji si, aby tato práce spolu s výsledky výzkumného šetření byla přínosem všem, kteří projeví zájem o tuto problematiku, a aby ve svém důsledku vedla alespoň k zamyšlení se nad sebou sama a vlastním vztahem k duševně nemocným, tak jako věnování se této práci donutilo mnohokrát mě samotnou.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

Monografie:

1. BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P.; TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. s. 146. ISBN 80-7013-416-X.
2. BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. s. 218. ISBN 80-85824-45-0.
3. ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin: pojednání pro inteligentní čtenáře*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. s. 236. ISBN 80-7169-086-4.
4. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. s. 568. ISBN 80-247-0242-8.
5. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 774. ISBN 80-7178-303-X.
6. HAUSNER, M. *Duševně nemocný mezi námi*. 4. vyd. Praha: Avicenum, 1981. s. 128. ISBN 08-068-82.
7. JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. s. 190. ISBN 08-073-87.
8. LENČO, J. *Perly rozumu*. 1. vyd. Ostrava: Knižní expres, 1997. s. 181. ISBN 80-902272-2-8.
9. MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 144. ISBN 80-7178-700-0.
10. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 264. ISBN 80-247-1399-3.
11. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 352. ISBN 80-247-1151-6.
12. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2007. s. 472. ISBN 978-80-200-1499-3.
13. SLEZÁKOVÁ L. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III: gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 216. ISBN 978-80-247-2270-2.

14. STYX, P. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. s. 178. ISBN 80-7226-828-7.
15. ŠLAISOVÁ, I.; HOSÁK, L.; MICHÁLKOVÁ, V. *Ošetřovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium*. 1. vyd. Hradec Králové: NUCLEUS HK, 2004. s. 92. ISBN 80-86225-51-8.
16. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 872. ISBN 978-80-7367-414-4.
17. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 192. ISBN 80-7184-494-2.
18. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. s. 206. ISBN 80-7184-203-6.

Elektronické zdroje:

19. *Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online]. 2010 [cit. 6.3.2010]. Dostupné z WWW: <<http://fnhk.cz/>>.
20. *Fakultní nemocnice Hradec Králové-1. interní klinika* [online]. 2010 [cit. 6.3.2010]. Dostupné z WWW: <<http://fnhk.cz/cze/index.php?dir=42&id=361>>.
21. *Fakultní nemocnice Hradec Králové-Chirurgická klinika* [online]. 2010 [cit. 6.3.2010]. Dostupné z WWW: <<http://fnhk.cz/cze/index.php?dir=42&id=649>>.
22. CHIKAODIRI, A. *Attitude of health workers to the care of psychiatric patients*. *Annals of general psychiatry* [online]. 2009, vol. 8, [cit. 20.3.2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736938/>>.
23. *Krajská nemocnice Liberec, a.s.-Současnost* [online]. 2010 [cit. 6.3.2010]. Dostupné z WWW: <http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_2>.
24. *Krajská nemocnice Liberec, a.s.-Oddělení* [online]. 2010 [cit. 6.3.2010]. Dostupné z WWW: <http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_33>.
25. LIBIGER, J. *Stigma duševního onemocnění*. *Psychiatrie* [online]. 2001, č. 1, [cit. 4.4.2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/08libige.htm>>.
26. PRAŠKO, J. *Stigmatizace u „psychogenních poruch“*. *Psychiatrie* [online]. 2001, č. 1, [cit. 5.4.2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/07prasko.htm>>.

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1: Celková návratnost dotazníků

Tab. č. 2: Návratnost dotazníků z jednotlivých zdravotnických zařízení

Tab. č. 3: Návratnost dotazníků z jednotlivých pracovišť

Tab. č. 4: Rozdělení vzorku dle pracovního zařazení a pracoviště

Tab. č. 5: Rozdělení vzorku dle věku

Tab. č. 6: Rozdělení vzorku dle délky praxe

Tab. č. 7: Rozdělení zdravotních sester dle dosaženého vzdělání

Tab. č. 8: Jaká je úroveň Vašich zkušeností s péčí o duševně nemocné pacienty

Tab. č. 9: Duševně nemocné pacienty na oddělení vnímáte jako, uveďte

Tab. č. 10: Domníváte se, že duševně nemocní pacienti jsou pasivními příjemci zdravotní péče

Tab. č. 11: Obáváte se péče o duševně nemocné pacienty

Tab. č. 12: Obtěžují Vás duševně nemocní pacienti projevy své nemoci

Tab. č. 13: Bojíte se duševně nemocných pacientů

Tab. č. 14: Co je důvodem Vašeho pohledu na duševně nemocné pacienty

Tab. č. 15: Víte, na koho se obrátit, koho oslovit, aby Vám poskytl konkrétní rady, jak se chovat ke konkrétnímu pacientovi

Tab. č. 16: Domníváte se, že jste dostatečně informováni o problematice duševně nemocných pacientů

Tab. č. 17: Navštívil/-a jste během posledních 3 let nějakou vzdělávací akci týkající se problematiky duševně nemocných pacientů

Tab. č. 18: Měl/-a jste možnost dozvědět se o specifických jednání s duševně nemocnými pacienty

Tab. č. 19: Využil/-a jste tuto možnost

Tab. č. 20: Máte zájem o prohloubení svých poznatků a vědomostí týkajících se problematiky duševně nemocných pacientů

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1: Graf: Duševně nemocné pacienty na oddělení vnímáte jako, uveďte

Obr. č. 2: Graf: Domníváte se, že duševně nemocní pacienti jsou pasivními příjemci zdravotní péče

Obr. č. 3: Graf: Obáváte se péče o duševně nemocné pacienty

Obr. č. 4: Graf: Obtěžují Vás duševně nemocní pacienti projevy své nemoci

Obr. č. 5: Graf: Bojíte se duševně nemocných pacientů

Obr. č. 6: Graf: Co je důvodem Vašeho pohledu na duševně nemocné pacienty

Obr. č. 7: Graf: Domníváte se, že jste dostatečně informováni o problematice duševně nemocných pacientů

Obr. č. 8: Graf: Navštívil/-a jste během posledních 3 let nějakou vzdělávací akci týkající se problematiky duševně nemocných pacientů

Obr. č. 9: Graf: Využil/-a jste tuto možnost

Obr. č. 10: Graf: Máte zájem o prohloubení svých poznatků a vědomostí týkajících se problematiky duševně nemocných pacientů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Deklarace práv duševně postižených lidí

Příloha č. 2 – Průvodní dopis s dotazníkem

Příloha č. 3 – Protokol k provádění výzkumu na interních odděleních KNL, a.s.

Příloha č. 4 – Protokol k provádění výzkumu na chirurgických odděleních KNL, a.s.

Příloha č. 5 – Protokol k provádění výzkumu na I. interní klinice FN HK

Příloha č. 6 – Protokol k provádění výzkumu na chirurgické klinice FN HK

Příloha č. 7 – Potvrzení o účasti na VI. psychiatrickém sympóziu pořádaném KNL, a.s.

DEKLARACE PRÁV DUŠEVNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ

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

rezoluce schválená Valným shromážděním Organizace spojených národů dne 20. prosince 1971

Zdroj:

ČAPZ-Dokumenty k duševnímu zdraví [online]. [cit. 18.4.2010]. Dostupné z WWW:
<<http://www.capz.cz/dokumenty/documents/deklaracepravdusevnepostiz.pdf>>.

Příloha č. 2 – Průvodní dopis s dotazníkem

Vážený pane/Vážená paní,

Jmenuji se Michaela Větrovcová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. V rámci bakalářské práce na téma „Vnímání duševně nemocných na nepsychiatrických odděleních“ provádím výzkum zabývající se touto problematikou.

Cílem výzkumu je získat informace o tom, jak zdravotní sestry a lékaři nepsychiatrických oddělení vnímají duševně nemocné pacienty, a zároveň zmapovat situaci týkající se dané problematiky k účelům destigmatizace duševních onemocnění a duševně nemocných pacientů samotných.

Chtěla bych Vás poprosit o spolupráci při sběru dat a zeptat se, zda by bylo možné zaslat Vám poštou určitý počet dotazníků, které by vyplnili zdravotní sestry a lékaři Vašeho oddělení.

Dotazník je anonymní a získaná data budou využita pouze k účelům bakalářské práce, která bude po jejím zpracování a obhájení uložena k nahlédnutí v knihovně Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci.

Mnohokrát děkuji za ochotu a věnovaný čas.

S pozdravem Michaela Větrovcová

V Liberci dne 14. prosince 2009

Dobrý den,

chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a tvoří součást výzkumu pro bakalářskou práci s názvem:

„Vnímání duševně nemocných pacientů na nepsychiatrických odděleních“.

Výsledky budou použity k získání informací o tom, jak zdravotní sestry a lékaři nepsychiatrických oddělení vnímají duševně nemocné pacienty, a zároveň poslouží ke zmapování situace týkající se dané problematiky k účelům destigmatizace duševních onemocnění a duševně nemocných pacientů samotných.

V dotazníku vyberte a označte vždy jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Vyplněný dotazník prosím odevzdejte staniční sestře.

Předem Vám děkuji za jeho vyplnění,

Michaela Větrovcová

studentka 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru
Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci

Zaměstnání:

- Lékař/-ka
- Zdravotní sestra s dosaženým vzděláním: a) SZŠ b) VOŠ c) VŠ

Věk: let

Oddělení:

Délka praxe:

1. Jaká je úroveň Vašich zkušeností s péčí o duševně nemocné pacienty?

- Mám dostatek zkušeností s péčí o duševně nemocné
- Mám málo zkušeností s péčí o duševně nemocné
- Nemám žádné zkušenosti s péčí o duševně nemocné

2. Duševně nemocné pacienty na oddělení vnímáte jako, uveďte: (Zde můžete označit více možností.)

- Odlišnost, senzaci
- Nesrozumitelné, nepředvídatelné
- Nebezpečné
- Slabé, neschopné nést zodpovědnost
- Každé jiné pacienty (somaticky nemocné)
- Pacienty vyžadující specifický přístup
- Jinak, uveďte:.....

3. Domníváte se, že duševně nemocní pacienti jsou pasivními příjemci zdravotní péče?

- Ano
- Ne

4. Obáváte se péče o duševně nemocné pacienty?

- Ano, z důvodu: a) nedostatku teoretických znalostí o této problematice
b) nedostatku praktických zkušeností
c) jiného, uveďte:
- Ne

5. Obtěžují Vás duševně nemocní pacienti projevy své nemoci?

- Ano
- Ne

6. Bojíte se duševně nemocných pacientů?

- Ano
- Ne

7. Co je důvodem Vašeho pohledu na duševně nemocné pacienty? (Zde můžete označit více možností.)

- Dostatek teoretických znalostí
- Nedostatek teoretických znalostí
- Předchozí zkušenosti
- Společenské tradice a předsudky
- Jiný důvod, uveďte:

8. Víte, na koho se obrátit, koho oslovit, aby Vám poskytl konkrétní rady, jak se chovat ke konkrétnímu pacientovi? Pokud ano, uveďte tuto osobu.

- Ano
- Ne

9. Domníváte se, že jste dostatečně informováni o problematice duševně nemocných pacientů?

- Ano
- Ne, z důvodu: a) nezájmu o tuto problematiku
b) nedostatku času
c) nedostatku dostupných informací o této problematice
d) jiného, uveďte:

10. Navštívil/-a jste během posledních 3 let nějakou vzdělávací akci týkající se problematiky duševně nemocných pacientů? Pokud ano, uveďte jakou.

- Ano
- Ne

11. Měl/-a jste možnost dozvědět se o specifikách jednání s duševně nemocnými pacienty? Pokud ne, nemusíte odpovídat na následující otázku.

- Ano
- Ne

12. Využil/-a jste tuto možnost? Pokud ano, uveďte zdroj informací (škola, semináře, apod.).

- Ano
- Ne

13. Máte zájem o prohloubení svých poznatků a vědomostí týkajících se problematiky duševně nemocných pacientů? Pokud ano, uveďte, jakou formou by toto pro Vás bylo nejpříjemnější.

- Ano, nejlépe formou: a) písemnou (brožurky, letáky, apod.)
b) ústní (přednášky, semináře, apod.)
c) praktickou (exkurze, kurzy, apod.)
d) jinou, uveďte:
- Ne

Zde je prostor pro Vaše připomínky, otázky či náměty týkající se dané problematiky:

.....
.....
.....
.....

Děkuji Vám za spolupráci a věnovaný čas.

S výsledky dotazníkového šetření či s celou bakalářskou prací se v případě zájmu budete moci seznámit v knihovně ÚZS TUL, kde bude po zpracování a obhajobě práce k nahlédnutí.

Příloha č. 3 – Protokol k provádění výzkumu na interních odděleních KNL, a.s.



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

461 17 Liberec 1, Studentská 2

Tel.: 485 353 722 Fax: 485 353 721

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	VĚTROVCOVÁ MICHAELA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
VĚDEBNÍ OBLAST	20700063	3.
Téma práce	VNÍMAČÍ DŮJEVNĚ NETOČNÝCH PACIENTŮ NA NEPSYCHIATRICKÝCH ODDĚLENÍCH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	KRAJSKÁ KLINIKA LIBEREC, a.s. ODDĚLENÍ NEBOLEHNE INTERNY, RHEMATOLOGIE	
Jméno vedoucího práce	Mgr. JOLANA STRNADOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	Mgr. Strnadová Jolana podpis
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis Mgr. Strnadová Jolana
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis Mgr. Skořová I.
Datum zahájení výzkumu	10. 12. 2009	
Datum ukončení výzkumu	21. 12. 2009	
Počet oslovených respondentů (personálu)	PŘEDVÝZKUM: 20, VLASTNÍ VÝZKUM: 20	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Poznámka:		

V LIBERCI dne 10. 12. 2009

Michaela Vetrovcová
podpis studenta

**Příloha č. 4 – Protokol k provádění výzkumu na chirurgických odděleních KNL,
a.s.**



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií
 461 17 Liberec 1, Studentská 2
 Tel.: 485 353 722 Fax: 485 353 721

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	VĚTROVCOVÁ MICHAELA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
VŠEOBECNÁ SESTRA	207000063	9.
Téma práce	VNÍMAČÍ DUSEVNĚ NETOČNÝCH PAVENTŮ NA NEPSYCHIATRICKÝCH ODDĚLENÍCH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	KRAJSKÁ NETOČNICE LIBEREC, a.s. TRAUMATOLOGIE, ČERNÍ CHIRURGIE, ONKOCHIRURGIE, VŠEOBECNÁ CHIRURGIE	
Jméno vedoucího práce	MgA. JOLANA STRNADOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	Mgr. Strnadová Jolana
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím	Mgr. Strnadová Jolana
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> nesouhlasím <input checked="" type="radio"/> souhlasím	podpis
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> nesouhlasím <input checked="" type="radio"/> souhlasím	podpis
Datum zahájení výzkumu	18. 1. 2010	
Datum ukončení výzkumu	25. 1. 2010	
Počet oslovených respondentů (personálu)	40	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Poznámka:		

V..... LIBERCI..... dne ..18. 1. 2010..

.....
 podpis studenta

Příloha č. 5 – Protokol k provádění výzkumu na I. interní klinice FN HK



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

461 17 Liberec 1, Studentská 2

Tel.: 485 353 722 Fax: 485 353 721

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	VĚTROVCOVÁ MICHAELA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta K07 000063	Ročník 3.
Téma práce	VLIHÁNÍ DŘEVNĚ NEMOCNÝCH PACIENTŮ NA PERSYCHIATRICKÝM ODDĚLENÍM	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOV I. INTERNÍ KLINIKA	
Jméno vedoucího práce	MgA. JOLANA STRANDOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis STRANDOVÁ	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis STRANDOVÁ	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	18.1.2010	
Datum ukončení výzkumu	25.2.2010	
Počet oslovených respondentů (personálu)	40	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Poznámka:		

V LIBERCI dne 18.1.2010

Michaela Vetrovcová

podpis studenta

Příloha č. 6 – Protokol k provádění výzkumu na chirurgické klinice FN HK



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

461 17 Liberec 1, Studentská 2

Tel.: 485 353 722 Fax: 485 353 721

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	VĚTROVCOVÁ MICHAELA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta 207 000063	Ročník 3.
Téma práce	VULVAŘNÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH PACIENTŮ NA NEPSYCHIATRICKÝCH ODDĚLENÍCH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ CHIRURGICKÁ KLINIKA	
Jméno vedoucího práce	Mgr. JOLANA STRANOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis STRANOVÁ JS.	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis STRANOVÁ JS.	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis VADČEK	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis BÉDEL	
Datum zahájení výzkumu	18. 1. 2010	
Datum ukončení výzkumu	25. 1. 2010	
Počet oslovených respondentů (personálu)	40	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Poznámka:		

V LIBERCI dne 18. 1. 2010

.....
 podpis studenta

**Příloha č. 7 – Potvrzení o účasti na VI. psychiatrickém sympóziu pořádaném KNL,
a.s.**



POTVRZENÍ

o účasti na

VI. psychiatrickém sympóziu

12. listopadu 2009 v Liberci

Jméno a příjmení: MICHAELA VĚTROVCOVÁ

Datum narození: _____

Forma účasti: pasivní

Sympozium je registrováno OS ZSP ČR pod číslem
ZO 05116/09, celkem 4 kredity za pasivní účast podle
vyhlášky č. 423/2004 Sb.

Krajská nemocnice Liberec, a.s.
... umíme pomáhat ...

prim. MUDr. Pavel Lang
předseda Spolku lékařů ČLS JEP Liberec

prim. MUDr. Jaromír Hons, Ph.D.
Oddělení psychiatrie, Krajská nemocnice Liberec, a.s.