

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

ID oboru: B5345



Jindřiška Rusková

PRÁCE S ADIKTOLOGICKÝMI INFORMACEMI V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI

WORKING WITH ADDICTOLOGICAL INFORMATION IN THE PSYCHIATRIC HOSPITAL

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petr Matoušek

Praha 2017

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 17. července 2017

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Petrovi Matouškovi za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a laskavý přístup při zpracování této práce. Také děkuji své rodině a přátelům za podporu po celou dobu studia.

Identifikační záznam:

RUSKOVÁ, Jindřiška. Práce s adiktologickými informacemi v psychiatrické nemocnici. [Working with Addictological Information in the Psychiatric Hospital]. Praha. 2017, 55 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Petr Matoušek.

SHRNUTÍ

Autorka pracuje jako zdravotní sestra v dětské psychiatrické nemocnici na oddělení, kde jsou děti hospitalizované z důvodu poruchy chování, užívání návykových látek a za účelem určení psychiatrické diagnózy. Vycházela tak z osobních zkušeností, kdy zaznamenala, že subjektivní vnímání každého pracovníka se odráží v odlišném vyhodnocení získaných informací.

Cílem této práce je zjistit, jakým způsobem zdravotnický personál nakládá s adiktologickými informacemi získanými od dětských pacientů, s jakými problémy se dětští pacienti personálu nejčastěji svěřují a jak získané informace ovlivňují personál v osobním životě. Tato práce by měla především sloužit pro potřeby daného oddělení, a to jako impuls pro zavedení supervizí pro zdravotnický personál a pro vytvoření preventivních opatření proti syndromu vyhoření.

Teoretická část pojednává o faktorech vztahu mezi lékařem a sestrou, popisuje pracovní náplň jednotlivých zdravotnických pozic, dále se věnuje tématům komunikace a syndromu vyhoření.

Výzkum byl zpracován kvalitativní metodou, a to formou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Výzkumný vzorek byl vybrán metodou záměrného výběru. Respondenti byli vybráni z řad personálu výše uvedeného zařízení. Analýza dat byla prováděna kódováním a tříděním získaných informací.

Z výzkumu vyplývá, že respondentky nakládají s adiktologickými informacemi od dětských pacientů podle závažnosti sdělení. Nejčastěji tyto informace předávají lékaři či psychologovi. K nejvíce svěřovaným problémům ze strany dětských pacientů patří rodinné záležitosti a problémy ve škole. Dále bylo zjištěno, že získané informace mají poměrně značný vliv na soukromý život respondentek, ať už na jejich emoční prožívání, či na výchovu dětí. Zobecnitelnost získaných výsledků studie je však velmi omezená, a to především z důvodu nízkého počtu probandů, kteří souhlasili s účastí ve výzkumu.

Klíčová slova: adiktologické informace, komunikace na pracovišti, dětský psychiatrický pacient, vliv sdělení na personál

ABSTRACT

The author of the bachelor thesis works as a nurse at children's psychiatric hospital, in a department where children are hospitalized due to a behavioral disorder, substance abuse, and psychiatric diagnosis. Based on her personal experience, she noticed that the subjective perception of each worker is reflected in a different evaluation of obtained information.

The aim of the work is to discover how the healthcare personnel deal with addictological information received from pediatric patients, what problems pediatric patients entrust the personnel with the most frequently and how the information influence lives of the personnel. This work should primarily serve needs of the department of the hospital. It should fulfill the role of an impetus for an introduction of supervisions for health personnel and for creation of preventive measures against burnout syndrome.

The theoretical part of the bachelor thesis deals with factors of doctor-nurse relationship, work contents of health personnel, communication of this personnel and the burnout syndrome.

A qualitative method – semi-structured interview consisting of open questions – was used for the research. The research sample was chosen by the deliberate selection method. Respondents were selected from the staff of the children's psychiatric hospital. Data analysis was performed by coding and sorting of obtained information.

The research shows that respondents handle with addictive information obtained from pediatric patients according to its severity. In most cases, the information is passed on a doctor or psychologist. Family problems and school problems belong to the most frequently encountered problems. Furthermore, it has been confirmed that the obtained information has a considerable impact on private lives of respondents, on the emotional experience, on education of their children. Universality of the study results is very limited, mainly because of the low number of respondents who agreed to participate in the research.

Key Words: addictological information, communication at workplace, pediatric psychiatric patient, influence of obtained information on staff

OBSAH

1	Úvod	8
2	Charakteristika zdravotnických pozic.....	10
2.1	Náplň práce lékaře	10
2.2	Náplň práce psychologa	11
2.3	Náplň práce všeobecné a dětské sestry.....	12
2.4	Náplň práce jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví.....	13
2.5	Náplň práce pracovního terapeuta	14
2.6	Náplň práce ošetřovatelky	14
3	Faktory ovlivňující vztahy mezi lékařem a sestrami.....	16
3.1	Pracovní prostředí.....	16
3.2	Management zdravotnického zařízení.....	17
3.3	Lékaři a jejich názor na ošetřovatelství.....	17
3.4	Problematika spolupráce na oddělení	17
4	Komunikace.....	19
4.1	Charakteristika komunikace.....	19
4.2	Typy komunikace	19
4.3	Komunikace zaměstnanců ve zdravotnictví.....	20
4.4	Předávání informací o pacientech v nemocnici	20
4.5	Zásady správné komunikace s pacienty	21
4.6	Bariéry v komunikaci s pacienty.....	22
5	Syndrom vyhoření	23
5.1	Fáze syndromu vyhoření	23
5.2	Příznaky syndromu vyhoření.....	24
5.3	Prevence vzniku syndromu vyhoření	24
6	Výzkumná část.....	25
6.1	Cíl výzkumu	25
6.2	Etika výzkumu	25
6.3	Validita výzkumu	25
6.4	Sběr a analýza dat	26
6.5	Charakteristika prostředí	28
6.6	Výzkumný soubor.....	29
6.7	Odpovědi na výzkumné otázky	34
7	Diskuze a závěr	49
8	Seznam zkratk	53
9	Seznam literatury	54
10	Příloha A: Otázky pro rozhovor	I
11	Příloha B: Informovaný souhlas se vstupem do výzkumu	II

1 Úvod

Práce na oddělení dětské psychiatrie má pro svoji náročnost značný vliv na psychiku zaměstnanců. Ve své praxi zdravotní sestry dětské psychiatrické nemocnice se často setkávám se situacemi, kdy se rozhoduji, jakým způsobem daný případ vyřešit. Často také přemýšlím nad tím, jak dítě podporovat v léčbě. Problémy, které já i mí spolupracovníci řešíme v zaměstnání, pak často ovlivňují naše osobní životy a mohou přispět ke vzniku syndromu vyhoření. Právě zamýšlení nad tím, jakým způsobem ovlivňuje práce život zdravotnického personálu, vedlo k sepsání předkládané práce.

Hlavním cílem této bakalářské práce je pomocí rozhovorů se zdravotnickými pracovníky zjistit, jakým způsobem nakládají s adiktologickými informacemi získanými od dětských pacientů a jakým způsobem jsou předávány ve zdravotnickém týmu, tedy mezi sestrami, lékaři a psychology. Získané údaje jsou nezbytné pro vyhodnocení zdravotního stavu pacienta i jeho následnou péči.

Od dětských pacientů jsou pracovníky na psychiatrickém oddělení při rozhovorech často získávány informace, které se týkají adiktologické problematiky. U jedinců patřících do skupiny, která je ohrožena setkáním s návykovou látkou anebo se s ní již setkala a má zkušenost s užíváním, je důležitá včasná diagnostika a vytvoření preventivního programu. U pacientů je podstatné realizovat výchovný a poradenský program týkající se zdravého životního stylu a minimalizování škodlivosti užívání návykových látek (Fidesová, 2013).

Dílčí cíl práce je pak zjistit, s jakými problémy se hospitalizované děti personálu nejčastěji svěřují, a popsat, jaký vliv mají sdělované informace na personál v jejich osobním životě.

Podle Kopřivy (2016) je ve zdravotnickém povolání nedůležitější vztah mezi pacientem a zdravotníkem. To s sebou nese pro zdravotníka vypětí, stres, riziko nepochopení, zneužití a manipulace od pacientů. Na druhé straně přináší sebeobětování, které může vést až k vyhoření zdravotníka.

Péče o pacienta je ovlivněna nejen pracovním prostředím, ale také profesionálními a mezilidskými vztahy mezi jednotlivými členy pracovního týmu. Pro zdravotnického pracovníka je nutností osvojit si správné komunikační dovednosti, a to jak mezi pracovníky navzájem, tak i ve vztahu k pacientům (Bártlová, 2006).

Bakalářská práce je strukturovaná do dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část sestává z kapitol, ve kterých jsou charakterizovány jednotlivé zdravotnické pozice v rámci oddělení. V dalších kapitolách jsou popisovány faktory ovlivňující vztahy mezi lékařem a sestrami, problematika spolupráce na oddělení a komunikace. Závěr teoretické části je věnován syndromu vyhoření, jeho fázím a příznakům.

V praktické části práce je popsána pilotní studie a jsou zde rozebrány výzkumné cíle, etika výzkumu, technika sběru dat, charakteristika prostředí a výzkumný soubor. Následně jsou analyzovány rozhovory získané od členů zdravotnického personálu. Zjištěné výsledky jsou rozebrány v rámci diskuze.

Výsledky bakalářské práce považuji za přínosné pro práci na oddělení. Je zde vyobrazen a popsán způsob, jak jsou předávány informace získané od pacientů v průběhu jejich hospitalizace.

2 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNICKÝCH POZIC

Zdravotnické služby v nemocnici jsou poskytovány odborně vzdělaným personálem, který používá moderní léčebné metody na základě nejnovějších poznatků v daném oboru tak, aby byla poskytnuta kvalitní a bezpečná péče.

Každému pacientovi dětské psychiatrické nemocnice se věnuje tým zdravotníků: lékař, psycholog, zdravotní sestry, jiní odborní pracovníci, pracovní terapeut, ošetřovatelka. Všichni členové tohoto týmu mají svou jedinečnou náplň práce, která je definována v dodatku k pracovní smlouvě. Náplně práce zdravotníků se zároveň, jak vyplývá z předkládaných popisů, prolínají a práce jednoho zdravotníka ovlivňuje práci dalších členů zdravotnického personálu s pacientem.

Popisy náplně práce jednotlivých zdravotníků také odhalují, že práce na psychiatrii, zejména práce zdravotních sester, která je v očích laické i odborné veřejnosti často viděna jako méně odborná, je prací odbornou a také velmi náročnou, s rizikem výskytu syndromu vyhoření (Ječná, Hosák, & Čermáková, 2009).

2.1 NÁPLŇ PRÁCE LÉKAŘE

Hlavním a vedoucím členem zdravotnického personálu je lékař. Ten se pacientovi věnuje jak při jeho přijetí do zdravotnického zařízení, tak během jeho pobytu v nemocnici. Při přijetí pacienta do dětské psychiatrické nemocnice provede lékař tzv. komplexní lékařskou péči. Ta sestává ze vstupního vyšetření, a to pediatrického, orientačního neurologického, komplexního nebo cíleného pedopsychiatrického, dále pak z ordinace léků a vydání doporučení pro specializované vyšetření, např. psychologické, neurologické, EEG, gynekologické, logopedické či sexuologické. Lékař také udělá diagnostický závěr a vytvoří komplexní terapeutický plán včetně stanovení forem psychoterapie, který je probírán na vizitě v kooperaci s psychologem oddělení a sociální sestrou zařízení, popřípadě na kazuistické poradě k tomu svolané.

Následně vykonává lékař, ve spolupráci se staniční sestrou oddělení, každodenně tzv. malou vizitu, sestávající z krátkého osobního kontaktu s pacientem, vytvoření písemného zápisu aktuálního zdravotního stavu do dekurzu pacienta a ordinace léků dle psychiatrické indikace. Je-li pacient somaticky nemocný, lékař jej vyšetří, provede zápis do

somatického záznamu pacienta a zaznamená do něj případné změny ordinace léků a/nebo úpravy režimových opatření.

K dalším povinnostem lékaře patří vedení zdravotní dokumentace pacientů a vypracování písemné zprávy o zdravotním stavu dítěte na vyžádání OSPODu, soudu a policie, dětských domovů či výchovných zařízení. Při psaní písemné zprávy lékař respektuje právně upravenou povinnost mlčenlivosti zdravotnických pracovníků (§ 51 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). Zprávu vypracovává v součinnosti s psychologem.

S psychologem oddělení lékař úzce spolupracuje také při stanovování širšího diagnostického a terapeutického plánu, včetně indikací k psychoterapii. V rámci své erudice a odbornosti vede lékař individuální psychoterapii pacientů a účastní se ranních komunit. Při rodinných a skupinových psychoterapiích plní lékař roli koterapeuta a přispívá do těchto terapií svým náhledem z lékařského hlediska.

V průběhu hospitalizace dětského pacienta a při jeho propouštění vede lékař s jeho rodiči či zákonnými zástupci individuální psychotherapeuticko-edukační rozhovory a podává jim informace o průběhu léčby. Vydává jim také další doporučení ohledně léčby a výchovných postupů uplatňovaných u dítěte. O provedeném rozhovoru, jakož i o individuální psychoterapii pacientů, významných osobních i telefonických rozhovorech s rodiči, orgány OSPODu apod. je lékař povinen vést podrobné písemné záznamy v chorobopise pacienta (Popis pracovní činnosti, 2017).

2.2 NÁPLŇ PRÁCE PSYCHOLOGA

Psycholog je dalším důležitým členem zdravotnického týmu dětské psychiatrické nemocnice. Kromě již zmiňované spolupráce s lékařem při psaní písemných zpráv orgánům sociální správy spolupracuje psycholog s lékařem každodenně na oddělení. Při vyšetření pacientů se řídí požadavky lékaře, které vycházejí obvykle z diferenciálně diagnostické rozvahy.

U každého poprvé přijatého pacienta provádí psycholog tzv. komplexní psychologické vyšetření, zaměřující se na intelekt, osobnost, afektivitu, rodinné vztahy, organicitu aj., u rehospitalizovaných pacientů provádí vyšetření podle požadavků lékaře. O výsledcích vyšetření, psychotherapeutických intervencích a o indikacích k individuální,

rodinné, eventuálně skupinové psychoterapii je psycholog povinen referovat na poradách psychoterapeutického týmu. Také je povinen o pacientech zařazených do psychoterapie vést podrobné záznamy a zaznamenávat do nich výsledky psychoterapie a zvolenou psychoterapeutickou metodu.

Psycholog také vede každodenní terapeutické komunity na oddělení. V komunitě se řeší události a obtíže vzniklé u pacientů během předešlého dne. O náplni komunity vypracovává psycholog písemný záznam.

Kromě pravidelných psychoterapeutických skupin provádí psycholog v případě potřeby individuální psychoterapii. Výsledky pohovoru zaznamenává do osobního spisu pacienta (Popis pracovní činnosti, 2017).

2.3 NÁPLŇ PRÁCE VŠEOBECNÉ A DĚTSKÉ SESTRY

Náplň práce zdravotní sestry dětské psychiatrické nemocnice je velmi široká. Všeobecná a dětská sestra, která je podřízena staniční sestře, příp. vedoucí sestře ve směně, poskytuje pacientům zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy. Součástí této zdravotní péče je sestřin dohled nad dodržováním hygienicko-epidemiologického režimu, zajištění a provádění odběru biologického materiálu, hodnocení a ošetření poruchy celistvosti kůže. Sestra dále vyhodnocuje potřeby a soběstačnost pacienta, projevy jeho onemocnění a rizikové faktory. Taktéž pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta a jeho fyziologické funkce. Sestra je též povinna vést pacientovu zdravotnickou dokumentaci a poskytovat mu informace v souladu se svou odbornou způsobilostí.

Náplní práce sestry je také edukace pacienta v ošetrovatelských postupech a příprava informačních materiálů pro něj i jeho zákonné zástupce. S pacientem provádí i nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti. Sestra také motivuje jednotlivce, rodiny i skupiny k přijetí zdravého životního stylu a edukuje je v péči o sebe sama. Hodnotí sociální situaci pacienta a zprostředkovává pomoc v otázkách sociálních a sociálně právních.

V neposlední řadě sestra zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů. Provádí opatření při řešení následků mimořádné události nebo krizové situace. Přejímá, kontroluje, ukládá léčivé přípravky, včetně návykových látek,

manipuluje s nimi a udržuje jejich dostatečnou zásobu. Sestra také organizuje herní aktivity dětí (Popis pracovní činnosti, 2017).

Při své práci se sestra musí řídit zásadami, které jsou zaznamenané v tzv. etickém kodexu sester. Povinností sestry je podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, včetně kulturních práv, práva na život a možnost volby, práva na důstojnost a úctu. Ošetrovatelská péče respektuje věk pacienta, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, pohlaví, sexuální orientaci, národnost, politické přesvědčení, rasu a sociální postavení. Sestra poskytuje pacientům dostatečné informace, aby pacienti mohli vyslovit souhlas s poskytovanou péčí, zachovává povinnost mlčenlivosti (Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, 2000).

2.4 NÁPLŇ PRÁCE JINÉHO ODBORNÉHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICTVÍ

Dalším členem zdravotnického týmu dětské psychiatrické nemocnice je jiný odborný pracovník (§ 44 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). Tento odborník pracuje pod odborným dohledem nebo přímým vedením zdravotnického pracovníka a je podřízen staniční sestře, příp. vedoucí sestře ve směně.

Jedním z jeho úkolů je dohled nad dodržováním platného hygienicko-epidemiologického režimu. Jiný odborný pracovník také pečuje o úpravu prostředí na oddělení. Připravuje a realizuje zaměstnání a volnočasové aktivity pro děti, zajišťuje dohled a pomoc při přípravě do školy, pomáhá dětem při provádění hygienické péče, zajišťuje dohled nad dětmi, přičemž dbá na jejich bezpečnost, a podílí se na podávání stravy pacientům. Dohlíží na dodržování enuretického a enkopretického režimu u dětí.

Na základě pozorování dítěte a vzájemných intervencí taktéž jiný odborný pracovník posuzuje životní situaci pacienta a o zjištěných skutečnostech provádí zápis do dokumentace dítěte v rámci denního záznamu. Do dokumentace zaznamenává i informace o chování dítěte. Také pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení (viz kapitola 5.4) (Popis pracovní činnosti, 2017).

2.5 NÁPLŇ PRÁCE PRACOVNÍHO TERAPEUTA

Terapeut (§ 37 vyhlášky č. 55/2011 Sb.) jako člen zdravotnického týmu dětské psychiatrické nemocnice je podřízen staniční sestře, vrchní sestře a primáři. Pracuje s pacienty dle zvyklostí daného oddělení, dle platného režimu dne a úkoly realizuje v aktivní spolupráci se všemi členy zdravotnického týmu nemocnice.

Jeho pracovní náplní je provádění komplexní pracovní terapie při aktivitách a dalších výtvarných, sportovních či řemeslných činnostech. Terapeut upevňuje a prohlubuje začleňování pacientů do společnosti a posiluje jejich soběstačnost. Zajišťuje dohled a pomoc při plnění individuálního studijního plánu pacientů. Zajišťuje také volnočasové aktivity pro pacienty z daného oddělení a organizuje společné volnočasové a pracovní aktivity pacientů v rámci celé nemocnice. Dohlíží na jejich průběh a obsahovou náplň. Terapeut provádí i výchovně vzdělávací činnost v oblasti volného času s ohledem na rozvoj zájmů, znalostí a tvořivých schopností pacientů a zaměřuje se na jejich celkový i specifický vývoj. Úzce spolupracuje s kolegy na jiných úsecích, napomáhá organizačně lepšímu propojení těchto aktivit. Taktéž podává návrhy na vybavení oddělení materiálem pro pracovní terapii a pomůckami pro volnočasové aktivity (Popis pracovní činnosti, 2017).

2.6 NÁPLŇ PRÁCE OŠETŘOVATELKY

Neméně důležitým členem zdravotnického týmu dětské psychiatrické nemocnice je ošetřovatelka (§ 37 vyhlášky č. 55/2011 Sb.). Ta pracuje, stejně jako jiný odborný pracovník, pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka a je podřízena staniční sestře, případně vedoucí sestře ve směně.

Náplní práce ošetřovatelky je poskytování zdravotní péče v souladu s právními předpisy a standardy a podíl na poskytování základní ošetřovatelské péče a specializované ošetřovatelské péče v rámci ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelka pomáhá při podávání stravy pacientům a napomáhá při jídle ležícím pacientům. Stará se o vyprazdňování pacientů, dohlíží na dodržování enuretického a enkopretického režimu. Měří tělesnou teplotu, výšku a hmotnost pacientů a doprovází je na odborná vyšetření.

Ošetřovatelka také pečuje o úpravu prostředí pacientů. Pomáhá dětem při sebepéči, provádí hygienickou péči u pacientů, včetně úpravy lůžka, a zajišťuje dohled nad dětmi a přístup k nim dle ošetřovatelského plánu.

Dále se podílí na zajištění herních aktivit dětí, připravuje pro ně volnočasové aktivity a spolupracuje při jejich organizaci. Na základě pozorování dětí provádí zápis do dokumentace o jejich psychickém a zdravotním stavu (Popis pracovní činnosti, 2017).

Z vymezení pracovní náplně jednotlivých pracovníků zdravotnického zařízení je zřejmé, že ačkoliv každá profese má svá specifika a svoji vlastní odbornou kvalifikaci, současně se navzájem prolínají. Proto je tolik důležitý vzájemný respekt a kvalitní vzájemná komunikace (viz kapitola 5) a ze stejného důvodu také všem zaměstnancům z řad těchto profesí hrozí potenciálně syndrom vyhoření (viz kapitola 6). Provedeného výzkumu (viz praktická část) se pak sice zúčastnily jen zdravotní sestry a jiný odborný pracovník ve zdravotnictví, ale právě tyto zaměstnanci musejí velmi často spolupracovat a komunikovat s lékaři, psychology atd.

3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZTAHY MEZI LÉKAŘEM A SESTRAMI

Stejně jako v jiných odvětvích, i ve zdravotnických zařízeních existuje několik faktorů, které mohou mít vliv na kvalitu ošetrovatelské péče a na vztah mezi lékařem a sestrou. Tyto faktory následně ovlivňují kvalitu zdravotnického zařízení a povědomí pacientů o kvalitní péči. Mezi tyto faktory lze zařadit pracovní prostředí, organizaci a management zdravotnického zařízení, lékařský pohled a názor na ošetrovatelství. V této kapitole bude věnován prostor právě těmto faktorům.

3.1 PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ

Pracovní prostředí je nejdůležitějším faktorem, který pozitivně či negativně ovlivňuje vztah mezi lékaři a sestrami. Podmínky na pracovišti působí na pocity a pracovní nasazení jednotlivých pracovníků zdravotnického zařízení. Čím lépe jsou připravené podmínky pro personál, tím snazší a jednodušší jsou jednotlivé úkoly. Pracovní prostředí je ovlivněno vybavením oddělení, fyzikálními faktory prostoru a charakterem vykonávané práce. Velmi důležitými faktory pracovního prostředí jsou také sociální faktory, jako mezilidské vztahy na osobní i profesionální úrovni (Ivanová, 2006).

Vyvážené pracovní prostředí je důležité pro bezproblémové vykonávání povinností. Stres na pracovišti má negativní vliv na vyrovnaný pracovní vztah mezi zdravotnickými pracovníky. Pracovník potřebuje jistotu a podporu nejen od kolegů, ale od celého pracovního týmu včetně nadřízených. Zaměstnanec má mít možnost dalšího vzdělávání a vlastního profesního i společenského růstu. V takovém pracovním prostředí člověk nezažívá stresové situace, a pokud ano, vždy existuje možnost, jak se tohoto stresu zbavit za podpory kolegů a vedení. V opačném případě dochází k nespokojenosti personálu, jeho častějším dohadům a konfliktům, které mohou na pracovišti znamenat značný problém (Baumann, 2007).

Důležitým faktorem, který ovlivňuje vztah mezi lékařem a sestrou, je i profesionalita, kvalifikovanost a zkušenost personálu, a to jak na straně lékařů, tak na straně sester. Lékař si musí být jistý svým úsudkem a prací, protože jak on, tak i sestra mají v rukou pacientův život a zdraví. Proto je nutné mít v nemocnicích personál, který umí pracovat v týmu a dokáže pacientům poskytnout nejlepší možnou péči a ošetření (Bártlová, 2006).

3.2 MANAGEMENT ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

Sesterský personál je veden sesterským managementem, ovšem zároveň je podřízen lékařům. To vyžaduje nutnost skvělé spolupráce mezi jednotlivými úseky v nemocnici. Pokud tato víceúrovňová podřízenost sester nefunguje správně, vzniká problém, který se jen velmi těžko řeší, a snižuje se tak výkonnost celého zdravotnického personálu (Bártlová, 2006).

3.3 LÉKAŘI A JEJICH NÁZOR NA OŠETŘOVATELSTVÍ

V neposlední řadě je významným faktorem ovlivňujícím vztah mezi lékařem a sestrami lékařův názor na práci sester. Ošetřovatelství a profesionální práce sester bývá z lékařského pohledu často podceňována. Na práci sestry se mnohdy nahlíží jako na méněcennou profesi. Profese lékařů je ve zdravotnickém zařízení dominantní, což značně ovlivňuje vztahy mezi profesí sestry a lékaře.

Příčiny posuzování práce sester jako méněcenné lze najít v problematice genderu, rozdělení pohlaví zejména na úrovni kulturní, psychologické a společenské. Od nepaměti se vyskytovaly problémy, pokud vedle sebe pracovali vzdělaní muži a vzdělané ženy. Tento názor je zakořeněný hluboko v minulosti. V současné době se tyto rozdíly stírají. Přesto existuje určité genderové rozdělení ve zdravotnické profesi, kdy jsou muži obecně bráni jako dominantní faktor. Ve společnosti existují značné rozdíly v názorech na pracovní výkonnost mužů a žen. Je to dáno zejména fyzickými a psychickými předpoklady jednotlivých pohlaví. Ve zdravotnictví se tyto rozdíly v somatotypu zcela smazávají a neměly by narušovat profesi a míru kvality ve zdravotnických zařízeních (Bourdieu, 2000).

3.4 PROBLEMATIKA SPOLUPRÁCE NA ODDĚLENÍ

Na mnoha pracovištích je týmová práce sester a lékařů samozřejmostí. Týmová spolupráce vede k rozvoji členů pracujících v týmu a zvyšuje efektivitu jejich práce, vytváří pocit sounáležitosti a učí respektovat názory druhých lidí.

Dobrá spolupráce mezi lékařem a sestrou má významný vliv na kvalitní poskytování ošetřovatelské a zdravotní péče. Pracovní výkonnost lékaře je ovlivněna kvalitou práce sestry, a naopak pracovní výkonnost sestry je značně ovlivněna osobností a kvalitou lékaře (Vévoda, 2013).

Kvalitu zdravotní péče je důležité udržovat na co možná nejvyšší úrovni. Nejde ovšem jen o vybavení nemocnice, její financování a další podobné faktory. Jde zejména o kvalitní pracovní vztahy na tomto pracovišti, jež velmi ovlivňují konečné povědomí pacientů o probíhající i ukončené léčbě. Je důležité, aby vztahy mezi lékařem a sestrou fungovaly bezchybně. Pokud jsou na pracovišti dobré pracovní vztahy, dá se hovořit o dobrém zdravotnickém zařízení, kam se pacienti se svými problémy rádi obracejí (Bártlová & Hajduchová, 2010).

Spolupráce lékaře a sestry je pro pacienta tím nejdůležitějším. Pokud tato spolupráce nefunguje, nemůže být poskytována ani kvalitní zdravotnická péče. To ostatně platí pro všechny profese, kde se pracuje v týmu. Pokud vše funguje správně, je efektivita práce na vysoké úrovni. Je ovšem nutné vidět své kolegy jako sobě rovné, ne jako překážku (Rafferty, 2002).

4 KOMUNIKACE

Pro práci ve zdravotnictví je důležitá vynikající schopnost komunikace, a to jak ústní, tak písemnou formou. Zdravotnický personál se musí umět dorozumět mezi sebou a také musí být schopen efektivně komunikovat se svými pacienty, jejich zákonnými zástupci a orgány sociální správy a zabezpečení.

Právě komunikaci, její charakteristice a typům, specifikům komunikace ve zdravotnictví, předávání informací o pacientech v nemocnici, zásadám správné komunikace s pacienty a bariérám při komunikaci s pacienty je věnována následující kapitola.

4.1 CHARAKTERISTIKA KOMUNIKACE

Komunikace je definována jako sdělování informací prostřednictvím různých prostředků a signálů mezi dvěma a více osobami. Informace mohou být předávány ústně nebo písemně, prostřednictvím rozhlasu, tisku, internetu a dalších médií (Honzák, 1997).

Na komunikaci člověka má vliv to, jak člověk vnímá svoji osobu. Při správné komunikaci je důležité mít pozitivní postoj ke své osobě. Jen tehdy budeme působit sebevědomě a budeme schopni pochopit sebe a ostatní osoby (Mikuláščík, 2003).

Vybíral (2005) uvádí, že komunikací se vyjadřují postoje mluvčího. Správně vedená komunikace může ovlivnit názor zúčastněných, informovat, poučit, přesvědčit, uklidnit, povzbudit, potěšit, uspokojit a iniciovat. Nevhodně zvolený typ komunikace dokáže spíše rozzlobit, popudit, či podráždit.

4.2 TYPY KOMUNIKACE

Komunikaci lze rozdělit podle prostředí, ve kterém je vedena, na *formální* komunikaci, do níž patří porady na pracovišti, veřejná vystoupení, uzavírání smluv nebo rozhovory nadřízeného s podřízeným, a na *neformální* komunikaci. *Neformální* komunikaci pak reprezentuje soukromý rozhovor, neřízená komunikace v malé skupině, v rodině nebo na pracovišti (Vybíral, 2005).

Komunikaci lze také rozdělit na *verbální* a *neverbální*. Verbální komunikace je rozhovor mezi dvěma nebo více osobami. Tento typ komunikace předpokládá znalost společného jazyka a znalost významů slov a pojmů. Do rozhovoru mohou být zapojeni

všichni účastníci buď stejně, nebo s různou mírou participace. Kvalita rozhovoru je ovlivněna přípravou na rozhovor, iniciativou, reagováním a rolí účastníků, akceptováním pocitů a stereotypy v myšlenkových pochodech účastníků.

Při verbální komunikaci je důležitá zpětná vazba. Zpětnou vazbou rozumíme pochvalu, povzbuzení, úsměv, nebo naopak okřiknutí, kritickou připomínku, úšklebek (Vybíral, 2005).

Ve verbální komunikaci jsou důležitými pojmy výrazy denotace a konotace. Denotace znamená základní chápání významu slova nebo symbolu, kterému rozumí lidé hovořící stejným jazykem. Konotace znamená subjektivní pochopení významu slova (Devito, 2008).

Neverbální komunikace potom bývá vyjádřena gesty a pohyby tělem, postojem těla, mimikou, pohledem očí, dotyky, tónem hlasu, je v zásadě neuvědomovaná a podporuje verbální komunikaci (Vybíral, 2005).

4.3 KOMUNIKACE ZAMĚSTNANCŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Komunikace mezi zaměstnanci ve zdravotnictví může probíhat na úrovni *horizontální*, ta probíhá mezi zaměstnanci, kteří mají stejné postavení, a *vertikální*, tj. mezi nadřízeným a podřízeným.

Svobodník (2009) uvádí rozdělení komunikace na:

- *ústní* – jedná se o nejčastější formu komunikace, řadíme k ní rozmluvu, poradu, pracovní schůzi, osobní kontakt mezi zdravotnickým personálem a pacientem,
- *písemnou* – do tohoto druhu komunikace lze zařadit vedení zdravotnické dokumentace pacienta, směrnice, řady, jedná se oficiální sdělení.

4.4 PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ O PACIENTECH V NEMOCNICI

Komunikace mezi zaměstnanci nemocnic způsoby uvedenými v předchozí podkapitole je pro práci v týmu důležitá. Bez dobré úrovně komunikace může dojít k nesprávné péči o pacienta a k jeho potenciálnímu ohrožení. Předávání informací o pacientech v nemocnici je realizováno dvěma cestami, a to prostřednictvím informačního systému nemocnice a ústní cestou.

INFORMAČNÍ SYSTÉM

Informace o pacientech jsou zaznamenány v nemocničním informačním systému, který je určen pro vedení zdravotnické a administrativní dokumentace. Jde o ucelené vedení agendy pacienta. V tomto systému jsou informace o průběhu nemocniční léčby, denní záznamy o pacientovi, anamnéza, ordinace lékaře, záznamy psychologa a psychiatra, laboratorní výsledky. Tento systém umožňuje i vedení ošetrovatelské dokumentace. Usnadňuje práci lékařům a jinému zdravotnickému personálu. Každý zaměstnanec má přístupové heslo, jméno a přístupová práva, která mu umožňují přístup k informacím podle jeho pracovního zařazení. U všech záznamů je evidováno, kdo jej vytvořil nebo opravil (Informační systém pro psychiatrii Hippo, 2017).

ÚSTNÍ PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ

Předávání informací na oddělení, ve kterém byla realizována výzkumná část práce, probíhá každý den ráno na malé vizitě. Lékař a psycholog se při ní seznámí s denními záznamy o pacientech. O některých skutečnostech, dosud nezapsaných do záznamů, informuje lékaře staniční sestra.

Na oddělení probíhá každý den komunita s pacienty, kterou vede psycholog. Na této komunitě je přítomný i personál. Provádí se zde hodnocení chování pacientů, řeší se jejich problémy, popřípadě i jejich stížnosti. Jednou týdně probíhá hodnotící komunita, na které jsou dětským pacientům udělovány odměny za splněné úkoly, aktivity a za vzorné chování.

Každé pondělí se koná celonemocniční porada, které se účastní lékaři, psychologové, staniční sestry a vrchní sestra. Na této poradě staniční sestra referuje o chování a změnách zdravotního stavu pacientů v průběhu víkendu. Informace o pacientech zjistí pročitáním denního hlášení o pacientech za sobotu a neděli.

4.5 ZÁSADY SPRÁVNÉ KOMUNIKACE S PACIENTY

Při komunikaci s pacientem by měl zdravotnický personál působit příjemným dojmem. Před začátkem rozhovoru s pacientem je vhodné, aby zdravotnický personál vytvořil klidné prostředí a získal si jeho důvěru. Je důležité, aby sestra i lékař v průběhu rozhovoru s pacientem byli trpěliví a uměli naslouchat, vyčlenili si dostatek času, nepřerušovali pacienta a zachovávali mlčenlivost. Není-li si zdravotnický personál jist, že

informaci od pacienta správně pochopil, je vhodné, aby pacientovi položil doplňující otázky (Pokorná, 2008).

Někteří pacienti mohou v době hospitalizace reagovat agresivně, což může být způsobeno onemocněním nebo frustrací pacienta. Nejvhodnější reakcí zdravotníka na tuto situaci je sebezapření, omluva a slušné jednání. Personál by měl stížnostem od pacientů věnovat náležitou pozornost (Honzák, 1997).

Zcela specifická je komunikace s dětským pacientem. Je potřebné, aby se personál vyjadřoval přiměřeně věku dítěte a jeho mentálním schopnostem. Je vhodné dítěti říkat pravdu a ujistit ho, že se může na personál kdykoliv obrátit se svými požadavky. Dítě potřebuje lásku, bezpečí a jistotu, ale i dávku tělesného kontaktu, pohazení a mazlení. Pokud má personál na dítě málo času, může dojít k projevům hospitalismu. Dítě nemá rádo zvýšený přísun podnětů, ale špatně na něj působí i opačná situace, tedy stav bez kontaktu. Pokud se dítě cítí ohroženo, reaguje pláčem, křikem, trucováním, předváděním se a odmítáním všeho (Honzák, 1997).

4.6 BARIÉRY V KOMUNIKACI S PACIENTY

Komunikace s pacienty nemusí být vždy bezproblémová. Rozdílné názory, zkušenosti, znalosti, postoje, kultura a sociální úroveň mohou způsobovat bariéry v komunikaci a zkreslení podávaných informací (Svobodník, 2009).

Komunikace může u pacienta způsobit stres, pokud má nedostatek informací, nebo jich je naopak příliš mnoho. Aby byla komunikace přínosná a oboustranně seriózní, účastníci by měli být uvolnění, respektovat se, zajímat se jeden o druhého, pozorně si naslouchat, umět se vcítit do druhého, být trpěliví. Bariéry v komunikaci mohou vznikat i v případě, že je pacient sluchově postižený, nevidomý, či tělesně nebo mentálně postižený (Honzák, 1997).

5 SYNDROM VYHOŘENÍ

Ječná, Hosák, Čermáková (2009) uvádějí ve svém výzkumu, že sestry pracující na psychiatrii musejí zvládat větší obtíže při jednání s pacienty. Díky průběžnému získávání poznatků z oblasti duševního zdraví: umění relaxace a vytvoření podpůrné sociální sítě jsou více odolné vůči stresu než sestry pracující na somatických odděleních. I přesto dochází u některých pracovníků k tzv. syndromu vyhoření.

Syndrom vyhoření (burnout syndrome) je stav celkového vyčerpání v důsledku dlouhodobého intenzivního stresu (Pešek & Praško, 2016).

Rush (2003) definuje syndrom vyhoření jako druh stresu, emocionálního vyčerpání a frustrace, vznikající v souvislosti se zaměstnáním, které nepřináší jedinci očekávané výsledky. Často se vyskytuje u osob pracujících v profesích, kde práce vyžaduje mezilidskou komunikaci. Nejvíce ohroženi jsou pracovníci ve zdravotnictví, školství, věznicích a úředníci. Zejména práce zdravotních sester je velmi náročnou a stresující profesí. Při výkonu svého zaměstnání se zdravotní sestry setkávají s psychickými a fyzickými problémy pacientů, se kterými se musejí emočně vyrovnat.

5.1 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Při nástupu do nového zaměstnání se jedinec snaží usilovně pracovat a pomáhat druhým. O své práci má obvykle nerealistické představy. Po nějaké době dochází ke *stagnaci*, kdy pracovník začíná porovnávat své ideály s realitou. Následuje fáze *frustrace*, kdy zaměstnanec začíná negativně vnímat osoby, se kterými se v zaměstnání stýká a se kterými spolupracuje. Dále nastupuje obranná reakce *apatie*. V této fázi pracovník dělá jen to nejnutnější. Poslední fází je *syndrom vyhoření*, kdy dochází k emočnímu vyčerpání a ke vzniku depresí. Tato poslední fáze vzniká působením více negativních procesů. Pokud vymizí jeho příčiny, je možné jej zvrátit.

Fáze syndromu vyhoření na sebe navazují a plynule přecházejí jedna v druhou. Jedinec si však svoji situaci většinou uvědomí až pozdě. Člověk pracující v profesi vyžadující mezilidskou komunikaci by měl znát příznaky vyhoření a všimnout si, zda se tyto symptomy u něj nevyskytují (Pešek & Praško, 2016).

5.2 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření se může vyskytnout u kohokoliv, postihuje muže i ženy, vyskytuje se u všech věkových skupin. Hlavním příznakem je snížení výkonnosti a vyčerpání. Mezi fyzické projevy syndromu patří poruchy spánku, zvýšené svalové napětí, nedostatek energie a náchyllost k nemocem. Jedinec, který je emočně vyčerpaný, pociťuje beznaděj, prázdnotu, bezmocnost, mívá pocit úzkosti a strachu.

Člověk postižený syndromem vyhoření má ke své práci lhostejný postoj a tento postoj může mít i ke své rodině a k okolí. Ztrácí zájem o práci i o rozvoj své osoby. To se odráží nejen v jeho profesním životě, ale i v přístupu k nadřízeným, podřízeným a klientům. Provází ho pocit vlastní nedostatečnosti, méněcennosti, dochází ke ztrátě sebeúcty (Stock, 2010).

5.3 PREVENCE VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ

Křivohlavý (1998) řadí mezi prevenci vzniku syndromu vyhoření správné plánování a využití volného času, pravidelný odpočinek, relaxaci, různé koníčky a zájmy, kvalitní spánek. Důležité je snížit příliš vysoké nároky, myslet pozitivně, stanovit si priority a zaměřit se na podstatné činnosti.

Vhodné je také najít si emocionální podporu u kolegů nebo v rodině, pokud si postižený jedinec sám neví rady. Podstatné je všimnout si jednotlivých příznaků syndromu a včas mu předcházet.

Často se syndrom vyhoření zaměňuje s jinými psychickými nemocemi, jako je stres, deprese nebo únava. Z tohoto důvodu je důležitá správná a včasná diagnostika, případně vyhledání odborné pomoci.

6 VÝZKUMNÁ ČÁST

Ve výzkumné části své bakalářské práce se věnuji problematice vyhodnocování adiktologických informací získaných od dětských pacientů zdravotnickým personálem. Rozhovory s respondenty, členy zdravotnického personálu 1. oddělení Dětské psychiatrické nemocnice Velká Bíteš, byly uskutečněny v únoru až březnu 2017.

Subjektivní vnímání každého pracovníka se odráží v odlišném vyhodnocování získaných informací. Zpracování těchto informací je předmětem výzkumu.

6.1 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumu je zjistit, jak respondenty nakládají s adiktologickými informacemi získanými od pacientů.

Dílní cíle:

- zjistit, s jakými problémy se hospitalizované děti respondentkám nejčastěji svěřují,
- zjistit, jak informace získané od hospitalizovaných dětí ovlivňují respondenty v osobním životě.

6.2 ETIKA VÝZKUMU

Před začátkem výzkumu jsem požádala ředitele dětské psychiatrické nemocnice o schválení výzkumu.

Dle Hendla (2005) je před začátkem výzkumu důležité získat souhlas k použití získaných informací pro výzkum. Souhlas může být aktivní (podpis, prohlášení) nebo pasivní (slovní souhlas).

Pro tento výzkum jsem od respondentek získala slovní souhlas. Respondentkám jsem vysvětlila důvod realizace výzkumu, případně jsem jim na požádání poskytla podrobnější informace, proč byly osloveny právě ony. Rozhodnutí respondentek o účasti ve výzkumu bylo dobrovolné.

6.3 VALIDITA VÝZKUMU

Validita ovlivňuje kvalitu výzkumu od jeho plánování, přes realizaci a interpretaci až po shrnutí. Pro zajištění validity je důležité, aby výzkumné otázky a získané informace souvisely s účelem výzkumu (Hendl, 2005).

Před začátkem výzkumu jsem provedla pilotní studii k prověření proveditelnosti výzkumu. Připravila jsem si otázky, pomocí nichž jsem získala potřebné informace týkající se výzkumného cíle. Pro uskutečnění pilotní studie jsem požádala o rozhovor dvě zaměstnankyně nemocnice, kterým jsem vysvětlila cíl výzkumné práce. Dotazované byly poučeny o tom, že rozhovor bude zaznamenáván a získané údaje budou zpracovány anonymně.

Rozhovor jsem prováděla v terapeutické místnosti na oddělení nemocnice. Délka rozhovoru byla asi 30 minut. Na otázky respondentky odpovídaly jasně a bez rozpaků. Na závěr jsme provedly společné vyhodnocení, zda se dotazovaným zdály otázky srozumitelné. Některé připravené výzkumné dotazy jsem následně musela přepracovat, aby byly lépe pochopitelné. Pilotní studie prověřila, že výzkum je možné uskutečnit navrhovanou technikou získávání dat a kladenými otázkami budou získány odpovědi na výzkumné otázky.

Před začátkem výzkumu jsem si připravila výzkumný plán. Postup výzkumu jsem konzultovala se školitelem. Zajistila jsem si dostatečný časový prostor na analýzu dat. Důležitá byla moje osobní motivace ke zkoumání textu. V průběhu výzkumu jsem si zaznamenávala poznámky k budoucí analýze. Smith, Flowers a Larkin (2009) doporučují vést si o výzkumném postupu výzkumný deník pro zajištění validity, ale i z účelných důvodů.

Validita byla zabezpečena v průběhu rozhovoru podáváním doplňujících kontrolních otázek, které ověřovaly získanou informaci, a tím se předešlo zkreslení dat. Respondentky jsem po ukončení rozhovoru požádala o zpětnou vazbu k jejich odpovědím. Pokud jsem zaznamenala v průběhu vyprávění nejistotu a tenzi, respondentky jsem podpořila sdělením, že *„právě tato jejich informace je pro výzkum podstatná“*.

6.4 SBĚR A ANALÝZA DAT

Vzhledem k charakteru práce a jejím stanoveným cílům jsem použila kvalitativní metodu výzkumu.

Dle Hendla (2005) je hlavním cílem kvalitativního výzkumu vysvětlit, jak lidé v určitém prostředí a za určité situace chápou, co se s nimi děje, proč jednají určitým způsobem.

Disman (2002) uvádí, že „v kvalitativním výzkumu mizí hranice mezi rolí výzkumníka a rolí zkoumané osoby, oba jsou rovnocennými partnery“ (Disman, 2002, p. 300). Tento typ výzkumu umožňuje získat informace od menší skupiny respondentů.

Informace pro tento výzkum jsem získala polostrukturovaným rozhovorem s otevřenými otázkami. U některých rozhovorů nebylo dodrženo pořadí otázek, protože respondentka odpověděla na požadovanou informaci v jiné otázce, někdy byly pro upřesnění položeny doplňující otázky. Informace pro výzkum jsem fixovala pomocí audiozáznamu a poté jsem provedla jeho přepis. Další potřebné doplňující informace související s výzkumem jsem získala zapisováním.

Polostrukturovaný rozhovor jsem zvolila z toho důvodu, že při tomto rozhovoru je možné si ověřit, zda odpověď byla správně pochopena a interpretována. Je možné klást různé doplňující otázky, které umožní dané téma rozpracovat podrobněji (Miovský, 2006).

Disman (2002) uvádí, že informace získané rozhovorem vznikají vzájemným působením výzkumníka a respondenta.

Rozhovory s účastníky výzkumu probíhaly na oddělení v terapeutické místnosti, kde bylo zabezpečeno soukromí. V průběhu rozhovoru jsem se snažila o navození přátelské atmosféry. Po předchozím souhlasu respondentky jsem rozhovor nahrála. Délka rozhovoru byla 30–40 minut.

Přepis nahraného textu může vést ke změně získaných informací. Při přepisu textu je nutné zachovat co nejvíce ukazatelů důležitých pro výzkum (Kaufmann, 2010). Toto kritérium jsem při práci s textem dodržela.

Analýza dat byla prováděna kódováním a tříděním získaných informací.

Nejdříve jsem provedla třídění, kdy jsem z textu odstranila veškeré informace, které nesouvisely s výzkumem. Při práci s textem jsem provedla redukci druhého řádu, která spočívá ve hledání vlastností souvisejících s výzkumnými otázkami. Tímto postupem dochází ke zjednodušení původního textu (Miovský, 2006). Pro kvalitní zpracování textu bylo důležité opakované čtení přepisu rozhovorů. V textu jsem ponechala výrazy, které použili respondenti.

6.5 CHARAKTERISTIKA PROSTŘEDÍ

Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš (DPN Velká Bíteš), zřízená Ministerstvem zdravotnictví České republiky, poskytuje lůžkovou a ambulantní péči dětem a mladistvým v oboru dětské a dorostové psychiatrie. V dětské psychiatrické nemocnici bylo v roce 2016 hospitalizováno 324 dětí.

V nemocnici je péče poskytována na dvou odděleních. Na oddělení 1 se léčí dívky od tří do osmnácti let a chlapci od tří do deseti let. Na oddělení 2 se léčí chlapci od deseti do osmnácti let.

Pacient absolvuje v nemocnici krátko- nebo střednědobou léčbu. Krátkodobá léčba se využívá k nastavení vhodné medikace. V průběhu léčby se provádí psychiatrické vyšetření a analýza případu.

Střednědobá léčba trvá 3—6 měsíců. Strukturovaný program střednědobé léčby se skládá ze skupinové a individuální terapie, pracovní terapie nebo volnočasových aktivit. Důležitou součástí léčby jsou terapeutické dovolenky a vycházky s rodinnými příslušníky. Tyto aktivity se plánují předem a následně probíhá jejich vyhodnocení.

Léčba v této nemocnici je specializovaná na léčbu poruch chování a léčbu uživatelů psychoaktivních látek, jejichž užívání je u českých šestnáctiletých dětí – v poměru k celoevropskému kontextu – nadprůměrné, jak uvádí ve své výroční zprávě za rok 2015 Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (Mravčík & kolektiv, 2016). V nemocnici se dále lečí děti s enurézou, enkoprézou, specifickými poruchami učení a děti z narušeného rodinného prostředí.

Při práci s dětmi a rodinnými příslušníky je kladen důraz na profesionální a empatický přístup k hospitalizovaným dětem i jejich rodinným příslušníkům. Do léčebného procesu dítěte je obvykle zapojena celá rodina.

V komplexní péči kromě režimové a medikamentózní terapie je využíváno projektu „PAC a PUSA“, který představuje tyto konkrétní činnosti:

- P** – psychoterapie
- A** – aktivity (vzdělávací aktivity, volnočasové aktivity a společenské hry, zdravotní výchova)
- C** – „community“ (komunitní a rodinná terapie)

- A** – abstinence (a primární, sekundární a terciární prevence v oblasti problematiky návykových látek a dalších patologických sociálních jevů)
- P** – „práce“ (ergoterapie)
- U** – „umění“ (arteterapie různých forem)
- S** – „sport“ (fyzioterapie – tělocvična, posilovna, bazén, hřiště)
- A** – „animals“ (soužití s ostatními živými tvory)

V nemocnici je vytvořeno příjemné a bezpečné prostředí tak, aby vyhovovalo dětem všech věkových kategorií. Ke každému dítěti se přistupuje podle jeho individuálních potřeb.

6.6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkum probíhal na 1. oddělení, kde je hospitalizováno 26 dětí. Na tomto oddělení pracují 2 lékaři, 1 psycholog, 7 dětských sester, 3 všeobecné sestry, 1 ošetřovatelka, 1 pracovní terapeutka a 1 jiný odborný pracovník ve zdravotnictví.

Do výzkumu se zapojilo 5 respondentek, z toho 4 zdravotní sestry a 1 jiný odborný pracovník ve zdravotnictví. Výzkumný vzorek byl vybrán metodou záměrného výběru. Tuto metodu popisuje Miovský (2006) jako metodu, při které výzkumník cíleně vyhledává své respondenty dle určitých vlastností. Kritéria pro výběr respondentů byla: práce respondenta na 1. oddělení DPN Velká Bíteš, ochota zúčastnit se výzkumu, přímá práce s dětskými pacienty po celou dobu směny.

Před začátkem výzkumu jsem seznámila pracovníky oddělení s cílem mé práce a požádala jsem je o spolupráci v podobě poskytnutí rozhovoru. 4 zdravotní sestry a 1 jiný odborný pracovník ve zdravotnictví (žena) byly ochotny hovořit o své práci. Před začátkem rozhovoru byly respondentky opakovaně poučeny o dobrovolnosti odpovídat na výzkumné otázky i o právu odmítnout účast na výzkumu i v průběhu rozhovoru. Taktéž byly poučeny o tom, že získané informace budou zpracovány anonymně a jejich identita nebude nikomu sdělena, tedy že práce nebude obsahovat žádné osobní údaje, které by vedly k jejich identifikaci. Z tohoto důvodu byla v této bakalářské práci změněna jména všech respondentů.

6.6.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Za účelem splnění jednoho z cílů práce jsem se zabývala tím, jak zdravotnický personál vnímá svoji práci na oddělení a co na ní pokládá za podstatné. Zajímalo mne, jak na svou práci nahlízejí především v souvislosti s množstvím povinností a úkolů, které vyplývají z náplně práce, s níž je personál obeznámen při nástupu do zaměstnání.

Z odpovědí respondentek vyplývá, že považují za primární zejména dodržování denního harmonogramu a zaměstnávání dětí různými činnostmi, které se snaží přizpůsobit diagnóze a zájmům dítěte. Podrobněji se k dané otázce vyjadřují ve svých odpovědích.

DANA

Dana v nemocnici pracuje osmnáct let. Je vdaná a má dvě děti, které jsou nyní ve věku našich pacientů, 15 let a 12 let. Po ukončení studia pracovala rok a půl na novorozenecké JIP. Po nástupu na psychiatrii měla pocit, že pracuje na táboře, vadil jí hluk a také pocit, že nevykonává žádnou odbornou práci, připadala si jako vychovatelka. První měsíc chodila z práce domů a stěžovala si, že na dětské psychiatrii nebude pracovat. Cítila se odborně nevyužitá. V té době však již plánovala těhotenství, proto zde nakonec zůstala pracovat, ale stále počítala s tím, že je tato práce jen dočasná. Po rodičovské dovolené nicméně znovu nastoupila, ale i nadále všem říkala, že se chce vrátit zpět na novorozenecké oddělení. V současné době již změnu zaměstnání neplánuje. Nejenže si zvykla na specifika této náročné práce, ale má také obavy z toho, zda by ještě zvládla práci v jiných zdravotnických oborech. Sama respondentka říká: *„Ve službě pečuji nejčastěji o děti s poruchami chování a o děti, které užívají návykové látky. Podávám léky, plním ordinace lékaře, provádím všeobecnou péči, jako je dohled nad hygienou, dodržování pitného režimu, úklid osobních věcí, podávání jídla. Musím také zajistit volnočasové aktivity pro děti. Doma si většinou program zajišťovaly samy, často ho trávily u počítače hraním bojových her. Na odpolední činnosti jsou děti rozděleny do skupin podle jejich zájmů, třeba jestli je baví keramika, kreslení nebo sport, ale i podle jejich chování, aby jedna sestra neměla jen samé zlobivé děti.“*

Nedílnou součástí práce zdravotní sestry na psychiatrickém oddělení je komunikace mezi sestrou a jiným zdravotnickým personálem. To znamená: předávání informací zjištěných od dětí během hospitalizace, od rodičů při návštěvách dětí

a telefonickém kontaktu, od personálu, který je s dětmi v denním kontaktu, dále od učitelů ze školy, která je součástí psychiatrické nemocnice, a v neposlední řadě také od jiných pacientů.

Dana při své práci klade důraz především na dodržování harmonogramu práce a režimu oddělení. Spousta dětí si tuto skutečnost uvědomuje a mimo stanovený program tak od ní nic nepožaduje, což často vede k tomu, že se jí s běžnými problémy tolik nesvěřují.

MAGDALENA

Magdalena na psychiatrii pracuje patnáct let, do tohoto zaměstnání nastoupila hned po absolvování studia. Je vdaná a má dvě malé děti ve věku 4 a 10 let, které ještě nejsou dost samostatné. Někdy má obavy z toho, aby její děti neměly v budoucnosti podobné obtíže jako pacienti hospitalizovaní na oddělení. Práce na oddělení ji od začátku vyhovovala. Jelikož je z početné rodiny, je zvyklá mít kolem sebe hodně lidí. Proto jí nevadil ani „*rámus*“, který je na oddělení běžný a který často vadí ostatním zaměstnancům. Před pěti lety uvažovala o odchodu ze zaměstnání, neboť v té době měla pocit, že vztahy mezi zaměstnanci na oddělení jsou narušené. Práci na oddělení hodnotí takto: „*S klasickou prací zdravotníka se setkávám málo. U dětí dbám na dodržování hygienických návyků, vlastně to některé děti učím.*“ Magdalena se snaží při své práci suplovat rodiče, smutné děti, které teskní po rodičích, potěšit. Dále Magdalena uvádí: „*Mým úkolem je být s pacienty v kontaktu, sledovat, jak reagují v určitých situacích a jak reagují na léčbu. Všechny reakce pak zapisuji do dokumentace.*“ Magdalena se také zajímá se o to, co děti trápí, a provádí s nimi různé pracovní či pohybové terapie.

Magdalena je během kontaktu s dětmi velmi trpělivá, dokáže pacientům opakovaně vysvětlovat své požadavky na jejich činnost i odpovídat na často kladené dotazy. Umí je povzbudit. V její práci se odráží skutečnost, že pochází ze sedmi sourozenců. Dokáže si získat pozornost okolí, což je při této práci velmi důležité.

PETRA

Petra v nemocnici pracuje osm let. Je vdaná, má dvě děti ve věku 15 a 20 let, které s ní žijí ve společné domácnosti. Po dokončení střední zdravotnické školy pracovala čtyři roky na kardiologii. Místo zdravotní sestry na psychiatrii přijala zejména z toho důvodu, aby nemusela dojíždět za prací do vzdálenějšího města. V té době měla dvě malé děti

a chtěla s nimi trávit volný čas a nebýt stále na cestách. Manžel toho času pracoval v zahraničí. O své práci říká: *„U dětí sleduji příznaky nemoci, pro kterou jsou hospitalizované, a také sleduji jejich chování. Dohlížím na plnění režimu na oddělení, učím děti dodržovat základní hygienické návyky a udržovat si pořádek v osobních věcech. Na oddělení zajišťuji stabilní a klidné prostředí.“* Jelikož na oddělení bývají rovněž hospitalizované děti s poruchou chování, často je nezbytné řešit i akutně vzniklé stavy pacientů, například afekty. K tomuto problému se Petra vyjadřuje následovně: *„Chlapce, kteří se brachiálně napadají, prostě se perou o hračky nebo různé jiné věci, se snažím rozdělit do skupin.“* Pokud již dojde k napadení mezi dětmi, nejdřív se danou situací pokusí řešit domluvou, popřípadě imobilizací dítěte, a pokud se dítě nezklidní, volá lékaře. Petra uvádí: *„Velmi časté jsou mezi dětmi i verbální útoky spočívající především ve vulgárních nadávkách. Nejenom, že si děti nadávají navzájem, ale pokud zasáhne i někdo z personálu, bývá různými nelichotivými přívlastky titulován i on.“*

Některé děti se rády zúčastňují aktivit se sestrami, zatímco jiné je ignorují. Sestra Petra si u dětí získala oblibu právě díky svému kreativnímu přístupu při vytváření volnočasových činností. V této souvislosti ve svém volném čase dokonce absolvovala certifikovaný kurz arteterapie, která ji velmi baví. O svých aktivitách na oddělení říká: *„Snažím se děti zaměstnat podle diagnózy, hyperkinetické děti vezmu do tělocvičny, depresivní děti a ty, které se sebepoškozují, zaměstnám výtvarnou činností. Pokud mají v diagnóze sebepoškozování, tak jim nebudu cpát pod oči nůžky, aby je to nelákalo. Dám jim například antistresové omalovánky.“* Z výpovědí respondentky můžeme usuzovat, že má cit pro správné vyhodnocování situací na oddělení, a v případě potřeby dokáže být i dostatečně rázná.

BÁRA

Bára v nemocnici pracuje jako jiný odborný pracovník dva roky. Je vdaná, má dvě děti ve věku 15 a 9 let. Práce s dětmi ji baví, a protože dříve byla zaměstnaná ve školství, přechod na dětskou psychiatrii pro ni nepředstavoval až tak velkou změnu. O své práci říká: *„Má práce na oddělení spočívá hlavně v hlídání dětí, aby sobě nebo druhým něco neudělaly.“* Podstata její práce s dětmi tkví v rozvíjení jejich dovedností. Jde především o nejrůznější rukodělné činnosti a zapojování do dalších volnočasových aktivit, mezi něž patří např. pobyt na zahradě, kde děti mohou hrát míčové hry, jezdit na koloběžkách, hrát

si na pískovišti. Bára sděluje: *„S dětmi chodím ráda na turistické vycházky, do tělocvičny, posilovny a hrát kulečnick. V kuchyňce zkouším s dětmi vařit či péct.“* Domnívá se, že v dnešní době děti nejsou k těmto činnostem vedeny. Bára s dětmi realizuje zaměstnání a volnočasové aktivity. Z vlastní iniciativy také nosí dětem z domova knížky, aby podpořila jejich zájem o četbu. K práci s dětmi s povzdechem dodává: *„Děti musím neustále napomínat a odtrhávat od sebe. Někdy se cítím jako gladiátor mezi liliputy.“* Nicméně i přes tato úskalí se dětem velmi věnuje a vždy se je snaží vyslechnout. Od některých pacientů dostává i zpětnou vazbu, která ji pak často motivuje k další aktivní práci. Co se týče vztahů na pracovišti, Bára se ve své práci cítí být ze strany kolegyň či nadřízených nedocenená, a někdy dokonce kritizovaná za svoji údajně až přílišnou aktivitu.

ADÉLA

Adéla do nemocnice nastoupila hned po dokončení studia před dvaceti osmi lety. Dle svých slov nikdy neuvažovala o tom, že by šla pracovat na jiné oddělení, či dokonce úplně změnila obor. Domnívá se, že ve srovnání s dobou, kdy na dětské psychiatrii začínala, jsou dnes děti vulgárnější a nemají takovou úctu k dospělým. Základem její práce je provádění klasické sesterské práce, která zabírá hodně času, a proto jak sama uvádí: *„Nemůžu se věnovat terapii tak, jak si představuji. S dětmi cvičím jógu, na tyto terapie mám kurz. Tyto kurzy jsem si dělala ve svém volnu, ze svého zájmu a ze svých prostředků. Vadí mně, že na terapie je málo času a klidu.“* K sesterské práci řadí sledování fyziologických funkcí u dětí, přijímání návštěv, které za dětmi přijdou, administrativní úkony aj. Vadí jí, že zdravotní sestry nejsou za odvedenou práci dostatečně odměněny a že nemají náležitý respekt, a to ani ze strany pacientů, ani ze strany nadřízených. Naopak si opravdu cení toho, když jí dítě poděkuje za provedenou terapii nebo jí sdělí, že ho terapie bavila. Taková pochvala ji vždy velmi potěší.

SHRNUTÍ

Z výše uvedených odpovědí je patrné, že z pohledu zaměstnankyň daného oddělení jejich pracovní činnosti více méně odpovídají předepsané náplni práce, která je popisována v teoretické části práce. Nicméně jejich výpovědi naznačují, že ty sestry, které dříve pracovaly na jiných odděleních, než je psychiatrie, mají pocit, že nevykonávají odbornou práci sester. Svoji práci nevnímají jako zdravotnickou, ale často spíše jako výchovnou a pečovatelskou. Někdy mají také pocit, že s dětmi pracují i nad rámec svých

kompetencí. Respondentky během rozhovorů zmiňovaly např. to, že tím, jak s dětmi tráví nejvíce času ze všech zaměstnanců, se často dostávají do situací, kdy vlastně suplují roli rodičů.

6.7 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Ve druhé části výzkumu jsem se zabývala analýzou odpovědí získaných od respondentek. Tato část výzkumu je rozdělena na tři dílčí části. První se týká výzkumné otázky „S jakými problémy se hospitalizované děti respondentkám nejčastěji svěřují.“ Druhá část řeší výzkumnou otázku „Jak respondentky nakládají s adiktologickými informacemi získanými od pacientů.“ Poslední část se věnuje otázce „Jak informace získané od hospitalizovaných dětí ovlivňují respondentky v osobním životě.“ Text je doplněn citacemi z rozhovorů a krátkým shrnutím.

6.7.1 S JAKÝMI PROBLÉMY SE HOSPITALIZOVANÉ DĚTI RESPONDENTKÁM NEJČASTĚJI SVĚŘUJÍ

O svých problémech děti hovoří s personálem nejčastěji v době volnočasových aktivit nebo večer po telefonátech s příbuznými. Po těchto hovorech bývá některým dětem smutno, případně mohou být rozrušené, a to zejména dojde-li např. v průběhu telefonátu k hádce. Úkolem personálu je pak dítě zklidnit vhodně zvolenou formou intervence, např. rozmluvou, jejímž hlavním cílem je zabránit prohloubení tenze. V některých případech je nezbytné přivolat lékaře. V odpoledních a večerních hodinách má v nemocnici službu externí lékař, děti si však často přejí mluvit raději se sestrou, kterou znají a důvěřují jí. Z tohoto důvodu musejí sestry s dětmi často rozebírat jejich problémy, přestože se některé respondentky domnívají, že to není v jejich kompetenci ani náplni práce. Jako jeden z argumentů uvádějí skutečnost, že pokud se intenzivně věnují jednomu pacientovi, bývá to na úkor práce s dalšími dětmi.

Respondentky nejčastěji uváděly, že dospívající pacientky s nimi hovoří převážně o svém sexuálním životě a obavách z těhotenství. Dalším často zmiňovaným tématem hospitalizovaných dětí je stesk po rodině, šikana a informace týkající se návykových látek a adiktologické problematiky obecně.

DANA

Podle Dany si děti po nástupu do nemocnice nejčastěji stěžují na to, že se jim stýská po rodičích. Nově přijatí pacienti se obvykle adaptují do čtrnácti dnů, po této době se postupně začínají personálu svěřovat se svými obtížemi. Dospívající děvčata řeší hlavně

problémy týkající se jejich sexuálního života, užívání návykových látek či sebepoškozování, které je v současné době u mladých dívek velmi časté. Z případů, se kterými se doposud setkala, ji asi nejvíce zaujal příběh čtrnáctileté Aničky. Ta se jí svěřila, že během poslední terapeutické dovolenky měla pohlavní styk, a nyní měla obavy, zda není těhotná. Respondentka sdělenou informaci zapsala do denního záznamu a rovněž ji oznámila i psycholožce příslušného oddělení. Jelikož se jednalo o nezletilou pacientku, byla tato informace předána rovněž zákonnému zástupci a Policii ČR, která v této věci následně zahájila šetření.

Zdravotnický personál je povinen dodržovat zásadu mlčenlivosti, ale v případě, že se dozví o trestném činu, dochází k prolomení povinnosti mlčenlivosti. V běžné praxi se postupuje tak, že sestra nebo jiný člen ošetrovatelského týmu, kterému je informace sdělena, ji zapíše do denního hlášení. Jméno tohoto pracovníka je rovněž uvedeno v trestním oznámení podaném na Policii ČR a může být posléze vyslýchán jako svědek nebo osoba podávající vysvětlení.

MAGDALENA

Magdalena k této otázce poznamenává: *„Děti nás během prvních dnů svého pobytu v nemocnici nejčastěji informují o tom, že se jim stýská po rodině. Po zvládnutí adaptace si sice některé z nich začínají stěžovat na časté hádky v jejich rodině, ale pokud se jim nikdo z blízkých dlouho neozve, je jim smutno.“* Hospitalizované děti mají možnost každý den ve večerních hodinách telefonicky kontaktovat některého z členů své rodiny. Po těchto telefonátech však často bývají rozrušené a je nutné s nimi následně provádět terapeutické podpůrné rozhovory. Dle respondentky dětští pacienti při těchto rozhovorech upřednostňují komunikaci spíše se sestrami, se kterými během dne tráví nejvíce času. Jako příklad uvádí Magdalena případ traumatizované Elišky, která byla na oddělení přijata z důvodu podezření, že se stala obětí znásilnění. Tato dívka byla schopná o prožité události poprvé promluvit až po měsíci opakovaných pokusů navázat s ní rozhovor.

Magdalena dále uvádí, že děti také často hovoří o šikaně, užívání drog v partě nebo o svých kamarádech. Podle jejího názoru jsou však některá jejich tvrzení přehnaná a myslí si, že děti se chtějí spíše dělat zajímavými.

PETRA

V souvislosti s nejčastěji svěřovanými problémy pacientů ze začátku jejich hospitalizace Petra uvádí: „Svěřuji se hlavně s problémy v rodině, koho mají doma rády, a s kým si nerozumí.“ Na oddělení bývají poměrně často hospitalizovány také děti z disharmonických rodin, pro něž je tato problematika velmi citlivá. Dívky se rovněž hojně zmiňují o nutkání se sebepoškozovat a užívat návykové látky, rády mluví o tom, do koho jsou zamilované. Petra si rovněž povšimla: „Pokud se na oddělení u nějaké dívky vyskytne problém např. se sebepoškozováním, je to jako lavina, a i ostatní dívky mají okamžitě ten samý problém.“

BÁRA

Bára uvádí, že se jí děti svěřují i s těmi nejintimnějšími problémy, jako jsou neshody v rodině, šikana ve škole, hovoří také o svých zkušenostech s návykovými látkami. Dívky s ní navíc velmi často řeší i téma sebepoškozování, při němž dosahují pocitů slasti a uvolnění, jež jsou podle nich srovnatelné se stavem po požití drogy. Bára dětem umí naslouchat, poskytuje jim dostatek prostoru. Svým mateřským přístupem si u dětí často vybuduje důvěru již v prvním týdnu jejich hospitalizace.

Uvedla k tomu i dva příklady dětských pacientů, které ji velice zasáhly: „Velmi se mě dotkl zážitek chlapce, který byl velmi šikovný na výtvarnou činnost, byl pečlivý, snaživý, ke mně se choval vždy slušně. O chlapce se staral jen otec, na péči matky měl traumatickou vzpomínku. Když měl teprve čtyři roky, vzala ho matka do města a nechala ho tam samotného na ulici. V té době jeho matka hodně pila a také se u ní začaly projevovat první příznaky vážné psychické poruchy, nyní je z ní bezdomovkyně. Chlapec z toho byl strašně nešťastný. Chtěl by s matkou navázat vztah, ale ona nemá zájem.“ Podle Báry si chlapec tento zážitek nese od dětství až po dospívání. Přestože je dnes již informován o psychiatrické diagnóze své matky, její chování nemůže pochopit a stále není schopen se s touto negativní zkušeností vyrovnat.

Dále se Bára zmiňuje o případě hospitalizované dívky, která byla doma týraná: „Dospívající dívka, která byla v dětství týrána, se mně svěřila, že viděla vraždu svého půlročního bratra.“ Pacientka Báře popisovala, jak matka, která byla opilá a bez jakýchkoliv finančních prostředků, nevydržela poslouchat křik svého malého dítěte, a tak „s ním třískla o zem“. Dívka přiznala, že neví, jak se má s touto událostí vyrovnat, jak na to

všechno zapomenout. Maminku má pořád ráda, touží po kontaktu s ní, i když ví, že usmrtila jejího bratra.

Pro Báru bylo důležité, aby si tyto traumatizující informace získané od dětí nejprve sama v sobě zpracovala. Pro podobné jednání však nemá pochopení a dodává: „*Nevím, co může takový traumatizující zážitek v dítěti zanechat. Pro mě jsou děti vším a nedovedu si představit, že bych někde nechala dítě samotné, nebo mu dokonce nějak ublížila, a to ani ve vzteku, ani když je člověk unavený nebo přepracovaný.*“

ADÉLA

Adéla má za dobu své praxe tu zkušenost, že děti nejvíce řeší téma rozvodu rodičů: „Děti se nejčastěji svěřují s problémy týkající se rozvodu rodičů. Rodiče dětmi často manipulují, aby si tím mezi sebou vyřídili účty. Bojují proti sobě přes děti a tím jim dělají v hlavě zmatek.“ Adéla samozřejmě chápe, že rozvod je vždy velmi nepříjemná událost, ale je přesvědčena o tom, že dítě by mělo být ušetřeno vzájemných sporů mezi rodiči. Ti by se podle ní měli – především v zájmu dítěte – pokusit rozumně dohodnout, a zbytečně je tak nevystavovat stresově vypjatým situacím.

Respondentka bývá občas konfrontována i s informací o znásilnění některé z hospitalizovaných dívek. Pokud se jí pacientka s takovou událostí svěří, snaží se ji ukonejšit. Adéla dále říká: „Tyto dívky budou na celý život poznamenané.“ Za svou dlouholetou praxi na oddělení se však setkala také s případy, kdy dívka obvinila příbuzného či známého ze sexuálního zneužívání, které se však dalším vyšetřováním policií nakonec ukázalo jako nepravdivé. I proto se snaží nečinít ukvapené závěry a k informacím tohoto typu je velmi obezřetná.

Adéla se domnívá, že děti se se svými problémy začnou svěřovat teprve tehdy, když jsou dobře adaptované na nemocniční prostředí, což je asi po jednom měsíci pobytu.

SHRNUTÍ

Z odpovědí respondentek vyplývá, že děti si na začátku hospitalizace často stýskají po své rodině.

Po ukončení adaptačního procesu se začnou svěřovat i se závažnějšími problémy, k nimž v případě starších dívek patří hlavně sexuální život, týrání a sebepoškozování. U mladších dětí jde často o šikanu ve škole. Pacienti také hovoří o svých problémech

s návykovými látkami a o důvodech, které je vedly k jejich užívání. Csémy, Nešpor, Sovinová (2001) k tomuto tématu uvádějí, že na vznik problému s užíváním návykových látek a následnou závislost na nich mají vliv i rozpady rodin.

Pokud se dítě svěruje personálu, že je šikanované nebo má konflikty se spolupacienty, tato skutečnost je okamžitě oznámena lékaři či psychologovi, kteří volí další postup. Zpravidla je nejdříve proveden informační rozhovor, ve kterém dítě popíše svůj problém. Jestliže se sdělená informace potvrdí, je případ dále vyšetřován, většinou již ve spolupráci s ředitelem zařízení.

Za velmi závažnou informaci je považována i ta o sebepoškození hospitalizovaného jedince. Kriegelová (2008) k tomuto tématu uvádí, že sebepoškození je strategie zvládnutí zátěže, způsob vyvolání relaxace, útěk od reality. Je to projev velké psychické nepohody, který se musí řešit ve spolupráci s odborníky.

Na základě výzkumu jsem zjistila, že postup nakládání s informací o sebepoškození pacienta se ve skutečnosti neliší od výše zmíněného postupu. Je-li sestra konfrontována s informací o sebepoškození pacienta, okamžitě informuje lékaře a psychologa, kteří následně s dotyčným pacientem zahájí individuální terapii.

Vůči informacím o sexuálních zkušenostech dívek jsou zaměstnanci nemocnice zvláště ostražití. Na základě dosavadních zkušeností z praxe se vždy snaží informace řádně ověřovat. Dle výpovědí personálu totiž pacientky někdy rády přehánějí a popisují problémy jinak, než jak se ve skutečnosti staly, chtějí být zajímavé nebo vyvolat pozornost okolí. Jakmile o těchto závažných událostech začne hovořit jedna dívka, během krátké doby se s podobnými problémy začnou svěřovat i ostatní.

Sestry se získanými informacemi pracují tak, že nejdříve zváží závažnost sdělení, zhodnotí celkovou situaci a podle míry důležitosti či akutnosti případu informují lékaře a psychologa, kteří volí další postup řešení.

6.7.2 JAK RESPONDENTKY NAKLÁDAJÍ S ADIKTOLOGICKÝMI INFORMACEMI ZÍSKANÝMI OD PACIENTŮ

Údaje o pacientech, včetně problematiky týkající se závislosti na návykových látkách, jsou evidovány v nemocničním informačním systému určeném pro zpracování záznamů o pacientech a průběhu jejich léčby. Tento systém zjednodušuje přístup

k informacím o hospitalizovaných dětech. U každého záznamu je registrováno, kdo tyto zápisy vypracoval.

Všechny respondentky se shodují na tom, že na základě svých zkušeností nejdříve vyhodnotí závažnost sdělení. Informaci následně zapíše do denního hlášení, v případě závažnějšího sdělení sestry předají informaci lékaři a psychologovi okamžitě.

DANA

Dana udává, že se nejvíce informací od dětí dozvídá po terapeutické dovolence, kdy se děti často opět setkávají se svými vrstevníky, s nimiž dříve užívaly drogy. Dana v těchto případech pociťuje zklamání i zbytečnost své práce a říká: „Ty děti, které braly drogy, často mluví o tom, co užívaly a s kým, často si myslí, že když se přiznají, získají výhody a že se tato situace dál nebude řešit.“ Ačkoliv jsou pacienti před nástupem na terapeutickou dovolenku poučeni o tom, aby během pobytu doma abstinovali, při setkání s partou abstinenci často poruší. S touto skutečností se pak při návratu do nemocnice obvykle sami svěřují. U dětí, které mají v anamnéze užívání návykových látek, bývá po návratu z terapeutické dovolenky proveden odběr moči na toxikologické vyšetření a získané informace jsou zapsány do denního záznamu. Tím respondentka považuje své kompetence v daném případě za vyčerpané a dále jej přenechává k řešení psychologovi a lékaři.

Dana dále podrobně popsala, jakým způsobem naložila s informacemi, které jí v průběhu hospitalizace sdělila jedna z pacientek, pro tuto práci pojmenovaná jako Radka. Popis případu této pacientky i reakce zdravotnického personálu jsou nastíněny v následující případové studii.

PŘÍPADOVÁ STUDIE

Úvod

Radka, čtrnáctiletá dívka, je 3. měsícem hospitalizována v nemocnici z důvodu užívání návykových látek. Navštěvuje základní školu. Před nástupem do nemocnice měla problémy s respektováním autorit, plněním svých povinností, potulkou a zpronevěrami peněz na nákupy.

Rodinná anamnéza

Rodiče Radky jsou rozvedeni. Dívka žije ve společné domácnosti s matkou, nevlastním otcem a dvěma nevlastními sourozenci. S biologickým otcem se nestýká – nejví o ni zájem. Radka však o kontakt s ním zájem má.

Poslední 4 roky má Radka problematický vztah s nevlastním otcem. Z tohoto důvodu dochází k častým konfliktům s matkou, které vyústily v absenci respektu k oběma dospělým. Jeden z konfliktů byl završen fackou od nevlastního otce a Radčiným nahlášením napadení na OSPOD.

Se svými nevlastními sourozenci, 4 a 6 let, vychází dobře a má s nimi velmi dobrý vztah.

S prarodiči z matčiny strany má Radka dobrý vztah. V případě problémů se uchyluje k babičce, které si stěžuje. Babička Radce věří, je ochranná a podkopává autoritu rodičů. Dědeček je vůči útěkům z domova a nalézání útočiště u prarodičů skeptický a trvá vždy na Radčině okamžitém návratu domů.

Rodina žije ve vlastním domě, ve kterém má Radka svůj pokoj. Finanční situace rodiny je dobrá.

Osobní anamnéza

Radka tráví volný čas na počítači, na sociálních sítích, nebo s kamarády-uživateli návykových látek. Také ráda navštěvuje svou tetu (sestru matky), která je pěstitelkou a uživatelkou marihuany. S tetou si Radka rozumí, neboť teta je tolerantní k Radčinu chování. To také podkopává autoritu rodičů. V současné době se rodiče snaží zabránit Radčině styku s tetou, což vyvolává mezi Radkou a rodiči napětí.

Psychiatrická anamnéza

Vývoj dítěte do 11. roku života probíhal standardně. V 11 letech došlo u dívky k výrazným změnám chování. Již v té době se začaly objevovat první potulky. Od roku 2014 je léčena pro socializovanou poruchu chování, poruchu přizpůsobení a demonstrativní pokus o sebevraždu medikamenty. Tímto činem reagovala na pro ni těžkou situaci v rodině. Po tomto pokusu byla hospitalizována v DPN.

Drogová anamnéza

Rodiče uvádějí, že v 11 letech se u Radky začal objevovat zvýšený zájem o drogovou problematiku. Radka říká, že kouřit začala ve svých 12 let, a to cigarety i marihuanu. V té době také začala příležitostně požívat alkohol. Pervitin užívá od roku 2016.

Popis případu

Pacientka vyhledala v průběhu odpoledne službu konající sestru, vedoucí směny, a sdělila jí, že „*má chuť na drogy*“ a že „*se jí o nich v noci zdálo*“. Dále uvedla, že je neklidná, nic ji nebaví a nechce se jí do ničeho zapojovat. Také si posteskla, že by se ráda setkala se svými kamarády.

Sestra Radku vyslechla a provedla zápis do denního záznamu. Následně zavolala službu konajícího lékaře, který okamžitě s Radkou provedl psychoterapeutický pohovor a naordinoval 1 tabletu Ataraxu na zklidnění. Taktéž přeřadil Radku k pacientům vyžadujícím zvýšený dohled, neboť situaci vyhodnotil tak, že by se Radka mohla pokusit o útěk za svými kamarády. Radka byla také poučena o skutečnosti, že nyní bude pod zvýšeným dozorem zdravotnického personálu. Také byla upozorněna na to, že v případě útěku bude informována Policie ČR a rodiče, kteří zaplatí veškeré výlohy na její dopravu zpět do DPN.

Vyhodnocení případu

V záznamech pacientky bylo uvedeno, že v posledních 4 dnech před touto událostí bylo u Radky zaznamenáno zhoršené chování. Přestala se zapojovat do aktivit, byla v intrapsychické tenzi, nesoustředěná, psychomotoricky neklidná, dráždivá, klackovitá. Vůči personálu byla drzá a vulgární.

V dokumentaci byl také záznam o terapeutické dovolence absolvované před třemi týdny před událostí a následném odběru biologického materiálu. Nález byl pozitivní na THC. Radka užití návykových látek popřela a obvinila personál ze záměny výsledků testů. Za dva dny od obvinění se sestře přiznala, že návykové látky opravdu užíla. Personálu se za křivé obvinění omluvila. Psycholožce dále sdělila, že „*jí chybí cigarety*“. Z tohoto důvodu jí byly naordinovány žvýkačky Nicorette.

Sestra a ostatní členové zdravotnického týmu pacientku v následujících dnech podpořili, aby o svých potížích a pocitech vždy s některým ze zdravotníků hovořila. Taktéž ji pobízeli do činností a pomáhali jí vytvořit náhled na vzniklou situaci.

Předání adiktologické informace v tomto případě proběhlo od pacientky k sestře a neprodleně od sestry k lékaři. Lékař následující den informoval psycholožku.

Dana předanou informaci vyhodnotila jako důležitou pro okamžité řešení. Informaci nejenže zapsala do denního záznamu, ale také ji neprodleně předala lékaři.

Jiný člen zdravotnického personálu by mohl tuto informaci považovat za sdělení nepodléhající okamžitému hlášení lékaři. Informaci by pouze zapsal, předal sestře mající noční službu a situaci by lékař řešil až následující den při ranní vizitě.

MAGDALENA

Magdalena má ohledně problematiky nakládání s adiktologickými informacemi tento názor: „Většinou se tím, že vyzkoušely drogu, chlubí ty děti, které užívají lehké drogy. Cítí se tak být zajímavější před ostatními dětmi.“ Pokud je u dítěte podezření na užití drogy či pokud dítě samo řeklo, že užilo drogu, zapíše Magdalena tuto skutečnost do denního záznamu. Tuto informaci zapíše do hlášení i v případě, že to má „jen“ z doslechu od jiných pacientů. Informace tohoto typu považuje vždy za důležité a oznámí je psychologovi, aby mohl s pacienty jejich problém terapeuticky rozebrat.

Podle respondentky téma návykových látek častěji probírají děti, které nejsou drogově závislé, nebo ty, které mají jen ojedinělé zkušenosti či zkušenosti se spíše lehkou drogou. Na závěr dodává: „*Většinou poznám, jestli dítě přehání.*“

PETRA

Petra je velmi empatická, a děti se jí tak často svěřují se svými osobními problémy, včetně těch adiktologických, i když vědí, že sdělení takové informace pro ně může mít následky v podobě dalšího šetření. Pokud se jí děti začnou důvěrně svěřovat, předem je upozorní na to, že tyto informace musí také zapsat do denního záznamu. Snaží se dítěti vysvětlit, že tento postup je důležitý pro jeho další léčbu, a nechá mu čas na rozmyšlenou, zda jí i přes tuto skutečnost informaci sdělí. Nejčastěji se při své práci setkává s tím, že se jí starší dívky svěřují, jak, kdy a proč začaly užívat návykové látky. Petra vzpomíná na případ jedné pacientky: „*Zemřela jí kamarádka, těžce to nesla, nerozuměla si s rodiči.*“

Nakonec sáhla po drogách.“ Petra dále uvedla, že si dívka naštěstí začala uvědomovat i negativní důsledky užívání drog a v současné době je schopná na své situaci zapracovat. Petra se však necítí kompetentní k řešení takové problematiky, a proto o této situaci provedla zápis do denního záznamu a věc dále předala k řešení psychologovi daného oddělení: *„Tuto problematiku s dívkami neřeším. Odkazuji je na psycholožku.“* Nicméně o následný vývoj dívčina případu projevuje nadále zájem.

BÁRA

Co se týče Bářina přístupu k práci, je zde více než patrná její dřívější zkušenost ze školství. Při rozhovoru si vzpomněla na případ čtrnáctiletého chlapce, který jí sdělil své zážitky z braní drog. V deseti letech zkoušel marihuanu, od 12 let začal nitrožilně užívat pervitin. Vyzkoušel ale i heroin, kokain, zkrátka téměř všechny dostupné drogy. Popisoval jí, jak vařil pervitin a byl dealerem. Dále jí vyprávěl o svých kontaktech na podsvětí a na ostatní překupníky. Podle Báry je to chytrý kluk, který má poměrně široké znalosti z chemie, a dodává: *„Říkala jsem mu, že je ho škoda, že by mohl jít studovat chemickou školu s takovými znalostmi, ale nesměl by vařit ten perník. Byla by přece škoda, aby skončil jako vyžilý feták.“*

Všechny tyto informace sdělil Báře důvěrně: *„Nikomu jsem je neoznámila. Nechala jsem si je pro sebe. To byly jeho prožitky, jeho zkušenosti, takové intimní, důvěrné. To, že bere drogy, je v chorobopise zapsané.“* Bára si myslí, že k ní pociťoval důvěru a potřeboval si s někým promluvit, nebo se možná chtěl jen pochlubit. Bára děti vždy ochotně vyslechne, ale pokud jsou uváděné informace v chorobopise pacienta již zapsané, dále je nepostupuje lékaři.

ADÉLA

Adéla považuje za hlavní příčinu většiny problémů hospitalizovaných dětí nedostatek smysluplných činností, a to jak v domácím, tak i ve školním prostředí. K této záležitosti se vyjadřuje následovně: *„Děti dnes nesportují, nepracují, nečtou, sedí jen u počítače a hrají hry, kamarády mají jen virtuální, nebo užívají drogy. Jeden pacient mi dokonce řekl: „Že v partě je mu dobře a nevadí mu, když se ufetuje nebo upije.“* Adéla se dětem snaží nabídnout z jejího pohledu zajímavé volnočasové aktivity: jógu, cvičení s činkami, relaxační techniky. Často se však u dětí setkává spíše s nezájmem o tyto činnosti. Děti jí říkají, že by raději pracovaly na počítači, který mají k dispozici v hernách,

ale práce na něm je pro každého časově omezená, a navíc dětem slouží i jako forma odměny. Adéla se tak cítí dětmi nedocenená za nabízené aktivity, o kterých si myslí, že jsou dobré pro jejich rozvoj. Rovněž má pocit, že se jí děti se zásadními informacemi, které by nebyly uvedené v dokumentaci pacienta, nesvěřují.

SHRNUTÍ

Dle výpovědi zdravotních pracovníků na oddělení je důležité získat si důvěru hospitalizovaných dětí. K dítěti přistupují individuálně, respektují dítě takové, jaké je, při vzájemné komunikaci dokazují, že jim na něm záleží. Při rozhovorech s dětmi se snaží, aby dítě zhodnotilo své silné a slabé stránky a aby se naučilo nahlížet na svou problematiku. Cílem sestry je získat dítě pro spolupráci a naučit ho účelným způsobům zvládnání krizových situací.

Ohledně samotného postupu práce se získanými informacemi Ptáček a Bartůněk (2011) uvádějí, že sestry musejí identifikovat závažné informace získané od pacientů, ihned reagovat a sdělit je lékařovi nejen při standardní komunikaci. Výzkumem jsem zjistila, že respondentky nakládají s informací následovně: Pokud respondentky zjistí informaci týkající se adiktologické problematiky, tuto informaci zapíší do denního záznamu. Děti jsou následně upozorněny na to, aby tuto problematiku nesdílely s ostatními dětmi a řešily ji s lékařem nebo psychologem. Sestry se necítí být kompetentními k dalšímu řešení problémů, protože v tomto oboru nejsou kvalifikovány. Proto řešení problému týkajícího se závislosti nechávají na lékaři a psychologovi.

6.7.3 JAK INFORMACE ZÍSKANÉ OD HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ OVLIVŇUJÍ RESPONDENTKY V OSOBNÍM ŽIVOTĚ

Informace, se kterými členové personálu nemocnice přicházejí každodenně do styku, mohou ovlivňovat jejich emoční rozpoložení, běžné fungování v jejich osobním životě, výchovu dětí, názory na společnost a mnoho dalších faktorů. Nakonečný (2000) uvádí, že získané informace musí jedinec zpracovat, vyhodnotit a zaujmout k nim nějaký postoj. Vliv na emocionální vyhodnocení má základ v charakteristice člověka a jeho emoční zkušenosti.

Zdravotnický personál pracující na tomto oddělení je každodenně konfrontován s velmi specifickými informacemi o dětských pacientech, které bezpochyby zásadním způsobem ovlivňují celou řadu oblastí jejich soukromého života. Pravděpodobně

nejvýrazněji se tento vliv projevuje zejména v jejich emočním rozpoložení, výchově dětí či utváření názoru na společnost. Intenzita emočního působení je pak samozřejmě dána druhem informace, s níž se jedinec potřebuje vyrovnat.

Přiměřená emoce přispívá k rozvoji osobnosti jedince a její opětovné prožití vede k vytvoření určitého vzorce chování, čímž se stává jednání člověka předvídatelným. Na druhou stranu nepřiměřená emoce jedinci nepřináší prospěch. Spíše jej během života může blokovat a vytvářet obavy z opětovného nepříjemného prožitku, čímž vytváří jistá omezení v jeho běžném fungování (Ellis, 2010).

DANA

Dana sama sebe hodnotí jako citlivou osobu, která na závažná zjištění týkající se dětí zpravidla reaguje smutkem a lítostí. Dozví-li se, že některé z hospitalizovaných dětí bylo týráno či zneužíváno, vždy v ní tato informace vyvolá zlost a vztek: „*Když děti vypráví, jak se k nim chovali dospělí, rozčílí mě to.*“ Je zklamaná, když se léčba nedaří anebo se dítě opětovně vrací, k čemuž nejčastěji dochází z toho důvodu, že po návratu domů se dítě vrátí ke svým původním zvyklostem, např. k užívání drog. Pokud dojde ke zlepšení zdravotního stavu dětí, pociťuje radost a zároveň i víru v to, že její práce není zbytečná. Při výkonu svého povolání se jí velmi dotýká vulgárnost dětí, a to jak mezi sebou navzájem, tak i vůči personálu. Přesto se za všech okolností snaží chovat k pacientům empaticky a snaží se získat si jejich důvěru.

V souvislosti se zkušenostmi ze zaměstnání má respondentka strach o své děti. Doma mluví o tom, co by se jim mohlo stát, a snaží se, aby se její děti případného nebezpečí vyvarovaly. Hovoří s nimi o rizicích užívání návykových látek, o předčasném zahájení pohlavního života či nechtěném těhotenství. Dana k tomu říká: „Bojím se o své děti. Mám strach, aby se nedostaly do závadových part a abych nemusela řešit problémy, které musí řešit rodiče našich pacientů.“ Dana se považuje za psychicky dostatečně odolného jedince. Prvního půl roku byla plná dojmů ze své nové práce a měla pocit, že to se svými blízkými musí sdílet. Postupem času však zjistila, že pro to asi nemají takové pochopení, jaké by očekávala, a dnes již doma o své práci téměř nemluví. Zmiňuje se pouze tehdy, pokud zrovna na oddělení řeší nějaký zajímavý případ, čímž chce děti varovat před tím, kam až může vést porušování pravidel.

MAGDALENA

Magdalena uvádí, že její práce ji ovlivňuje pozitivně i negativně, a říká: *„Na pedopsychiatrii pracuji již několik let a nyní už nereaguji tak emotivně jako na začátku své praxe.“* Magdalena tvrdí, že tato změna u ní nastala asi po dvou letech práce v nemocnici. Těžké životní situace dětí ji vždy velice zasáhnou, ale nikdy se nesnaží dělat ukvapené závěry. Aby si na daný případ mohla vytvořit svůj vlastní náhled, vždy se snaží získat všechny dostupné relevantní informace, např. prostřednictvím prostudování pacientova chorobopisu či konzultace s ostatními členy ošetrovatelského týmu. Někdy ji mrzí, že se pro děti nemůže udělat více a ony se musí vrátit do nevyhovujícího prostředí. Je vděčná za každou pozitivní zpětnou vazbu od dětí. K tématu sdílení svých pocitů ze zaměstnání uvádí: *„Ze začátku jsem měla pocit, že doma musím své zážitky z práce ventilovat.“* Asi po dvou letech si uvědomila, že laik nikdy nemůže pochopit, co vše je možné zažít při vykonávání této profese. Doma už o své práci nemluví. Jen někdy řekne příběh, který je podle ní zajímavý. Tím, že sama má malé děti, jim často vykládá o malých pacientech, kteří se dostali do péče úřadů a skončili v dětském domově třeba proto, že nechodili do školy a měli neomluvené hodiny. K výchově svých dětí dodává: *„Jsem na vlastní děti přísnější, je to tou prací.“* Někdy má pocit, že její vlastní děti jsou díky její práci pod větším drobnohledem ve srovnání s jejich vrstevníky.

PETRA

V případě Petry je jí prožívaná emoce podmíněna typem situace, ve které se dítě nachází. Často pociťuje smutek a lítost, negativní emoce se však snaží před dětmi nedávat najevo. Vlivem její práce se u ní objevují i pocity frustrace, protože si uvědomuje, že ne vždy lze každému pacientovi pomoci. Dále dodává: *„O některém případě přemýšlím v rámci svého zaměstnání, ale ne příliš do hloubky, protože bych se nedokázala od problému oprostit, nedokázala bych se k dítěti chovat s odstupem.“* S dětmi se snaží mít dobré vztahy, je vůči nim velmi citlivá a dítě i pohladí či obejmě, pokud vidí, že o to stojí. Věřící, že tento přístup pomáhá vytvářet pocit vzájemné důvěry, a děti se tak mohou snáze svěřit se svým trápením. Petra má ze své práce dobrý pocit hlavně tehdy, když vidí, že dítě má snahu svůj problém řešit a skutečně tak i činí.

Doma o své práci hovoří jen obecně, nekonkretizuje žádné případy, nikdy ani nepociťovala výraznější potřebu se v tomto ohledu svěřovat. Ve vztahu ke svým dětem

uvádí: „*Mám doma pubertální děti, občas je jen upozorním na to, jak to může dopadnout, když nejsou rodiče důslední, a proč po nich požaduji plnění povinností a pomoc s domácími pracemi.*“

V souvislosti s užíváním návykových látek své děti upozorňuje na to, jak to dopadá, když dítě začne kouřit a později přejde k marihuaně. Je přesvědčená, že ve své důsledné výchově postupuje dobře, důsledná je proto i v zaměstnání.

BÁRA

Bára je velmi vnímavá a soucitná, problémy hospitalizovaných dětí se jí tak přirozeně velmi dotýkají. Při výkonu svého povolání se musí často vyrovnávat s pocity vzteku, lítosti, beznaděje i rozčarování. Touží změnit a zachránit celý svět, což pro tuto práci není vždy zcela účelný postoj. Dle jejích slov si neumí vytvořit pomyslnou hranici mezi pracovním a soukromým životem, k čemuž dodává: „*Nejsem člověk, který jen co vyjde z budovy, hodí vše za hlavu a věnuje se svému životu*“. Svou práci považuje za poslání, ale nikdo z nadřízených jí nikdy neřekl, že ji odvádí dobře nebo že to s dětmi umí. Bára by z jejich strany uvítala alespoň nějakou odezvu, vážila by si toho. Jak sama říká: „*Někdy ztrácím chuť do práce. Svou podrážděnost si nosím domů a přenáším to na svou rodinu.*“

Rodina však podle ní nemá pro její práci takové pochopení, jaké by potřebovala. Když s touto prací začínala, byla plná dojmů: „*Musela jsem všechny informace ze zaměstnání strávit a vyrovnat se s nimi. Neustále jsem o tom doma mluvila*“. Bylo pro ni důležité znát názor svého manžela. Ten ji zpočátku rád vyslechl. Zhruba po třech měsících si ale uvědomila, že doma nemá odezvu, že ji manžel prakticky neposlouchá. Navíc pak začala být hodnota a důležitost její práce shazována. V této souvislosti Bára uvádí: „*Tuto práci prostě může pochopit jen ten, kdo ji vykonává.*“ Od té doby mluví doma o své práci s manželem méně.

V rámci výchovy svých potomků používá vybrané případy pacientů jako výstrahu, vypráví doma o smutných osudech některých hospitalizovaných dětí. Hovoří tak např. o rodičích, kteří ubližují svým dětem, varuje je před užíváním drog. Často jim také připomíná, že si mají vážít toho, že mají úplnou a spokojenou rodinu, ve které se mají všichni rádi a kde je jejich rodiče vždy podpoří.

ADÉLA

Přestože Adéla emoce navenek příliš neprojevuje, není emočně plochá, a pokud se dozví o traumatickém zážitku některého z hospitalizovaných dětí, negativně ji to ovlivní. Často pociťuje nad osudy pacientů smutek. Občas ale informacím od dětí nedůvěřuje, za svou praxi už se setkala s tím, že děti lžou, manipulují s personálem i rodiči. Sama uvádí: *„Děti s poruchami chování jsou často na personál zlé, dělají naschvály, nadávají personálu.“* Někdy má pocit, že její práce nemá smysl a děti jsou horší, než byly dřív.

V domácím prostředí se o své práci zmiňuje minimálně. Pokud se jí někdo z blízkých na práci zeptá, většinou to zamluví, nechce o ní hovořit a nikoho s ní zatěžovat.

SHRNUTÍ

Z reakcí všech pěti respondentek je patrné, že je jejich práce emotivně ovlivňuje, snaží se však se svými emocemi pracovat a nedávat je před dětmi příliš najevo.

Respondentky zpravidla po nástupu do zaměstnání pociťovaly potřebu o své práci doma se svými blízkými hovořit. Časem však nabyly dojmu, že jim lidé mimo jejich specifický obor mohou jen stěží porozumět, a postupně tak s nimi o práci mluvit přestaly. Některé z dotazovaných využívají své pracovní zkušenosti i v rámci výchovy vlastních potomků. Množství negativních příkladů z praxe jim tak často slouží jako varování před rizikovým chováním jejich dětí.

7 DISKUZE A ZÁVĚR

Pro výzkum byla vybrána kvalitativní metoda formou rozhovoru se zdravotnickým personálem nemocnice. Kvantitativní metoda se pro výzkum jevila jako nevhodná vzhledem ke stanoveným cílům.

Výhodou použité metody byla větší otevřenost respondentek a ochota detailněji rozebrat citlivá témata a jednotlivé případy. Naopak nevýhodou byl fakt, že odpovědi mohly být ovlivněny momentálním rozpoložením respondentky, atmosférou na pracovišti, ale i diagnózami hospitalizovaných pacientů v době provádění rozhovorů. Vzhledem k náročnosti tématu také výzkumník mohl sdělené informace vyhodnotit mírně odlišně, než jak to zamýšlela respondentka, proto bylo nutné zpětné dotazování.

V rámci výzkumné části této práce byly analyzovány rozhovory s pěti respondentkami, které pracují jako zdravotnický personál v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši. Vzhledem k nízkému počtu dotazovaných nelze získané závěry zobecnit.

Stěžejním výzkumným cílem práce bylo zjistit, jak respondentky nakládají s adiktologickými informacemi získanými od pacientů. Dílčími cíli bylo zjistit, s jakými problémy se hospitalizované děti nejčastěji svěřují a jak informace získané od hospitalizovaných dětí ovlivňují respondentky v osobním životě.

V rámci výzkumu bylo zjištěno, že zdravotnický personál je po přijetí pacienta do nemocnice obeznámen s důvody k hospitalizaci a jeho anamnézou, včetně anamnézy drogové (tj. jaké návykové látky užívá, na kterých látkách je přímo závislý a jak dlouho tyto látky užívá). Pacient je naopak obeznámen o nutnosti zápisu každé sdělené adiktologické informace do denního hlášení a jejího řešení. Dítě je také poučeno o tom, aby tento typ informací nepostupovalo svým spolupacientům (z důvodu obav z tzv. lavinové reakce).

Dojde-li během hospitalizace k přenosu jakékoliv adiktologické informace od pacienta ke zdravotnickému personálu, je tento personál povinen tuto informaci vyhodnotit. Dospěje-li k závěru, že získaná informace může významným způsobem ovlivnit léčbu, zapíše informaci do denního záznamu. S ohledem na závažnost informace ji také předá lékaři či psychologovi k posouzení v různém časovém horizontu. Jedná-li se

navíc o informaci, která podléhá ohlašovací povinnosti, provede zdravotnický personál zápis do denního hlášení a oznámí tuto skutečnost lékaři či psychologovi.

Vyhrožuje-li dítě útekem z důvodu bažení či jeví-li dítě známky akutní intoxikace, je lékař informován personálem neprodleně. Při podezření na užití návykové látky lékař pacienta vyšetří a zdravotní sestra na jeho pokyn provede odběr biologického materiálu na toxikologické vyšetření. Psycholog v nejbližším možném termínu s pacientem zahájí individuální psychoterapii, na které řeší, z jakého důvodu dítě drogu užívá a s kým, co užíváním získává a co ztrácí. Pacient je psychologem poučen i o negativních dopadech užívání, mezi které se řadí například úbytek hmotnosti, vypadávání vlasů, ztráta zájmů, změny nálad. Ve většině případů doporučí také rodinnou terapii.

Pokud dítě hovoří o drogách obecně, jsou lékař a psycholog s touto skutečností seznámeni v průběhu ranní malé vizity následující den. Co se týče jiných než adiktologických informací, personál zpravidla jedná takto: Nejdříve na základě svých zkušeností vyhodnotí závažnost informace. Mimo informací podléhajících ohlašovací povinnosti také personál vyhodnotí pravdivost sdělení. To je důležité, neboť personál má i tu zkušenost, že děti rády manipulují a někdy záměrně podávají lživé informace.

Nicméně jakoukoli informaci podanou pacientem téměř pokaždé zapíše do denního záznamu, který si následující den přečte psycholog a lékař, a pak je na jejich zvážení, jak s danou informací naloží.

Pokud si pacient stěžuje na somatické problémy, pak zdravotnický personál danou informaci lékaři oznámí okamžitě. Lékař pacienta vyšetří, následně jsou provedena pomocná laboratorní vyšetření a na základě těchto výsledků je naordinovaná léčba. Pokud stav pacienta vyžaduje další vyšetření, které není možné provést v dětské psychiatrické nemocnici, je převezen do jiného zdravotnického zařízení na oddělení, kde mu tato péče bude poskytnuta.

Při hodnocení informací získaných od pacienta se zdravotnický personál cítí nedostatečně kvalifikovaný pro posouzení závažnosti dané informace, proto raději zapisuje všechna sdělení pacientů. Pouze v jednom případě nedošlo k zapsání informace do denního záznamu, neboť personál informaci vyhodnotil jako velmi důvěrnou a zároveň léčbu neovlivňující.

Pacienti dětské nemocnice se zdravotnickému personálu svěřují se širokým spektrem problémů. Ke svěřování dochází až po určité době od nástupu do nemocnice. Délka procesu získání důvěry k zdravotnickému personálu je u každého dítěte individuální, lze ji však zprůměrovat na dobu 2 týdnů.

Předávané informace od pacientů zdravotnickému personálu se týkaly především rodiny – konfliktů v rodině, stesku po rodině, rozvodu rodičů, vzájemných citových vztahů, pocitů méněcennosti, a dále problémů ve škole, a to včetně šikany.

Dále se zmiňovali o vzájemných konfliktech a žalování v rámci oddělení; pacienti mají pocit, že jim ostatní děti ubližují buď fyzicky, nebo psychicky. Hovořili i o příčinách své hospitalizace, depresivních pocitech a nutkání se sebepoškozovat.

Pacienti přicházeli za zdravotnickým personálem i s informacemi o bažení a o svých zkušenostech s návykovými látkami (hovořili např. o okolnostech, které vedly k tomu, že začali užívat drogy, popisovali party, ve kterých užívali, a také to, jaké látky vyzkoušeli).

Starší dívky se svěřovaly též s problémy v oblasti lásky a vztahů. Rozhovořily se i o traumatech, např. v podobě sexuálního obtěžování a znásilnění.

Někteří pacienti se zdravotnickému personálu také svěřili s tím, že mají strach, co je čeká po návratu z nemocnice, a to jak doma, tak ve škole.

Mnohé informace, které členové zdravotnického týmu od pacientů získají, dále ovlivňují jejich životy či jejich myšlení. Vliv mají i na jejich chování vůči svým potomkům či dalším dětským rodinným příslušníkům.

Získané informace vyvolávají bezprostřední emoce. Zdravotnický personál uvedl, že nejčastěji pociťuje smutek, lítost, zlost, vztek, frustraci, pocity beznaděje a rozčarování.

Občas respondentky také mívají pocit, že jejich práce postrádá smysl. Někdy se také snaží vytěsnit negativní informace. Značně negativně vnímají i vulgárnost ze strany dětí jak mezi sebou, tak vůči personálu, která je velmi častá, avšak nepostižitelná, což si děti moc dobře uvědomují.

Na druhou stranu zdravotnický personál prožívá i pozitivní emoce, a to zejména radost v případě pokroku či úspěchu v léčbě.

Co se týče vlivu získaných informací od pacientů na výchovu vlastních dětí, respondentky často uváděly, že mají o své děti větší strach. Bojí se, aby se nedostaly do závadových part, a v jejich výchově jsou proto důslednější. Příběhy hospitalizovaných dětí používají jako varovné příklady. Respondentky si také uvědomují, že v důsledku své profese jsou jejich potomci pod větší kontrolou.

Součástí výzkumu bylo také zjistit, zda a případně s jakou intenzitou respondentky hovoří o své práci v domácím prostředí. Z jejich výpovědí vyplynulo, že proces sdílení zkušeností ze zaměstnání se svými blízkými byl u všech dotazovaných velmi podobný. Zpočátku měly všechny respondentky potřebu o své práci doma mluvit, a ventilovat tak své prožitky. Postupem času však nabyly dojmu, že své okolí spíše obtěžují a nenacházejí v něm dostatečné pochopení. Z tohoto důvodu se již svěřují minimálně, případy nekonkretizují a o své práci hovoří pouze obecně. Domnívají se, že je může pochopit jedině ten, kdo má podobnou pracovní zkušenost.

Ze získaných dat lze usoudit, že by bylo vhodné zavedení supervizí pro zdravotnický personál. Důležité je také podniknout kroky ohledně prevence syndromu vyhoření u zdravotnického personálu dětské psychiatrické nemocnice. Právě tato práce může svými zjištěními přispět jako prvotní impuls pro změny na pracovišti.

8 SEZNAM ZKRATEK

<i>Zkratka</i>	<i>Význam</i>
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
ČR	Česká republika
DPN	dětská psychiatrická nemocnice
EEG	elektroencefalograf
JIP	jednotka intenzivní péče
např.	například
OSPOD	orgán sociálně-právní ochrany dětí
Sb.	sbírky (v zákoně)
THC	tetrahydrocannabinol
tj.	to je
tzv.	takzvaný

9 SEZNAM LITERATURY

- Bártlová, S. (2006). *Změny v postavení sester na počátku nového tisíciletí*. Brno, Czechia: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Bártlová, S., & Hajduchová, H. (2010). Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. *Kontakt*, 12(1), 20-33.
- Baumann, A. (2007). *Positive practice environments: Quality workplaces = Quality patient care*. Geneva, Switzerland: ICN.
- Bourdieu, P. (2000). *Nadvláda mužů*. Praha, Czechia: Karolinum.
- Csémy, L., Nešpor, K., & Sovinová, H. (2001). *Problémy s alkoholem v rodině: zpráva pro Evropskou unii*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Devito, J. A. (2008). *Základy mezilidské komunikace*. Praha, Czechia: Grada.
- Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha, Czechia: Karolinum.
- Ellis, A. (2010). *Trénink emocí: Práce s emocemi na základě racionálně emoční terapie* (2nd ed.). Praha, Czechia: Portál.
- Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester*. (2000). Retrieved from http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf
- Fidesová, H. (2013). Aktuální adiktologická problematika z pohledu právníka. *Psychiatrie v praxi*, 14, 183-185. Retrieved from <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/04/12.pdf>
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace* (2nd ed.). Praha, Czechia: Portál.
- Honzák, R. (1997). *Komunikační pasti v medicíně*. Praha, Czechia: Galén.
- Informační systém pro psychiatrii Hippo*. (2017). Retrieved from ISpP Hippo: <https://ispp.cz/zakladni-moduly-ispp-hippo>
- Ivanová, K. (2006). *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno, Czechia: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Ječná, V., Hosák, L., & Čermáková, E. (2009). Stres v povolání psychiatrické sestry. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 105, 27-31. Retrieved from http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_1_27_31.pdf
- Kaufmann, J.-C. (2010). *Chápající rozhovor*. Praha, Czechia: Slon.
- Kopřiva, K. (2016). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha, Czechia: Portál.
- Kriegelová, M. (2008). *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha, Czechia: Grada.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha, Czechia: Grada.
- Mikuláščík, M. (2003). *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha, Czechia: Grada.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha, Czechia: Grada.
- Mravčík, V., & kolektiv. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nekonečný, M. (2000). *Lidské emoce*. Praha, Czechia: Academia.

- Pešek, R., & Praško, J. (2016). *Syndrom vyhoření: Jak se prací a pomáháním druhým nezničit. Pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha, Czechia: Pasparta.
- Pokorná, A. (2008). *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno, Czechia: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Popis pracovní činnosti*. (2017). DPN Velká Bíteš.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha, Czechia: Grada.
- Rafferty, A. M. (2002). *The Politics of Nursing Knowledge* (2nd ed.). London, England: Routledge.
- Rush, M. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha, Czechia: Návrat domů.
- Sbírka zákonů ČR*. (2017). Retrieved from Ministerstvo vnitra České republiky: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London, England: SAGE Publications.
- Stock, C. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha, Czechia: Grada.
- Svobodník, P. (2009). *Management pro zdravotníky v kostce*. Brno, Czechia: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Vévoda, J. (2013). *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha, Czechia: Grada.
- Vybíral, Z. (2005). *Psychologie komunikace*. Praha, Czechia: Portál.

10 PŘÍLOHA A: OTÁZKY PRO ROZHOVOR

1. V čem spočívá Vaše práce na oddělení?
2. S jakými problémy se Vám děti nejčastěji svěřují?
3. Jak Vás ovlivňují informace získané od dětí?
4. Jaké prožíváte emoce, pokud se Vám dítě svěří s citlivou informací?
5. Pokud se Vám dítě svěří s nějakým problémem, oznámíte získanou informaci lékaři?
6. Mluvíte doma o své práci?
7. Má Vaše zaměstnání vliv na výchovu vlastních dětí?

11 PŘÍLOHA B: INFORMOVANÝ SOUHLAS SE VSTUPEM DO VÝZKUMU

Dětská psychiatrická nemocnice
MUDr. Eduard Rodák – ředitel DPN
U Stadionu 285
595 01 Velká Bíteš

Velká Bíteš, 1. března 2017

Žádost o umožnění výzkumu v Dětské psychiatrické nemocnici Velká Bíteš

Vážený pane řediteli,

žádám Vás o umožnění provedení výzkumu v DPN Velká Bíteš. Tento výzkum bude součástí mé bakalářské práce s názvem Práce s adiktologickými informacemi v psychiatrické nemocnici.

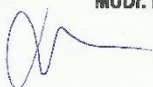
Předem děkuji za vyhovění mé žádosti.

Jindřiška Rusková

Udělují souhlas s provedením výzkumu.

Dětská psychiatrická nemocnice
U Stadionu 285, 595 01 Velká Bíteš
IČ: 008 42 052
Tel.: 566 531 431, 566 531 433, Fax: 566 531 434
e-mail: dplvb.reditel@seznam.cz

MUDr. Eduard Rodák
Ředitel DPN



MUDr. EDUARD RODÁK
zástupce
primáře

