ÚLOHY ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA V AKTÍVNEJ ÚČASTI ZAPOJENIA RODINY DO LIEČBY U PACIENTA S PORUCHAMI MYSLENIA

Tasks of medical personnel associated with active participation in involvement of the family in treatment of patients with mental disorders

Ivica Gulášová

8: 200 - 435, 2006
ISSN 1212-4117

Trenčianska univerzita, Ústav zdravotníctva a ošetrovateľstva

Summary

The author deals with problems of active involvement of the family in the treatment of patients with mental disorders as one of important and essential roles of the medical personnel – physicians and nurses. She analyzes the process of overcoming health crisis in the family, which takes care of and supports its sick member with mental disorder; she presents practical instructions and advices concerning these aspects of the nursing work. By a mutual cooperation of the medical personnel and family, environment is formed which recovers or reorganizes the function of the family for the time of the patient disease and convalescence. The target of studying the problems was to emphasize the marginally perceived problem of nursing practice in taking care of patients with specific disorders. After classification of mental disorders into dynamic mental disorders and structural – formal mental disorders, the author also mentions disorders involving the whole personality – mental retardation in children and adults, dementia. For particular mental disorders, she presents practical directions and advices how to work with patients with mental disorders and also how to mobilize and motivate the family for the cooperation in this process. In addition to the theoretical analysis of the problem, the purpose of the work was to extend knowledge in these problems at the level of practice – by providing recommendations for clinical practice, which were projected by the author into rules of communication with patients having mental disorders. Conclusively, she emphasizes the importance of the cooperation of physicians and nurses in the involvement of the family into the treatment of the sick family member and of the role of the nurse in managing this process.

Key words: Mental disorders – communication – mental health

Súhrn

Autorka sa zaoberá problematikou aktívneho zapojenia rodiny do liečby u pacienta s poruchami myslenia ako jednou z dôležitých a neodmysliteľných úloh zdravotníckych pracovníkov – lekárov a sestier. Analyzuje proces prekonávania zdravotnej krízy v rodine, ktorá sa stará a podporuje svojho chorého člena rodiny s poruchou myslenia, k týmto aspektom práce sestry autorka uvádza praktické návody a rady. Vzájomnou spoluprácou zdravotníckych pracovníkov a rodiny sa vytvára prostredie, ktoré obnovuje alebo zreorganizuje funkciu rodiny počas choroby a rekonvalescencie pacienta. Cieľom štúdia problematiky autorky bolo poukázať na okrajovo vnímanú problematiku ošetrovateľskej praxe o pacientov so špecifickými poruchami. Po členení porúch myslenia na dynamické poruchy myslenia, štruktúrálnno-formálne poruchy myslenia autorka uvádza i poruchy, pri ktorých je postihnutá celá osobnosť – mentálna retardácia u detí a dospelých, demencia. K jednotlivým poruchám myslenia uvádza praktické návody a rady ako pristupovať k pacientom s poruchami myslenia a tiež ako zmobilizovať a motivovať rodinu do tohoto procesu, do tejto spolupráce. Ďalším cieľom autorky, okrem teoretickej analýzy problematiky, bolo rozšíriť poznatky v uvedenej problematike na praktickej úrovni – poskytnutím odporúčení pre klinickú prax, ktoré autorka premietla v pravidlách komunikácie s pacientmi s poruchami myslenia. V závere poukazuje na význam spolupráce lekárov a sestier pri zapojení rodiny do liečby svojho chorého rodinného príslušníka, ďalej úlohám sestry pri manažovaní tohto procesu.

Kľúčové slová: poruchy myslenia – komunikácia – duševné zdravie

ÚVOD

Myslenie patrí medzi kognitívne funkcie psychiky a je z nich na najvyššej úrovni. Myslenie stavia na všetkých vnemoch, predstávach a poznatkoch človeka na rôznych úrovniach interakcií. Vytvára medzi nimi vzťahy a sprostredkúva dokonalejšie a zložitejšie poznacie. Myslenie spracováva všeobecné vlastnosti a deje reality, zaoberá sa vzťahmi a súvislosťami, umožňuje rekonštrukciu minulosti i odhady budúcnosti (Radimský et al., 1997).

Na základe myslenia môžeme dospieť ku vzťahom, ktoré sme priamo nevideli a nezažili. Myslenie úzko súvisí s riešením problémov a s úrovňou všeobecných rozumových schopností človeka, ktoré sa označujú pojmom inteligencia.

Svoje myšlienky vyjadrujeme pomocou reči. Je to zrejme na psychickej racionalizácii, to je rozumové zdôvodnenie nášho správania sa, ktoré má v skutočnosti citový alebo pudový pôvod (Radimský, 1997). Jej najdôležitejšou funkciou je dorozumievanie sa, výmena informácií. Reč je nástrojom myslenia a jazyk je prostriedkom dorozumenia, je nástrojom reči. Vo vzťahu k mysleniu hovoríme o tzv. vnútornej reči, v nej si formulujeme svoje myšlienky (Vybíral, 2000).

Myslenie a reč pomáhajú vzájomnej komunikácii medzi ľuďmi a zlepšujú existenciu človeka, umožňujú jeho seberealizáciu v spoločnosti.

Po vysvetlení základných poznatkov o myslení a reči si vieme ľahšie predstaviť, aký negatívny dopad musia mať poruchy myslenia a reči na pacienta a jeho rodinu.

Prekonávanie zdravotnej krízy v rodine

Jednou z prvoradých úloh zdravotníckych pracovníkov (lekárov a sestier) je pomôcť rodine dostať sa z krízy, v ktorej sa ocitla ochorením svojho rodinného príslušníka.

Kríza totiž výrazne ovplyvňuje fungovanie rodiny. V rodine, v ktorej jeden z jej členov trpí poruchou myslenia a reči, je narušená rodinná pohoda, pretože všetci členovia sústredujú svoje sily na obnovenie vyváženosti v rodine. Roly a povinnosti, ktoré predtým vykonával chorý člen rodiny, sa presúvajú na ostatných členov, prípadne zostávajú nezastúpené. Okrem toho rodina trpí strachom a úzkosťou, ako dopadne ochorenie ich chorého rodinného príslušníka. Obáva sa prognózy a budúcnosti, ktorá sa vzťahuje

na ich blízkeho – chorého člena rodiny, a jednak aj na nich samotných, ako to všetko budú zvládať.

Je dôležité si uvedomiť, že poruchy myslenia a reči spôsobené chorobou niekedy môžu prejsť do následkov, často až do trvalého postihnutia.

Zdravotnícky pracovník sa pri svojej ošetrovateľskej práci musí zamerať nielen na chorého jednotlivca, ale aj na jeho rodinu. V modernom ošetrovateľstve sú pacienti chápaní ako aktívni účastníci starostlivosti (Příbyl, Novotný, Stančíak, Albert, Novotný, 2005). V rámci spolupráce s rodinou poskytuje oporu a všetky potrebné informácie. Dbá na to, aby nielen pacient, ale aj všetci členovia rodiny pochopili ochorenie, proces liečby a dôsledky, ktoré z týchto faktorov pre funkciu rodiny vyplývajú. Informovanosť pacienta patrí k jeho základným právom (Samková, Velemínský, 2005). Po starostlivo naplánovaných inštrukciách a zacvičení sa dáva rodinám možnosť, aby preukázali svoje schopnosti starať sa o pacienta pod vedením sestry. Hlavnou osou ošetrovateľstva je človek so svojimi individuálnymi problémami a potrebami, ktoré sú vyvolávané či pozmeňované ochorením a jeho doprevádzajúcimi znakmi (Příbyl, Novotný, Stančíak, Albert, Novotný, 2005).

Keď zdravotnícky pracovník pomáha včleniť chorého člena rodiny opäť do domáceho prostredia, využíva údaje, ktoré získal pri posúdení rodiny, aby mohol stanoviť jej klady a zápory. Tým, že formuluje všeobecne prijateľné ciele, aby sa mohlo včlenenie uskutočniť, pomáha rodine vyrovnáť sa s realitou choroby a so zmenami, ktoré so sebou prináša. Ošetrovateľstvo je samostatná vedecká disciplína a má nezastupiteľné postavenie v starostlivosti o zdravie človeka, pretože si vytvorilo vlastné pole pôsobnosti ako v nemocničnej, tak i v terénnej starostlivosti (Příbyl, Novotný, Stančíak, Albert, Novotný, 2005). Vzájomnou spoluprácou zdravotníckeho pracovníka a rodiny sa vytvára prostredie, ktoré obnovuje alebo zreorganizuje funkciu rodiny počas choroby a rekonvalescencie.

Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti sa nehodnotí iba materiálnou a technickou vybavenosťou, ale i profesionálnym prístupom k pacientovi (Motlová, Kubaláková, 2005) i pri negatívnej reakcii pacienta apod. (Samková, Velemín-

ský, 2005).

Podľa potreby sa môže pre pacienta pripraviť aj tabuľka s nápismi alebo obrázkami, na ktorej môže pacient svoje želania ukázať.

Poruchy myslenia

Poruchy myslenia môžeme rozdeliť na dynamické poruchy a štruktúrálnu-formálne poruchy myslenia (Kafka, 1995).

Medzi dynamické poruchy myslenia patrí spomalené myslenie, útlm myslenia - pomerne často sa vyskytuje u depresii, voláme ho brady-psychické myslenie. Myšlienkový záraz je záraz v myslení, prejavuje sa tak, že v započatej reči jednotliviec končí v polovici vety alebo i slova.

Zrýchlené myslenia alebo myšlienkový trysk ako prekotný myšlienkový prúd sa vyskytuje u mánie. Uvedené myslenie svojím obsahom je obvyčajne povrchné, pomerne často sa používa termín logorea, môžeme ho pozorovať u pacientov v máni a pri intoxikáciách psycho-stimulanciami a pri iných stavoch.

Medzi štruktúrálnu-formálne poruchy myslenia (vrátane obsahu myslenia, myšlienkových procesov) zaraďujeme tieto poruchy myslenia:

- katatýmne myslenie, to je myslenie, ktoré je výrazne ovplyvnené citovou zložkou
- obsedantné myslenie, pri ktorom sa myšlienky vtierajú pacientovi proti jeho vôli, pacient ich považuje za chorobné

Príklad: pacientovi sa trvale vtierajú slová: „tak vstaň a poď“ (Yalo, Yalom, 1999).

- nesúvislé (inkohorentné), alebo aj označované ako rozbiehavé myslenie je viazané formálnymi, povrchnými informáciami, ktoré sú často krát obmedzené iba na zvukové asociácie.

Príklad: „Zdravím Vás z nemocnice. Mám sa tu dobre. Strava je výborná. Ryža tu nerastie, zlato sa tu neryžuje. Kto si to zo mňa strieľa? Snáď nie polovica pražskej posádky? Srdečný pozdrav posielam tiež všetkým kominárom“. Ako vidieť, slová (myšlienky) v liste nedávajú žiaden zmysel, sú bezobsažné. Medzi slovami strava, ryža, ryžovanie, zlato, vojaci, komíny, strielanie je však povrchná obsahová, zvuková, alebo zraková súvislosť (Radimský et al., 1997).

- zmätené myslenie je roztekané, útržkovité, nesústredené. Najčastejšie sa vyskytuje pri poruchách vedomia, v amentných stavoch a v delíriu. Slangový výraz pre túto poruchu

myslenia je tzv. „slovný šalát“, ktorý predstavuje produkciu jednotlivých slov bez vzájomnej súvislosti. Dalším prejavom sú nelogizmy, sú to úplne nové slová, ktoré vytvoril pacient sám v dôsledku svojej poruchy myslenia a ktorými by akoby hľadal výrazy, zodpovedajúce jeho nezvyčajným, často krát bizarným pocitom, zážitkom a myšlienkam.

Príklad: „Akú máte povahu?“ Pacient: „Povahu? Výhovnosť, absolútna výhovnosť.“

- nevýpravné myslenie má síce bohatší slovník, ale úporne sa drží jednej témy, napríklad: „Pán doktor, veľmi Vám ďakujem za tie prášky. Od tej doby, čo ich beriem, nemám záchvaty, skôr som záchvaty mával denne, ale tie prášky mi pomáhajú, všetci doma majú radosť, že už skoro žiadne záchvaty nemám, a to je preto, že užívam tie prášky od Vás. Mamička Vás nechá pozdravovať a veľmi Vám ďakuje, že ste mi pomohol, také dobré prášky mi ešte nikto nepredpísal ...“ (Radimský et al., 1997). Ako je vidieť, pacient neustále opakuje svoje myšlienky, nepovie nič nové, len v inej forme zopakuje pôvodnú myšlienku.
- zabiehavé myslenie, pri ktorom sa pacient postupne, nenápadne odchyľuje od pôvodnej témy, ku ktorej sa už nevracia.
- bludné myslenie (bludy) na rozdiel od obsedantnej poruchy myslenia je to nesprávne, nevývratné presvedčenie ovplyvňujúce správanie sa pacienta, nakoľko je presvedčený o správnosti svojho myslenia. Bludné myslenie nemá žiadnu oporu v spoločenskom vedomí doby ani v názoroch menších spoločenských skupín. Známe a časté sú megalomanické bludy, pri ktorých sa pacient považuje napríklad za veľkého boháča alebo siláka, má nesmiernu moc. Pacient trpí pocitmi veľikášstva. Megalomanické bludy sa vyskytujú hlavne u progresívnej paralýzy. Opačný prípad je, keď je pacient presvedčený o svojej úbohosti, bezvýznamnosti a verí, že je odsúdený k večnému živoreniu. Takýto blud voláme mikromanický blud. V súvislosti so zdravím je pomerne častý hypochondrický blud, kedy si pacient namýšľa, že má rakovinu, ale, že zomiera za živa (samozrejme pri negatívnom somatickom náleze). Mikromanické, hypochondrické a autoakuzačné bludy sa vyskytujú hlavne u afektívnych bludov (Bloch, Crouch,

1985). Ďalším druhom bludného myslenia je perzekučný blud. Pacient trpí bludom prenasledovania, je presvedčený, že ho prenasleduje akási osoba, alebo skupina, sledujú ho, majú tajnú vysielačku (niekedy je i spojený so sluchovými halucináciami). Ak pacient nemá výhradne formulovaný blud, ale trpí pocitmi, že si ho ľudia všímajú, sledujú ho, robia na neho narážky, hovoríme, že trpí vzťahovačnosťou. Perzekučné bludy (prípadne vzťahovačnosť) je častým príznakom u schizo-frénie. Napríklad ak sa pacient obviňuje z činov, ktoré nespáchal, alebo si chorobne vyčíta činy z dávnej minulosti, ktorými sa už roky nezaoberal, napríklad neveru v manželstve pred dvadsiatimi rokmi, jedná sa o autoakuzачný blud. Kverulatórny blud sa môže vyskytnúť u pacienta napríklad z dôvodu, ak sa mu pred rokmi skutočne alebo domnelo ukrivdilo a opakovane sa domáha právnou cestou o formálne zadost'účinenie. V partnerských vzťahoch sa môže vyskytnúť emulačný blud u jedného z partnerov (treba ale rozlišovať od ešte normálnej žiarlivosti), ktorého obsahom je chorobná a úplne nepodložená žiarlivosť (Allen, 1990). Bludy perzekučné, kverulatórne, emulačné a ďalšie sa označujú jednotným termínom ako paranooidné bludy. Kverulatórne a emulačné bludy sú taktiež prítomné pri schizofrénii (Petty, 1988). Pri demencii sa u pacienta vyskytujú dynamické i štruktúralno-formálne poruchy myslenia (Tyrliková, 1999).

Mentálna retardácia u detí

Mentálnou retardáciou rozumieme stav, keď z rozličných dôvodov postihnuté dieťa zaostáva vo svojom rozumovom-mentálnom vývine. V skutočnosti býva porušená celá osobnosť dieťaťa. Narušené sú schopnosti, ktoré sa prejavujú počas vývinového obdobia a ktoré sa týkajú všeobecnej úrovne inteligencie. Ide o porušenie rozumových, poznávacích, rečových, pohybových a komunikačných schopností dieťaťa. Táto porucha je vývinová, ale v priebehu ďalšieho vývinu sa spravidla nezhoršuje, naopak – systematickou rehabilitáciou a resocializáciou sa i takto postihnutí jedinci naučia lepšie spoločensky komunikovať a pracovať, čo im prirodzene pomáha v ich ďalšej integrácii do života spoločnosti

(vzhľadom na ich možnosti). Iba v ojedinelých prípadoch dochádza k úbytku rozumových schopností, vzniká demencia.

Komunikácia s mentálne postihnutými pacientmi a zapojenie rodiny do liečby

S mentálne retardovaným pacientom sa môžeme stretnúť pri liečbe a pri ošetrovaní v ktorejkoľvek ordinácii alebo na ktoromkoľvek lôžkovom oddelení. Dôležité je zistiť mieru postihnutia, úroveň socializácie pacienta, úroveň sebaobsluhy a spôsob výchovného prístupu, na ktorý je pacient zvyknutý. V tomto nám môže rodina veľmi dobre pomôcť. Základným princípom ošetrovateľstva je prepojenie pozitívnych účinkov na pacientov a pozitívnych účinkov na ošetrovateľa, čo sa odráža v celkovej kvalite starostlivosti (Příbyl, Novotný, Stančík, Albert, Novotný, 2005).

Rozhovor s pacientom treba viesť stručne, otázky klásť jednoznačne. Rozhovor musí byť jednoduchý. Naše chovanie ako aj chovanie rodiny k pacientovi s poruchou myslenia musí plne rešpektovať osobnosť pacienta. V praxi to znamená, že ho oslovujeme menom a ak je dospelý, tak mu vykáme. Pokyny treba podávať stručne, jasne, radšej ich treba zopakovať a skontrolovať, či boli pochopené. Nemôžeme sa spoliehať na pamäť a dostatočnú sebakontrolu pacienta, preto musíme všetko dôsledne kontrolovať, napr. kontrolujeme diétu, ak pacient nesmie pred nejakým vyšetrením jesť, jedlo radšej odstránime z jeho dosahu.

Rodina sa musí s pacientom tiež rozprávať kľudne, v nepodstatných veciach mu neodporuje, konfliktné situácie zbytočne nevyhrocuje. Ak pacient trvá na svojej požiadavke, ktorej nie je možné vyhovieť, rodina sa má snažiť odvieť jeho pozornosť k nejakej drobnej manuálnej činnosti, alebo sa snaží inak upútať jeho pozornosť od neuskutočniteľnej – nereálnej požiadavky. Naivné, infantilné či smiešne chovanie pacienta sa nesmie komentovať, kritizovať a treba mať pre neho pochopenie.

Je nevyhnutne nutné podporiť rozvoj spoločnosti pre ľudí všetkých vekových skupín tak, aby ľudia mohli starnúť dôstojne, v bezpečí a mohli sa i naďalej podieľať na živote spoločnosti ako plnoprávny občania (Příbyl, Novotný, Stančík, Albert, Novotný, 2005). Osobitne naliehavé je riešenie tejto požiadavky u mentálne postihnutých pacientov v zmysle ich sociálneho

zabezpečenia v prípade, že rodičia zomrú, rodi-na nemá možnosti alebo sa nechce o nich postarať.

Pravidlá komunikácie u pacientov s poruchami myslenia

K pacientovi s poruchami myslenia treba pristupovať rovnako ako k ostatným pacientom. Treba mať však väčší takt a väčšiu trpezlivosť. Aj keď je prítomná sprevádzajúca osoba, treba sa obracať na pacienta a hovoriť len s ním. Miera, akou sa môžu podieľať na tomto interaktívnom procese, je ovplyvňovaná ich vlastným pohľadom na zdravie, stupňom sebapoznania, ich vnímaním potreby starostlivosti a v neposlednej rade i kvalitou vzájomného vzťahu sestry a pacienta (Příbyl, Novotný, Stančíak, Albert, Novotný, 2005).

Pacient s poruchou myslenia si zasluhuje rovnakú úctu a rešpekt, aký preukazujeme iným ľuďom.

Otázky a inštrukcie treba opakovať toľkokrát, koľkokrát je to potrebné. Zdravotnícky personál a príbuzní pacienta majú byť pri jeho liečbe trpezliví a tolerantní.

Hoci sa názory na ľudí s poruchami myslenia v posledných desaťročiach zmenili k lepšiemu, predsa je ešte stále dosť ľudí, ktorí so svojimi ťažkosťami vyhľadávajú lekára-psychiatra neskoro (Okruhlicová, Zelina, 1994). Psychiatria znamená pre nich strach alebo obávajú sa, že keď navštívia psychiatra alebo sa budú liečiť v nemocnici, tak ich označia za bláznov, za ľudí, ktorí už nie sú schopní vykonávať svoje povolanie. Myslia si, že stratia svoju prestíž, svoje postavenie v rodine a podobne.

Ešte horšie je to, ak návštevu u psychiatra neodďaľujú iba pacienti, ale aj ich príbuzní. Hanbia sa za to, že by niekto z ich rodiny mal byť v starostlivosti takéhoto lekára.

Úloha zdravotníckych pracovníkov spočíva v tom, že musí rodine vysvetliť, ako sú tieto spoločenské predpojatosti nebezpečné a škodia tým, ktorí psychiatrickú pomoc potrebujú. I tu platí, že čím skôr sa začne ochorenie liečiť, tým je väčšia nádej na jej uzdravenie a prevenciu potenciálnych komplikácií.

ZÁVER

Na každého človeka trpiaceho poruchami myslenia sa treba dívať tak, ako na človeka trpiace-

ho na akúkoľvek inú chorobu. Aj tento človek má nárok na všetky ľudské práva, teda aj právo na ľudsky dôstojný pobyt v nemocničnom zariadení, na humánne zaobchádzanie ako aj na voľný pohyb medzi ostatným ľuďmi.

V spoločnosti sa zmenil aj názor na mentálne retardovaných. Dnešná humanizovaná psychiatria sa díva aj na mentálne retardovaných ako na jedincov, ktorí sú jednou z častí, z ktorých sa skladá celok, a majú nárok na všetky ľudské práva ako každý iný človek (Kvasnička, 1998). Moderná ošetrovateľská starostlivosť kladie hlavný dôraz na podporu a udržiavanie zdravia (Příbyl, Novotný, Stančíak, Albert, Novotný, 2005).

Na psychicky chorého pacienta, ktorý je pre svoje okolie nebezpečný, nemusí dozerat' „svalnatý“ ošetrovateľ – stačí na to útlá, odborné fundovaná zdravotná sestra so schopnosťou empatie a ľudského prístupu k človekovi. A táto veľmi dobre vie, ako má zapojiť rodinu do liečby pacienta trpiaceho poruchami myslenia. Sestra pomáha jednotlivcom i skupinám, aby boli schopní samostatne uspokojovať základné fyziologické, psychosociálne a duchovné potreby (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995). Spôsob zapojenia rodiny by mal byť po spoločnej konzultácii lekára, lekárov so sestrou – sestrami, aby sa im spoločným úsilím podarilo dosiahnuť blaho pacienta.

LITERATÚRA

- ALLEN, M. G.: Using extended sessions in ongoing group therapy. *Psychiatric Annals Chicago*, Aldin, 1990.
 BENIAK, M.: *Zdravoveda*, Martin: Osveta, 1990.
 BLOCH, S., CROUCH, E.: *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford University Press: Oxford, 1985.
 HRDLÍČKA, M., HRDLÍČKOVÁ, D.: *Dementia a poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 1999.
 KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ G., OLIVIEROVÁ, R.: *Ošetrovateľstvo I*, Martin: Osveta, 1995.
 KVASNIČKA, L.: *Orientácia*. Trnava: Spolok svätého Vojtecha, 1998.
 MOTLOVÁ, L., KUBALÁKOVÁ, J.: Efektivní komunikace s pacienty se zvláštními potřebami jako nedílná součást ošetrovateľské péče. *Nové trendy v ošetrovateľství IV*, České Budějovice, 2005. s. 242 – 253.
 MOTLOVÁ, L., ŠEMBEROVÁ, J.: Aktivita jako subjektivní dimenze kvality života seniorů, *Nové trendy v ošetrovateľství IV*, Jihočeská univerzita, České Budějovice, 2005. s. 273 – 278.
 KRULICOVÁ, A., ZELINA, M.: *Základy psychologie pro střední školy*. Bratislava: Litera, 1994.
 PETTY, J. R.: *Insanity of the component: The psychiatrist's dilemma*. J. neurol. Orthop. Med. Surg. 9, 1988.
 PŘÍBYL, H., NOVOTNÝ, J., STANČIAK, J., ALBERT, M., NOVOTNÝ, M.: Ošetrovateľství a kvalita života

seniorů. *Nové trendy v ošetřovatelství IV*, Jihočeská univerzita, České Budějovice, 2005. s. 307 – 326.

SAMKOVÁ, J., VELEMÍNSKÝ, M.: Informovaný souhlas pacienta v ČR v návaznosti na Úmluvu o lidských právech a biomedicíně. *Nové trendy v ošetřovatelství IV*, Jihočeská univerzita, České Budějovice, 2005. s. 350 – 363.

ŠÚTOVEC, J. et al.: *Psychológia a pedagogika*. Martin: Osveta, 1994.

TÓTHOVÁ, V.: *Ošetřovatelství*. 1. vyd., Jihočeská univerzita, FZSP, České Budějovice, 2000. s. 293.

TYRLÍKOVÁ, I. et al.: *Neurologie pro sestry*. IPVPVZ, Brno, 1999.

VYBÍRAL, Z.: *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000.

YALOM, V. I., YALOM, I. D.: Brief interactive group psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 20, 1990.

Ivica Gulášová
ivica.gulasova@post.sk