

Jihočeská universita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta

**Specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných  
v psychiatrické léčebně**

Bakalářská práce

Mgr. Dita Nováková, Ph.D

Marie Brigantová

2011

### **Specifics of nursing care for patients confined to psychiatric hospitals**

Caring for patients suffering from mental disorders has undergone many changes within the last few years, which also applies to other fields of care for both the healthy and the infirm. Nevertheless, psychiatric nursing care is much more challenging as the patient often does not collaborate with the nurse in the way a lucid and oriented patient does. Therefore, taking care of such a patient is very demanding for psychiatric hospital personnel. Nurses tending to insane patients should respect all special nursing care requirements.

The method of qualitative investigation through dialogs and participant-concealed observation has been adopted for my investigation into the topic of “Specifics of nursing care for patients confined to psychiatric hospitals“. The research group consisted of nurses and patients of the Havlíčkův Brod Psychiatric Hospital, namely ten nurses working at the in-house care ward in this hospital and ten patients hospitalized at this ward. The participant observation included all ten nurses who gave answers to the questions posed. Dialogs with nurses and patients consisted of 16 and 12 questions respectively. I have defined the following three aims: find out the specifics of nursing care for patients hospitalized in psychiatric hospitals; find out the patients’ awareness of treatment options available; and find out the readiness of nurses to communicate with patients suffering from mental disorders. These aims were complemented with the following three research questions, asking: whether the nurses are aware of the specifics of nursing care for patients hospitalized in psychiatric hospitals; whether the patients are informed about treatment options; and whether the nurses are able to communicate with patients hospitalized in psychiatric hospitals when performing their nursing duties.

The research has proved that nurses know the specifics associated with tending to patients hospitalized in psychiatric hospitals, and that they are able to communicate with insane patients. It was also discovered that the patients have been insufficiently informed about the treatment of their disorders, the examination procedure and possible post-examination complications. In order to improve the knowledge of nurses, it would be good practice to organize training in the psychiatric hospital aimed at the nursing care specifics and at communication with insane patients.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma: „Specifika ošetrovatelské péče pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích .....

.....

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracování této bakalářské práce.

## **Obsah:**

<b>Úvod</b> .....	3
<b>1. Současný stav</b> .....	4
<b>1. 1 Historie psychiatrie</b> .....	4
1. 1. 1 Historie Psychiatrické léčebny v HB.....	6
1. 1. 2 Vývoj vzdělávání sester v psychiatrii.....	8
<b>1. 2 Práce sestry na psychiatrii</b> .....	10
1. 2. 1 Psychiatrie jako obor medicíny.....	10
1. 2. 2 Ambulantní péče.....	10
1. 2. 3 Lůžková péče.....	11
1. 2. 4 Intermediární péče.....	11
1. 2. 5 Indikace k hospitalizaci.....	12
1. 2. 6 Náplň práce sester a ostatních členů ošetrovatelského týmu.....	12
<b>1.3 Prostředky používané v psychiatrické terapii</b> .....	13
1. 3. 1 Farmakoterapie.....	13
1. 3. 2 Psychoterapie.....	14
1. 3. 3 Jiné léčebné metody.....	16
<b>1. 4 Specifika ošetrovatelské péče u psychiatrického pacienta</b> .....	17
1. 4. 1 Ošetrovatelská péče u pacienta se schizofrenií.....	17
1. 4. 2 Ošetrovatelská péče u pacienta s demencí.....	20
1. 4. 3 Ošetrovatelská péče u pacienta s deliriem tremens.....	23
1. 4. 4 Ošetrovatelská péče u pacienta s afektivní poruchou.....	24
1. 4. 5 Ošetrovatelská péče u pacienta s mentální retardací.....	27
1. 4. 6 Ošetrovatelská péče u pacienta se závislostí.....	29
1. 4. 7 Ošetrovatelská péče u pacienta s poruchou příjmu potravy.....	30
<b>2. Cíle práce a výzkumné otázky</b> .....	33
2. 1 Cíle práce.....	33
2. 2 Výzkumné otázky.....	33

<b>3. Metodika</b> .....	34
3.1 Použitá metodika.....	34
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	34
<b>4. Výsledky</b> .....	35
4.1 Rozhovory se sestrami.....	35
4.2 Grafické zpracování rozhovorů se sestrami.....	50
4.3 Rozhovory s pacienty.....	63
4.4 Grafické zpracování rozhovorů s pacienty.....	77
4.5 Zúčastněné skryté pozorování.....	83
<b>5. Diskuze</b> .....	85
<b>6. Závěr</b> .....	93
<b>7. Použitá literatura</b> .....	94
<b>8. Klíčová slova</b> .....	97
<b>9. Seznam příloh</b> .....	98

## **„Ošetřování nemocných jest povoláním těžkým, dvakrát, třikrát těžším, jedná-li se o ošetřování choromyslného!“**

Dr. Jan Hašek, ředitel Královského českého ústavu pro choromyslné v Dobřanech

### **Úvod**

V dnešní době prochází psychiatrické ošetřovatelství velkou modernizací, stejně tak jako všechny obory medicíny. Sestra pracující na psychiatrickém oddělení či v psychiatrické léčebně se musí umět vyrovnávat s velkým psychickým stresem, musí mít dostatek trpělivosti a empatie s takto nemocným člověkem. V dávných dobách se o duševně nemocné starali pouze rodinní příslušníci nebo byli ponecháni osudu různých šamanů a zaříkávačů. Dnes je však kladen velký důraz na zapojení pacienta do procesu péče. V dnešní době se také změnily role sestry. Sestra má ve své profesi dnes daleko více zodpovědnosti, více kompetencí, jsou na ni kladeny mnohem větší pracovní nároky. V psychiatrii je ale péče o nemocného člověka daleko těžší, protože pacient často nespolupracuje se sestrou tak, jako pacient lucidní a orientovaný. Je důležité, aby komunikace mezi sestrou a pacientem byla otevřená a aby co nejvíce sloužila potřebám pacienta (21).

Téma bakalářské práce je Specifika ošetřovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně. Toto téma jsem si vybrala proto, že v psychiatrické léčebně pracuji již 11 let a chtěla jsem znát, do jaké míry jsou pacienti informováni o možnostech léčby svého psychického onemocnění a jak sestry umí komunikovat s pacienty s duševní poruchou. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a část praktickou. Teoretická část je zaměřena na popis historie psychiatrie, na práci sester na psychiatrii, jaké metody se využívají v léčbě duševně nemocných. Poslední část je zaměřena na ošetřovatelskou péči u jednotlivých duševních chorob.

V bakalářské práci je kladen největší důraz na zjištění, zda sestry znají specifika ošetřovatelské péče o psychicky nemocné jedince, zda pacienti s duševní poruchou jsou informováni o možnostech léčby svého duševního onemocnění a zda sestry umí správně komunikovat s psychicky nemocným člověkem.

## **1. Současný stav**

Ošetrovatelská péče o pacienty trpícími duševními poruchami doznala v posledních letech mnoha změn, stejně jako v jiných oblastech péče o zdravého i nemocného člověka. Nemocnost psychickými poruchami je ve světě i u nás poměrně vysoká. V psychiatrii je ale péče o nemocného člověka daleko těžší, protože pacient často nespolupracuje se sestrou vždy tak, jako pacient lucidní a orientovaný. Proto je ošetřování takového pacienta pro personál v psychiatrické léčebně velmi náročné (4, 21).

### ***1. 1 Historie psychiatrie***

V dávné historii si lidé duševní poruchy neuměli vysvětlit a přisuzovali tak tyto choroby nadpřirozeným silám, či božímu trestu. Nemoci byly spojovány s posedlostí zlými duchy a podle toho se také léčily. Šamani a kouzelníci používali různá zařikávání, vyhánění zlých duchů z těla. Proti duševní nemoci se bránilo pomocí amuletů, talismanů, podáváním odvarů z bylin, magickými obřady a rituály.

První zmínky o léčbě duševně nemocných zaznamenává Ebersův papyrus (1500 př. n. l.) ze starého Egypta. Tito lidé nacházeli útočiště v chrámech, kde k léčbě pomáhaly zpěvy, tanec, zábava, hry a tělesná cvičení. Procházeli se v kvetoucích zahradách a uměle vytvořených hájích. Bylo zde také čerstvé ovzduší Nilu. To byla první snaha péče o duševně choré.

Také Hippokrates (460-370 př. n. l.), řecký lékař a filozof, kladl důraz na správnou diagnostiku nemoci. Všechny formy duševních chorob nazýval paranoia. Popsal delirantní stavy a poruchy paměti u různých nemocí, jako například u tuberkulózy, malárie, dyzentérie atd. Jeho terapie spočívala v odstranění nadbytku některých hlavních šťáv z těla nemocného.

S nástupem středověku byly často opuštěny humánní přístupy, protože psychické poruchy byly považovány za výplod ďábla. Nemocní se oddělovali od zdravých lidí. Šílenství bylo spojováno s čarodějnictvím, protože oboje bylo ďáblovu dílo. K léčbě duševně nemocných se používalo motliteb, zařikávání a exorcismu. Neklidní byli ponořováni do studené vody, přivazováni ke kůlům, mučeni, upalováni.

Hlavní slovo v léčbě takto nemocných měla církev. Základní učebnicí inkvizitorů byl spis dominikánských kněží – Kladivo na čarodějnice.

První azyly vznikaly v Anglii a Španělsku v 15. století. Onemocnět duševní poruchou bylo společenskou hanbou. První psychiatrická revoluce byla spojována s Johannem Weyerem (1515-1588), který bojoval proti démonologickým koncepcím a za lidský přístup k duševně nemocným.

V novověku bylo upalování čarodějnic postupně zakazováno, poslední byla upálena v Německu v roce 1782. V 18. století jsou poprvé odlišeny tzv. psychózy a neurózy. K velkým změnám v lékařství a hlavně v psychiatrii došlo až po Velké francouzské revoluci (1789). Pařížský lékař Pfillipe Pinel (1745-1826) duševně chorým zajistil ošetrovatelskou péči, lékařské ošetření a právo na svobodu. Snažil se vězeňský režim nahradit režimem bez omezení. Pinel se zasloužil o umístění oboru psychiatrie mezi lékařství a vědu. Britský psychiatr Maudsley (1835-1918) vnesl do psychiatrie vývojová hlediska a založil dětskou a soudní psychiatrii. Na začátku 20. století dochází v psychiatrii k rychlému rozvoji, budují se moderní psychiatrická zařízení, velký rozmach je v biologické léčbě. Byl objeven první barbiturát Veronal (1903), první chirurgický zásah do mozku (1935-1936), během 2. světové války byly objeveny halucinogenní účinky LSD. Po válce dochází k dalším objevům nových léků, jako jsou neuroleptika (1952), antidepressiva (1957), diazepam (1963). Rozvíjí se také psychoterapie a psychiatrická rehabilitace jako je léčba prací, denní sanatoria, rodinná péče, psychoterapie, resocializace. Vznikají doléčovací střediska, vyvíjí se koncepce terapeutické komunity (19, 21, 39).

Ve středověku byli duševně nemocní v Čechách zavíráni do tzv. hospitálů, kde se o ně starali mniši a jeptišky. První založil Boleslav I. v roce 929 v Praze. Neklidné nemocné zavírali do vězení, byli odsouzeni k tělesným trestům. I u nás docházelo k upalování i jiným fyzickým trestům na duševně nemocných. První špitál určený pro duševně nemocné vzniká až v roce 1458 ve Znojmě. Počátek systematické péče o duševně nemocné je znám až ve druhé polovině 18. století. Zásahu na tom měli Milosrdní bratři, kteří se starali nejprve o duševně nemocné kněží, ale později i o civilní

osoby. V této době vznikají i jiné ústavy a nemocnice pro takto nemocné lidi. V roce 1790 vzniká Všeobecná nemocnice města Prahy s 60 lůžky. V roce 1822 je to ústav v augustinském klášteře sv. Kateřiny. Zde zřizuje J.T. Held pro nemocné knihovnu, čítárnu, hudební místnost, zavádí léčbu prací, tělesné cvičení, práce v dílnách. Byl označován za prvního klinického psychiatra v Čechách. V 19. století vznikají velké psychiatrické léčebny, jakou jsou například Černovice v roce 1863, Kosmonosi v roce 1869, Dobřany v roce 1881 a mnoho dalších. V roce 1886 vzniká první česká psychiatrická klinika. Přednostou se stává Benjamin Čumpelík. V dětské psychiatrii je známý Amerling, který roce 1871 založil v Praze ústav pro slabomyslné děti. Další rozvoj nastává po roce 1918, kdy vznikají univerzity v Brně a v Olomouci. Dále byl založen institut pro postgraduální vzdělávání psychiatrů v Praze v roce 1955 a v roce 1961 Výzkumný ústav psychiatrický (3, 21, 38, 39).

### ***1. 1. 1 Historie Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě***

Již od roku 1906 město se Německý Brod usiluje ucházet u Zemského správního výboru v Čechách o vybudování dalšího ústavu pro choromyslné. Úřednické tahanice a válečné události oddálily výstavbu až do roku 1920, kdy stavba ústavu byla konečně zahájena. Nejprve začala výstavba hospodářských budov, protože se předpokládalo, že hospodářství bude součástí ústavu. Byla zde vybudována i vlečka, jejíž délka byla 1 km. Umožňovala při výstavbě převoz stavebního materiálu, později zásobovala kotelnu uhlím. Je již ale řadu let zrušena. Počet lůžek v ústavu měl dosáhnout 1000 až 1200 umístěných v pavilonech pro 60 až 90 nemocných. První pacient byl přijat 21. května 1928. Poté se hromadně překládali nemocní z ostatních ústavů. Ve stavbě se pokračovalo i nadále. Definitivně byl ústav dokončen až v roce 1934, kdy bylo vystavěno 15 moderních pavilonů. Ústav po částečně provizorním dokončení obsahoval: 8 pavilonů pro muže, 7 pavilonů pro ženy, kotelnu, strojovnu, čerpací stanici vody, prádelnu, kuchyni (integrovaná pekárna byla v r. 1930 adaptována na truhlářskou a natěračskou dílnu), márnici, budovu administrativní a dvě vrátnice. Za druhé světové války obsadili léčebnu jednotky SS. Nemocní byli propuštěni nebo přeloženi do jiných ústavů. Po válce byl ústav prázdný. Nemocnice potřebovala více prostor, proto léčebna

zapůjčila polovinu areálu, což bylo 7 pavilonů, na 10 let. Tyto prostory ale léčebně chyběly, protože během krátké doby se místa naplnila a v prostorách pro 700 nemocných bylo 1300 obležených lůžek. Od roku 1950 přešel ústav pod vedení ministerstva zdravotnictví v Praze jako Státní léčebna psychiatrická. V roce 1955 je zřízeno interní oddělení léčebny, dále je vybudována biochemická laboratoř, pracoviště EEG, rentgenové pracoviště, vodoléčba a fyzioterapie, také malý chirurgický sálek. V roce 1956 je v bývalém převorském klášteře v Želivě zřízena pobočka léčebny s 580 lůžky, později 452 lůžky, kde jsou umístěni pacienti s dlouhodobou léčbou. V roce 1968 je zde otevřeno protialkoholní oddělení. Léčebna během 70. a 80. let doznala mnoha změn. Rozšiřuje se počet odborníků nejen zdravotnických ale i příbuzných profesí jako psychologové, sociální pracovníci, dokumentační pracovníci, instruktoři léčby prací. V roce 1978 jsou položeny základy využívání výpočetní techniky. V roce 1981 je v želivské pobočce otevřeno lůžkové sexuologické pracoviště. V roce 1982 se zřizuje elektroléčba, psychiatricko-sexuologická ordinace a psychologická laboratoř. I další léta jsou ve znamení zdokonalování léčebné péče, modernizací a zavádění nových postupů. Roste počet lékařů i dalšího odborně vzdělaného personálu. V roce 1988 je léčebna čtvrtým největším zařízením svého druhu v republice a druhým největším zařízením lůžkového typu v tehdejší východočeském kraji. Má 1 530 lůžek. Po roce 1989 jsou vytvořeny podmínky pro další trvání léčebny. Byla zahájena jednání s Okresní nemocnicí o návrat propůjčených pavilonů. Dřívější územní rozdělení pavilonů je nahrazeno rozdělením podle typu poruchy. Pavilony procházejí postupně celkovými rekonstrukcemi od vnitřních úprav až po novou střešní krytinu a fasádu. Dva roky před tím tedy v r. 1994 byl zaveden ve stravovacím provozu tzv. tabletovací systém. Téhož roku byl modernizován bazén. V průběhu těchto let bylo pořízeno i mnoho nových léčebných a vyšetřovacích přístrojů. Od 1. 1. 2010 léčebna disponuje 750 lůžky. Průměrné využití stávající lůžkové kapacity léčebny se pohybuje kolem 90-92%. Roční počet příjmů pacientů do léčebny se pohybuje kolem 2.500. V léčebně pracuje 685 zaměstnanců, z toho 530 tvoří zdravotničtí pracovníci, zbytek zaměstnanců jsou pracovníci hospodářsko-technických služeb. Léčebna je rozdělena na 11 primariátů, má celkem 24 lůžkových oddělení (stanic) a samostatný ambulantní

primariát – centrální příjem pacientů. Léčebna má nadregionální působnost. Jsou zde hospitalizováni pacienti z celých Východních Čech. Léčebna poskytuje akutní, následnou a specializovanou lůžkovou psychiatrickou péči v oborech psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie, gerontopsychiatrie, léčba návykových nemocí a sexuologie. Součástí léčebny je vlastní interní oddělení s gerontometabolickou jednotkou a základním vyšetřovacím komplementem. Doplňkově léčebna poskytuje ambulantní zdravotní služby v oborech psychiatrie, vnitřní lékařství a EEG vyšetření. Léčebna provozuje vlastní EKG vyšetřovací soubor, dva elektrokonvulzivní přístroje, RTG vyšetřovací soubor, vyšetřovací zobrazovací ultrazvukový přístroj, EEG vyšetřovací systém a videogastroskopický vyšetřovací systém. Pro rehabilitační aktivity jsou hospitalizovaným pacientům k dispozici dílny pracovní terapie, tělocvična, venkovní hřiště, areál ústavního parku, kulturní dům, klub pacientů, společenské i terapeutické místnosti, ateliéry, provoz fyzioterapie s rehabilitačním bazénem, provoz hipoterapie se stáji pro 6 koní a s venkovní i krytou jízdárnou (2, 38).

### *1. 1. 2 Vývoj vzdělávání sester v psychiatrii*

V úplných začátcích pečovali o duševně nemocné pouze laici, jako byli například různí zaříkávači, šamani, později to byli kněží, řádové sestry a bratři. S vývojem nemocnic přešla péče o tyto nemocné do rukou lékařů a ošetřovatelů. Z roku 1845 se dochoval návrh na zlepšení ošetřovatelské péče o duševně nemocné. Iniciátorem byl docent psychiatre Joseph Gottfried Riedel (1803-1870), který byl ředitelem pražského ústavu pro choromyslné. Chtěl zlepšit péči o pacienty. Projekt ale ztroskotal na nedostatku financí. Další vývoj vzdělávání v psychiatrii se odvíjel od rozvoje ošetřovatelství. První ošetřovatelská škola vznikla v roce 1874 v Praze. Po výstavbě bohnického ústavu bylo zapotřebí zlepšit kvalifikaci ošetřovatelského personálu intenzivním doškolováním. Ošetřovatelé se již učili z první učebnice od Jana Hrašeho z roku 1908. Kniha byla přeložena i do německého jazyka. Po první světové válce vznikaly další dvouleté ošetřovatelské školy. V roce 1920 až 1923 se stává ředitelkou Američanka M. G. Personsová. Po druhé světové válce je zapotřebí v ústavech více mužského personálu, proto se otvírají v léčebně v Bohnicích nové školící kurzy pro ošetřovatele. V letech 1949-1952 existovala v Praze psychiatrická

větev Vyšší školy sociálně zdravotní. Odborné předměty vyučovali lékaři a další pracovníci ústavu. V 50. letech došlo ke změnám ve školském systému a to nadlouho ovlivnilo negativně vývoj vzdělávání sester u nás. Pracovníci v psychiatrii se odborně doškolovali při střední zdravotnické škole v Praze 8. V bohnické léčebně byly pořádány kurzy psychiatrického minima pro střední zdravotnický personál. V šedesátých letech se ošetrovatelský personál stává důležitým partnerem lékaře při uskutečňování léčby. Přibývají další profese jako například dietní sestry, rehabilitační pracovníci, sociální pracovníci. Další vzdělávání probíhá v Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků (dnes NCO NZO), který vznikl v roce 1960. Začátkem 90. let se otvírá obor jednoročního pomaturitního studia se zaměřením na péči v psychiatrii. V roce 1996 tento obor zrušil. V září 1997 byl otevřen nový obor Diplomovaná sestra v psychiatrii pro vyšší zdravotnické školy v Praze, Brně a v Havlíčkově Brodě. Obor byl pro všechny absolventy středních škol s maturitou. Bohužel již v roce 2004 se tento obor neotvíral. V současné době se lze vzdělávat v oboru psychiatrie pouze v NCO NZO v Brně. Studium je dálkové, trvá 1,5 až 2 roky, je organizováno v 3-5 denních soustředěních. Podmínkami pro uchazeče jsou absolvování zdravotnické školy s ukončeným odborným vzděláním, způsobilost k výkonu povolání, minimálně tři roky praxe, práce v oblasti, ve které se získává specializace. Psychiatrické sestry se mohou vzdělávat i v kurzech, které pořádají různé organizace, jako jsou například HELP Remedium – nadace psychosociální pomoci, SOS centrum, Pražská psychoterapeutická fakulta a mnoho dalších. Od 1. dubna 2004 vstupuje v platnost zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Tím je vytvořen prostor pro profesní uplatnění sester v zemích Evropské unie. Obor zdravotní sestra je v roce 2004 nehrazen oborem zdravotnický asistent. Kvalifikaci v oboru všeobecná sestra je možné získat tedy pouze na vyšších zdravotnických školách nebo v bakalářském studiu na školách univerzitního typu. Specializovat se ve svém oboru lze tedy až po získání všeobecné kvalifikace (21).

## ***1. 2 Práce sestry na psychiatrii***

Sestra pracující na psychiatrickém oddělení či v psychiatrické ambulanci by měla být ve svém oboru dostatečně vzdělaná a o obor psychiatrie by měla mít zájem. Práce s psychicky nemocnými je velice náročná psychicky i fyzicky (21).

### ***1. 2. 1 Psychiatrie jako obor medicíny***

Psychiatrie je lékařský obor, který se zabývá diagnostikou, příčinami, léčením a prevencí psychických poruch. Psychiatrie léčí nemoci mozku, které se projevuje v myšlení, emocích, vnímání a v chování nemocných. Mezi další obory, které souvisejí s psychiatrií, patří hlavně neurologie, psychologie, psychoterapie. Moderní psychiatrie napomáhá duševně nemocným vrátit se do běžného života a zmírňuje jejich utrpení. Duševní nemoci by se daly rozdělit do tří hlavních skupin. Do první skupiny patří funkční poruchy, kde bývá postižení funkce mozku. Druhou skupinu tvoří organické poruchy. K těmto poruchám dochází důsledkem jiného onemocnění, například nádorem, mrtvicí, úrazu nebo zánětu. A třetí skupinou jsou symptomatické poruchy. Ty se objevují jako součást jiných celkových onemocnění organismu. Léčba psychiatrických nemocí bývá poměrně často dlouhodobá a obtížná, protože neznáme doposud u většiny z nich ani etiologii, ani patogenézu. Dokáže však pomoci a u mnohých poruch lze dosáhnout trvalého vyléčení (12 19, 32).

### ***1. 2. 2 Ambulantní péče***

Hlavním článkem psychiatrické péče je ambulantní péče. Jejím úkolem je posuzování psychických chorob, prevence, diagnostika, léčba, rehabilitace a resocializace. Provádí dispenzární péči u osob s duševní poruchou. Pečuje o osoby v ochranném ambulantním léčení. Součástí ambulance může být i návštěvní služba. Většina psychiatrické péče se odehrává právě v ambulancích. Vzhledem k vysokému počtu pacientů je ale ambulantní péče nedostatečná. Psychiatr v ambulanci nemá dostatečný prostor pro komunikaci s pacientem, pro sociálně-psychiatrické intervence a pro psychoterapii. Pro zlepšení ambulantní péče byla tedy přijata řada opatření. Jejich cílem je zvýšit vzdělání mediků zvláště v psychosomatice, lékařské psychologii, psychoterapii a v jiných oborech. Psychiatrické ambulance mají různé specializace. Jsou

to například ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie, ambulance pro léčbu poruch příjmu potravy, ambulance pro děti a dorost, ambulance psychiatrické sexuologie, gerontopsychiatrická ambulance, ambulance pro léčbu poruch paměti, ambulance klinického psychologa a mnoho dalších. Pokud je ambulantní péče nedostatečná, doporučí ambulantní psychiatr klienta do lůžkového zařízení (12, 13, 21).

### *1. 2. 3 Lůžková péče*

Podle Koncepce oboru psychiatrie, kde je zmapován současný a optimální stav psychiatrické péče v České republice, se zaměřením na oblast služeb, se lůžková péče dělí na akutní a následnou. Lůžková psychiatrická péče je poskytována v psychiatrických odděleních nemocnic (akutní lůžka), psychiatrických klinikách při fakultních nemocnicích (péče akutní, následná, specializovaná), psychiatrických léčebnách (péče následná) a specializovaných lůžkových zařízeních (léčba specializovaná na vybraný okruh diagnóz nebo typ terapie). Jsou zde zahrnuty i dětské léčebny, léčebny pro závislé, zařízení pro ochrannou léčbu nařízenou soudem. Akutní lůžková psychiatrická péče je poskytována osobám ihned po vzniku či zhoršení psychické choroby. Ty o ni buďto sami požádají nebo v důsledku své duševní poruchy ohrožují sebe či své okolí, a proto je nutná hospitalizace. Následná lůžková péče je určena nemocným, u kterých byl stabilizován zdravotní stav, ukončen diagnostický proces a nastavena terapie, ale jejich psychický stav neumožňuje propuštění do domácího ošetřování nebo zařízení sociální péče. V posledních letech dochází ke snižování počtu lůžek ve prospěch ambulantní a intermediární péče (2, 26, 30).

### *1. 2. 4 Intermediární péče*

Tato forma péče se u nás rozvíjí od 90. let 20. století a je v rámci nové koncepce výrazně posilována. Intermediární služby pracují na pomezí mezi lůžkovou a ambulantní péčí. Patří sem především krizová centra, denní stacionáře, komunitní psychiatrické sestry (case management), chráněné bydlení, chráněné dílny a mnoho jiných zařízení. Krizová centra poskytují první psychiatrickou pomoc v tíživé životní situaci. Tato centra pracují nepřetržitě 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Denní stacionáře zajišťují celodenní péči, nabízejí programy denních aktivit a usnadňují zařazení klienta

do běžného života po ukončení hospitalizace. Case manager dochází za klientem do jeho domácího prostředí, zná jeho potřeby a problémy. Spoluvytváří léčebně-rehabilitační plán klienta. Koordinuje další potřebné služby pro klienta, úzce spolupracuje s psychiatrem (19, 21, 30).

#### *1. 2. 5 Indikace k hospitalizaci*

Hospitalizace na psychiatrické oddělení může být jednak se souhlasem či bez souhlasu duševně nemocného. Souhlas s hospitalizací dává pacient, který se chce léčit a je k léčbě indikovaný od svého ošetřujícího psychiatra či obvodního lékaře. Při hospitalizaci vždy musí podepsat takzvaný dobrovolný vstup. Má právo kdykoliv hospitalizaci ukončit dle svého uvážení. Pacient, který ohrožuje své zdraví či své okolí, je hospitalizován na psychiatrii bez souhlasu s hospitalizací. Takového pacienta je psychiatrické zařízení povinné nahlásit do 24 h od přijetí příslušnému soudu. Ten musí do 7 dnů vydat usnesení o nedobrovolné hospitalizaci. Při útěku nedobrovolně drženého pacienta je zařízení povinné nahlásit útěk Policii ČR. Další indikací k hospitalizaci je ochranná léčba. Tu nařizuje soud na základě doporučení soudních znalců. Soud také rozhoduje o propuštění z ochranné léčby. Ochranné léčení podle § 72 trestního zákona může být uloženo formou ambulantní nebo ústavní a dodatečně může být změněno, a to jak z ambulantního na ústavní, tak i naopak. Ochranná léčba může být psychiatrická, sexuologická, protitoxikomanická, protialkoholní, nebo kombinovaná (21, 27, 30).

#### *1. 2. 6 Náplň práce sester a ostatních členů ošetrovatelského týmu*

Práce sestry na psychiatrickém oddělení je náročná po fyzické i psychické stránce. Náročnost činnosti sester a charakter práce záleží na typu oddělení. Jiná náplň práce bude na příjmovém oddělení neklidných pacientů a jiná na otevřeném oddělení zaléčených pacientů, u nichž se předpokládá aktivní spoluúčast v terapii. Sestra pracující na psychiatrii musí být manuálně zručná a pohotovější při běžných sesterních výkonech (např. u agresivního, neklidného pacienta). Musí mít přehled o všech pacientech, sleduje jejich stavy nálady, míru neklidu, chování, spánek, dohlíží na správné užívání léků. Dohlíží na denní aktivitu pacienta. Pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav nemocného do dokumentace. Vyhodnocuje potřeby a úroveň

soběstačnosti pacienta. Edukuje pacienty, případně příbuzné, provádí nácvik sebeobsluhy. Musí včas rozpoznat neverbální projevy chování, které mohou znamenat blížící se agresivitu či neklid nemocného. Měla by znát duševní choroby, jejich příznaky a léčbu, znát druhy psychofarmak a jejich vedlejší účinky. Součástí náplně práce psychiatrické sestry je nejen péče o tělo, ale i o duši. Aktivní přístup je důležitý při ošetrovatelském procesu. Sestra si musí získat důvěru pacienta a musí mu dát najevo, že se zajímá o jeho problémy. Pro práci sestry na psychiatrii je neméně důležité klidné pracovní prostředí, dobrý kolektiv pracovníků, ale péče o duševní hygienu. Sestra spolupracuje s ostatními členy ošetrovatelského, ale i zdravotnického týmu. Plní ordinace lékaře, asistuje lékařům, provádí příjem, překlad, propuštění pacienta a další činnosti jako sestry na jiných odděleních (24).

### ***1.3 Prostředky používané v psychiatrické terapii***

Mezi metody léčby, které se využívají v psychiatrii, patří hlavně psychofarmakoterapie, psychoterapie, elektrokonvulzivní terapie, fototerapie a spánková deprivace (30).

#### ***1.3.1 Farmakoterapie***

Farmakologická intervence je v oboru psychiatrie nezbytná a nevyhnutelná. Psychofarmaky se nazývá skupina léků, jejímž hlavním účinkem je změna psychického stavu jedince. Rozdělují se podle účinku na cílové symptomy. Účinek psychofarmaka záleží také na osobnosti pacienta. Léčba psychofarmaky se vždy začíná malými dávkami (30).

Při podávání léků u pacientů hospitalizovaných a psychiatrickém oddělení je důležité dbát na kontrolu spolknutí léku. Sestra zkontroluje užití léku pacientem. Sestra musí znát vedlejší účinky psychiatrických léků, musí dodržovat přesné dávkování. Sleduje také nástup účinku. Psychofarmaka se nejčastěji podávají perorální formou. Při nespolupráci pacienta je nutné itramuskulární či intravenózní podání. Sestra poučí nemocného o důvodu podání léku, ale i o nežádoucích účincích. Vždy řádně zaznamená podání léků do dokumentace (23).

Psychofarmakoterapie se po dramatickém rozvoji od 50. let 20. století stala jednou z nejdůležitějších léčebných metod v psychiatrii. Psychofarmaka se dělí do mnoha skupin. Řadíme sem hlavně antidepresiva, neuroleptika, anxiolytika, hypnotika, thymoprofilaktika, psychostimulancia, nootropika, kognitiva. Skupiny léků jsou podrobně rozepsány v příloze 3.

### *1. 3. 2 Psychoterapie*

Psychoterapie patří mezi léčebné metody používané nejen v psychiatrii. Využívá psychologických prostředků k dosažení správných léčebných výsledků. Mezi psychologické prostředky bychom mohli přiřadit slovo, rozhovor, učení, emoční vztahy, mlčení, neverbální chování, sugesce, podněcování emocí. Cílem psychoterapie je zmírnit nebo odstranit chorobné příznaky a dosáhnout zlepšení v osobnosti nemocného. Psychoterapie má vést k účinnému zvládnání problémů a konfliktů, k pocitům sebeuplatnění a seberealizace. Využívá se v preventivní i léčebné oblasti u všech věkových skupin, dětmi počínaje a starými osobami konče. Prevence spočívá ve zvládnání situací při velké psychické zátěži. Zde je dobré využití psychoterapeutického rozhovoru. Prevence se taktéž uplatňuje v psychoterapeutickém poradenství, hlavně v různých poradnách jako jsou předmanželské, manželské, protialkoholní, psychologické poradny. Existuje nepřeberné množství metod, přístupů, technik a strategií psychoterapie. Dělí se například podle diagnóz, podle psychoterapeutických škol nebo podle příslušnosti k základním směrům. Zkušený terapeut vybere tu správnou formu psychoterapie tak, aby došlo u pacienta k psychické normalitě. V psychoterapeutickém procesu je velmi důležitý psychoterapeutický přístup. Je to pozitivní a empatické chování zdravotníků i celého ošetřovatelského týmu k pacientovi. Důležitý je taktéž psychoterapeutický vztah, vytvořený mezi pacientem a terapeutem. Psychoterapie může být individuální, skupinová nebo komunitní tzv. terapeutická komunita (16, 19).

Individuální – je náročná na čas, podstatou je interakce mezi pacientem a terapeutem. Důležitá je důvěra, náklonnost a respektování svých rolí.

Skupinová – tvoří ji skupina pacientů a terapeut. Pacienti mají možnost vidět problémy druhých, že jeho problémy nejsou jedinečné

Terapeutická komunita – pacientovi umožňuje zapojení do spolupráce na léčbě. Využívá se komunikačních modelů, interakčních vztahů. Komunitu tvoří pacienti i zdravotnický personál se stejnými pravidly pro obě strany (19).

Dělení psychoterapie podle příslušnosti k základním směrům:

Dynamická – věnuje pozornost minulým zážitkům a nevědomým procesům na současné problémy

Kognitivně-behaviorální – využívá teorie učení, provádí se pozitivní nácvik, odnaučuje se nežádoucí chování a myšlení

Humanistická – zabývá se rozvojem vnitřního prožívání naplňováním životního smyslu, poznávání sebe sama (16).

Dělení psychoterapie podle metod a předpokládaných účinných faktorů:

Racionální – zaměřuje se na logické myšlení pacienta. Působí na rozum, soudnost a kritičnost. Terapeut silně pozitivně ovlivňuje pacienta logickým vysvětlováním, uklidňováním, přesvědčováním.

Sugestivní a hypnotická – snaží se obejít logické myšlení, využívá autority terapeuta, patří sem „placebo efekt“, kdy sugesce zvyšuje účinnost léku. Hypnóza se používala již v dávných dobách, je účinná při psychosomatickém onemocnění.

Empatická – umožňuje pacientovi o sobě hovořit, zkoumat stránky své osobnosti.

Abreaktivní – zaměřuje se na projevení negativních emocí, zejména těch, které byly potlačeny a zablokovány. Používá záměrného podněcování, relaxace, fantazie, hypnózy.

Tréninková (nácviková) – patří mezi metody učení, opakování, tréninku. Má velký význam u pacientů s patologicky zafixovanými stereotypy. Využívá pozitivní nácvik, nácvik asertivity a další techniky.

Psychoanalytická – terapeut musí umět odhalit podstatu konfliktu. Zahrnuje analýzu odporu, interpretaci snů, přenos.

Interpersonální – směřuje k dosažení náhledu, přezkoušení nového chování.

Relaxační a imaginační – využívá svalovou relaxaci, koncentraci, autosugesci. Patří sem autogenní trénink, řízená imaginace, progresivní relaxace (16).

## Umělecké druhy psychoterapie

Pomocí uměleckých aktivit můžeme cílevědomě a záměrně napravit narušené psychické činnosti organismu. Mezi tyto terapie patří arteterapie, muzikoterapie, biblioterapie, terapie hrou, dramaterapie, taneční a pohybová terapie, etikoterapie a mnoho dalších. Doporučuje se tyto terapie kombinovat (16).

### *1. 3. 3 Jiné léčebné metody*

#### Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapie (dále ECT) je jednou ze základních léčebných metod vedle farmakoterapie a psychoterapie v oboru psychiatrie. Poprvé použili tuto metodu v roce 1938 italsí lékaři U. Cerletti a L. Bini. Jedná se o jednu z nejefektivnějších metod, i když má u veřejnosti ne moc dobrou pověst. Využívá se hlavně při léčbě těžkých depresí, u pacientů v mánii, u schizofrenie, u schizoafektivních psychóz, u těžké obsedantně-kompulzivní poruchy, u latentní katatonie a u neuroleptického maligního syndromu. Je kontraindikovaná u pacientů se zvýšeným nitrolebním tlakem, mozkovým nádorem, aneurismatem a po mozkovém krvácení. Zvýšená pozornost je věnována u pacientů po centrální mozkové příhodě nebo infarktu myokardu v posledních třech měsících. Taktéž jsou to těžká kardiopulmonální onemocnění, těžká osteoporóza, glaukom, závažná neurologická onemocnění, úrazy hlavy v posledních šesti měsících. I ECT má nežádoucí účinky, jsou však vzácné a často bývají pouze přechodné. Mohou se vyskytnout bolesti hlavy, přechodné poruchy krátkodobé paměti, ztížený pocit dýchání po anestézii, nauzea, zvracení, neklid a agitovanost. ECT se provádí v krátkodobé celkové anestézii a myorelaxaci. Na provedení ECT se podílí psychiatr a anesteziolog. Při ECT dojde k aplikaci elektrického proudu v krátkých intervalech z elektrod přiložených nejčastěji na spánky pacienta. Celková doba výkonu je asi 10 minut. Během výkonu i po něm je nutná monitorace životních funkcí. Před výkonem pacient 8 hodin nejí, nepije, neužívá žádnou medikaci per os. Sestra zkontroluje, aby pacient neměl umělý chrup a kontaktní čočky. Změří fyziologické funkce, vše řádně zapíše do dokumentace. Nejčastěji se elektrokonvulze provádí v 6-12 opakování během 3 až 4 týdnů. Je prováděna se souhlasem pacienta. Pouze v případech,

kdy duševní choroba ohrožuje nemocného na zdraví či dokonce životě a není žádná jiná srovnatelná léčebná metoda, je možné použití i bez souhlasu. Musí se dodržet všechny náležitosti, které pro takový postup stanoví právní předpisy. ECT je tedy bezbolestná, účinná terapie. Před výkonem projde každý pacient interním vyšetřením, včetně provedení EKG a laboratorního vyšetření krve. Někdy se provádí i EEG a vyšetření očního pozadí (1, 9, 30).

#### Fototerapie

Je to léčebná metoda využívající jasné bílé světlo. Fototerapie se používá hlavně u sezónních depresivních epizod. Tato metoda je ještě málo rozšířená. Léčba spočívá v aplikaci světla v ranních hodinách po dobu půl až dvou hodin. Účinkem je harmonizace biologických rytmů hormonů (melatonin). Pacient sedí před světlem. Světlo by mělo dopadat do očí, ale nemusí se dívat stále do světla. K vedlejším účinkům patří hlavně bolest hlavy, podrážděnost, únava očí. Účinky jsou přechodné (30, 39).

#### Spánková deprivace

Tato metoda spočívá v zabránění spánku po dobu 24 hodin a používá se u pacientů trpících depresivním syndromem k rychlejšímu nástupu účinku antidepressiv. Efekt je rychlý, ale nelze dosáhnout trvalého účinku (30).

### ***1. 4 Specifika ošetrovatelské péče u psychiatrického pacienta***

Specifika ošetrovatelské péče jsou různá u každého typu onemocnění. Jiná jsou u pacienta se schizofrenií, jiná u pacienta s demencí, u agresivního pacienta či depresivního pacienta (19).

#### *1. 4. 1 Ošetrovatelská péče u pacienta se schizofrenií*

Schizofrenie je onemocnění, které závažným způsobem mění prožívání a chování nemocného. Mění se celá osobnost nemocného. Patří mezi nejzávažnější duševní poruchy. K prvním atakám této nemoci dochází v období adolescence mezi 16 a 18 rokem a pak kolem 25 až 30 roku života. Příčiny vzniku nejsou doposud jednoznačně známy. Existují faktory, které zvyšují riziko onemocnění. Patří sem hlavně

genetické faktory, zneužívání alkoholu a psychotropních látek, zátěžové situace, komplikace při porodu, sociální poměry (9, 28).

#### Příznaky schizofrenie

Positivní symptomy – bludy, halucinace (hlavně sluchové, ale také čichové, chuťové, dezorganizace řeči (nesouvislé, zmatené mluvení), neklid, agresivita, dezorganizované chování.

Negativní symptomy – otupělost a oploštělost, nerozhodnost, apatie, uzavření se do sebe, útlum myšlení, sociální izolace, katatonické stavy (mutismus, negativismus, stupor) (19, 28).

#### Formy schizofrenie

Paranoidní – nejznámější a nejrozšířenější forma, která se projevuje bludy a halucinacemi, kdy nemocný může slyšet hlasy, které mu říkají, co má dělat či komentují jeho činy. Ve stresových situacích bývají nemocní agresivní k sobě i k okolí. Mohou se vyskytovat bolesti hlavy, poruchy spánku, nesoustředěnost. Při dodržení léčby je poměrně slušná prognóza na plnohodnotný život.

Hebefrenní – je poměrně vzácná, připomíná klackovité chování adolescentů. Nemocný je drzý, povýšený, nálada je povrchní. Někdy schází stud. Chování je doprovázeno nesmyslným šklebením, grimasami a podivnými úsměvy. Bývají poruch myšlení a koncentrace. Halucinace bývají spíše krátkodobé, nestále a absurdní.

Katatonní - projevuje narušením hybnosti. Rozdělujeme ji na dvě fáze a to stuporózní a produktivní. Stuporózní fáze se projevuje nepřírozenou polohou, ve které vydrží pacient několik hodin i dnů. Je přítomna rigita, kdy nelze s nemocným nikterak pohnout. Pacient je negativistický (má odpor ke všem pokynům nebo k pokusům pohnout s pacientem), mutický (verbálně nekomunikuje). Musí být krměn, napájen, neudrží moč ani stolici. Je nutná komplexní ošetrovatelská péče. Při produktivní fázi je nemocný neklidný a chová se naprosto nepředvídatelně. Bývají přítomny nesmyslné, nemotorní pohyby, pacient pláče nebo se naopak směje.

Simplexní – dochází ke změně osobnosti, kdy pacient ztrácí zájem o školu, zaměstnání, zájmy, vyhledává samotu, zanedbává hygienu, má prudké výkyvy nálad.

Bývají přítomny poruchy logického myšlení, emoční otupělost, depresivní nálady či naopak nemotivovaný smích. Pacient má sebevražedné tendence (19, 28).

#### Léčba schizofrenie

Nezastupitelnou součástí léčby je používání psychofarmatik, konkrétně antipsychotik (neuroleptika). Na výběr je celá řada přípravků, jejichž cílem je potlačit halucinace a bludy. Účinnost léčby závisí na druhu schizofrenie a jeho typu. Hlavně u katatonního typu schizofrenie je velmi účinná elektrokonvulzivní terapie. Důležitá je pro další vývoj a kvalitu života psychoterapie, socioterapie, edukace pacienta i jeho rodiny (19, 28).

#### Ošetrovatelská péče

V akutní fázi onemocnění je nutné zajistit bezpečnost pacienta i jeho okolí. V závažných případech je nutné použít omezovací prostředky, aby pacient neublížil sobě i jiným v okolí. Zde je důležitý klidný a rozhodný přístup. Musíme pacientovi, ale i jeho rodině, vysvětlit nutnost tohoto omezení. Podáváme léky na uklidnění nemocného. Je zapotřebí zajistit bezpečné prostředí. Dbáme také o svoji bezpečnost (více zdravotníků, dostatek prostoru, zvonek, úniková cesta). Dodržujeme bezpečnou vzdálenost od pacienta. Pokud to není nutné, snažíme se pacienta nedotýkat. Sledujeme nástup účinku po aplikaci. Pacienti odmítají spolupráci, proto se léky většinou aplikují intramuskulárně. Při použití omezovacích prostředků je nutné kontrolovat pravidelně hybnost a prokrvení končetin, vše řádně zapíšeme do dokumentace. Postupujeme podle platného standardu. Komunikace musí být naprosto konkrétní a jasná. Sestra nediskutuje s pacientem zbytečně o jeho bludných představách. Snaží se přenášet zaměření z bludů na diskuzi o realitě (19, 21).

U katatonní formy schizofrenie se ošetrovatelská péče zaměřuje hlavně na biologické potřeby pacienta, jako je výživa, hygiena, spánek, vyprazdňování. Někdy může pacient úplně odmítat jídlo i tekutiny, proto je nutné zavést parenterální výživu. Zde je důležitá péče o intravenózní či centrální katétr. Často je nutná i péče o močový katétr (9, 21).

V době po odeznění akutního stádia onemocnění se zaměříme v ošetrovatelské péči na kontrolu užívání léků, zda pacient léky neshromažďuje. Sestra se snaží aktivizovat nemocného, zapojovat ho do denního režimu, spolupracuje s rodinou pacienta. Dohlíží na docházku na psychoterapeutická sezení. Spolu s pacientem se snaží o začlenění do normálního života. Dobré výsledky má i kinezioterapie, jako podpůrná terapie v rámci hospitalizace. Cílem je zlepšit sociální komunikaci, a tím i sociální fungování (6, 9, 21).

Ošetrovatelských diagnózy - porušené myšlení 00130, sociální izolace 00053, porušený spánek 00095, deficit sebezpečí při hygieně 00108, oblékání 00109 a jídle 00102, riziko sebepoškození 00139, akutní zmatenost 00125 (20).

#### *1. 4. 2 Ošetrovatelská péče u pacienta s demencí*

Demence chronická nebo trvalá porucha duševních pochodů a způsobuje ji organické onemocnění mozku. Vyznačuje se ztrátou a poruchami paměti, změnami osobnosti, narušenou schopností chápání, dezorientací a poruchou aktivit denního života. Vývoj psychických změn pozvolný a pomalý. V poslední fázi je pacient zcela závislý na pomoci druhých při uspokojování svých základních životních potřeb, jako je jídlo, hygiena, vyprazdňování a oblékání (11, 29, 33).

Onemocnění demencí se vyskytuje u starších osob. Diagnóza je stanovena na základě psychiatrického a psychologického vyšetření, doplněným o zobrazovací metody (CT, MR, SPECT, PET). Pro orientační diagnostiku se nejvíce používá minimal state test (MMSE). Příčin je mnoho, ale nejčastější je Alzheimerova nemoc, která zodpovídá za 70% až 80% případů. Další příčiny-infarkty mozku, alkoholismus, hypotyreóza. Mezi další symptomy patří poruchy orientace, emotivity, chování, osobnosti, chápání, abstraktního myšlení, pozornosti a motivace, ztráta soběstačnosti a mnoho dalších. Demence lze rozdělit do několika druhů. Jsou to demence u Alzheimerovy choroby, demence vaskulární, demence u Parkinsonovy choroby, demence u Huntigtonovy choroby, demence s Lewyho tělísky, alkoholová demence, posttraumatická demence, metabolická demence, demence při zánětlivých onemocněních CNS, demence při epilepsii a další (10, 11, 29, 33).

## Demence u Alzheimerovy choroby

Jak již bylo napsáno, tato forma demence je nejčastější. Její příčina spočívá v tvorbě aterosklerotických plátů a vzniku následné ischemie. Má tři stádia, kdy první se projevuje nenápadnými příznaky. Je to zejména ztráta krátkodobé paměti, přechodnou časovou dezorientací, obtížným hledáním slov, ztráta věcí a nástup k pasivitě. Ve druhém stádiu nastávají častější výpadky paměti, zhoršuje se schopnost řeči, snižuje se schopnost sebekontroly. Zhoršeny jsou mentální funkce a poruchy chování. Pacient se stává hašteřivý, zmatený, běžně se vyskytují bludy a halucinace. Je nesnášenlivý ke svému okolí. Situace je komplikovaná jak pro nemocného, tak i pro jeho rodinu. Ve třetím stádiu dochází již k úplnému rozkladu osobnosti, nemocný se stává zcela odkázán na druhou osobu. Má problémy s příjmem potravy, oblékáním, inkontinencí, s chůzí, nepoznává členy rodiny (5, 8, 10, 34).

## Léčba Alzheimerovy choroby

Možnosti léčby závisí na včasném zachycení této choroby. Nemoc je nevyлéčitelná, ale vhodnými léčebnými prostředky lze chorobu stabilizovat i několik let. Léčbou můžeme ovlivnit zapomnětlivost, dezorientaci, problémy s mluvením, deprese, agresivitu. Z psychofarmak se nečastěji používají kognitiva neboli inhibitory cholinesterázy (Aricept, Reminyl, Exelon), která léčí kognitivní funkce, jako je paměť, intelekt a motivace. Je důležité léčit i nekognitivní funkce jako jsou deprese (antidepresiva), nespavost (hypnotika), úzkost (anxiolytika). Dále terapie spočívá v léčbě vzniklých komplikací. Velmi důležité je rodinné zázemí a citlivý psychologický přístup. Dobrá je také socioterapie a psychoterapie, trénink paměti, základních dovedností, orientace v realitě, muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie (5, 7, 10).

## Ošetřovatelská péče o nemocného trpícího Alzheimerovou chorobou

Nejdůležitějším pravidlem je nedělat nic za nemocného, ale pomáhat mu, aby to udělal sám. Ošetřovatelská péče se zaměřuje na uspokojování biopsychosociálních potřeb. Sestra dbá o hygienu pacienta, řeší problémy s jídlem, jako je obtížné polykání, používání příboru, ztráta chuti k jídlu. Dohlíží na dodržování pitného režimu. Sleduje vyprazdňování u pacienta. U každého pacienta je důležité stanovit si individuální

ošetřovatelský plán. Od ošetřovatelského personálu se vyžaduje trpělivost a empatie. Sestra musí rozpoznat vzniklé komplikace a následně je řešit. Potřebná je i edukace pacienta i rodiny o onemocnění, léčbě a prognóze. Sestra sleduje nežádoucí účinky léku, kontroluje správnost užívání. S nemocným hovoří srozumitelně, plynule. Klade krátké otázky, poskytne dostatek času na odpověď. Předchází možným pádům a úrazům pacienta. Sleduje a následně řeší poruchy spánku. Důležité je seznámit nemocného s prostředím, přizpůsobit ho domácímu prostředí, aby zbytečně nebloudil. Mělo by být bezpečné, ale nemělo by pacienta omezovat. Sestra sleduje míru soběstačnosti u pacienta, do jaké míry je schopen zajišťovat osobní hygienu, jak zvládá používání toalety, zda nejsou problémy s inkontinencí, jak zvládá se oblékat. Sestra pečuje o kognitivní funkce pacienta, například skládáním puzzlí, hrou pexesa, čtením, vypravováním. Pokud je nemocný v domácí péči, je potřeba dohlédnout na aktivity denního režimu, jako jsou například zvládání telefonování a komunikace s okolím, nakupování, samostatné cestování, úklid domácnosti, praní prádla, příprava a vaření jídla, zda je schopen samostatného užívání léků, zda umí hospodařit s financemi. Nezapomenout zabezpečit plyn, elektriku, okna, dvěře. Vybavit pacienta jmenovkou a adresou pro případ odchodu z domova (5, 9, 15, 26).

Práce s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou je velmi náročná a vysilující jak pro rodinné příslušníky, tak i pro ošetřující personál. Na resocializaci nemocného se podílí celý zdravotnický tým a to hlavně sestry, psychiatři, sociální pracovníci, terapeuti, psychologové. V celé České republice existuje mnoho institucí a domovů, které se péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou zabývají. Jsou to například denní stacionáře nebo přímo sanatoria a domovy pro seniory, která zajišťují čtyřadvacetihodinovou péči (8, 15).

Ošetřovatelských diagnózy - nedostatečná výživa 00002, inkontinence moče 00021 i stolice 00014, zhoršená pohyblivost 00085, zhoršené udržování domácnosti 00098, porušený spánek 00095, deficit sebepěče při hygieně 00108, oblékání 00109 a jídle 00102, beznaděj 00124, bezmocnost 00125, porušené myšlení 00130, chronická zmatenost 00129, poškozená paměť 00131, riziko sebevraždy 00150, riziko pádů

00155, riziko traumatu00038, riziko imobilizačního syndromu 00040, riziko násilí vůči jiným 00140 (20).

#### *1. 4. 3 Ošetrovatelská péče u pacienta s deliriem tremens*

Delirium je duševní onemocnění, které se řadí mezi kvalitativní poruchy vědomí. Vyskytují se při něm také poruchy vnímání, myšlení, pozornosti, paměti. Delirantní stav je přechodný a podílí se na něm řada faktorů, jako je nespavost, horečnaté stavy, ztráty krve, infekce, abstinenční stavy. Jedním z několika typů deliria je delirium tremens. Delirium tremens je alkoholový odvykací stav, který má specifické rysy. Dostavuje se většinou za 24-48hodin abstinence a vyžaduje akutní péči, protože ohrožuje nemocného na životě. Rozvoj deliria bývá náhlý, porucha vědomí kolísá. Vyznačuje se těžkou zmateností, halucinacemi, bludy, nespavostí, širokými zornicemi, silným pocením, třesem, motorickým neklidem. Pacient je často nebezpečný sobě i okolí, bývá agresivní, má sklony k sebepoškozování a sebevraždě. Tento stav bývá většinou u pacientů hospitalizovaných pro somatickou příčinu. Po odeznění tohoto stavu je ostrůvkovitá amnézie (4, 10, 14).

#### Léčba

Na prvním místě se léčí primární příčina (infekce, kardiální či jaterní selhávání). Agresi a neklid tlumíme neuroleptiky 1. a 2. generace ( Haloperidol, Tiapridal, Risperidon) a benzodiazepiny (Heminevrin, Diazepam). Tyto psychofarmaka mají za úkol pacienta zklidnit, umožnit spánek, zamezit agresivitě pacienta. Někdy se indikují i nootropika ( 4, 10, 14).

#### Ošetrovatelská péče

Pro nemocného v deliriu tremens je velice důležité prostředí, ve kterém se pacient nachází. Musí se uzpůsobit tak, aby pacient se v něm dobře orientoval. Například rozsvícená, klidná místnost, nekonfliktní personál. Volíme laskavý přístup, mluvíme jasně, klidně, srozumitelně, zbytečně nezvyšujeme hlas. Důležité je zabránit zranění pacienta, proto odstraníme nebezpečné předměty z okolí nemocného, v nejnnutnějším případě použijeme omezovací prostředky. V tomto případě se držíme

platného standardu o nutnosti omezovacích prostředků (příloha 3). Sestra sleduje vitální funkce, bilanci tekutin, pečuje o permanentní katétr a venózní katétr, které jsou samozřejmostí. Protože se jedná o život ohrožující diagnózu, pacienti se často hospitalizují na JIP. Péče o tyto pacienty je velice náročná. Vyžaduje značnou psychickou odolnost. Nezbytná je spolupráce s rodinou pacienta. Ve styku s rodinou je zapotřebí porozumění, cit a empatie (9, 14).

Ošetrovatelské diagnózy - porušený spánek 00095, deficit sebeděže při hygieně 00108, oblékání 00109 a jídle 00102, dysfunkční život rodiny s alkoholizmem 00063, poškozená paměť 00131, poškozené myšlení 00130, akutní zmatenost 00128, neefektivní léčebný režim 00078, riziko poškození 00035, riziko infekce 00004, riziko násilí vůči sobě 00140 i vůči jiným 00138, riziko pádů 00155 (20).

#### *I. 4. 4 Ošetrovatelská péče u pacienta s afektivní poruchou*

V psychiatrii jsou afektivní poruchy nejdříve rozpoznatelné. Do těchto poruch řadíme patologickou náladu, která se projevuje ve fázích. Může se střídát deprese a mánie. Dělíme je na unipolární typ, kdy se vyskytují manické či depresivní epizody a na bipolární typ, kdy se tyto epizody střídají (21).

##### *Depresivní syndrom*

Deprese je velmi závažná psychická porucha. Patří mezi nejčastější psychické poruchy. Mezi hlavní příznaky depresivního syndromu patří chorobně smutná nálada, zpomalené myšlení, utlumená psychomotorika. Pacient má skleslou, smutnou náladu. Myšlení je zpomalené. Bývá sebedoceňování, mikromanické bludy. Nemocní trpí často i somatickými onemocněními jako je zácpa, mydriáza, ztížené dýchání, bolesti. Chybí chuť k jídlu, ubývají na váze. Jsou málomluvní, ztrácí zájem o práci, koníčky. Ovládá je pocit beznaděje, trpí pocitem méněcennosti a neschopnosti. Mají sebevražedné myšlenky. Trpí nespavostí nebo naopak nadměrnou ospalostí. Nemají zájem o sex. Mohou být nervózní, neklidní (21, 22, 36).

## Léčba

Lehčí formy depresivního syndromu stačí léčit správnou psychoterapií. Využívá se psychoterapie individuální i skupinová. U těžších forem jsou nutná psychofarmaka a to antidepresiva (Zoloft, Xanax, Cipralex), sedativně působící antipsychotika. U neklidných forem se uplatňují neuroleptika. Kombinace psychoterapie s antidepresivními léky je účinnější, než jedna léčba samotná. Z ostatních metod se hodně využívá elektrokonvulzivní terapie, fototerapie, spánková deprivace (21, 22, 30).

## Ošetrovatelská péče

Hlavním úkolem práce sestry je zabránit spáchání sebevraždy nemocného. Musí odstranit z okolí pacienta nebezpečné předměty, umístí ho v blízkosti pracovny sester. Sleduje změny v chování a zdravotním stavu pacienta. Dohlíží na správné podávání léků, zná vedlejší účinky podaných léků. Používá základní metody v psychoterapii. Motivuje nemocného k provádění pravidelné hygieny a k sebezpečí. Dohlíží na příjem stravy a tekutin. Vyhledává skutečné příčiny nespavosti a včas je řeší. Při jednání a komunikaci s depresivním pacientem je sestra trpělivá, empatická. Dává najevo pochopení a nevyhýbá se rozhovorům. Komunikuje pomalu a klidně, bez emocí. Zapojuje nemocného do nejrůznějších aktivit a terapií ( 9, 21, 22, 37).

Ošetrovatelské diagnózy – nedostatečná výživa 00002, zácpa 00011, deficit tělesných tekutin 00027, sociální izolace 00053, neefektivní plnění rolí 00055, neefektivní sexuální život 00065, porušený spánek 00095, beznaděj 00124, bezmocnost 00125, riziko sebevraždy 00150, chronicky nízká sebeúcta 00119, nedostatek zájmových aktivit 00097, deficit sebezpečí při hygieně 00108, oblékání 00109, jídle 00102 (20).

## Manický syndrom

U této poruchy bývá v popředí nadnesená, veselá nálada, zrychlené myšlení a psychomotorické tempo, myšlenkový trysk. Nemocný má sníženou potřebu spánku. Stále vyžaduje kontakt, má nadměrné sebevědomí, které se může rozvinout do bludů. Komunikace je obtížná, pacient nepřetržitě hovoří, je neodbytný. V akutní fázi se cítí

pacient zdrav, hospitalizaci vnímá jako zbytečnou. Někdy bývá neklid s agresí vůči okolí (21,26).

#### Léčba

V akutním stádiu se mánie léčí thymoprofylaktiky hlavně Lithiem. Účinky se dostaví za 7 až 10 dní. Je nutné sledovat hladinu Lithia v krvi. Pro zklidnění pacienta se používají také benzodiazepiny a neuroleptika (21, 30).

#### Ošetrovatelská péče

Sestra se snaží nepodporovat pacienta v jeho rozjařenosti. Snižuje zdroje stimulace a rozptylování. Sestra dbá na příjem stravy a tekutin, na dostatek spánku. Prioritou je péče o hygienu, pro pacienta je to ztráta času. Dbá o zevnějšek nemocného, často nosí nápadné oblečení nebo se stále převléká, chodí bos. Sestra sleduje somatický stav, dohlíží na to, aby pacient nezanedbával léčení chronických onemocnění. Zná nežádoucí účinky léků, které pacient užívá. Dbá o svoji bezpečnost, dodržuje dostatečnou vzdálenost od pacienta, protože manický pacient může být agresivní. V nutném případě použije omezovací prostředky podle platného standardu. Po odeznění akutní fáze edukuje nemocného o nemoci, aby včas dokázal rozpoznat příznaky onemocnění. Informuje o nežádoucích účincích léků, o potřebě pravidelných kontrol u lékaře, o neužívání alkoholu (9, 21, 26).

Ošetrovatelské diagnózy – nadměrná 00001i nedostatečná výživa 00002 , neefektivní plnění rolí 00055, neefektivní léčebný režim 00078, porušený spánek 00095, deficit sebedpěče při hygieně 00108, oblékání 00109 (20).

#### Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha neboli dříve používaný název maniodepresivní syndrom je rekurentní v podstatě celoživotní onemocnění. Projevuje se výraznými výkyvy nálady, chování, myšlení, tělesné a psychické aktivity. Toto onemocnění je často dědičné a začíná se projevovat v období dospívání (30).

## Léčba a ošetrovatelská péče

Ve většině případů je léčba celoživotní. Při přerušení léčby je vysoké riziko návratu epizod onemocnění. Psychofarmaka představují základ léčby bipolární poruchy. Existuje řada účinných léčiv pro akutní léčbu (léčba mánie a deprese) i pro léčbu preventivní. Patří sem stabilizátory nálady, které jsou určeny k preventivní léčbě. Dále jsou to antipsychotika, thymoprofylaktika, antidepressiva, hypnotika a anxiolytika. Nedílnou součástí léčby je psychoterapie. V některých případech se lékař rozhodne i pro elektrokonvulzivní terapii. Ošetrovatelská péče spočívá hlavně na dohlížení užívání léků. Nutná je edukace pacienta o léčbě, jelikož její přerušení často vede k relapsu onemocnění. Dále sestra dohlídí na pravidelný spánek nemocného. Je důležité naučit pacienta pravidelnému dennímu režimu, aby si uměl naplánovat svůj čas. Není vhodná konzumace alkoholu (21, 25, 30).

Ošetrovatelské diagnózy jsou stejné jako u depresivního a manického syndromu (20).

### *1. 4. 5 Ošetrovatelská péče u pacienta s mentální retardací*

Mentální retardace patří k poruchám intelektu. Toto onemocnění je vrozené či získané. Postihuje 3-4% populace. Příčinou vzniku tohoto onemocnění můžou být genetické vlivy (Downův syndrom, fenylyketonurie), problémy během těhotenství (užívání alkoholu a drog během těhotenství, toxoplazmóza, zarděnky, syfilis, infekce), problémy při porodu (nízká porodní váha, hypoxie mozku), po porodu (černý kašel, plané neštovice, spalničky či získaná meningitida a encefalitida), sociální vlivy (chudoba a kulturní omezení) (9, 21).

#### Rozdělení mentální retardace

Lehká, IQ 50-69 – opožděné osvojení řeči, nezávislost v osobní péči (oblékání, jídlo, hygiena), schopnost vykonání jednoduché práce, jsou vzdělatelní, většina zvládne vychodit zvláštní školu.

Středně těžká, IQ 35-49 – omezené užívání řeči, opožděná schopnost starat se o sebe, malá zručnost, jsou pohybliví a fyzicky aktivní, mezi jednotlivci jsou veliké rozdíly, někteří jsou schopni si osvojit základy čtení, psaní, počítání, vhodné jsou pro ně

speciální programy a školy, v dospělosti mohou vykonávat lehkou manuální práci pod dohledem, vyskytují se přidružená onemocnění, jako je autismus, epilepsie, neurologické a tělesné hendikepy.

Těžká, IQ 20-34 – je podobná středně těžké retardaci, ale má sníženou úroveň schopností, jedinci jsou nevzdělatelní, ale vychovatelní, přítomny jsou postižení motoriky.

Hluboká, IQ pod 20 – jedinci jsou většinou imobilní, inkontinentní, nemají schopnost sebepečce, jsou odkázáni na druhou osobu, mají pouze základy neverbální komunikace, objevují se u nich přidružené nemoci (9, 21, 35).

#### Léčba

Léčba se zaměřuje spíše na doprovodné somatické projevy, které jsou u těžších forem (epilepsie, onemocnění smyslových orgánů atd.). Někdy může být přítomný neklid, sebepoškození a agrese, potom se využívají neuroleptika (30, 35).

#### Ošetrovatelská péče

Cílem ošetrovatelské péče o tyto nemocné je podpořit optimální vývin a stupeň nezávislosti jedince v rámci rodiny a společnosti. Důležitý je výchovný přístup a pomoc okolí. I jedince s těžším postižením lze při dokonalé péči vychovat tak, že mohou vést smysluplný život. Naopak původně lehce postižený člověk, který je zanedbáván, může zůstat zcela nesamostatný v ústavní péči. Významná je spolupráce se speciálními školami a individuální přístup ke každému nemocnému (9, 21, 35).

U dětí je velice důležitá rodinná výchova, ale nesmí se přehánět. Pokud pečovateli svoji roli již nezvládá, nastávají problémy. Dítě je dobré vést k posílení schopností a sebevědomí. U dospělých jedinců s mentální retardací se péče zaměřuje na oblasti, jako je dutina ústní (nedostatečná hygiena, poléková hyperplazie dásní), obezita (nadměrná konzumace sladkého, nedostatek fyzické aktivity), sluchové a zrakové postižení, sebepoškození. Důležitý je tolerantní a empatický přístup k těmto pacientům. V komunikaci přistupuje sestra partnersky, sleduje neverbální projevy, mluví v krátkých větách, ověřuje porozumění. Je důležité zapojovat pacienty do různých edukačních, pracovních a sociálních programů (9, 21, 35, 37).

Ošetřovatelské diagnózy – intolerance aktivity 00092, chronický nízká sebeúcta 00119, deficit sebezpečí při hygieně 00108, oblékání 00109, jídle 00102, neprospívání dospělé osoby 00101, sociální izolace 00053, zácpa 00011, inkontinence moče 00021 i stolice 00014, opožděný růst a vývoj 00111 (20).

#### *1. 4. 6 Ošetřovatelská péče u pacienta se závislostí*

Závislost neboli syndrom závislosti je stav, kdy se jedinec bez dané látky, aktivity či osoby nemůže obejít. Vždy, když je bez předmětu své závislosti, cítí se špatně jak po psychické, tak i po fyzické stránce. Závislost nemusí být jen na návykové látce, ale může být i na chování, které působí pocit potěšení nebo úlevy. Závislost přivádí postiženého do tělesné, psychické a sociální bídy, ničí důstojnost člověka a vede k předčasné smrti. Nejčastější závislostí je alkoholová a drogová závislost. Mezi další závislosti patří závislosti na tabáku, organických rozpouštědlech, gamblerství, workoholismus, nymfomanie. K psychoaktivním látkám, které způsobují závislost, patří opioidy, kanabinoidy, kokain, sedativa a hypnotika, halucinogeny, stimulancia včetně kofeinu (19).

#### Alkoholová závislost

Mezi projevy alkoholové závislosti patří ranní doušky alkoholu, vysoká tolerance k pití, několikadenní tahy, neúspěšné pokusy o abstinenci. Dochází k rozpadu manželství, konfliktům na pracovišti a v okolí. Nemocný ztrácí zájem o své aktivity, často končí psychosociálním úpadkem. Objevují se somatická onemocnění (cirhóza jater, vředová choroba, polyneuropatie, jícnové varixy, atrofie mozku, nemoci ledvin), ale i psychická (depresivní stavy, psychotické epizody). Alkoholová závislost se rozvíjí i několik let. Mezi její příznaky patří třes, pocení, křeče, průjemy, nutkavá chuť na alkohol (11, 19).

#### Léčba

K úspěšnému zahájení léčby je důležité provedení detoxikace, kdy je nutné zbavit organismus návykové látky a překonat možné odvykací příznaky. V lehčích případech se nemocný léčí ambulantně. Po odeznění odvykacího syndromu nastupuje

nemocný ústavní léčbu, která by neměla být kratší jak tři měsíce. Léčba je dobrovolná. Léčení alkoholismu spočívá hlavně v psychoterapii, kdy je zapotřebí nemocného seznámit s problematikou alkoholismu a dovést ho až k abstinenci. Mezi základní metody léčby patří režimová terapie a jiné druhy psychoterapie. V některých případech při zvládnání odvykacích stavů je zapotřebí farmakoterapie (antidepresiva, látky snižující úzkost a bažení po droze). Také se někdy využívá substituční terapie, kdy je alkohol nahrazen jinou látkou s podobnými účinky, která sníží rizika spojená s užíváním alkoholu. Vhodné jsou i terapeutické komunity, kde závislý žije ve společnosti lidí, kteří mají podobné zkušenosti (19, 30).

#### Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče u těchto pacientů se rozlišuje podle toho, v kterém stádiu se nemocný nachází. Jiná je u pacienta v deliriu tremens (viz výše), jiná je u pacienta ve fázi rehabilitace po odeznění odvykacích příznaků. Sestra se u těchto pacientů zajímá o náhled na problém závislosti, vede nemocného k zodpovědnosti na své konání. Edukuje pacienta, ale i členy rodiny o závislosti a jejím vlivu na organismus. Informuje pacienta o nezdravotnických organizacích, kde pomáhají vyléčení alkoholici závislým. Sestra by se měla účastnit skupinových terapií. Dbá na správné užívání léků. Cílem ošetrovatelských intervencí je zapojit jedince do běžného života, upravit poměry v rodině i v zaměstnání, docílit život bez závislosti (9, 21, 30).

Ošetrovatelské diagnózy –neefektivní léčebný režim 00078, situačně snižená sebeúcta 00120, , dysfunkční život rodiny s alkoholikem 00063, přerušovaný život rodiny 00060, neefektivní plnění rolí 0055 (20).

#### *1. 4. 7 Ošetrovatelská péče u pacienta s poruchou příjmu potravy*

Jsou to závažná a obtížně léčitelná onemocnění, která postihují zejména dívky v období dospívání a mladé ženy. Na rozvoji onemocnění se spolupodílejí vlivy biologické, psychologické a sociokulturní. Řadíme sem mentální anorexii a mentální bulimii.

## Mentální anorexie

Je to úmyslné snižování hmotnosti, které si pacient způsobuje sám. Dochází k narušení vnímání vlastního těla (pacient se cítí stále obézní). Pacientky nejdříve omezují sladká a tučná jídla, vyvolávají si zvracení, průjmy, užívají anorektika, laxativa, diuretika, nadměrně sportují. Základními příznaky onemocnění jsou trvalý strach z nadváhy a odmítání jídla, endokrinní poruchy, hyperaktivita. Mezi psychopatologické příznaky patří deprese, anxiozita, fobické, hysterické, obsedantní příznaky. K somatickým patří kachexie, suchá, vrásčitá kůže, vypadávání vlasů, lámání nehtů, amenorea, bradykardie, častá kazivost zubů, leukopenie, může dojít až k metabolickému rozvratu. Pacientky jsou zaměřené na výkon, perfekcionistické (19, 17).

## Léčba

Ve většině případů se anorexie léčí ambulantně. K hospitalizaci dochází při výskytu somatických onemocnění, která nemocného ohrožují na životě nebo při akutní suicidalitě. Terapeutický přístup musí být komplexní a zahrnuje spolupráci celého týmu odborníků i rodinu. Po normalizaci somatického stavu nastupuje psychoterapie a farmakoterapie. Cílem léčby je navodit normální stravovací režim a odstranit psychopatologické a somatické důsledky podvýživy. Optimální váhový přírůstek je 0,5-1,5 kg za týden. Z psychoterapie se využívá kognitivně behaviorální terapie, dlouhodobá individuální terapie, interpersonální terapie, psychodynamická terapie. Velkou roli hraje i rodinná terapie. Z psychofarmak se nejčastěji podávají antidepresiva a někdy nízké dávky antipsychotik k upravení agitovanosti a anxiety. Význam v podpoře pacientů mají i svépomocné skupiny (17, 21).

## Ošetrovatelská péče

Cílem ošetrovatelské péče je stejně tak jako u léčebné péče naučit pacienta správným stravovacím návykům a dodržování jídelního režimu. Důležitá je dietní péče, kdy strava je považována za základní biologickou potřebu, ale i za lék. Jídelníček sestavují speciálně nutriční terapeuti a pacient má jídlo šestkrát denně. Sestra dohlíží na to, kolik toho pacient sní, vše zaznamenává do dokumentace. Sleduje odmítání, zvracení

nebo schovávání jídla. Speciálně vyškolená sestra provádí psychoedukaci s pacientem. Dohlíží na správné užívání léků. Účastní se skupinových terapií., zapojuje pacientky do jiných činností jako je arteterapie, ruční práce, práce v keramické dílně a jiné. Po skončení hospitalizace je dobré navštěvovat ambulantní zařízení či organizace zabývající se stejnou problematikou (17, 21).

Ošetrovatelské diagnózy – nedostatečná výživa 00002, neefektivní léčebný režim 00078, porušený obraz těla 00118, situačně snížená sebeúcta 00120, úzkost 00146, riziko zácpy 00015, riziko sebevraždy 00150 (20).

### Mentální bulimie

Bulimie je představována nárazovitým masivním přejídáním, které je pak následně "kompenzováno" zvracením, užíváním projímadel, diuretik a výplachů střev. Nemocní nemají nízkou hmotnost a netrpí hladověním. Příčinami bulimie jsou sklon k nadváze, nevhodné jídelní návyky, těhotenství, vliv okolí. K rizikovým faktorům lze zařadit nepříznivé životní situace, negativní sebehodnocení a problémy v rodině. Nemocní trpí chorobným strachem z tloušťky. Mezi problémy, které bulimie způsobuje, patří plynatost, zácpa, průjem, pocity nevolnosti. Lidé často trpí depresemi, protože myslí stále na jídlo (17, 21).

Léčba, ošetrovatelská péče i ošetrovatelské diagnózy jsou stejné jako u mentální anorexie. I u této choroby je dobré navštěvovat různé svépomocné skupiny, které pomohou ženám ale i mužům trpícím poruchami příjmu potravy (17, 20, 21).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

C1 Zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně.

C2 Zjistit, jaká je informovanost pacientů o možnostech léčby.

C3 Zjistit, jaká je připravenost sester komunikovat s pacienty s psychickou poruchou.

### **2.2 Výzkumné otázky**

O1 Znájí sestry specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně?

O2 Jsou pacienti informováni o možnostech léčby?

O3 Umí sestry komunikovat s pacienty hospitalizovanými v psychiatrické léčebně v souvislosti s plněním ošetrovatelských intervencí?

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Použitá metodika***

Ke zpracování tématu Specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně byla zvolena metoda kvalitativního šetření pomocí rozhovorů a pozorování. Rozhovory byly sestaveny jak pro sestry, tak i pro pacienty. Šetření probíhalo v období květen až červen 2011 v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě. Rozhovor pro sestry tvořilo 16 otázek a rozhovor pro pacienty tvořilo 12 otázek. Rozhovor byl polostandardizovaný. Rozhovory byly přepsány, přepsání bylo doslovné. Metoda zúčastněného skrytého pozorování byla použita u sester při komunikaci s pacientem v deliriu tremens, u depresivního pacienta a u dementního pacienta.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořilo 10 sester pracujících na interním oddělení v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě a 10 pacientů hospitalizovaných na interním oddělení Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě.

## 4. Výsledky

### 4.1 Rozhovory se sestrami

#### Sestra 1

Vystudovala Střední zdravotnickou školu, obor Zdravotnický asistent. Je jí 21 let. Na léčebně pracuje zatím jeden rok na interním oddělení. Ráda by chtěla jít studovat dál na vysokou školu.

1. *Změnila se práce v něčem během let, co jste v léčebně?*

Nemůžu posoudit, jsem tu krátce.

2. *Jak se vám pracuje s psychicky nemocnými lidmi?*

Jiná práce než s normálními lidmi, práce mě ale baví.

3. *Znáte pravidla komunikace s dementním pacientem?*

Ve škole jsme se to neučili. Ale z praxe vím, že musí na ně pomalu mluvit, opakovat věty, mluvit srozumitelně, nahlas.

4. *Co je nejdůležitější v ošetrovatelské péči a komunikaci u pacienta v deliriu tremens?*

Zajistit bezpečnost a základní potřeby jako je jídlo, pití, osobní hygienu.

5. *Jaká jsou pravidla ošetrovatelské péče u pacientů s nutností omezení?*

Jestliže je někdo omezen v lůžku, musím zajistit asi základní potřeby, když se nemůže hýbat. To znamená krmit, napájet, polohovat, taky pravidelně kontroluju fixované končetiny, sleduju jejich hybnost, jestli není kurtace moc utažená. To je asi všechno.

6. *Držíte se standardu o omezovacích prostředcích při nutnosti omezení pacienta? Vyjmenujte nejdůležitější body standardu.*

Ano, určitě. Pokud je nutné omezení, informuji vždy lékaře a dle jeho ordinace provedu omezení v lůžku. Sleduji fyziologické funkce, hybnost končetin.

7. *Čeho využívá sestra nejčastěji u depresivního pacienta? Čím je nejvíce ohrožen takovýto pacient?*

Sestra pacienta hlídá, motivuje k činnostem, aby nemyslel na své problémy. Hrozí zde nebezpečí sebepoškození, pacient se straní ostatních.

8. *Myslíte si, že jsou rozdíly v komunikaci u středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace? Pokud ano, jaké?*

Ano, určitě jsou. U středně těžké je pacient takový neomezený v komunikaci, domluví se s ním, u těžké je komunikace horší. Málo mluví, vydávají skřeky, komunikují spíš neverbálně. U hluboké nekomunikují vůbec.

9. *Jaký je váš názor na psychoterapii u duševně nemocných? Znáte některé druhy psychoterapií?*

Není to úplně zbytečné, je pro ně důležité si s někým popovídat. Už si to moc nepamatuju, co sem patří. Asi psychoanalýza, vid'. Nevím, možná ještě canisterapie, hipoterapie, pracovní terapie.

10. *Na co se sestra zaměřuje nejvíce v ošetrovatelské péči u nemocných s poruchou příjmu potravy?*

Já si myslím, že se psychicky na ně tlačit nemá, sledovat a zapisovat všechno co sní. Psychoterapie je prospěšná u těchto lidí.

11. *Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Věděla byste, co patří do neverbální komunikace?*

Mám. Zadržávám se, špatně hledám správné výrazy. V neverbální komunikaci problém nevidím. Je to mimika, gestika.

12. *Jak se vám komunikuje s psychicky nemocnou osobou?*

Díky tomu trénuji svoji trpělivost.

13. *Znáte příklady ošetrovatelské péče u pacientů se závislostí na alkoholu?*

Rozmlouvá s pacientem o problému závislosti, dohlíží na dodržování denního režimu na oddělení.

## **Sestra 2**

Nejvyšší dosažené vzdělání má Vyšší zdravotnickou školu, obor Všeobecná sestra. Je mu 31 let. V léčebně pracuje 5 let na interním oddělení.

1. *Změnila se práce v něčem během let, co jste v léčebně?*

Ano změnila. Každopádně se zlepšila v péči o pacienty.

2. *Jak se vám pracuje s psychicky nemocnými lidmi?*

Je to práce psychicky náročnější než s normálními lidmi. Je i časově náročná.

3. *Znáte pravidla komunikace s dementním pacientem?*

Potřebují hodně trpělivosti a tolerance. Lidem se musí vše vícekrát opakovat.

4. *Co je nejdůležitější v ošetrovatelské péči a komunikaci u pacienta v deliriu tremens?*

Komunikace nemá vliv, nevnímá mě. Důležitější je zajistit životní funkce.

5. *Jaká jsou pravidla ošetrovatelské péče u pacientů s nutností omezení?*

Důležité je sledovat prokrvení končetin, krmit, napájet.

6. *Držíte se standardu o omezovacích prostředcích při nutnosti omezení pacienta? Vyjmenujte nejdůležitější body standardu.*

Ano. Musíš konzultovat s psychiatrem, vést dokumentaci, aplikovat neklidovou injekci po domluvě s lékařem.

7. *Čeho využívá sestra nejčastěji u depresivního pacienta? Čím je nejvíce ohrožen takovýto pacient?*

Motivovat k činnostem, sleduje ho. Je ohrožen sebevraždou.

8. *Myslíte si, že jsou rozdíly v komunikaci u středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace? Pokud ano, jaké?*

Ano. Rozdíly jsou. Čím těžší forma retardace, tím horší je komunikace.

9. *Jaký je váš názor na psychoterapii u duševně nemocných? Znáte některé druhy psychoterapií?*

Pomáhají při léčbě. Jsou dobré. Canisterapie, hipoterapie, ergoterapie, arteterapie.

10. *Na co se sestra zaměřuje nejvíce v ošetrovatelské péči u nemocných s poruchou příjmu potravy?*

Dohled na dodržování diety, vážit. Sleduje se strava, co sní.

11. *Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Věděla byste, co patří do neverbální komunikace?*

Asi ne. Někdy jsem ukecaný víc, někdy míň. Mimika, doteky, nevim.

*12. Jak se vám komunikuje s psychicky nemocnou osobou?*

Hůř než se zdravou osobou. Časově náročnější, je potřeba trpělivost, časté opakování otázek.

*13. Znáte příklady ošetrovatelské péče u pacientů se závislostí na alkoholu?*

Nevím, třeba, že musí sestra dohlížet na užívání léků, mluví s ním o tom, dobrá jsou terapeutická sezení.

### **Sestra 3**

Vystudovala Vyšší odbornou školu, obor všeobecná sestra a je jí 25 let. Sestra odpověděla, že na „blázinci“ je 3 roky.

*1. Změnila se práce v něčem během let, co jste v léčebně?*

Ano. Přitvrdila. Jsou vyšší nároky na sestry.

*2. Jak se vám pracuje s psychicky nemocnými lidmi?*

Je to jiné než se zdravými lidmi, je třeba větší trpělivost. Už jsem si ale zvykla.

*3. Znáte pravidla komunikace s dementním pacientem?*

Sestra musí mít více trpělivosti, musí se jim všechno více vysvětlovat. Je důležitý individuální přístup, aby mě pochopili.

*4. Co je nejdůležitější v ošetrovatelské péči a komunikaci u pacienta v deliriu tremens?*

Sledovat fyziologické funkce, zvýšená péče, zajistit bezpečí, aby si neublížil. Měli by se odstranit nebezpečné předměty, kterými by si mohl ublížit, vést záznamy, sledovat ho.

*5. Jaká jsou pravidla ošetrovatelské péče u pacientů s nutností omezení?*

Něco podobného jako u „delírek“, kontroluju hybnost končetin, dbám na to, aby se třeba neproleželi, provádím hygienu, krmím je, dávám tekutiny.

*6. Držíte se standardu o omezovacích prostředcích při nutnosti omezení pacienta?*

*Vyjmenujte nejdůležitější body standardu.*

Standardu se samozřejmě držím. A po domluvě s lékařem pacienta přikurtuji. Když je to nutné, aplikuju neklidovou injekci dle ordinace lékaře. Slovně pacientovi domluvím.

7. *Čeho využívá sestra nejčastěji u depresivního pacienta? Čím je nejvíce ohrožen takovýto pacient?*

Důležitá je komunikace, vlídné slovo. Zeptat se, co ho trápí, poradit mu s problémem, rozebrat to. Je ohrožen sebevražednými sklony.

8. *Myslíte si, že jsou rozdíly v komunikaci u středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace? Pokud ano, jaké?*

Samozřejmě ano. U lehčího typu pacient rozumí, trochu komunikuje. U hluboké retardace vydává jen zvuky.

9. *Jaký je váš názor na psychoterapii u duševně nemocných? Znáte některé druhy psychoterapií?*

Můj názor je kladný. K léčbě jim to určitě prospívá. Patří sem hipoterapie, muzikoterapie, arteterapie.

10. *Na co se sestra zaměřuje nejvíce v ošetrovatelské péči u nemocných s poruchou příjmu potravy?*

Hlavně na příjem stravy, aby jedli pravidelně. Měli by se vážit. Dodržovat pravidelně výživovou dietu, aby se nepřepíjeli, protože potom víc váží.

11. *Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Věděla byste, co patří do neverbální komunikace?*

To je těžká otázka. S verbální ano, občas s vyjadřováním. Patří sem gestikulace, mimika.

12. *Jak se vám komunikuje s psychicky nemocnou osobou?*

Více trpělivosti, porozumění, empatie.

13. *Znáte příklady ošetrovatelské péče u pacientů se závislostí na alkoholu?*

Jéžíš. No asi si sním o tom promluvit, pokud má vycházky kontrolovat ho altestem, aby dodržoval léčbu. Měla by ho přesvědčit k abstinenci, k odvykací kůře.

#### **Sestra 4**

Vystudovala Vyšší odbornou zdravotnickou školu, obor psychiatrická sestra, je jí 29 let. V léčebně pracuje 10 let.

1. *Změnila se práce v něčem během let, co jste v léčbě?*

Ano. Více papírování, špatná koncepce práce.

2. *Jak se vám pracuje s psychicky nemocnými lidmi?*

Když nic jiného není. Je to psychicky náročná práce.

3. *Znáte pravidla komunikace s dementním pacientem?*

Ano, pomalu komunikovat, pacienta vyslechnout.

4. *Co je nejdůležitější v ošetrovatelské péči a komunikaci u pacienta v deliriu tremens?*

Zajistit fyziologické funkce, příjem a výdej tekutin, udržovat orientaci.

5. *Jaká jsou pravidla ošetrovatelské péče u pacientů s nutností omezení?*

Sledovat, jestli nemá oteklé ruce, o změně stavu informovat lékaře.

6. *Držíte se standardu o omezovacích prostředcích při nutnosti omezení pacienta?*

Vyjmenujte nejdůležitější body standardu.

Ano, je to pravidelná kontrola, musí se dělat zápisy, procvičovat horní i dolní končetiny.

7. *Čeho využívá sestra nejčastěji u depresivního pacienta? Čím je nejvíce ohrožen takovýto pacient?*

Zápisy o stavu pacienta do dokumentace, rozhovory se spolupacienty o chování nemocného. Trpí poruchou výživy, spánku, ztrátou sexuálního apetitu. Má sebevražedné sklony.

8. *Myslíte si, že jsou rozdíly v komunikaci u středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace? Pokud ano, jaké?*

Jistě, že jsou rozdíly. U těžké a hluboké je komunikace obtížná. U střední se dá celkem dobře domluvit.

9. *Jaký je váš názor na psychoterapii u duševně nemocných? Znáte některé druhy psychoterapií?*

Je důležité podporovat psychoterapii. Patří sem třeba pracovní terapie, canisterapie, u koníčků. Zapojovat pacienta do běžných činností.

10. *Na co se sestra zaměřuje nejvíce v ošetrovatelské péči u nemocných s poruchou příjmu potravy?*

Sleduje se váha, kolik toho sní. Jedí se malé porce v pravidelných intervalech. Sleduje se psychický stav.

11. *Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Věděla byste, co patří do neverbální komunikace?*

Nemám problémy komunikovat. Je to třeba dotyky, oční kontakt, mimika.

12. *Jak se vám komunikuje s psychicky nemocnou osobou?*

Horší než se zdravým člověkem. Složitější na výběr slov, témat, zda pacient pochopí, co po něm chci.

13. *Znáte příklady ošetrovatelské péče u pacientů se závislostí na alkoholu?*

Je důležité aby se pacient léčil, aby hovořil o svojí závislosti, aby si přiznal, že je závislý. Sestra se ho snaží zapojit do normálního života.

## **Sestra 5**

Vystudovala Střední zdravotnickou školu, je jí 44 let a v léčebně pracuje už 25 let.

1. *Změnila se práce v něčem během let, co jste v léčebně?*

Ano, je hodně papírování, je ale spousta nových vyšetřovacích metod.

2. *Jak se vám pracuje s psychicky nemocnými lidmi?*

Obtížně, někdy jsou horší příbuzní než pacienti.

3. *Znáte pravidla komunikace s dementním pacientem?*

Mluvit pomalu, ujistit se, že pacient rozuměl otázce.

4. *Co je nejdůležitější v ošetrovatelské péči a komunikaci u pacienta v deliriu tremens?*

Není moc komunikativní. Důležitá je i spolupráce s rodinou.

5. *Jaká jsou pravidla ošetrovatelské péče u pacientů s nutností omezení?*

Když musí být pacient přichycen nebo být v izolaci, musíme ho hlavně sledovat. Sledovat končetiny, jejich hybnost, komplexní ošetrovatelská péče.

6. *Držíte se standardu o omezovacích prostředcích při nutnosti omezení pacienta? Vymenujte nejdůležitější body standardu.*

Ano, držím se standardu. Hlavně sledovat životní funkce, neustálý dohled.

7. *Čeho využívá sestra nejčastěji u depresivního pacienta? Čím je nejvíce ohrožen takovýto pacient?*

Sleduje hrozící známky suicidy, při změně nálady informuje lékaře.

8. *Myslíte si, že jsou rozdíly v komunikaci u středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace? Pokud ano, jaké?*

Ano, jsou a velké. Čím horší retardace, tím těžší komunikace.

9. *Jaký je váš názor na psychoterapii u duševně nemocných? Znáte některé druhy psychoterapií?*

Psychoterapie má smysl jen u určitých skupin pacientů. Patří sem canisterapie, hipoterapie a spousta jiných.

10. *Na co se sestra zaměřuje nejvíce v ošetrovatelské péči u nemocných s poruchou příjmu potravy?*

Sledujeme u nich váhu a stravu, vše řádně zapisujeme

11. *Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Věděla byste, co patří do neverbální komunikace?*

Mám problémy se vším v komunikaci. Nevím co, třeba grimasy.

12. *Jak se vám komunikuje s psychicky nemocnou osobou?*

Špatně se mi s nimi komunikuje, když nemají snahu se domluvit.

13. *Znáte příklady ošetrovatelské péče u pacientů se závislostí na alkoholu?*

Je to hlavně umístění na uzavřené oddělení, dodržovat protialkoholní léčbu, která je stejně na nic, protože se skoro všichni vrátí k pití.

## **Sestra 6**

Vystudovala Střední zdravotnickou školu a potom si udělala psychiatrickou specializaci. Je jí 54 let a pracuje zde již 33 let. Je staniční sestrou na interním oddělení asi 18 let. Předtím pracovala na dětském psychiatrickém oddělení.

1. *Změnila se práce v něčem během let, co jste v léčebně?*

Ano, je mnoho druhů jednorázových pomůcek, je jiná organizace práce.

2. *Jak se vám pracuje s psychicky nemocnými lidmi?*

Je to těžké a náročné na psychiku.

3. *Znáte pravidla komunikace s dementním pacientem?*

Musíme s nimi mluvit pomalu, nenaléhat, klást konkrétní otázky. S těmito lidmi se pracuje obtížně, je to náročné na psychiku.

*4. Co je nejdůležitější v ošetrovatelské péči a komunikaci u pacienta v deliriu tremens?*

Komunikace u těchto pacientů vážne. Nejdůležitější je zajistit jim i okolí bezpečnost, protože jsou často agresivní. Je zapotřebí důkladná ošetrovatelská péče.

*5. Jaká jsou pravidla ošetrovatelské péče u pacientů s nutností omezení?*

Samozřejmě, když je pacient omezený, je důležité zajistit mu základní potřeby. To znamená, že ho krmíme, napájíme, zajistíme osobní hygienu. Podáváme neklidové injekce dle ordinace lékaře, kontrolujeme fixované končetiny. Dbáme na prevenci vzniku dekubitů.

*6. Držíte se standardu o omezovacích prostředcích při nutnosti omezení pacienta? Vyjmenujte nejdůležitější body standardu.*

Standard musí znát přeci každá sestra. Důležitá je ordinace lékařem, bez které nemůžu pacienta omezit. Samozřejmě kontroly hybnosti a prokrvení končetin, vše řádně zapsat.

*7. Čeho využívá sestra nejčastěji u depresivního pacienta? Čím je nejvíce ohrožen takovýto pacient?*

Sestra musí pacienta aktivizovat, povzbuzovat. Je ohrožen sebevraždou.

*8. Myslíte si, že jsou rozdíly v komunikaci u středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace? Pokud ano, jaké?*

Ano, jsou. U hluboké pacientů nekomunikují, u středně těžké je schopen se s vámi domluvit.

*9. Jaký je váš názor na psychoterapii u duševně nemocných? Znáte některé druhy psychoterapií?*

Nemá to cenu. Patří sem psychoanalýza, kognitivně behaviorální psychoterapie, Gestalt.

*10. Na co se sestra zaměřuje nejvíce v ošetrovatelské péči u nemocných s poruchou příjmu potravy?*

Zaměří se na sledování stravy, motivuje k jídlu. Objasňuje pacientkám nutnost nutrice.

*11. Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Věděla byste, co patří do neverbální komunikace?*

Myslím, mám problém. Někdy je těžké zachovat profesionalitu a odstup. Do neverbální patří posunky, náznaky, gesta.

*12. Jak se vám komunikuje s psychicky nemocnou osobou?*

Komunikuje se obtížně, nedokážou pokaždé pochopit to, co se jim říká. Je to náročné někdy s nimi komunikovat.

*13. Znáte příklady ošetrovatelské péče u pacientů se závislostí na alkoholu?*

V prvé řadě oddělit od alkoholu. Přinutit je k protialkoholní léčbě, spolupracovat také s rodinou.

## **Sestra 7**

Vystudovala Střední zdravotnickou školu, potom také absolvovala psychiatrickou specializaci zde na léčebně. Prý to dříve nebyl problém. Je jí 58 let a na léčebně je asi 32 let, už prý ani neví.

*1. Změnila se práce v něčem během let, co jste v léčebně?*

Jasně, že jo. Přibýlo papírování, birokracie, jednorázové pomůcky.

*2. Jak se vám pracuje s psychicky nemocnými lidmi?*

Někdy obtížně, každý je jiný. Záleží i na rodině. S rodinou je někdy horší komunikace než s nemocným.

*3. Znáte pravidla komunikace s dementním pacientem?*

Ano, znám. Jsou to hlavně pravidelné kontroly pacienta, individuální přístup.

*4. Co je nejdůležitější v ošetrovatelské péči a komunikaci u pacienta v deliriu tremens?*

S ním se moc komunikovat nedá. Důležitá je prevence dekubitů, komplexní ošetrovatelská péče, kontroly lékaře, spolupráce s rodinou.

*5. Jaká jsou pravidla ošetrovatelské péče u pacientů s nutností omezení?*

Tak určitě sem patří kontrola fixovaných končetin, pravidelné měření tlaku a pulsu, krmění, napájení.

*6. Držíte se standardu o omezovacích prostředcích při nutnosti omezení pacienta?*

*Vyjmenujte nejdůležitější body standardu.*

Ano znám, klidný přístup, vše opakovat, bezpečnost pacienta.

*7. Čeho využívá sestra nejčastěji u depresivního pacienta? Čím je nejvíce ohrožen takovýto pacient?*

Povzbudit ho, v době než zaberou léky je ohrožen sebevraždou.

8. *Myslíte si, že jsou rozdíly v komunikaci u středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace? Pokud ano, jaké?*

Jsou rozdíly. U hluboké nebudou komunikovat vůbec.

9. *Jaký je váš názor na psychoterapii u duševně nemocných? Znáte některé druhy psychoterapií?*

Myslím, že někomu pomůže, někomu zase ne. Je to třeba psychoanalýza.

10. *Na co se sestra zaměřuje nejvíce v ošetrovatelské péči u nemocných s poruchou příjmu potravy?*

Dohled na stravování, motivace k jídlu.

11. *Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Věděla byste, co patří do neverbální komunikace?*

Někdy je těžké být profesionální. Patří sem haptika, mimika, odstup.

12. *Jak se vám komunikuje s psychicky nemocnou osobou?*

Špatně se komunikuje, někdy je těžké navázat kontakt.

13. *Znáte příklady ošetrovatelské péče u pacientů se závislostí na alkoholu?*

Nevím, asi izolace, detoxikace, musí chtít se léčit.

## **Sestra 8**

Po zdravotní škole vystudovala Vyšší odbornou školu, obor psychiatrická sestra, je jí 35 let. Na psychiatrii pracuje 12 let.

1. *Změnila se práce v něčem během let, co jste v léčebně?*

Ano změnila, je více papírování, málo času na pacienty, nové léky, vyšetřovací metody.

2. *Jak se vám pracuje s psychicky nemocnými lidmi?*

Jak kdy, záleží na míře postižení.

3. *Znáte pravidla komunikace s dementním pacientem?*

Ano, klást konkrétní otázky, hovořit srozumitelně, pomalu, nahlas.

4. *Co je nejdůležitější v ošetrovatelské péči a komunikaci u pacienta v deliriu tremens?*

Špatně se s nimi komunikuje, důležitá je základní ošetrovatelská péče, zabránit úrazu.

5. *Jaká jsou pravidla ošetrovatelské péče u pacientů s nutností omezení?*

Sledovat hybnost a prokrvení končetin, aplikovat neklidové injekce, sledovat fyziologické funkce, kontroly lékařem.

6. *Držíte se standardu o omezovacích prostředcích při nutnosti omezení pacienta? Vyjmenujte nejdůležitější body standardu.*

Ano, pravidelně pacienta kontrolovat a zapisovat do dokumentace.

7. *Čeho využívá sestra nejčastěji u depresivního pacienta? Čím je nejvíce ohrožen takovýto pacient?*

Pacienta je třeba aktivizovat, aby neměl zlé myšlenky, hrozí nebezpečí sebepoškození.

8. *Myslíte si, že jsou rozdíly v komunikaci u středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace? Pokud ano, jaké?*

Ano, čím je stupeň postižení větší, tím je méně kvalitní domluva.

9. *Jaký je váš názor na psychoterapii u duševně nemocných? Znáte některé druhy psychoterapií?*

Myslím, že jim to pomáhá. Je to třeba kognitivně behaviorální terapie.

10. *Na co se sestra zaměřuje nejvíce v ošetrovatelské péči u nemocných s poruchou příjmu potravy?*

Na to, aby byl pacient dostatečně najeden a hydratován, kontroly váhy.

11. *Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Věděla byste, co patří do neverbální komunikace?*

Nemám problémy komunikovat. Gestikulace, haptika, mimika.

12. *Jak se vám komunikuje s psychicky nemocnou osobou?*

Obtížně, někdy je těžké se s nimi domluvit.

13. *Znáte příklady ošetrovatelské péče u pacientů se závislostí na alkoholu?*

Myslím, že je to zbytečné. Většina pacientů se chce léčit, jen když se bojí o své zdraví, ale jakmile se fyzicky uzdraví, začnou znovu.

## **Sestra 9**

Vystudovala Střední zdravotní školu, je jí 39 let. Na léčebně je 16 let, nejprve několik let na oddělení pro chronicky nemocné pacienty, nyní je tři roky na ambulanci.

1. *Změnila se práce v něčem během let, co jste v léčbě?*

Ano, zlepšila. Hlavně v odbornosti, zlepšila se péče o pacienty.

2. *Jak se vám pracuje s psychicky nemocnými lidmi?*

Normálně, s přihlédnutím k jeho diagnóze se k němu chovám a jednám s ním.

3. *Znáte pravidla komunikace s dementním pacientem?*

Musí se mu to pořád opakovat, mluvit pomalu.

4. *Co je nejdůležitější v ošetrovatelské péči a komunikaci u pacienta v deliriu tremens?*

Nevím, nikdy jsem „delírku“ neviděla. Asi se musí zabránit úrazu pacienta, zajistit bezpečnost pacienta i okolí.

5. *Jaká jsou pravidla ošetrovatelské péče u pacientů s nutností omezení?*

Jéé, já nevím, asi to samé jako u „delírky“.

6. *Držíte se standardu o omezovacích prostředcích při nutnosti omezení pacienta?*

Vyjmenujte nejdůležitější body standardu.

Nevím, nepoužívám ho. V ambulanci to není potřeba.

7. *Čeho využívá sestra nejčastěji u depresivního pacienta? Čím je nejvíce ohrožen takovýto pacient?*

Je ohrožen sebevraždou, je potřeba vlídnost, hodně trpělivosti.

8. *Myslíte si, že jsou rozdíly v komunikaci u středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace? Pokud ano, jaké?*

Určitě jsou rozdíly. Hluboká retardace-jsou jako zvířátka, u středně těžké je komunikace možná.

9. *Jaký je váš názor na psychoterapii u duševně nemocných? Znáte některé druhy psychoterapií?*

Je asi dobrá, ale všem nepomůže, na někoho nepůsobí. Patří sem třeba Gestalt, kognitivně behaviorální terapie, třeba i canisterapie.

10. *Na co se sestra zaměřuje nejvíce v ošetrovatelské péči u nemocných s poruchou příjmu potravy?*

Hlídat, aby jedli, povídat si s nimi, sledovat jestli přibírají.

11. *Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Věděla byste, co patří do neverbální komunikace?*

Nemám problém s komunikací. Je třeba mimika, gestika.

*12. Jak se vám komunikuje s psychicky nemocnou osobou?*

Záleží, jak psychicky je osoba nemocná. Jinak se komunikuje s depresivním pacientem, jinak s dementním. Záleží i na osobnosti člověka.

*13. Znáte příklady ošetrovatelské péče u pacientů se závislostí na alkoholu?*

Hlavně aby se k němu nedostal alkohol, různá sezení, spolupráce s rodinou. Hlavní je, aby on sám se chtěl léčit.

### **Sestra 10**

Vystudovala Střední zdravotnickou školu a potom během práce si udělala psychiatrickou specializaci, je jí 53 let. Na léčebně pracuje 35 let.

*1. Změnila se práce v něčem během let, co jste v léčebně?*

Ano, je více léků než dřív, je hodně administrativy.

*2. Jak se vám pracuje s psychicky nemocnými lidmi?*

Jak s kterým, s neklidem je to horší, s depresí je to taky jiná práce.

*3. Znáte pravidla komunikace s dementním pacientem?*

Z praktického hlediska-klidný přístup, jako s malým dítětem, splňovat požadavky, být trpělivý.

*4. Co je nejdůležitější v ošetrovatelské péči a komunikaci u pacienta v deliriu tremens?*

Nepřetržitý dohled, sledovat tekutiny, plnit ordinace lékaře, klidnicí prostředky, bezpečnost pacienta. Komunikovat klidně, bez emocí.

*5. Jaká jsou pravidla ošetrovatelské péče u pacientů s nutností omezení?*

Řekl bych, že jsou stejná jako u pacienta v deliriu, hlídat ho, kontrolovat prokrvení kurtovaných končetin.

*6. Držíte se standardu o omezovacích prostředcích při nutnosti omezení pacienta?*

*Vyjmenujte nejdůležitější body standardu.*

Dodržování časových kontrol, sledovat životní funkce, vše pravidelně zapisovat.

*7. Čeho využívá sestra nejčastěji u depresivního pacienta? Čím je nejvíce ohrožen takovýto pacient?*

Aby si něco neudělal, musí ho sledovat, monitorovat, aby si něco neudělal, dohled na medikaci.

8. *Myslíte si, že jsou rozdíly v komunikaci u středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace? Pokud ano, jaké?*

Jsou. Jinak se komunikuje s pacientem se středně těžkou, jinak s hlubokou retardací.

9. *Jaký je váš názor na psychoterapii u duševně nemocných? Znáte některé druhy psychoterapií?*

Je dobrá, je potřeba komunikovat. Canisterapie, hipoterapie, kognitivně behaviorální terapie.

10. *Na co se sestra zaměřuje nejvíce v ošetrovatelské péči u nemocných s poruchou příjmu potravy?*

Sledovat příjem a výdej tekutin, jídlo, kontrolovat užívání léků, váhu.

11. *Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Věděla byste, co patří do neverbální komunikace?*

Verbální je slovo, neverbální posunky.

12. *Jak se vám komunikuje s psychicky nemocnou osobou?*

Záleží na diagnóze a na osobnosti člověka.

13. *Znáte příklady ošetrovatelské péče u pacientů se závislostí na alkoholu?*

Hovořit s pacientem o problému, vysvětlit účinky alkoholu, motivovat ho do života, hlídat pacienta i návštěvu, aby byli bez alkoholu, zapisovat vše, sledovat pacienta.

#### 4. 2 Grafické zpracování rozhovorů sester

Tabulka 1 Sumární výsledky k otázce Jaké máte vzdělání?

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
SZŠ	2					1				1	
SZŠ a psychiatrická specializace	3						1	1			1
VOŠ	2		1	1							
VOŠ PS	2				1				1		
SZŠ ZA	1	1									
celkový počet	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

V tabulce 1 odpovídaly sestry na otázku, jaké mají vzdělání. 2 sestry mají středoškolské vzdělání, 3 mají středoškolské s psychiatrickou specializací, 2 sestry mají vyšší odborné v oboru Všeobecná sestra a 2 mají vyšší v oboru Psychiatrická sestra, jedna sestra vystudovala zdravotnického asistenta.

Tabulka 2 Sumární výsledky k otázce Kolik je vám let?

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
20 – 29 let	3	1		1	1						
30 – 39 let	3		1						1	1	
40 – 49 let	1					1					
50 – 59 let	3						1	1			1
celkový počet	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

V tabulce 2 je znázorněn věk dotazovaných sester. 3 sestry jsou ve věku od 20 do 29 let, 3 ve věku od 30 do 39, jedna sestra je ve věku od 40 do 49 let a 3 sestry jsou ve věku od 50 do 59 let.

Tabulka 3 Sumární výsledky k otázce Kolik let pracujete v léčebně?

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
1 – 5 let	3	1	1	1							
6 – 10 let	1				1						
11 – 15 let	1								1		
16 – 20 let	1									1	
21 – 25 let	1					1					
30 – 35 let	3						1	1			1
celkový počet	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

V tabulce 3 je znázorněna délka praxe v psychiatrické léčebně. 3 sestry pracují v léčebně 1 až 5 let, 1 sestra 6 až 10 let, 1 sestra 11 až 15 let, 1 sestra je na léčebně 16 až 20 let, jedna 21 až 25 let a 3 sestry zde pracují 30 až 35 let.

Tabulka 4 Sumární výsledky k otázce Změnila se práce v něčem během let, co jste v léčebně?

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
nemohu posoudit	1	1									
lepší péče o pacienty	2		1							1	
vyšší nároky na sestry	1			1							
více administrace	5				1	1		1	1		1
špatná koncepce práce	1				1						
nové vyš. metody a léky	3					1			1		1
jednorázové pomůcky	2						1	1			
jiná organizace práce	1						1				
málo času na pacienty	1								1		
větší odbornost	1									1	
celkový počet	18	1	1	1	2	2	2	2	3	2	2

V tabulce 4 sestry odpovídaly, v čem se změnila práce během let, co jsou v léčebně. 1 sestra je zde velmi krátce, proto nemůže posoudit. Nejvíce a to 5 sester odpovědělo, že přibyla administrace, 3 sestry vidí zlepšení v nových vyšetřovacích metodách a lécích, 2 sestry uvedly, že je lepší péče o pacienty. Jedna sestra se domnívá,

že jsou kladeny vyšší nároky na sestry, 1 sestra zase odpověděla, že je špatná koncepce práce. 2 sestry si chválí mnoho jednorázových pomůcek. Jedna sestra uvedla změnu v tom, že je málo času na pacienty a 1 se domnívá, že je jiná organizace práce. Jedna sestra vidí zlepšení v odbornosti.

Tabulka 5 Sumární výsledky k otázce Jak se vám pracuje s psychicky nemocnými lidmi?

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
jiná práce než s norm. lidmi	3	1		1			1				
psychicky náročnější	2		1		1						
časově náročné	1		1								
větší trpělivost	1			1							
nic jiného není	1				1						
pracuje se obtížně	1					1					
horší jsou příbuzní	2					1		1			
každý je jiný	1							1			
záleží na postižení a dg.	3								1	1	1
normálně	1									1	
celkový počet	16	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1

V tabulce 5 uvedly 3 sestry, že práce s psychicky nemocným člověkem je jiná než s normálním člověkem, 2 sestry uvedly, že je to psychicky náročná práce, pro jednu sestru je to práce i časově náročnější, 1 sestra se domnívá, že je potřeba větší trpělivosti. Jedna sestra uvedla, že nic jiného není. Obtížněji se pracuje s těmito lidmi jedné sestře. 2 sestry uvedly, že je někdy těžší práce s příbuznými, než se samotným nemocným. 1 sestra uvedla, že každý pacient je jiný, 3 sestry uvedly, že záleží na postižení a diagnóze a jedné sestře se pracuje s psychicky nemocnými lidmi normálně.

Tabulka 6 Sumární výsledky k otázce Znáte pravidla komunikace s dementním pacientem?

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
mluvit pomalu a nahlas	6	1			1	1	1		1	1	
opakovat věty, otázky	3	1	1	1							
mluvit srozumitelně	3	1							1	1	
větší trpělivost	3		1	1							1
individuální přístup	2			1				1			
pacienta vyslechnout	1				1						
zajistit zpětnou vazbu	1					1					
klást konkrétní otázky	2						1		1		
nenaléhat, klidný přístup	2						1				1
kontroly pacienta	1							1			
celkový počet	24	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2

V tabulce 6 jsou příklady komunikace s dementním pacientem. Nejčastěji sestry odpovídaly, že s dementním pacientem se musí hovořit pomalu a nahlas, to odpovědělo 6 sester. 3 sestry uvedly, že kladené věty a otázky se musí několikrát nemocnému opakovat, 3 sestry uvedly, že se musí s těmito lidmi mluvit srozumitelně a 3 se domnívají, že je potřeba větší trpělivost, 2 sestry vyžadují individuální přístup, 1 sestra se domnívá, že je důležité pacienta vyslechnout. 1 sestra vyžaduje zpětnou vazbu od pacienta, jestli rozuměl otázce. 2 sestry se domnívají, že je důležité klást konkrétní otázky, 2 sestry dodržují klidný přístup a nenaléhají na pacienta. Jedna sestra se domnívá, že jsou důležité kontroly pacienta.

Tabulka 7 Sumární výsledky k otázce Co je nejdůležitější v ošetrovatelské péči a komunikaci u pacienta v deliriu tremens?

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
bezpečnost pacienta i okolí	6	1		1			1		1	1	1
zajistit zákl. potřeby	3	1			1						1
zajistit živ. funkce	3		1	1	1						
odstranit předměty	1			1							
zápisy do dokumentace	1			1							
sledovat pacienta	1			1							
udržovat orientaci	1				1						
spolupráce s rodinou	2					1		1			
důsledná oš. péče	2						1		1		
nekomunikují	4		1			1	1	1			
špatná komunikace	1								1		
nemám zkušenosti	1									1	
klidnicí prostředky	1										1
komunikovat klidně	1										1
plnit ord. lékaře	1										1
celkový počet	29	2	2	5	3	2	3	2	3	2	5

V tabulce 7 uvedlo 6 sester, že nejdůležitější v ošetrovatelské péči o pacienta v deliriu tremens je jeho bezpečnost a bezpečnost okolí. 3 sestry pokládají za důležité zajistit základní potřeby pacienta jako strava, pitný režim, osobní hygiena. 3 sestry dbají o životní funkce. 1 sestra uvedla, že je potřebné odstranit nebezpečné předměty z okolí pacienta, 1 sestra provádí zápisy do dokumentace, jedna sestra sleduje pacienta. Pro jednu sestru je důležité udržovat orientaci a 2 sestry mají za potřebné spolupracovat i rodinou pacienta. 2 sestry dbají na důslednou ošetrovatelskou péči. 4 sestry uvedly, že pacient v deliriu tremens nekomunikuje, jedna uvedla, že je s pacientem špatná komunikace. 1 sestra nemá žádné zkušenosti s deliriem tremens. Pro jednu sestru jsou při deliriu tremens důležité klidnicí prostředky. Táž sestra uvedla, že je důležité s pacientem komunikovat klidně a plnit ordinace lékaře.

Tabulka 8 Sumární výsledky k otázce Jaká jsou pravidla ošetrovatelské péče u pacientů s nutností omezení?

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
zajistit základní potřeby	6	1	1	1		1	1	1			
kontr.hybnosti a prokrvení fix. konč.	9	1	1	1	1	1	1	1	1		1
prevence dekubitů	2			1			1				
změny stavu hlásit lékaři	1				1						
sledovat pacienta	1					1					
apl. neklid. injekci	2						1		1		
sledovat fyziol. funkce	2							1	1		
kontroly lékařem	1								1		
nevím, to co u deliria	2									1	1
celkový počet	26	2	2	3	2	3	4	3	4	1	2

V tabulce 8 najdeme odpovědi sester na otázku „Jaká jsou pravidla ošetrovatelské péče u pacientů s nutností omezení?“ Na otázku 6 sester odpovědělo, že je potřeba zajistit základní potřeby pacienta, jako je výživa, příjem tekutin, osobní hygiena. 9 sester odpovědělo, že je důležité kontrolovat hybnost a prokrvení fixovaných končetin. 2 sestry se u těchto pacientů zaměřují na prevenci dekubitů. 1 sestra hlásí veškeré změny u pacienta lékaři, 1 sestra se zaměřuje na sledování pacienta. 2 sestry aplikují neklidovou injekci, 2 sledují fyziologické funkce. Jedna sestra odpověděla, že jsou důležité kontroly lékařem a 1 sestra pracující v ambulanci se domnívá, že je péče stejná jako u pacienta v deliriu tremens.

Tabulka 9 Sumární výsledky k otázce Držíte se standardu o omezovacích prostředcích při nutnosti omezení pacienta? Vymenujte nejdůležitější body standardu.

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
ano, znám standard	9	1	1	1	1	1	1	1	1		1
kontr.hybnosti a prokrvení fix. konč.	3	1			1		1				
informovat lékaře o omezení	4	1	1	1			1				
sledovat fyziol. funkce	3	1				1					1
vést dokumentaci	5		1		1		1		1		1
apl. neklid. injekci	2		1	1							
pravidelné kontroly	3				1				1		1
neustálý dohled	1					1					
klidný přístup	1							1			
zajistit bezpečnost pacienta	1							1			
nevím, nepotřebuji ho	1									1	
celkový počet	26	2	2	3	2	3	4	3	4	1	2

V tabulce 9 odpovědělo 9 sester, že znají standard o omezovacích prostředcích, jedna sestra odpověděla, že nepotřebuje tento standard na ambulanci. 3 sestry se domnívají, že standard obsahuje kontroly prokrvení a hybnosti, 4 sestry podle standardu informují lékaře o omezení pacienta, 3 sledují fyziologické funkce, 5 z nich vede dokumentaci o omezení, 2 sestry aplikují neklidovou injekci po konzultaci s lékařem. 3 sestry pravidelně pacienta kontrolují, jedna sestra se domnívá, že je důležitý neustálý dohled pacienta. 1 sestra dodržuje klidný přístup, jedna zajistí bezpečnost pacienta.

Tabulka 10 Sumární výsledky k otázce Čeho využívá sestra nejčastěji u depresivního pacienta? Čím je nejvíce ohrožen takovýto pacient?

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
ohrožen sebevraždou	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
hlídá pacienta	4	1	1			1					1
motivuje k aktivitě	5	1	1				1	1	1		
komunikuje s pacientem	1			1							
zápisy do dokumentace	1				1						
poruchy spánku, výživy	1				1						
informuje lékaře o změně nálady	1					1					
vlídnost, trpělivost	1									1	
dohled na medikaci	1										1
celkový počet	25	3	3	2	3	3	2	2	2	2	3

V tabulce 10 jsou příklady, jak pečovat o depresivního pacienta. Všech 10 sester uvedlo, že tento pacient je nejvíce ohrožen sebevraždou. 4 sestry uvedly, že se pacient musí hlídat, 5 sester pacienta motivuje k aktivitě, 1 sestra s pacientem komunikuje, jedna sestra se zaměřuje na zápisy do dokumentace. 1 sestra se domnívá, že pacient trpí poruchami spánku a výživy, 1 sestra uvedla, že informuje lékaře o změně nálady pacienta. 1 sestra odpověděla, že je důležitá vlídnost a trpělivost. 1 sestra dohlíží na užívání léků a pacienta.

Tabulka 11 Sumární výsledky k otázce Myslíte si, že jsou rozdíly v komunikaci u středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace? Pokud ano, jaké?

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
ano, jsou rozdíly	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
u středně těžké se domluví	5	1		1	1		1			1	
u těžké je komunikace horší	1	1									
u hluboké nekomunikují, vydávají zvuky	5	1		1			1	1		1	
čím těžší retardace, tím horší komunikace	5		1		1	1			1		1
celkový počet	26	4	2	3	3	2	3	2	2	3	2

V tabulce 11 uvedlo všech 10 sester, že jsou rozdíly v komunikaci u středně těžké, těžké a hluboké retardace. 5 sester uvedlo, že u středně těžké retardace je komunikace možná, jedna sestra se domnívá, že u těžké retardace je komunikace

s pacientem horší, 5 sester uvedlo, že u hluboké mentální retardace pacienti nekomunikují vůbec, pouze vydávají zvuky a 5 sester uvedlo, že čím těžší postižení, tím horší je komunikace.

Tabulka 12 Sumární výsledky k otázce Jaký je váš názor na psychoterapii u duševně nemocných? Znáte některé druhy psychoterapií?

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
není to zbytečné	2	1									1
pomáhá při léčbě	3		1	1					1		
mám kladný názor	2			1	1						
má smysl jen u někoho	3					1		1		1	
nemá to smysl	1						1				
psychoanalýza	3	1					1	1			
kognitivněbehaviorální psychoterapie	4						1		1	1	1
Gestalt	2						1		1		
canisterapie	6	1	1		1	1				1	1
hipoterapie	6	1	1	1	1	1					1
ergoterapie	3	1	1		1						
muzikoterapie	1			1							
arteterapie	2		1	1							
celkový počet	38	5	5	5	4	3	4	2	3	3	4

V tabulce 12 najdeme odpovědi sester na otázku „Jaký je váš názor na psychoterapii u duševně nemocných? Znáte některé druhy psychoterapií?“. 2 sestry odpověděly, že to není zbytečné, 3 sestry se domnívají, že to při léčbě pacientům pomáhá, 2 sestry mají na psychoterapii kladný názor, 3 sestry se domnívají, že má psychoterapie smysl jen u některých pacientů, 1 sestra si myslí, že psychoterapie nemá smysl. Jako druh psychoterapie uvedla 3 sestry psychoanalýzu, 4 sestry uvedly kognitivně behaviorální psychoterapii, 2 sestry uvedly Gestalt teorii, 6 sester přiřadilo do psychoterapie canisterapii, 6 hipoterapii, 3 sestry uvedly ergoterapii, 1 sestra muzikoterapii a 2 sestry uvedly arteterapii.

Tabulka 13 Sumární výsledky k otázce Na co se sestra zaměřuje nejvíce v ošetrovatelské péči u nemocných s poruchou příjmu potravy?

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
netlačit psychicky	1	1									
sledovat a zapisovat příjem stravy	9	1	1	1	1	1	1		1	1	1
psychoterapie pomáhá	1	1									
dohled na dodržování diety	2		1					1			
pravidelně jíst	2			1	1						
sledovat váhu	6			1	1	1			1	1	1
sledovat příjem tekutin	3			1					1		1
sledovat psychický stav	1				1						
motivovat k jídlu	2						1	1			
komunikovat s nimi	1									1	
kontrolovat užívání léků	1										1
celkový počet	29	3	2	4	4	2	2	2	3	3	4

V tabulce 13 jsou zaznamenány příklady ošetrovatelské péče o nemocné s poruchami příjmu potravy. Nejvíce sester uvedlo, že je důležité sledovat a zapisovat příjem stravy, 1 sestra se domnívá, že se nesmí na pacienty psychicky moc tlačit, jedna se domnívá, že pomáhá těmto pacientům psychoterapie, uvedly dohled na dodržování diety, 2 uvedly, že je důležité pravidelně jíst. 6 sester sleduje u těchto pacientů váhu, 3 sledují příjem tekutin, 1 sestra sleduje psychický stav pacienta. 2 se domnívají, že je zapotřebí motivovat tyto pacienta k jídlu, 1 sestra komunikuje s nimi o problému, 1 kontroluje užívání léků.

Tabulka 14 Sumární výsledky k otázce Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Věděla byste, co patří do neverbální komunikace?

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
mám problém	4	1		1		1	1				
nemám problém	5		1		1		1		1	1	1
je těžké zachovat profesionalitu a odstup	2						1	1			
zadržávám se	1	1									
hledám správné výrazy	2	1		1							
s neverb. kom. problém nemám	1										
mimika	8	1	1	1	1	1		1	1	1	1
gestika	4	1		1			1		1	1	1
haptika	2							1	1		
posunky	1						1				
doteky	2		1		1						
oční kontakt	1				1						
odstup	1							1			
celkový počet	38	6	3	4	4	2	5	4	4	3	3

V tabulce 14 odpovídaly sestry na otázku, zda mají problémy s komunikací a co patří do neverbální komunikace. 4 sestry odpověděly, že mají problémy komunikovat, 5 sester nevidí problém v komunikaci. Pro 2 sestry je těžké zachovat někdy profesionalitu a odstup, 1 sestra uvedla, že při komunikaci se občas zadržává, hledá správné výrazy, ale s neverbální komunikací problém nemá. Jako příklady neverbální komunikace uvedlo 8 sester mimiku, 4 gestiku, 2 haptiku, Jedna uvedla posunky, 2 sestry uvedly doteky, jedna oční kontakt a 1 sestra uvedla, že do neverbální komunikace patří odstup.

Tabulka 15 Sumární výsledky k otázce Jak se vám komunikuje s psychicky nemocnou osobou?

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
trénují tím trpělivost	1	1									
hůř, než se zdravou osobou	2		1		1						
časově náročné	1		1								
často opakovat otázky	1		1								
více trpělivosti	2		1	1							
empatie a porozumění	1			1							
složitější na výběr slov	1				1						
špatná komunikace	2					1		1			
náročné s nimi komunikovat	2						1	1			
obtížně se s nimi komunikuje	2						1		1		
záleží na onemocnění a osobnosti	2									1	1
celkový počet	17	1	4	2	2	1	2	2	1	1	1

V tabulce 15 odpovídaly sestry na otázku „Jak se vám komunikuje s psychicky nemocnou osobou?“ 1 sestra odpověděla, že při této komunikaci trénuje svoji trpělivost, hůře než se zdravou osobou se komunikuje 2 sestrám, pro 1 sestru je tato komunikace časově náročná, 1 sestra při komunikaci musí často opakovat otázky, 1 sestra se domnívá, že při této komunikaci je zapotřebí empatie a porozumění. 1 sestra uvedla, že komunikace s psychicky nemocným je složitější na výběr slov. Pro 2 sestry je komunikace špatná, 2 se domnívají, že je náročné s nimi komunikovat, 2 sestrám se obtížně komunikuje a 2 sestry uvedly, že záleží na druhu onemocnění a na osobnosti.

Tabulka 16 Sumární výsledky k otázce Znáte příklady ošetrovatelské péče u pacientů se závislostí na alkoholu?

S = sestra	Součet	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
komunikovat o problému	5	1	1	1	1						1
dohlížet na dodržování režimu	3	1		1		1					
dohlížet na užívání léků	1		1								
terapeutická sezení	2		1							1	
kontrola altestem	1			1							
zapojit do normálního života	2				1						1
oddělit od alkoholu	4						1	1		1	1
protialkoholní léčba	3					1	1	1			
spolupráce s rodinou	2						1			1	
ochota k léčbě	2							1		1	
je to zbytečné	1								1		
sledovat pacienta	1										1
celkový počet	27	2	3	3	2	2	3	3	1	4	4

V tabulce 16 uvedly sestry příklad ošetrovatelské péče o pacienty se závislostí na alkoholu. 5 sester se domnívá, že je důležité s pacientem o problému závislosti komunikovat, 3 se zaměřují na dohled na dodržování režimu, 1 sestra dohlíží na užívání léků, 2 uvedly, že jsou zapotřebí terapeutická sezení, 1 sestra uvedla kontroly altestem. 2 sestry se domnívají, že je důležité zapojit pacienta do normálního všedního života, 4 sestry uvedly, že je zapotřebí pacienta oddělit od alkoholu, 3 sestry uvedly protialkoholní léčbu, 2 sestry by spolupracovaly s rodinou pacienta, 2 se domnívají, že pacient musí být ochotný se léčit, 1 sestra si myslí, že je to zbytečné se léčit.

### **4. 3 Rozhovory s pacienty**

#### **Pacient 1**

53 letý pacient je v léčbě pro závislost na alkoholu a s depresivním syndromem. Má diabetes mellitus (dále jen DM) 2. typu na dietě a perorálních antidiabetických. Rozhovor probíhal dobře, pacient byl vstřícný, v rozhovoru se rozpovídal i o tom, na co jsem se ani neptala. Bylo na něm vidět, že je rád, že si s ním někdo povídal. Hovořil o tom, že se k psychiatrovi dostal po smrti rodičů, kteří zemřeli při dopravní nehodě.

*1. Víte, jakými léky jste léčen? Řekněte jakými.*

Nevím, co беру za léky. Akorát něco na cukrovku, jinak ne.

*2. Domníváte se, že léčba, kterou vám lékař nastavil, je správná?*

Ano, cítím se dobře po práškách.

*3. Kdo vás informoval o vaší léčbě?*

O cukrovce mě informovala lékařka v Chrudimi a tady v léčbě ošetřující pani doktorka.

*4. Jakým způsobem jste byl informován?*

Pani doktorka mě hezky informovala, řekla mi, že mám celkem všechno v pořádku. Cukrovka se prý taky srovnala, už mám jen prášky. Byl jsem na vyšetření jater kvůli cirhóze, že je nemám jako zvon, ale že to jde. Všechno mi vždycky vysvětlila. Docházel jsem pravidelně na lékařský prohlídky, kde mě pani doktorka řekla, jste na tom špatně nebo jste na tom líp.

*5. Znáte vedlejší účinky léků, které užíváte?*

Neznám, nic na sobě nepocítuju, snad až na ty oči.

*6. Máte pocit, že se u vás projevují některé z vedlejších účinků?*

Mám úplně zkažený oči. Léčil jsem se před deseti rokama, to byl opravdu driák, co mi doktorka dala. Nemoh jsem přecházet silnici. Byl jsem raději zavřený doma, protože když jsem přecházel silnici, tak jsem auto viděl deset metrů před sebou a ono bylo třeba tři metry přede mnou. Měl jsem to rozmlžený. Určitě na to má vliv ta cukrovka.

*7. Znáte jiné způsoby léčby vaší nemoci? Jaké a kdo vám je vysvětlil?*

O ničem jiným nevím, že by mně něco nabídli. Který léky mě doktor napíše, ty беру.

8. *Využíváte při své léčbě psychoterapii?*

Ano ano, to bylo dopolední zaměstnání na oddělení, co jsem byl.

9. *Jaké psychoterapie jste již absolvoval?*

Byla to skupinová terapie. Na malování jsem taky chodil. Ráno byla rozcvička, potom na jídelně jsme měli tu skupinu. Byli tam pacienti, primář, lékaři, sestry i sociální pracovníce. Primář všechny vyzval, aby každý pacient řekl, co ho po sobotě a neděli potkalo, z čeho měl radost, jestli přišla návštěva, jak se cejtí a tak. Pak jsme se rozešli do různých skupin a třeba jsme navlíkali korálky nebo nějaká žena pletla, háčkovala. Taky jsem byl na nějakým malování, ale to mě moc nebavilo.

10. *Myslíte si, že vám psychoterapie pomáhá při léčbě vaší nemoci?*

Já nevím, já jsem spíše takový uzavřený, moc jsem toho nenamluvil, spíš jsem poslouchal. Odseděl jsem si to tam, nijak mě nenutili hovořit.

11. *Pokud jste podstoupil nějaké vyšetření, informoval vás lékař nebo někdo o průběhu, možných komplikacích při a po vyšetření?*

Byl jsem tady na vyšetření srdíčka, to mi ho natáčeli těma balónkama, pak jsem byl na těch játrech. Ráno za mnou přišla sestra a dala mi půlku čokolády, že to musím sníst. Nevěděl jsem proč, na co a jak, nic mi neřekla. V nemocnici mi řekli, že tam budu hodinu ležet a nebudu se hýbat. Pak mi jiná sestra píchla nějakou injekci do žíly a řekla, abych snědl další kousek čokolády. To mě krmila, protože jsem se nesměl hýbat. Týden dopředu mně lékař řekl, že půjdu na tohle vyšetření, protože je tam podezření na cirhózu jater.

12. *Užíváte léky doma po propuštění podle instrukcí lékaře?*

Vždycky jsem se snažil užívat všechno tak, jak mi to doktor předepsal. Až budu odsud odcházet, tak bych chtěl panu primáři i doktorům poděkovat, že se tady takhle o mne starali.

## **Pacient 2**

82letá pacientka přijata pro poruchu přizpůsobení v tíživé životní situaci a depresivní reakcí a pokusem o sebevraždu. Má nefrolithiazu, provedena stentáž močovodu, DM na dietě. Je po hysterektomii a adnexetomii pro karcinom. Pacientka je ráda, že za ní přicházím, vypráví životní příběh, jak v 29 letech ovdověla, od té doby má deprese.

Trápí ji bolesti po gynekologické operaci. Chtěla by se vrátit domů. Má tam manžela, který je dementní a chce se o něj starat. Při rozhovoru plačtivá. Bylo toho na ni dost, tak to chtěla ukončit, ale nepovedlo se to.

*1. Víte, jakými léky jste léčen? Řekněte jakými.*

Moc né, ale beru Tritico, už ho beru dlouho, beru Wafarin, ten jsem kdysi taky brala, na spaní beru Stilnox. Na spaní léky beru od 30 lety.

*2. Domníváte se, že léčba, kterou vám lékař nastavil, je správná?*

No, abych pravdu řekla, sestřičko, úlevu moc necejtím. Beru taky antibiotika, co jste mi tady nasadili. Ale vůbec mi to nepomáhá. Já den ode dne chátrám. Ale proti věku není léku.

*3. Kdo vás informoval o vaší léčbě?*

Nikdo, v Kolíně jsem chodila k pani doktorce, ta chtěla, abych brala jen půlku léku na spaní, tak mi píše naše pani doktorka. Nikdy mi ale nic jinýho nenabídla, tolika léků je na spaní. Já bych ráda, kdybych to nemusela brát, je to drahý.

*4. Jakým způsobem jste byl informován?*

Paní doktorka mě nijak neinformovala, řekla, ať beru to Tritico, že by to mohlo zabrat na tu depresi.

*5. Znáte vedlejší účinky léků, které užíváte?*

No všechny mají vedlejší účinky, ale beru to, protože jiná pomoc mi není. No co mám dělat. Přečtu si vždycky leták u léku.

*6. Máte pocit, že se u vás projevují některé z vedlejších účinků?*

Ano, že jsem taková unavená, necítím se dobře. Jsem tady měsíc a opravdu necítím žádný zlepšení.

*7. Znáte jiné způsoby léčby vaší nemoci? Jaké a kdo vám je vysvětlil?*

Ne neznám. To vůbec mě nikdo neříkal. Já věřím lékařům, protože tomu nerozumím, tak to beru podle toho, to je to nejlepší, co mi můžou dát.

*8. Využíváte při své léčbě psychoterapii?*

Nikdy jsem nic takový neměla. Jsem na psychiatrii po druhý, ale nikdy mi to ani nedoporučoval nikdo. Myslím, že by to nemělo cenu, někomu se zpovídat.

9. *Jaké psychoterapie jste již absolvoval?*

Žádný. Ani lázně mi nikdy nedoporučili. Nikdy jsem na nic takového nechodila.

10. *Myslíte si, že vám psychoterapie pomáhá při léčbě vaší nemoci?*

Já si ráda povídám, tady s tou paní hovoříme pořád, ale jinak si myslím, že by to nemělo cenu.

11. *Pokud jste podstoupil nějaké vyšetření, informoval vás lékař nebo někdo o průběhu, možných komplikacích při a po vyšetření?*

V Kolíně jsem byla na sono (ultrazvukové vyšetření), tam byl pan doktor, ten mi to všechno vysvětlil, že mě pošle ještě na cétéčko, a pak, že budem pokračovat dál. Tady jsem byla na tý urologii a nikdo nic neřikal.

12. *Užíváte léky doma po propuštění podle instrukcí lékaře?*

Už bych chtěla domu. Mám pohodlí doma, mám tam madla, sprchu, máme malej byt, ale stačí nám to. A léky doma беру vždycky, vždyť já se bez nich už neobejdu.

### **Pacient 3**

76letý pacient přijat pro depresivní stavy, na oddělení pro anemii a hyperplazii prostaty. Rozhovor probíhal stručně, pacient si při něm luštil křížovky. Moc si povídat nechtěl, byl v odpovědích velice stručný, nikterak je nerozváděl.

1. *Víte, jakými léky jste léčen? Řekněte jakými.*

Beru na psychiku, na krevní tlak, na prostatu. Víím, co беру.

2. *Domníváte se, že léčba, kterou vám lékař nastavil, je správná?*

Jo, já jim věřím.

3. *Kdo vás informoval o vaší léčbě?*

Neinformoval mě. Léky беру, co mi dáte.

4. *Jakým způsobem jste byl informován?*

Žádným. Dřív mi doktor řekl, co mám nebo nemám jíst kvůli cukrovce. Tady ale ne.

5. *Znáte vedlejší účinky léků, které užíváte?*

Neznám vedlejší účinky.

6. *Máte pocit, že se u vás projevují některé z vedlejších účinků?*

Nevybavuju si, že by mě to nějak utlumovalo nebo něco takového.

7. *Znáte jiné způsoby léčby vaší nemoci? Jaké a kdo vám je vysvětlil?*

Ne, neznám. Nikdo mi nic neřekl.

8. *Využíváte při své léčbě psychoterapii?*

Na sezení jsem chodil, tam jsme si povídali všichni dohromady.

9. *Jaké psychoterapie jste již absolvoval?*

Skupinová, muziku nám pouštěli, vařili jsme a šili.

10. *Myslíte si, že vám psychoterapie pomáhá při léčbě vaší nemoci?*

Asi ano.

11. *Pokud jste podstoupil nějaké vyšetření, informoval vás lékař nebo někdo o průběhu, možných komplikacích při a po vyšetření?*

Ano, hovořili se mnou, ale až na tý urologii. Tady mi řekli, že půjdu na kolono a hotovo. Ale doktor mi řekl, že mi ubývají červený krvinky, tak že musí zjistit, kam se ztrácí.

12. *Užíváte léky doma po propuštění podle instrukcí lékaře*

Jejej, to víte, že je užívám.

#### **Pacient 4**

25letý pacient přijat k protialkoholní léčbě na detoxikační oddělení. S rozhovorem rád souhlasí, je vstřícný, na otázky odpovídá správně. Z dokumentace zjištěno selhávání ledvin a steatóza jater v důsledku konzumace alkoholu. Je to jeho již druhý pobyt, má pozitivní náhled na léčení. Ví, že je na tom zdravotně velice špatně, proto chce pití nechat.

1. *Víte, jakými léky jste léčen? Řekněte jakými.*

Ano, vím. Beru Furorese na ledviny, Coryol mám na tlak, Kalnormin to jsem měl málo draslíku, Verospiron, Simepar na játra a Kanavit na srážlivost krve.

2. *Domníváte se, že léčba, kterou vám lékař nastavil, je správná?*

Léčbu mám nastavenou už z jipky, kde jsem ležel, takže je to dobrý. Zlepšilo se to.

3. *Kdo vás informoval o vaší léčbě?*

S tím jsem byl seznámenější už z dřívějšíka v nemocnici. Máma dělá ve zdravotnictví, tak mi taky něco řekla.

4. *Jakým způsobem jste byl informován?*

O zdravotním stavu mi řekli přímo v nemocnici a o léčbě závislost mi řekl strýc, který se tady v Brodě léčil, a pomohlo mu to. Tak jsem se rozhodl hlavně kvůli zdravotnímu stavu. Jsem tady dobrovolně.

5. *Znáte vedlejší účinky léků, které užíváte?*

Neznám.

6. *Máte pocit, že se u vás projevují některé z vedlejších účinků?*

Nic na sobě nepocítuju.

7. *Znáte jiné způsoby léčby vaší nemoci? Jaké a kdo vám je vysvětlil?*

Jinak to ani nejde, léky brát musím. Já se chci léčit a taky musím, kvůli těm ledvinám.

8. *Využíváte při své léčbě psychoterapii?*

Ano využívám.

9. *Jaké psychoterapie jste již absolvoval?*

Chodím na skupinové terapie, na arteterapii, pomáhá mi relaxace a pohovory s psychologem.

10. *Myslíte si, že vám psychoterapie pomáhá při léčbě vaší nemoci?*

Jistě, člověk se aspoň vyzpovídá. Lékař vám dokáže poradit.

11. *Pokud jste podstoupil nějaké vyšetření, informoval vás lékař nebo někdo o průběhu, možných komplikacích při a po vyšetření?*

Tady mi dělali akorát elektrokardiograf (dále jen EKG) a odběry a to znám, takže jsem nepotřeboval nic vysvětlovat.

12. *Užíváte léky doma po propuštění podle instrukcí lékaře?*

Vím, že mám hodně nemocný ledviny i játra, tak si asi netroufnu to nebrat. To by bylo asi moje poslední.

## **Pacient 5**

24letý pacient přijatý na detoxikační oddělení pro závislost na lécích a alkoholu. Při rozhovoru trochu nervózní, tšká očima, ale odpovídá plynule, bez problémů. O léčbu jeví zájem, chce se léčit. S konzumací alkoholu a léků začal po úrazu hlavy, kdy měl silné bolesti hlavy a Tramal mu zabíral nejvíc.

*1. Víte, jakými léky jste léčen? Řekněte jakými.*

Žádné léky neberu. Jsem tady kvůli závislosti na lécích a trochu na alkoholu.

*2. Domníváte se, že léčba, kterou vám lékař nastavil, je správná?*

Určitě je správná.

*3. Kdo vás informoval o vaší léčbě?*

Docházel jsem na ambulantní léčení a tam mi paní doktorka doporučila, abych se šel léčit sem.

*4. Jakým způsobem jste byl informován?*

Nejdřív jsem se chtěl léčit ambulantně, ale to pak už nešlo, tak mi nabídla tohle i nějaké letáky i na internet jsem se díval.

*5. Znáte vedlejší účinky léků, které užíváte?*

Léky neberu, ale ten Tramal, co jsem si bral, určitě dobře tělu nedělá.

*6. Máte pocit, že se u vás projevují některé z vedlejších účinků?*

Neprojevují.

*7. Znáte jiné způsoby léčby vaší nemoci? Jaké a kdo vám je vysvětlil?*

Praktická doktorka mě právě poslala na tu ambulantní léčbu, jenže to nepomohlo, tak mi pak doporučila nejen Havlíčkův Brod, ale i jiná zařízení. Jiný způsob asi ani není nebo teda o něm nevím. Potřebuju se zbavit závislosti a sám to prostě nezvládám.

*8. Využíváte při své léčbě psychoterapii?*

Jsem tady jen týden, tak zatím jen skupinová terapie.

*9. Jaké psychoterapie jste již absolvoval?*

Takže skupinová, pak začnu s pracovní terapií.

*10. Myslíte si, že vám psychoterapie pomáhá při léčbě vaší nemoci?*

Zatím jsem tu krátce, tak zatím ne.

*11. Pokud jste podstoupil nějaké vyšetření, informoval vás lékař nebo někdo o průběhu, možných komplikacích při a po vyšetření?*

Tady jsem byl jenom na interním vyšetření, ale dřív jsem byl na elektroencefalografu (dále jen EEG), na cétéčku a na magnetický rezonanci v Pardubicích. Jo to mi něco trochu před tím vysvětlili.

*12. Užíváte léky doma po propuštění podle instrukcí lékaře?*

Ty jsem právě bral doma, tak se toho chci zbavit.

### **Pacient 6**

27letá pacientka přijata na oddělení pro schizofreniky pro dekompenzovanou hebefrenní schizofrenii. Je to její čtvrtý pobyt zde v léčebně. Pacientka při rozhovoru uvolněná, občas používá vulgární výrazy. Často se směje. Nemá pozitivní náhled na léčbu své choroby.

*1. Víte, jakými léky jste léčen? Řekněte jakými.*

Beru léky proti hlasům a halucinacím, taky na spaní, protože se mi špatně spí.

*2. Domníváte se, že léčba, kterou vám lékař nastavil, je správná?*

Né, já totiž vůbec nejsem nemocná.

*3. Kdo vás informoval o vaší léčbě?*

Jo, říkal to psychiatr a na vizitě o tom mluvili a sestry mi to říkaly.

*4. Jakým způsobem jste byl informován?*

No krátce mi o tom řekli, ale nic mi nevysvětlili. Píchají mi injekce.

*5. Znáte vedlejší účinky léků, které užíváte?*

Jo znám, něco jsme si o tom povídali na skupině.

*6. Máte pocit, že se u vás projevují některé z vedlejších účinků?*

No tloustnu, při tom mi ale nechutná jíst. Mám sucho v puse, no a nebaví mě sexovat.

*7. Znáte jiné způsoby léčby vaší nemoci? Jaké a kdo vám je vysvětlil?*

Ne, nikdo mi nic neříkal.

*8. Využíváte při své léčbě psychoterapii?*

Ano, chodíme na ty skupinový sezení.

*9. Jaké psychoterapie jste již absolvoval?*

A ještě sem chodí s těma pejkama a jednou týdně jdem ke koňům. A taky malujeme a jedna sestřička tu dělá masáže, takový ty voňavý.

*10. Myslíte si, že vám psychoterapie pomáhá při léčbě vaší nemoci?*

Určitě ano, jsem ráda, když si se mnou někdo povídá a poslouchá mě. Je to důležitý mluvit s jinýma o svých problémech a zvířátka mám taky ráda.

*11. Pokud jste podstoupil nějaké vyšetření, informoval vás lékař nebo někdo o průběhu, možných komplikacích při a po vyšetření?*

Byla jsem na tý hadici, co strkají do krku, protože mě bolel žaludek, ale to jsem měla stejně z těch léků, který beru. No doktor mi nic neřekl, jen sestra večer povídala, abych nic nejedla, nepila a nekouřila.

*12. Užíváte léky doma po propuštění podle instrukcí lékaře?*

Jo léky doma beru, ale musí mi to naši často připomínat. Pak na to chvíli třeba zapomenou a pak se to zase vrátí, ty hlasy, víte.

### **Pacient 7**

39letý pacient se závislostí na alkoholu, má DM 2. typu na inzulinu a perorálních antidiabeticích. S rozhovorem souhlasí bez problémů, odpovídá rychle, vstřícně. Pacient na oddělení klidný, spolupracuje, dobře komunikuje s ostatními spolupacienty, volný čas zabývá četbou knih a sledováním televize. V léčbě je poprvé. Chce se léčit, ví, že pití alkoholu má na tělo špatný vliv. Má strach, že ho jinak vyhodí z práce, když s pitím nepřestane.

*1. Víte, jakými léky jste léčen? Řekněte jakými.*

Beru Pangrol na žaludek, něco na minerály, myslím, že magnesium, Protazin na spaní a Diclofenak na bolest a taky na cukrovku Glucobay, to si i píchám inzulin.

*2. Domníváte se, že léčba, kterou vám lékař nastavil, je správná?*

Tak asi vědí, co mi mají dávat, až na ty klouby, že mi ten Diclofenak nezabírá.

*3. Kdo vás informoval o vaší léčbě?*

No informovala mě obvodní doktorka, co mě čeká a tady mi lékařka taky řekla, jak to bude probíhat. Myslím, že jsem byl informovaný dostatečně.

*4. Jakým způsobem jste byl informován?*

Informovali mě jenom ústně.

*5. Znáte vedlejší účinky léků, které užíváte?*

Přečtu si když tak letáček v krabičce u léků, který beru. S kterými se to nesnáší a tak.

6. *Máte pocit, že se u vás projevují některé z vedlejších účinků?*

Doma jsem bral Tramal a po několika dnech mě bolel žaludek. Pak mi napsali Algifen, že je šetrnější.

7. *Znáte jiné způsoby léčby vaší nemoci? Jaké a kdo vám je vysvětlil?*

Ne, neznám, nikdo mi neřekl, že by se to dalo léčit jinak. Inzulín si asi budu muset píchat pořád. Dá se říct, že podobný léky jsem bral i v nemocnici, co jsem byl hospitalizovanej.

8. *Využíváte při své léčbě psychoterapii?*

Ano využíval jsem, když jsem byl na tom „detoxu“.

9. *Jaké psychoterapie jste již absolvoval?*

Chodili jsme jednou týdně na skupinovou terapii, chodili jsme taky na pracovní terapii. Jenom dvakrát jsem byl na arteterapii.

10. *Myslíte si, že vám psychoterapie pomáhá při léčbě vaší nemoci?*

Asi to bylo určitě prospěšný.

11. *Pokud jste podstoupil nějaké vyšetření, informoval vás lékař nebo někdo o průběhu, možných komplikacích při a po vyšetření?*

Akorát když jsem šel poprvý na tu gastrokopii, tak mě doktor řekl, co mě čeká. Tak jsem s tím souhlasil. Že nemám jíst, pít, to mi řekla sestra, doktor ne.

12. *Užíváte léky doma po propuštění podle instrukcí lékaře?*

Co mám předepsaný, to užívám. Inzulín si píchám asi půl hodiny před jídlem, jinak léky beru po jídle ty na cukrovku, to mi dáváte s jídlem.

## **Pacient 8**

38letý pacient závislostí na alkoholu přijatý pro dekompenzaci DM 1. typu, občasné epi paroxizmy. Je to již jeho druhý odvykací pobyt v léčebně. Rozhovor probíhal na kuřárně, pacient při rozhovoru nervózně kouří, ale odpovídá přiléhavě, ochotně, ale velice stručně. Moc se mu hovořit nechce, ale neodmítl mě. Při rozhovoru se zmínil, že má doma hospodu, kde pracuje, takže má strach, že až se vrátí, tak do toho spadne znovu.

1. Víte, jakými léky jste léčen? Řekněte jakými.

Beru Diazepam na psychiku a Thiamin je vitamin. No píchám si inzulín.

2. Domníváte se, že léčba, kterou vám lékař nastavil, je správná?

Jo, myslím, že ano.

3. Kdo vás informoval o vaší léčbě?

Nikdo mě neinformoval o léčbě.

4. Jakým způsobem jste byl informován?

Já jsem měl nějaký epileptický záchvat, tak mě dali na nervový a tam zjistili, že mám cukrovku, tak mě dali na internu. Tam řekli, že musím držet dietu a píchal jsem si čtyřikrát denně inzulín.

5. Znáte vedlejší účinky léků, které užíváte?

Neznám vedlejší účinky.

6. Máte pocit, že se u vás projevují některé z vedlejších účinků?

Přijde mi, že jsem víc spavej.

7. Znáte jiné způsoby léčby vaší nemoci? Jaké a kdo vám je vysvětlil?

Říkali, že by zkusili mě převést na prášky, ale nevím, jestli to půjde. To mi říkal doktor tady.

8. Využíváte při své léčbě psychoterapii?

Nechodil jsem na žádnou terapii. Zatím jsem byl jen na příjímácím oddělení a tam nic takového nebylo.

9. Jaké psychoterapie jste již absolvoval?

Žádné.

10. Myslíte si, že vám psychoterapie pomáhá při léčbě vaší nemoci?

Nevím, neprodělal jsem to, tak nevím.

11. Pokud jste podstoupil nějaké vyšetření, informoval vás lékař nebo někdo o průběhu, možných komplikacích při a po vyšetření?

Byl jsem akorát na ultrazvuku, na EKG a na rentgenu. To mě ale nikdo nic o tom neříkal. To už jsem znal z dřívějšíka.

*12. Užíváte léky doma po propuštění podle instrukcí lékaře?*

Ještě jsem doma žádný léky nebral, ale až mě pustí a budu něco brát, tak snad to budu dodržovat.

**Pacient 9**

74letá pacientka s paranoidní schizofrenií. Je to již její 17 pobyt v léčebně. Se schizofrenií se léčí od mládí, ani prý už neví od kdy. Při rozhovoru často zabíhá k jinému tématu. Začne hovořit o rodině a dětech, aniž bych se na to ptala. Na léčebně je spokojená, doma by to prý už nezvládala. O své léčbě neví téměř nic.

*1. Víte, jakými léky jste léčen? Řekněte jakými.*

Asi Amitriptilin, brala jsem i Thioridazin, ten už ale neberu, pořádně ani nevím. Beru hlavně léky na nervy. (poznámka: Pacientka tyto léky již dlouho neužívá.)

*2. Domníváte se, že léčba, kterou vám lékař nastavil, je správná?*

Ale jo, dělá mi to dobře, spím dobře. Hlavně ty injekce, ty mi dělají dobře.

*3. Kdo vás informoval o vaší léčbě?*

No chytly mě prostě nervy, tak jsem byla v Brodě a tam mi dali poprvý léky. To mi teda řekla doktorka, že jsem nemocná na nervy. Dávali mi ten plegomazin a tisercin a to byl konec. Dávali mi injekce, a pak prášky.

*4. Jakým způsobem jste byl informován?*

Nikdo mi neřekl, co mi dávaj.

*5. Znáte vedlejší účinky léků, které užíváte?*

No má to nějaký účinky, ale nevím co.

*6. Máte pocit, že se u vás projevují některé z vedlejších účinků?*

Nevím, mám pořád sucho v puse, ale jestli to je ono, to nevím.

*7. Znáte jiné způsoby léčby vaší nemoci? Jaké a kdo vám je vysvětlil?*

Chodila jsem na „šoky“, ale já myslím, že to nepotřebuju. Jinak mi doktor nic neříkal.

*8. Využíváte při své léčbě psychoterapii?*

Dřív jsem chodila, ale nebavilo mě to. Chodily jsme s ženskýma do terapie a pletly. Teď už nikam nechodím, bolí mě záda.

9. *Jaké psychoterapie jste již absolvoval?*

Chodili za náma taky s pejskama, ale už tu dlouho nebyli.

10. *Myslíte si, že vám psychoterapie pomáhá při léčbě vaší nemoci?*

Chodili jsme ven na dvě hodiny, plíst mě bavilo, ale musel mi někdo radit.

11. *Pokud jste podstoupil nějaké vyšetření, informoval vás lékař nebo někdo o průběhu, možných komplikacích při a po vyšetření?*

No na gynekologii jsme jezdily pravidelně, to jsme byly objednaný. A když jsem si zlomila ten krček, tak mi paní doktorka řekla, že musím na operaci.

12. *Užíváte léky doma po propuštění podle instrukcí lékaře?*

Beru to pravidelně, měla jsem toho doma mraky, ona mi to pořád psala, že bude válka. Dělala si ze mě srandu. Kdybych to nebrala, tak by mi nebylo dobře. Teď, co беру tyhle léky, tak je mi dobře.

## **Pacient 10**

48letá pacientka hospitalizovaná v léčebně již po čtvrté pro bipolární afektivní poruchu. Nyní s manickými stavy. Do léčebny šla na přání manžela, prý to s ní už doma nebylo k vydržení. Je si vědoma toho, co dělá. Pořád by prý někde lítala, manžel jí to ale zakazuje. Utratila taky hodně peněz za hlouposti. Bojí se, že zase přijdou deprese. To je prý strašné. S rozhovorem ráda souhlasila, je však při něm roztěkaná, neví, co s rukama, je neklidná.

1. *Víte, jakými léky jste léčen? Řekněte jakými.*

No přesně nevím, co všechno беру, ale hlavně je to lithium, to mi dělá docela dobře. Pak tam mám Haloperidol na zklidnění a taky nějaký žlutý, ale ty nevím, na co jsou

2. *Domníváte se, že léčba, kterou vám lékař nastavil, je správná?*

No určitě, lithium mi fakt zabírá.

3. *Kdo vás informoval o vaší léčbě?*

Prvně jsem šla k obvodákovi, ten mě posla k jedný paní psychiatrice. Ta byla hodná, povídala si se mnou. Nabídla mi, ať jdu na nějaký čas na léčení.

4. *Jakým způsobem jste byl informován?*

Jakým, normálně mi řekla, ať se jdu léčit, že to není nic jednoduchýho.

*5. Znáte vedlejší účinky léků, které užíváte?*

Hodně jsem přibrala za těch 12 let asi 20 kilo. A u toho Lithia mi berou krev, prý to vliv na krev, tak to musí kontrolovat.

*6. Máte pocit, že se u vás projevují některé z vedlejších účinků?*

Jak říkám, hodně jsem přibrala. Jinak nevím, asi to budou driáky na játra, nevím.

*7. Znáte jiné způsoby léčby vaší nemoci? Jaké a kdo vám je vysvětlil?*

Byla jsem i dvakrát na „šokách“, jo jo, myslím na elektrokanvulzi nebo jak tomu říkají. To mi taky docela zabíralo. Jinak nevím, co by ještě bylo. Ty šoky mi nabídl tady doktor.

*8. Využíváte při své léčbě psychoterapii?*

Teď jsem ještě nikde nebyla, ale dřív jsme chodili na terapeutický skupiny.

*9. Jaké psychoterapie jste již absolvoval?*

Tak byly to skupiny, pak jsme měli nějaký malování, chodili jsme taky ke koním, už si to moc nepamatuju.

*10. Myslíte si, že vám psychoterapie pomáhá při léčbě vaší nemoci?*

Myslím, že to bylo dobrý. Aspoň člověk zabil trochu času a rychleji to tady utíkalo.

*11. Pokud jste podstoupil nějaké vyšetření, informoval vás lékař nebo někdo o průběhu, možných komplikacích při a po vyšetření?*

Nevím, byla jsem na těch elektrošokách. To mi doktor řekl, co mi budou dělat. Prý mě uspěj a nic neucítím. Pak jsem byla teda jak po opici, ale nebylo to zase tak strašný.

*12. Užíváte léky doma po propuštění podle instrukcí lékaře?*

Abych pravdu řekla, tak jo. Jenže pak se mi udělalo líp, tak jsem to vysadila a pak se to zase vrátilo. Asi už se bez těch léků neobejdu. Nechci manželovi a dětem zase dělat ostudu.

#### 4. 4 Grafické zpracování rozhovorů s pacienty

Tabulka 17 Sumární výsledky k otázce Víte, jakými léky jste léčen? Řekněte jakými.

P= pacient	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
léky zná, umí je vyjmenovat	2				1			1			
zná, na co jsou, nezná názvy	2			1			1				
zná jen některé, umí je vyjmenovat	4	1	1						1		1
nezná léky	1									1	
nebere léky	1					1					
celkový počet	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Na první otázku (tabulka 17) odpověděli dva pacienti, že léky znají a umí je vyjmenovat, 2 pacienti odpověděli, že vědí na, co jsou, ale neznají názvy léků, 4 pacienti znají jen některé, ale umí je vyjmenovat, 1 pacient neví, jaké bere léky a 1 pacient nebere žádné léky.

Tabulka 18 Sumární výsledky k otázce Domníváte se, že léčba, kterou vám lékař nastavil, je správná?

P= pacient	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
ano, jsem spokojen	7	1		1	1	1			1	1	1
ne necítím se dobře	1		1								
ne, nejsem nemocen	1						1				
něco mi zabírá	1							1			
celkový počet	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Na otázku odpovědělo 7 pacientů, že jsou spokojeni se svojí léčbou, 1 pacient odpověděl, že se stejně necítí dobře, 1 pacientka odpověděla, že se necítí být nemocná a 1 pacient odpověděl, že něco mu zabírá a něco ne.

Tabulka 19 Sumární výsledky k otázce Kdo vás informoval o vaší léčbě?

P= pacient	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
lékař	7	1			1	1	1	1		1	1
nikdo	3		1	1					1		
sestra	1						1				
rodina	1				1						
celkový počet	12	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1

V tabulce 19 odpovědělo 7 dotazovaných pacientů, že jsou informováni o léčbě od lékaře, z toho jeden uvedl, že ho informovala i matka, která pracuje ve zdravotnictví a jedna pacientka řekla, že jí to řekly i sestry. 3 pacienti uvedli, že je neinformoval nikdo.

Tabulka 20 Sumární výsledky k otázce Jakým způsobem jste byl informován?

P= pacient	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
ústně od lékaře	8	1	1		1	1	1	1	1		1
velmi stroze	2		1				1				
žádným	2			1						1	
od rodiny	1				1						
internet a leták	1					1					
celkový počet	14	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1

V tabulce 20 je dokázáno, že 8 pacientů informoval lékař ústně, z toho 2 pacienti byli informováni velice stroze, 2 nebyli informováni žádným způsobem, 1 pacientovi doporučil léčbu strýc a lékař, 1 pacient se informoval o léčbě od lékaře a z letáku a internetu.

Tabulka 21 Sumární výsledky k otázce Znáte vedlejší účinky léků, které užíváte?

P= pacient	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
nezná	5	1		1	1				1	1	
přečte si leták	2		1					1			
zná	2						1				1
nebere léky	1					1					
celkový počet	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

V tabulce 21 odpovědělo 5 pacientů, že neznají vedlejší účinky léků, které užívají, 2 pacienti si přečtou letáky přiložené v krabici s léky, 1 pacient léky neužívá a pouze 2 pacienti znají vedlejší účinky léků.

Tabulka 22 Sumární výsledky k otázce Máte pocit, že se u vás projevují některé z vedlejších účinků?

P= pacient	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
ano, projevují	5	1	1				1	1	1		
necítím na sobě nic	3			1	1	1					
nevím, jestli to je ono	2									1	1
celkový počet	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

V tabulce 22 uvedlo 5 pacientů, že se u nich projevují vedlejší účinky, umí je i vyjmenovat, 3 pacienti na sobě nepocítují vedlejší účinky léků a 2 pacienti nevědí, zda by to mohly být vedlejší účinky.

Tabulka 23 Sumární výsledky k otázce Znáte jiné způsoby léčby vaší nemoci? Jaké a kdo vám je vysvětlil?

P= pacient	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
nezná	5	1	1	1			1	1			
věří lékařům	2	1	1								
jiná léčba není	2				1	1					
zná, umí vyjmenovat	3								1	1	1
celkový počet	12	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1

V tabulce 23 vidíme, jak pacienti znají jiné způsoby své léčby. 5 z nich nezná jiné způsoby, z toho 2 pacienti věří lékařům, 2 pacienti se domnívají, že jiný způsob léčby není a 3 pacienti znají jiný způsob. 2 pacienti uvedli, že absolvovali ještě elektrokonvulzivní terapii a jednomu pacientovi lékař nabídl tablety místo injekcí.

Tabulka 24 Sumární výsledky k otázce Využíváte při své léčbě psychoterapii?

P= pacient	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
ano, využívám	5	1		1	1		1	1			
ne, nevyžívám	1		1								
jsem tu krátce	2					1			1		
dříve ano, nyní ne	2									1	1
celkový počet	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

V tabulce 24 odpovídali pacienti na to, zda využívají psychoterapii. 5 pacientů odpovědělo, že využívají při léčbě psychoterapii, 2 pacienti dříve chodili na psychoterapii, ale nyní již nikam nedochází, jedna pacientka odpověděla, že nevyžívá psychoterapii vůbec a dva pacienti ještě neměli příležitost využít k léčbě psychoterapii.

Tabulka 25 Sumární výsledky k otázce Jaké psychoterapie jste již absolvoval?

P= pacient	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
skupinová terapie	7	1		1	1	1	1	1			1
relaxace a cvičení	3	1			1		1				
canisterapie	2						1			1	
arteterapie	5	1			1	1		1			1
ergoterapie	3	1		1				1			
muzikoterapie	2			1			1				
hipoterapie	2						1				1
pohovor s psychologem	1				1						
žádné	2		1						1		
celkový počet	27	4	1	3	4	2	5	3	1	1	3

V tabulce 25 pacienti odpovídali, jakou absolvovali psychoterapii. Nejvíce pacientů, tj. 7 absolvovalo skupinovou terapii, 5 pacientů docházelo na arteterapii, 3 pacienti docházeli na ergoterapii, 3 navštěvovali relaxaci a cvičení, 2 pacienti docházeli na canisterapii, 2 na muzikoterapii a 2 pacienti navštěvovali hipoterapii. Jeden pacient odpovídal, že mu dělá dobře pohovor s psychologem. 2 pacienti nedocházeli na žádnou psychoterapii.

Tabulka 26 Sumární výsledky k otázce Myslíte si, že vám psychoterapie pomáhá při léčbě vaší nemoci?

P= pacient	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
ano, pomohla mi	6			1	1		1	1		1	1
ne, nemá to cenu	1		1								
nevím	3	1				1			1		
celkový počet	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

V tabulce 26 najdeme názory pacientů na vliv psychoterapie při jejich léčbě. 6 pacientů odpovědělo, že jim psychoterapie pomáhá při léčbě, jeden pacient je přesvědčen, že mu nepomáhá a 3 pacienti nevědí, protože ještě na žádné psychoterapii nebyli.

Tabulka 27 Sumární výsledky k otázce Pokud jste podstoupil nějaké vyšetření, informoval vás lékař nebo někdo o průběhu, možných komplikacích při a po vyšetření?

P= pacient	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
lékař dostatečně	3							1		1	1
lékař částečně	3	1		1		1					
sestra	2						1	1			
nikdo	1		1								
nepotřeboval jsem, znám to	2				1				1		
celkový počet	11	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1

V tabulce 27 najdeme odpověď pacientů na informovanost lékařem před vyšetřením. 3 pacienti byli informováni dostatečně, 3 pouze částečně. Jeden pacient nebyl informován vůbec, 2 pacienti vyšetření znali, takže nepotřebovali poučit před vyšetřením. 1 pacienta informoval lékař i sestra a jeden byl informován pouze sestrou.

Tabulka 28 Sumární výsledky k otázce Užíváte léky doma po propuštění podle instrukcí lékaře?

P= pacient	Součet	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
užívám	6	1	1	1	1			1		1	
nechci nic brát	1					1					
potřebuji pomoc	2						1				1
nic jsem neužíval	1								1		
celkový počet	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

V tabulce 28 odpovědělo 6 pacientů, že léky doma po propuštění užívá pravidelně, 1 pacient uvedl, že žádné léky neužívá, 2 pacienti potřebují někoho, aby na ně dohlédl při užívání léků, a 1 pacient nic užívat nechce, protože se léčí se závislostí na lécích.

#### 4. 5 Zúčastněné skryté pozorování

Tabulka 29 Komunikace s pacientem v deliriu tremens

S1	komunikuje pomalu, nespěchá na odpověď, při rozhovoru pacienta pohladí, uklidňuje ho.
S2	komunikuje klidně, věty opakuje, nevyvrací jeho představy.
S3	komunikuje rychle, hrubě s pacientem manipuluje, je nervózní.
S4	vysvětluje pacientovi, co mu jde dělat, mluví pomalu, potichu.
S5	komunikuje rychle, zbrkle, směje se při komunikaci, dívá se mu upřeně do očí
S6	komunikuje vlídně, pomalu, nespěchá na pacienta, větu opakuje, vysvětluje, co se s ním děje, že mu nikdo nechce ublížit
S7	komunikuje nervózně, rychle, nic pacientovi nevysvětlí, neinformuje ho o úkonech, které s ním provádí.
S8	komunikuje pomalu, srozumitelně hovoří, klade krátké otázky
S9	pracuje na ambulanci, kde se s delirujícím pacientem nesetkává.
S10	komunikuje klidně, vysvětlí pacientovi, co mu jde dělat, pacienta uklidňuje.

Tabulka 30 Komunikace s depresivním pacientem

S1	komunikuje vstřícně, musí pacienta nutit do odpovědi, pacient moc komunikovat nechce, je uzavřený.
S2	při rozhovoru nechává pacientovi prostor, aby se vypovídal, nechvátá na něj.
S3	na pacienta je hrubá, odseká mu, nenechá pacienta domluvit, zlehčuje pacientovi obtíže, pacient pak odmítá v rozhovoru pokračovat.
S4	komunikuje s pacientem vlídně, umí ho vyslechnout, domlouvá se s ním na jiný čas, až bude mít více času na něj.
S5	komunikace je jednoduchá, dává najevo pacientovi, že na něj nemá moc času.
S6	s pacientem komunikuje pomalu, vyslechne pacientovi problémy, používá při rozhovoru haptiku.
S7	komunikuje vlídně, pomalu, nechává si dostatek času na jeho odpověď.
S8	s pacientem komunikuje stroze, ale neodmítne ho, dává mu najevo, že nemá na rozhovor čas.
S9	komunikuje pomalu, ale upozorňuje pacienta, že s ním nemůže dlouho povídat, na ambulanci na to nemá moc času.
S10	umí pacienta vyslechnout, mluví s ním pomalu, má vlídný přístup k pacientovi.

Tabulka 31 Komunikace s dementním pacientem

S1	komunikuje s pacientem pomalu, klade krátké otázky, čeká na odpověď pacienta, mluví srozumitelně, nechvátá na odpověď.
S2	komunikuje vlídně, pomalu, je při komunikaci usměvavá, nechá pacienta odpovídat, neskáče mu do řeči.
S3	komunikuje zbrkle, na pacienta se utrhává, nenechá ho odpovědět a odchází z pokoje.
S4	komunikuje pomalu, nahlas, ale až moc. Pacient jí odpoví, že není hluchý, že může mluvit normálně.
S5	komunikuje rychle, potichu. Na pacientovi je vidět, že sestře nerozumí, ale neodvažuje se zeptat ještě jednou.
S6	komunikuje mile, bez emocí, s pacientkou žertuje, komunikace probíhala klidně, pomalu. Sestra použila zpětnou vazbu v rozhovoru, aby se ujistila, že jí pacientka dobře rozuměla.
S7	komunikuje s pacientem v dlouhých větách, je nervózní a spěchá na pacienta.
S8	komunikuje klidně, s úsměvem, opakuje pacientovi větu několikrát, vyčkává odpověď, nepřerušuje pacienta.
S9	komunikuje pomalu, vlídně, nespěchá na pacienta.
S10	komunikuje klidně, povzbuzuje nemocného k odpovědi, mluví pomalu, srozumitelně.

## 5. Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně, zjistit, jaká je informovanost pacientů o možnostech léčby a též zjistit, jaká je připravenost sester komunikovat s pacienty s psychickou poruchou. Na tyto cíle byly položeny tři výzkumné otázky, zda sestry znají specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně, zda pacienti jsou informováni o možnostech léčby a zda sestry umí komunikovat s pacienty hospitalizovanými v psychiatrické léčebně v souvislosti s plněním ošetrovatelských intervencí.

Pro toto šetření byla použita metoda polastandardizovaného rozhovoru se sestrami a pacienty, a také metoda zúčastněného skrytého pozorování. V rozhovoru se sestrami jsme zjišťovali odpovědi na první a třetí otázku. V rozhovoru s pacienty byla zjištěna odpověď na druhou výzkumnou otázku.

Na základě výzkumného šetření byly zjištěny tyto výsledky. Rozhovorů se zúčastnilo 10 sester, které odpovídaly na 16 kladených otázek. První tři otázky byly orientační. Ptali jsme se sester na vzdělání, věk a jak dlouho pracují v psychiatrické léčebně (tabulka 1, 2, 3). Z dotazovaných sester má 5 sester středoškolské vzdělání, z toho tři mají ještě k tomu psychiatrickou specializaci. 4 sestry mají vyšší odborné vzdělání, z toho 2 sestry mají obor psychiatrická sestra a 2 obor všeobecná sestra, 1 sestra má vystudovaný obor zdravotnický asistent, ale chtěla by do budoucna studovat na vysoké škole. Z toho vyplývá, že na interním oddělení psychiatrické léčebny pracuje polovina z dotazovaných sester se specifickým vzděláním k oboru, ve kterém pracují a jsou ochotny se dále ještě vzdělávat. Byly zastoupeny všechny věkové kategorie a to po třech sestrách, pouze v kategorii od 40 do 49 let byla jen jedna sestra. V šetření se také ukázalo, že 7 sester z 10 dotazovaných pracuje na léčebně více jak deset let. Tři z nich zde pracují dokonce více jak 30 let. Dále jsme u sester zjišťovali, v čem se změnila práce během let, co pracují v psychiatrické léčebně (tabulka 4). Polovina z dotázaných, tedy 5, odpovědělo, že přibýlo mnoho administrace, 2 sestry vidí zlepšení v používání jednorázových pomůcek, 3 sestry odpověděly, že je dnes mnoho nových vyšetřovacích metod a léků. 2 sestry se domnívají, že je dnes lepší péče o pacienty, než

bývala dříve. Sestry ale také odpovídaly, že jsou dnes kladeny daleko větší nároky na sestry, že je špatná koncepce práce nebo jiná organizace práce a že je málo času na pacienta.

První výzkumná otázka zněla: Znají sestry specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně? Tuto otázku jsme si ověřovali odpověďmi sester v rozhovoru, kdy jsme se ptali na specifika ošetrovatelské péče o pacienta v deliriu tremens (tabulka 7). Nejčastěji se sestry v ošetrovatelské péči zaměřují na bezpečnost pacienta a jeho okolí, to odpovědělo 6 dotazovaných. Pro 3 sestry je důležité zajistit pacientovi v deliriu základní potřeby, jako je strava, pitný režim a osobní hygiena. 3 sestry uvedly, že je důležité sledovat fyziologické funkce. S těmito odpověďmi se shoduje i článek p. Koňářika v časopisu Sestra, kde taktéž klade velký důraz na bezpečnost pacienta a na sledování základních životních funkcí. I Marková ve své knize preferuje bezpečnost a kontrolu vitálních funkcí u delirujících pacientů. Zajištění základních potřeb vidí jako samozřejmost. V rozhovorech sestry také uváděly, že je důležitá u těchto pacientů důsledná ošetrovatelská péče, sledování pacienta, spolupráce s rodinou, plnění ordinací lékaře, klidnění pacienta psychofarmaky, provádění zápisů do dokumentace. I tyto aspekty se objevují v článku u Koňářika. V otázce týkající se komunikace s delirujícím pacientem odpověděly 4 sestry, že se s takovýmto pacientem komunikovat nedá, jedna odpověděla, že je komunikace špatná, pouze jedna sestra uvedla, že by se mělo s pacientem komunikovat klidně. Koňářík ve svém článku píše právě o klidné a jasné komunikaci, zbytečně nezvyšovat hlas (18, 21). I když 4 sestry v rozhovoru odpověděly, že s pacientem v deliriu se nedá komunikovat, ve skrytém pozorování jsme zjistili, že sestry s pacienty v deliriu mluví klidně, pomalu, věty opakují, vysvětlují pacientovi, co se s ním bude dít, uklidňují pacienta. 3 sestry se během pozorování k pacientovi nechovají podle pravidel, jsou zbrklé, hrubě s ním zacházejí (tabulka 29). Dalo by se tedy konstatovat, že sestry umí komunikovat s pacientem v deliriu tremens, ale mají nedostatky v teoretických znalostech v péči o pacienta v deliriu tremens.

Dále jsme se zajímali, jak sestry znají pravidla ošetrovatelské péče u pacienta s nutností omezení (tabulka 8). Vzhledem k tomu, že na interním oddělení není možnost

využití síťového lůžka nebo terapeutické izolace, které taktéž patří do omezovacích prostředků, všechny dotazované sestry se v rozhovoru zaměřily na omezení pacienta v lůžku kurtací končetin. Proto 9 sester odpovědělo, že mezi pravidla omezení patří kontrola prokrvení a hybnost kurtovaných končetin. 6 sester uvedlo, že je důležité zajistit pacientovi základní potřeby (pečovat o výživu, hygienu, vyprazdňování). 2 sestry zařadily do pravidel prevenci dekubitů, 2 sledování životních funkcí, 2 sestry aplikují injekci při neklidu pacienta. Mezi odpověďmi nechybělo sledování pacienta, hlášení změn stavu lékaři. Sestra z ambulance i na tuto otázku odpověděla, že se ještě s takovýmto pacientem nesetkala. Marková ve své knize popisuje stejné zásady péče o pacienta v omezení v lůžku. Píše taktéž o nutnosti sledovat stav prokrvení končetin, sledovat fyziologické funkce, zajistit péči o hydrataci, vyprazdňování, hygienu (21). I zde se potvrdilo, že sestry znají pravidla v ošetrovatelské péči o pacienta s nutností omezení.

Zaměřili jsme se také na to (tabulka 9), zda sestry znají a zda dodržují Standard o používání omezovacích prostředků v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě (příloho č. 3). Ostatních 9 sester odpovědělo, že se standardu drží a že ho znají. Naše šetření ale prokázalo jiné výsledky. 4 sestry správně uvedly, že informují lékaře o omezení pacienta, dále 5 sester odpovědělo, že je nutné vést zápis o omezení, ale pouze 3 uvedly kontrolu prokrvení a hybnosti kurtovaných končetin. Přitom v předešlé otázce jich odpovědělo všech 9, že se musí sledovat prokrvení. Sledování fyziologických funkcí a pravidelné kontroly uvedly pouze 3 sestry. Zajištění základních osobních potřeb či nutnost elektronické evidence v Registru pacientů nevedla žádná sestra. Zde vidíme drobné nedostatky, které by bylo dobré řešit častější formou proškolení v rámci oddělení.

V šetření jsme také zjišťovali, jak sestry umí pečovat a komunikovat s depresivním pacientem. Tímto se zabývala otázka „Čeho využívá sestra nejčastěji u depresivního pacienta? Čím je nejvíce ohrožen takovýto pacient?“ (tabulka 10) a skryté pozorování při komunikaci sester s depresivním pacientem (tabulka 30). Zjistili jsme, že všech 10 sester zná, čím je pacient v depresi nejčastěji ohrožen. Sestry správně odpověděly, že sebevraždou. Mezi nejčastějšími odpověďmi sester byla motivace

k aktivitě a sledování pacienta. Motivaci odpovědělo 5 sester a sledování 4 sestry. Pouze jednou odpověděla sestra, že se mohou u těchto pacientů vyskytnout poruchy spánku a výživy. Taktéž jenom jedna sestra uvedla, že je důležité sledovat užívání léků. Komunikaci s depresivním pacientem uvedla také jedna sestra. Všechny tyto aspekty uvádí ve své literatuře jak Marková, tak i Novotná. Píší, že mezi ošetrovatelské intervence patří hlavně zabránit spáchání sebevraždy, sledovat pacienta, dohlížet na užívání léků, na osobní hygienu a vyprazdňování, sledovat příjem potravy a tekutin, projevovat účast, zapojovat do aktivit (21, 26). Během skrytého pozorování jsme došli k závěru, že sestry umí komunikovat s depresivním pacientem. V rozhovoru jsou vstřícné, nechávají pacientovi prostor, dávají najevo pochopení. Pouze dvě sestry jsou při komunikaci nevlídné, hrubé, dávají najevo, že nemají na něj čas. Venglářová taktéž klade důraz na silnou vůli a na to, že se sestra nemá vyhýbat rozhovorům s těmito pacienty, má dávat najevo pochopení pro pacientův stav a situaci (37).

Nemalou část pacientů na interním oddělení tvoří také dementní pacienti. Ptali jsme se hlavně na pravidla při komunikaci s dementním pacientem (tabulka 6). Odpovědi jsme si ověřili ve skrytém pozorování (tabulka 31). Jako nejdůležitější pravidlo v komunikaci s dementním člověkem uváděly sestry pomalou mluvu, kde odpovědělo 6 sester. 3 sestry uvedly opakování otázek, 3 srozumitelnou řeč, trpělivost uvedly také tři sestry. Sestry odpověděly, že je zapotřebí u těchto pacientů klidný, individuální přístup, klást konkrétní a jednoduché otázky, to uvedlo po dvou sestrách. O zajištění zpětné vazby v komunikaci se v rozhovoru zmiňuje pouze jedna sestra. Jak uvádí Venglářová u dementních pacientů je důležité používat krátké věty, komunikovat krátkou dobu a opakovaně, používat výrazy, kterým pacient rozumí, věnovat pozornost i neverbální komunikaci (37). Ve skrytém pozorování jsme zjistili, že až na tři výjimky, sestry s dementními pacienty hovoří klidně, srozumitelně, v krátkých větách, nespěchají na odpověď. Jedna sestra si ověřila, zda jí pacientka rozuměla. Zde lze tedy vyvodit, že sestry, až na tři výjimky, které neuměli komunikovat u žádného pacienta, umí s dementním pacientem komunikovat.

Další specifika ošetrovatelské péče, která jsme zjišťovali, byla specifika u mentálně retardovaných pacientů (tabulka 11). Správně všech 10 dotazovaných

odpovědělo, že jsou rozdíly v komunikaci u různých druhů mentální retardace. 5 sester uvedlo, že u středně těžké retardace je komunikace možná, že se s pacientem domluví. 5 sester odpovědělo, že čím horší je retardace, tím těžší je komunikace a 5 sester uvedlo, že u hluboké retardace pacient nekomunikuje vůbec, vydává pouze zvuky. Dalo by se říci, že sestry odpovídaly na tuto otázku správně, protože i Venglářová a Marková uvádějí, že u středně těžké mentální retardace je v některých případech komunikace možná a že u hluboké pacienti vydávají neartikulované zvuky a zvládnou pouze základy neverbální komunikace (21, 37).

Jako další specifikum byla ošetrovatelská péče o pacienty s poruchami příjmu potravy (tabulka 13). Sestry odpovídaly, že nejvíce se v ošetrovatelské péči zaměřují na sledování a zapisování příjmu potravy, to odpovědělo 9 sester, 6 sester vidí důležitost ve sledování váhy, 3 se zaměřují na sledování tekutin. 2 sestry motivují pacienta k jídlu, 2 dohlíží na dodržování diety a pravidelnost stravování. Pouze 1 sestra uvedla, že důležitá je u těchto pacientů i psychoterapie. I zde se potvrdilo, že sestry znají zásady v ošetrovatelské péči o pacienty s poruchou příjmu potravy, protože i Marková ve své knize uvádí, že strava je biologická potřeba ale i lék. Sledování tělesné hmotnosti je taktéž velice důležité, nedílnou součástí léčby je psychoterapie (21).

Jako poslední specifikum jsme v šetření zjišťovali, jaké znají sestry zásady ošetrovatelské péče u pacientů se závislostí na alkoholu (tabulka 16). Polovina sester tj. 5 uvedla, že je potřeba s pacientem o problému komunikovat. 4 sestry by nemocného oddělily od alkoholu, 3 se zaměřují na dodržování léčebného režimu u pacienta. 3 sestry jsou u těchto pacientů pro protialkoholní léčbu, 2 doporučují terapeutická sezení, pro 2 je důležitá spolupráce s rodinou. 2 sestry uvedly, že se pacient má zapojit do normálního života a 2 sestry se domnívají, že pacient musí být ochotný se léčit. Jedna sestra uvedla, že si myslí, že je to zbytečné se léčit, že se k pití alkoholu většina stejně vrátí. Praško ve své literatuře uvádí, že léčba syndromu závislosti je doménou psychoterapie, a to skupinové ve spojení s rodinnou terapií. Je tedy patrné, že sestry odpovídaly správně v oblasti péče o závislého pacienta (30).

Mezi doplňující otázky jsme v rozhorech se sestrami zařadili otázky týkající se komunikace. Zeptali jsme se sester, zda mají problémy s komunikací, zda znají příklady

neverbální komunikace a jak se jim komunikuje s psychicky nemocnou osobou (tabulka 14, 15). Z odpovědí vidíme, že některé sestry tj. 4 s komunikací problémy mají. Například se při komunikaci zadržávají, hledají správné výrazy či tvrdí, že někdy je těžké zachovat si odstup. 5 sester odpovědělo, že v komunikaci problém nemají. Mezi nejčastější odpovědi, co patří do neverbální komunikace, odpovídaly sestry mimika. To uvedlo 8 dotovaných. 4 uvedly gestiku, 2 haptiku. Dále uváděly doteky, což je vlastně haptika, posunky lze zařadit do gestiky, oční kontakt a odstup. Venglářová v knize Komunikace pro zdravotní sestry odkazuje na členění neverbální komunikace podle Jara Křivohlavého, který přiřazuje k neverbální komunikaci ještě proxemiku, posturologii, kineziku a úpravu zevnějšku. Tyto druhy neuvedla žádná sestra (37). Ve skrytém pozorování se potvrdila verze, že sestry s pacienty umí komunikovat, některá používá i neverbální komunikaci jako je haptika.

Komunikovat s psychicky nemocným člověkem je velice složité. Při této komunikaci je důležité být trpělivý, empatičtí, naučit se sledovat i neverbální projevy, protože řeč těla je upřímnější než verbální projev (37). Také sestry odpovídaly, že s psychicky nemocným člověkem se komunikuje daleko hůře než s člověkem psychicky zdravým. Uváděly také, že záleží na druhu onemocnění a na samotné osobnosti člověka, že komunikace je náročná, obtížná, špatná. Při pozorování jsme zjistili, že sestry umí komunikovat jinak s pacientem dementním a jinak s pacientem depresivním či v deliriu.

Dalším cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou pacienti informováni o možnostech léčby. Na tento cíl byla položena výzkumná otázka „Jsou pacienti informováni o možnostech léčby?“ Na otázku jsme získali odpovědi 10 vybraných pacientů, hospitalizovaných na interním oddělení. Rozhovory s pacienty byly daleko obtížnější než rozhovory sester. Pacienti někdy neodpovídali přesně na zadanou otázku, odbíhali od tématu. Jeden pacient sice s rozhovorem souhlasil, ale během něho si luštil křížovku a odpovídal velice stroze. Naopak jiný pacient byl vstřícný, bylo na něm vidět, že je rád, že si s ním někdo popovídá. V rozhovoru jsme se dotkli i oblastí, které nebyly v danou chvíli potřebné.

V rozhovoru s pacienty jsme se ptali, zda znají léky, které užívají (tabulka 17). 4 pacienti uvedli, že znají jen některé a umí je i vyjmenovat, Pouze 2 pacienti znají

všechny léky, které užívají a ví, na co je berou. Jeden dotazovaný léky neužívá, jeden nezná léky vůbec. V tabulce 18 jsme zjišťovali, jak jsou pacienti spokojeni se svojí léčbou. 7 pacientů je spokojeno, 1 se necítí dobře, 1 tvrdí, že nemocný není a 1 odpovídá, že něco mu zabírá. Lze tedy říci, že pacienti celkem znají léky, které užívají a že jsou spojeni s nastavenou léčbou. V otázce kým byli informováni o léčbě, odpovědělo 7 pacientů, že lékařem, 3 pacienty neinformoval nikdo. 1 pacienta informovala i sestra a jednoho rodina, konkrétně matka. Většina pacientů uvedla, že byli informováni ústně, 2 velmi stroze a 2 nebyli informováni vůbec. 1 pacient využil internetu a letáků, aby se o své nemoci něco dozvěděl. V tomto směru se domníváme, že pacienti sice jsou o svojí léčbě informováni, ale ne v dostatečné míře. Domníváme se, že by lékaři měli pacienty více informovat o léčbě, kterou pacientům stanovují.

V rozhovoru jsme také zjišťovali, zda pacienti znají vedlejší účinky léků, které užívají. Pouze 2 pacienti tvrdí, že znají vedlejší účinky léků. 5 uvedlo, že neznají, 2 si přečtou příbalový leták v krabičce a jeden léky neužívá. Projevy vedlejších účinků se objevují u 5 pacientů, 3 pacienti necítí na sobě nic a 2 si nejsou jisti, zda je to ono. O jiném způsobu léčby byli informováni 3 pacienti, 5 pacientů nezná jinou léčbu, 2 se domnívají, že se jejich nemoc jinak léčit nedá a 2 pacienti věří lékařům.

U pacientů jsme také zjišťovali, zda během léčby docházeli na psychoterapii a v případě, že ano, které druhy psychoterapie absolvovali. 7 pacientů absolvovalo během pobytu v léčebně psychoterapii, 2 jsou zde krátce a 1 pacient nebyl na žádné psychoterapii. Z druhů vyjmenovalo nejvíce tedy 7 pacientů skupinová sezení. Tato forma psychoterapie je v léčebně využívána nejčastěji. Dále pacienti uvedli jako druh psychoterapie relaxaci a cvičení a to 3 pacienti. 5 pacientů docházelo na arteterapii, dva hovořili o canisterapii, 2 o muzikoterapii, 3 navštěvovali ergoterapii. Kratochvíl tyto druhy ve své knize nepřiznává k psychoterapii, ale řadí je k uměleckým druhům a k psychorehabilitaci (16). V posledních otázkách jsme se ptali pacientů, zda byli informováni o průběhu či možných komplikacích před nějakým vyšetřením, které v léčebně absolvovali, a také jsme zjišťovali, zda správně užívají léky po propuštění z léčebny. 6 pacientů odpovědělo, že je lékař informoval o vyšetření, z toho 3 byli informováni nedostatečně. 2 pacienty informovala o vyšetření sestra a jednoho

neinformoval nikdo. Zde se domníváme, že i když 6 pacientů odpovědělo, že byli informováni, to podle našeho názoru málo, protože podle Práv pacientů ČR má každý pacient právo být informován o průběhu vyšetření a možných komplikacích po něm (31). K otázce týkající se užívání léků po propuštění (tabulka 28) odpovědělo 6 pacientů, že léky užívá pravidelně, 2 potřebují něčí dohled a pomoc při užívání léků, 1 pacient uvedl, že nechce nic užívat, protože byl dříve závislý na lécích a 1 pacient uvedl, že nic ještě pravidelně neužíval. Užívání léků u psychicky nemocných lidí je jeden z nejdůležitějších předpokladů toho, že nedojde k relapsu onemocnění. Pokud pacient nebude v domácím prostředí dodržovat předepsanou léčbu, je velice pravděpodobné, že onemocnění, kterým trpí, se objeví znovu. Proto je velice důležité léčbu nepodceňovat. I Malá ve své knize píše, že je také prospěšné navštěvovat po propuštění různé denní stacionáře nebo skupiny, jako jsou například skupiny anonymních alkoholiků, nezapomínat na pravidelné kontroly u ambulantního psychiatrického lékaře (19).

Na závěr bychom mohli napsat ano, sestry znají specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně a umí komunikovat s psychicky nemocným člověkem. Odpověď na druhou otázku je ne, pacienti nejsou řádně informováni o možnostech léčby. Cíle byly tedy splněny.

## 6. Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče v psychiatrické léčebně. Cílem práce bylo zjistit, zda sestry znají specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně, zjistit jak jsou pacienti informováni o možnostech léčby a zda sestry umí komunikovat s psychicky nemocným člověkem. Všechny tři cíle byly splněny. Šetřením jsme zjistili skutečný stav dané problematiky. K dosažení cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky: Znají sestry specifika ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně? Jsou pacienti informováni o možnostech léčby? Umí sestry komunikovat s pacienty hospitalizovanými v psychiatrické léčebně v souvislosti s plněním ošetrovatelských intervencí?

Z šetření, které probíhalo formou rozhovorů a skrytého pozorování, jsme dospěli k těmto závěrům.

První cíl byl splněn a odpověď na první otázku tedy zní: Ano, sestry ve většině znají specifika ošetrovatelské péče u pacienta hospitalizovaného v psychiatrické léčebně.

I cíl na druhou otázku byl splněn. Odpověď zní: Ne, pacienti jsou nedostatečně informováni o možnostech léčby svého onemocnění i o průběhu vyšetření, která podstupují během pobytu v léčebně, ale i o možných komplikacích, které mohou po těchto vyšetřeních nastat. Lékaři by měli více pacienty informovat o jejich nemoci, o nežádoucích účincích léků, které užívají. Lékaři by měli také pacientovi umět nabídnout i jiné způsoby léčby.

Třetí výzkumnou otázku jsme si ověřili při skrytém pozorování. Ano, sestry umí komunikovat s duševně nemocnými pacienty. Vzhledem k celkovému pohledu na výsledky práce, můžeme konstatovat, že stanovené cíle byly splněny. Tato práce poslouží jako studijní materiál pro sestry pracující v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě a také jako podklad pro přípravu vnitřního semináře pro sestry v léčebně na téma Komunikace a specifika ošetrovatelské péče u psychicky nemocných.

## 7. Použitá literatura:

1. BEER, M. D., PEREIRA, S. M., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd. Grada, 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
2. ČÍTANKA Z DĚJIN ČESKÉHO CHOROMYSLNICTVÍ, Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod 1928 – 1998. 1 vyd. Praha, 1998.
3. DODKOVÁ, J. *Historie psychiatrie v Čechách* (on line). Dostupné z: [http://www.psychiatrickasekcecas.estranky.cz/clanky/odborne-texty\\_-historie-psychiatrie/](http://www.psychiatrickasekcecas.estranky.cz/clanky/odborne-texty_-historie-psychiatrie/) [cit. 7. 12. 2007]
4. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. 1 vyd. Praha: Grada, 2005. 176 s. ISBN 80-247-0197-9.
5. GEMBICKÁ, I., SNOPOKOVÁ, I. Alzheimerova demence. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 2, s. 30-32. ISSN 1210-0404.
6. HÁTLOVÁ, B., KYNŠTOVÁ, H. Psychomotorická terapie u diagnózy schizofrenie. *Ošetrovatelství*. Praha: 2009, roč. 11, č. 1-2, s. 29-32. ISSN 1212-723X.
7. HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ, H., VAŇKOVÁ, H., VELETA, P. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2005, roč. 6, č. 4, s. 180-184 ISSN 1213-0508.
8. HROZENSKÁ, M. Zdravotné a sociálne aspekty práce s klientami zariadení sociálnych služieb, trpiacimi alzheimerovou demenciou. *Florence*. Praha: 2011, roč. 7, č. 2, s. 23-27. ISSN 1801-464X.
9. JANOSIKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J. L. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
10. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864s. ISBN 80-247-0548-6.
11. KANTORKOVÁ, M. Demence-vývojová stádia a doporučení. *Sestra*. Praha: 2011, roč. 21, č. 2, s.71-74. ISSN 1210-0404.
12. Koncepce oboru psychiatrie. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/dokumenty/koncepce.pdf>

13. Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008. Dostupné z: [http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=category&id=64&Itemid=105](http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=category&id=64&Itemid=105)
14. KOŇAŘÍK, M. Delirantní syndrom v intenzivní péči. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 5, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
15. KOTISOVÁ, H. Specifika práce na oddělení pro klienty s dg. demence a Alzheimerova demence. *Florence*. Praha: 2009, roč. 5, č. 3, s. 24-26. ISSN 1801-464X.
16. KRATOCHVÍL, J. Základy psychoterapie. 5., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2007. 383 s. ISBN 80-7367-122-0.
17. KRCH, F. D. a kol. Poruchy příjmu potravy. 2. vyd. Praha: : Grada, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X
18. LULLMANN, H., MOHR, K., HEIN, L. Barevný atlas farmakologie. 3. české vydání Praha: Grada, 2007. 384 s. ISBN 978-80-247-1672-5.
19. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. Psychiatrie. 1 vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
20. MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1 vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
21. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1 vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
22. MARTINCOVÁ, J. Smíšená úzkostně-depresivní porucha. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 10, s. 54. ISSN 1210-0404.
23. MIKŠOVÁ, Z., Kapitoly z ošetrovatelské péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
24. NEUBAUEROVÁ, K., Práce sestry na psychiatrickém oddělení. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 10, s. 49-50. ISSN 1210-0404.
25. NOVÁK, T., *Bipolární afektivní porucha*. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/bipolarni-afektivni-porucha-cast-lecba/> [cit. 7. 1. 2010]

26. NOVOTNÁ J., UHROVÁ J., *Ošetrovatelství 2 pro střední zdravotnické školy obor zdravotnický asistent* 1 vyd. Praha: Fortuna, 2007. 160 s. ISBN 978-80-7373-011-6.
27. Ochranná léčba. Dostupné z: <http://www.trestni-rizeni.com/vyklad-pojmu/ochranna-lecba> [cit. květen 2011]
28. ONDRÁČKOVÁ, L. Schizofrenie, projevy a ošetrovatelské postupy. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17. č. 3, s. 28-29. ISSN 1210-0404.
29. PIDRMAN, V. *Demence*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
30. PRAŠKO, J. a kol., *Psychiatrie*. 1 vyd., Praha: Informatorium, 2003. 193 s. ISBN 80-7333-004-4.
31. Práva pacientů ČR. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840> [cit. červen 2011]
32. Psychiatrie. Dostupné z: <http://abecedalekaru.cz/obor/psychiatrie/> [cit. duben 2011]
33. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
34. ŠEVČÍKOVÁ, J., Péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou. *Sestra*. Praha: 2009. roč. 19, č. 1, s. 53-54. ISSN 1210-0404.
35. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1 vyd. Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.
36. TOŠNEROVÁ, T. Deprese a její rizika. *Florence*. Praha: 2006, roč. 2, č. 9, s. 59. ISSN 1801-464X.
37. VENGLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ G., *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
38. Z historie. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/node/6> [cit. duben 2011].
39. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 2003. 193 s. ISBN 80-7184-494-2.

## **8. Klíčová slova**

Sestra

Pacient

Komunikace

Specifika

Ošetřovatelství

Psychiatrická péče

## **9. Seznam příloh**

Příloha 1 Otázky pro rozhovor se sestrami

Příloha 2 Otázky pro rozhovor s pacienty

Příloha 3 Standard o používání omezovacích prostředků

Příloha 4 Léky nejčastěji používané v psychiatrii



## **Příloha 1**

### ***Otázky pro rozhovor se sestrami***

1. Jaké máte vzdělání?
2. Kolik je vám let?
3. Kolik let pracujete v léčebně?
4. Změnila se práce v něčem během let, co jste v léčebně?
5. Jak se vám pracuje s psychicky nemocnými lidmi?
6. Znáte pravidla komunikace s dementním pacientem?
7. Co je nejdůležitější v ošetrovatelské péči a komunikaci u pacienta v deliriu tremens?
8. Jaká jsou pravidla ošetrovatelské péče u pacientů s nutností omezení?
9. Držíte se standardu o omezovacích prostředcích při nutnosti omezení pacienta? Vyjmenujte nejdůležitější body standardu.
10. Čeho využívá sestra nejčastěji u depresivního pacienta? Čím je nejvíce ohrožen takovýto pacient?
11. Myslíte si, že jsou rozdíly v komunikaci u středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace? Pokud ano, jaké?
12. Jaký je váš názor na psychoterapii u duševně nemocných? Znáte některé druhy psychoterapií?
13. Na co se sestra zaměřuje nejvíce v ošetrovatelské péči u nemocných s poruchou příjmu potravy?
14. Máte problémy s verbální a neverbální komunikací? Věděla byste, co patří do neverbální komunikace?
15. Jak se vám komunikuje s psychicky nemocnou osobou?
16. Znáte příklady ošetrovatelské péče u pacientů se závislostí na alkoholu?

## **Příloha 2**

### ***Otázky pro rozhovor s pacienty***

1. Víte, jakými léky jste léčen? Řekněte jakými.
2. Domníváte se, že léčba, kterou vám lékař nastavil, je správná?
3. Kdo vás informoval o vaší léčbě?
4. Jakým způsobem jste byl informován?
5. Znáte vedlejší účinky léků, které užíváte?
6. Máte pocit, že se u vás projevují některé z vedlejších účinků?
7. Znáte jiné způsoby léčby vaší nemoci? Jaké a kdo vám je vysvětlil?
8. Využíváte při své léčbě psychoterapii?
9. Jaké psychoterapie jste již absolvoval?
10. Myslíte si, že vám psychoterapie pomáhá při léčbě vaší nemoci?
11. Pokud jste podstoupil nějaké vyšetření, informoval vás lékař nebo někdo o průběhu, možných komplikacích při a po vyšetření?
12. Užíváte léky doma po propuštění podle instrukcí lékaře?

## **Příloha 4**

### ***Léky nejčastěji používané v psychiatrii***

*Antidepresiva* – jsou to léky používané při léčbě deprese, ale i při terapii některých úzkostných stavů. Rozdělují se do skupin podle mechanismu účinku.

Tricyklická a tetracyklická antidepresiva – mají dlouhý poločas rozpadu, proto se mohou aplikovat v jedné denní dávce, nevzniká na ně závislost, mají však mnoho vedlejších účinků (sucho v ústech, zácpa, rozmazané vidění, sexuální dysfunkce, ortostatická hypotenze, poruchy srdečního rytmu, močová retence, ospalost, útlum). Mezi nejčastější zástupce patří amitriptylin (Amitriptylin), clomipramin (Anafranil), dosulepin (Prothiaden) (4, 18, 30).

Inhibitory monoaminoxidázy (IMAO) – jsou určeny k léčbě atypických a farmakorezistentních depresí. Při léčbě je nutné dodržovat určitá dietní opatření tzn. vynechat potraviny s vysokým obsahem tyraminu, aby nedošlo k hypertenzní krizi. Zástupci této skupiny jsou tranlycypromin (nepoužívá se již) a myclobemid (Aurorix), tianepti (Coaxil) (18, 30).

Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) – moderní, účinná antidepresiva, která primárně ovlivňují serotoninový systém. Jsou to léky první volby a mohou je předepisovat i praktičtí lékaři. Mezi nežádoucí účinky patří nevolnost, zvracení, bolesti břicha, snížená chuť k jídlu, sexuální dysfunkce. Účinnou látkou je fluoxetin, citalopram, fluvoxamin, paroxetin, sertalin. Zástupci preparátů jsou Seropram, Citalec, Deprex, Remood, Fevarin, Zoloft, Asentra, Trittico a další (4, 18, 30).

Duální antidepresiva (SNRI) – jsou určena pro těžší depresivní stavy při hospitalizaci a jsou to léky druhé volby. I tyto léky mají nežádoucí účinky jako je potivost, bolest hlavy, bušení srdce. Při léčbě je důležitá monitorace tlaku. Patří sem venlafaxin (Efektin), milnacipran (Ixel), mirtazapin (Remeron, Esprital). Účinek všech antidepresiv je za 2 až 3 týdny. Je tedy důležité pacientovi tuto informaci sdělit a nabádat ho k trpělivosti (4, 18, 30).

*Neuroleptika (Antipsychotika)* - používají se k léčbě psychotických stavů a stavů agitovanosti. Způsobují blokádu dopaminových receptorů, což má za následek vznik

extrapyramidových vedlejších účinků (třes, hypomimie, vnitřní neklid, akutní dystonie, svalová rigidita). Dopamin bývá u psychotických poruch zvýšený a ovlivňuje myšlení, chování a integritu osobnosti. Neuroleptika jsou také nazývána antipsychotika, ataraktiva či psycholeptika. Novější neuroleptika působí i na serotoninové receptory. Indikují se hlavně u schizofrenie, schizoafektivní poruchy, u manické fáze bipolární poruchy. Účinek plní také u psychomotorického neklidu, agresivity, agitovanosti, u stavů zmatenosti, u bludů a halucinací. Bývají v perorální i parenterální formě. K injekční aplikaci se přistupuje hlavně v akutní fázi nemoci u nespolupracujících pacientů, aby došlo k co nejrychlejšímu efektu. Lze je rozdělit na neuroleptika první a druhé generace (4, 18, 30).

Neuroleptika první generace – používají se při terapii pozitivních symptomů (bludy, halucinace, neklid). Při dlouhodobém podávání se mohou objevovat mimovolní pohyby končetin, trupu, jazyka, obličeje. Zvyšuje se hladina prolaktinu a to se projeví gynekomastií, poruchou menstruačního cyklu a sexuální dysfunkcí. Tyto neuroleptika mají sedativní a incizivní účinek. Mezi sedativní patří hlavně chlorpromazin (Plegomazin), chlorprothixen (chlorprothixen), thioridazin (Thioridazin-jíž se nevyrábí). Hlavním reprezentantem incizivních neuroleptik je haloperidol. Jsou nejvíce používána při akutních stavech u agresivních pacientů s psychotickou poruchou nebo u agresivních opilců. Dalšími zástupci jsou melperon (Buronil), flupenthixol (Fluanxol) (4, 18, 30).

Neuroleptika druhé generace – říká se jí také atypická antipsychotika. Liší se v receptorové účinnosti, nemají extrapyramidové vedlejší účinky, a když, tak v menší míře. Ovlivňují lépe negativní a afektivní symptomy. Jako nežádoucí účinky se mohou vyskytnout poruchy srdečního rytmu, zvýšená hmotnost. Řadíme sem hlavně clozapin (Leponex) – může způsobit agranulocytózu, proto pravidelně sledujeme krevní obraz. Dále sem patří olanzapin (Zyprexa), quetiapin (Seroquel), risperidon (Rispen, Risperdal), sulpirid (Dogmatil, Prosulpin, Sulpirol), amisulprid (Deniban, Solian), tiaprid (Tiapridal, Tiapra), ziprasidon (Zeldox) (4, 18, 30).

*Anxiolytika* - jsou indikována u stavů úzkosti, u stresu, fobií a u neurotických poruch. Rozdělují se na anxiolytika klasická, benzodiazepinová a nová (nebenzodiazepinová).

Ke klasickým anxiolytikům patří guaifenesin (Guajacuran). Vyznačuje se anxiolytickým a myorelaxačním účinkem bez útlumu (30).

Benzodiazepinová anxiolytika – široce používaná, mají anxiolytický, myorelaxační, antikonvulzivní, hypnotický a sedativní účinek. Jsou návyková a lehce zneužitelná. Mezi hlavní zástupce této skupiny patří diazepam (Diazepam, Apaurin, Seduxen), chlordiazepoxid (Defobin, Eleniu), medazepam (Ansilan), oxazepam (Oxazepam), bromazepam (Lexaurin), alprazolam (Neurol, Frontin, Xanax, Helex), tofizopam (Grandaxin) (4, 18, 30).

Nebenzodiazepinová anxiolytika – vyznačují se anxiolytickým efektem bez nežádoucích sedativních nebo euforizujících účinků. Anxiolytika této skupiny jsou hydroxyzin (Atarax), buspiron (Anxiron, Bu-spar, Buspiron-Egis), mefenoxalon (Dimexol, Dorsiflex) (4, 18, 30).

*Thymoprofylaktika* – je skupina léků, která pozitivně ovlivňuje nálady a výkyvy emotivity. Používají se při léčbě mánie a při udržovací terapii u bipolární afektivní poruchy. Rozdělují se na klasická a nová thymoprofylaktika. Lithium carbonicum (Lithium carbonicum, Contemmol) patří mezi nejstarší klasická thymoprofylaktika. Má mnoho nežádoucích účinků jako je třes, tloušťnutí, ovlivňuje funkci štítné žlázy, ledvin. Jeho léčebný efekt je nejvíce znát při léčbě maniodepresivity a periodické depresivní poruchy. Dávkování je individuální a je nutné sledovat hladinu lithia v krvi, aby nedošlo k předávkování. Sledují se i renální funkce a funkce štítné žlázy. Dále ke klasickým thymoprofylaktikům patří karbamazepim (Apo-carbamazepin, Biston, Tegretol, Neurotop) a kyselina valproová (Dépakine chrono, Convulex, Everiden, Orfiril). Při podávání karbamazepinu se sledují hodnoty jaterních testů a krevní obraz. Používá se při léčbě odvykacích stavů u alkoholiků. Kyselina valproová se používá v léčbě akutních stavů mánie. Nejčastějším vedlejším účinkem je padání vlasů, trombocytopenie a zvýšené jaterní testy. I u valproátu je důležité sledovat hodnoty v séru, aby nedošlo k intoxikaci. Do skupiny novějších thymoprofylaktik patří gabapentin (Neurontin, Gabalept, Gabator) a lamotrigin (Lamictal, Lamogyne, Lamitor, Plexxo), který se dnes používá i při stabilizaci poruch. Mezi thymoprofylaktika lze

v posledních letech zařadit i některá antipsychotika jako je olanzapin (Zyprexa) a risperidon (Rispen, Risperdal) (4, 30).

*Hypnotika* - jsou léky, jejichž cílem je navození spánku, mají tlumivý účinek. Hypnotika první generace se již prakticky nepoužívají. Jde o hypnotika barbiturátového typu (Hysteps). Druhou generaci představují benzodiazepiny. Mohou být s krátkým biologickým poločasem rozpadu, kdy navodí spánek, nebo se středně dlouhým poločasem, kdy prohloubí spánek během noci. K první skupině patří midazolam (Dormicum, Fulsed). Druhou skupinu zastupuje flunitrazepam (Rohypnol, Darkene, Somnu-bene) nebo nitrazepam (Nitrazepam). Ten se ale již dnes nevyrábí. I hypnotika mají své nežádoucí účinky. Největším je možná závislost, epileptické paroxysmy při náhlém vysazení, ranní ospalost a rozladěnost. Třetí generací hypnotik jsou zopiclon (Imovane, Zopiclon), zolpidem (Stilnox, Hypnogen, Eanax, Zonadin) a zaleplon (Sonata). Mají minimálně nežádoucích účinků ve smyslu ranní ospalosti a nevykonnosti. Ale ani tato hypnotika se nedoporučují k dlouhodobému užívání (4, 30).

*Psychostimulancia* - mají aktivizující účinek, euforizující efekt, je zde největší riziko návyku. Jsou to převážně amfetaminové preparáty indikované pouze u narkolepsie. U hyperkinetické poruchy u dětí se používá methylfenidat (Ritalin). Nežádoucím účinkem je euforie, neklid, agitovanost, nespavost, bušení srdce (19, 30).

*Nootropika* - zlepšují metabolismus mozku a kognitivní procesy. Podávají se u organického nebo toxického postižení, při demenci, při hypoxii mozku, poúrazových stavech. Nežádoucí účinkem jsou podrážděnost, nespavost, excitace. Zástupci této skupiny jsou piracetam (Piracetam, Pirabene, Oikaid, Geratam) a piritinol (Enerbol, Encephabol) (19, 30).

*Kognitiva* - jsou to léky, které léčí demenci, hlavně Alzheimerovu demenci. Nepodávají se v akutní fázi nemoci, postupně se určuje dávkování. Patří sem donezepil (Aricept), rivastigmin (Exelon), galantamin (Reminil). Kognitiva mají také nežádoucí účinky a to zejména nauzeu, zvracení, průjem, anorexii (19, 30).