

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**VÝVOJ PSYCHIATRICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ  
V ČECHÁCH**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**LENKA LADINOVÁ, DiS.**

**Praha 2016**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**VÝVOJ PSYCHIATRICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ  
V ČECHÁCH**

Bakalářská práce

LENKA LADINOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2016



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Ladinová Lenka**  
**3. C VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 10. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

**Vývoj psychiatrického ošetřovatelství v Čechách**

*Development of Psychiatric Nursing in the Czech Republic*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 2. 11. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Haně Tošnarové Ph.D. za cenné rady, podněty, připomínky a trpělivost při odborném vedení a zpracování mé bakalářské práce.

## ABSTRAKT

LADINOVÁ, Lenka. *Vývoj psychiatrického ošetrovatelství v Čechách*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha. 2016. 40 s.

Tématem bakalářské práce je Vývoj psychiatrického ošetrovatelství v Čechách. Jedná se o teoretickou práci, která je založena na sběru a zpracování dostupných historických a současných dat této problematiky.

Práce má historicko-deskriptivní a komparativní charakter. Za cíl považuje popis vývoje psychiatrického ošetrovatelství, popis významných psychiatrických zařízení a zároveň srovnání psychiatrické péče v jejím počátku a současnosti. Tato práce čtenáři přibližuje těžkost bytí psychiatrických pacientů v několika časech na různých místech. Zároveň přibližuje stav duševně nemocných ve vývoji psychiatrické ošetrovatelské péče.

### Klíčová slova

Duševní onemocnění. Ošetrovatelská péče. Psychiatrie. Psychiatrická nemocnice Bohnice. Psychiatrické ošetrovatelství. Psychiatrická sestra. Vývoj psychiatrie.

## ABSTRACT

LADINOVÁ, Lenka. *Development of Psychiatric Nursing in the Czech Republic*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová Ph.D. Prague. 2016. 40 pages.

The Bachelor's project subject is psychiatric nursing development in Czech Republic. It is a theoretical work that is based on collection and examination of the available historical and current data of this issue.

This work has historical, descriptive and comparative character. Its objective is to describe the development of psychiatric nursing and major psychiatric facilities as well as to compare the psychiatric care in early to the present time. This work enables us to approach complexity of being a psychiatric patient in several historical periods and at different locations. It also demonstrates the state of the mental illness in the psychiatric nursing care development.

### Keywords

Mental illness. Nursing care. Psychiatry. Psychiatric hospital Bohnice. Psychiatric nursing. Psychiatric nurse. Development of psychiatry.

## OBSAH

### SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

#### PŘEDMLUVA

ÚVOD.....	11
<b>1 ZÁKLADNÍ POJMY V PSYCHIATRII.....</b>	<b>13</b>
1.1 PSYCHIATRIE .....	13
1.2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A JEHO PREVENCE .....	13
1.3 DUŠEVNÍ PORUCHA.....	14
1.4 MENTÁLNÍ HYGIENA.....	15
1.5 OSOBNOST .....	16
1.6 STIGMATIZACE .....	16
<b>2 HISTORIOGRAFICKÝ PŘEHLED.....</b>	<b>18</b>
2.1 NÁZORY NA DUŠEVNĚ NEMOCNÉ.....	18
2.2 PSYCHIATRICKÉ REVOLUCE .....	18
<b>3 VÝVOJ PSYCHIATRICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ.....</b>	<b>20</b>
3.1 OBDOBÍ PRAVĚKU .....	20
3.2 STAROVĚK .....	20
3.3 STŘEDOVĚK.....	21
3.4 NOVOVĚK.....	22
3.5 18. STOLETÍ .....	22
3.6 OBDOBÍ PO 1. SVĚTOVÉ VÁLCE .....	23
3.7 OBDOBÍ 2. SVĚTOVÉ VÁLKY .....	24
3.8 20. STOLETÍ PO SOUČASNOST.....	24
<b>4 VÝVOJ VZDĚLÁVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU .....</b>	<b>26</b>
4.1 PRVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ ŠKOLA A UČEBNICE .....	27
4.2 POVÁLEČNÉ OBDOBÍ.....	27
4.3 VZDĚLÁVÁNÍ PSYCHIATRICKÝCH SESTER PO ROCE 1989 .....	28
4.4 SOUČASNÉ VZDĚLÁVÁNÍ.....	28
<b>5 ZEMSKÉ ÚSTAVY PRO CHOROMYSLNÉ V ČECHÁCH.....</b>	<b>30</b>
5.1 HISTORIE PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY V BOHNICÍCH .....	30
5.1.1 POČÁTKY VÝVOJE ÚSTAVU.....	31



5.1.2	OBDOBÍ MEZI VÁLKAMI A POREVOLUČNÍ OBDOBÍ .....	32
5.1.3	50. LÉTA.....	33
5.1.4	60. LÉTA.....	33
5.1.5	90. LÉTA.....	33
5.2	HISTORIE PSYCHIATRICKÉ KLINIKY VE VFN.....	35
5.3	HISTORIE PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY V DOBŘANECH.....	37
5.4	HISTORIE PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY V KOSMONOSÍCH.....	40
6	SOUDOBA PSYCHIATRICKÁ PÉČE V ČECHÁCH .....	41
6.1	ORGANIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE.....	41
6.2	FORMY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	43
6.2.1	FUNKČNÍ SYSTÉM .....	44
6.2.2	SKUPINOVÝ SYSTÉM.....	44
6.2.3	SYSTÉM PRIMÁRNÍCH SESTER.....	44
6.2.4	CASE MANAGEMENT.....	44
6.3	SPECIFIKA PRÁCE SESTER NA PSYCHIATRII .....	45
6.4	OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U AFEKTIVNÍCH PORUCH.....	46
6.4.1	Specifika ošetrovatelské péče u pacientů v depresivní epizodě .....	47
6.4.2	Specifika ošetrovatelské péče u pacientů v manické epizodě.....	48
6.5	OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PSYCHOTICKÝCH PORUCH.....	48
	ZÁVĚR .....	51
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	52
	SEZNAM PŘÍLOH.....	55

# SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

deskriptivní – popisný; zabývající se zobrazováním

komparativní – srovnávací

(Kolektiv autorů a konzultantů encyklopedického domu, 1996)

# PŘEDMLUVA

Ve zdravotnictví jako takovém existuje spousta zajímavých oborů. Každý zdravotník si během svého studia najde ten, který ho naplňuje a později se mu věnuje.

Pro mě to byla jednoznačně psychiatrie. Obor skrývající polámané duše, které se v psychiatrických zařízeních mají znovu zacelit. Už v mé absolventské práci jsem si vybrala psychiatrické téma. Rozebírala jsem jednu z nemocí, která vzhledem k dnešní stresující době v populaci narůstá. Byla to bipolární afektivní porucha.

Bakalářskou práci jsem se rozhodla psát ve stejném „psychiatrickém“ duchu, ovšem pro tentokrát přeci jen trochu o něčem jiném a to o vývoji psychiatrického ošetřovatelství v Čechách.

Při rozmyšlení, jak široce chci tuto problematiku v bakalářské práci rozvést, mě napadlo, že chci vycházet z české historie, propracovat se po současnost a poté srovnat jaké to bylo dříve a jaké je to nyní.

Cíl práce spočívá v hlubším seznámení této problematiky a uvědomění si jejího obrovského posunu. Uvědomění si rozdílů v ošetřovatelské péči soudobé a minulé. Jak se asi cítili duševně nemocní před pár lety a teď? Byli spokojeni se svou léčbou a se svými podmínkami?

Na tyto otázky se tato práce bude snažit najít odpovědi a alespoň částečně čtenáři nakreslit obraz nemocné duše. Tato práce zkrátka vypráví o dějinách duševní nemoci, ve kterých se člověk zrcadlí jako krajina v jezerní hladině a nastavuje sám sobě zrcadlo dost nekompromisní.

Nebylo to jednoduché. Knih a dalších zdrojů, které obsahují historii a vývoj psychiatrického ošetřovatelství u nás, moc nebylo. Věřím, že i přes tyto strasti se mi podařilo napsat práci, která čtenářům něco dá a bude užitečná.

# ÚVOD

Psychiatrie je samostatný lékařský obor, který se den ode dne rozvíjí. Zejména proto, že neustále přibývá lidí, kteří mají nějaké psychické onemocnění či nevyrovnanou duši, kvůli které vyvrcholí impuls, vyhledat odbornou pomoc.

Psychické nemoci si člověk většinou nezpůsobí sám vlastní vinou, přesto je pohled na lidi s psychickým problémem velmi negativní a obyčejná návštěva psychiatra je brána jako signál, že by společnost před tímto jedincem měla být obezřetná.

Psychiatrická péče jako každá jiná, má svá specifika. Je zapříčiněna zvláštními potřebami, které psychicky nemocní mají. Před mnoha lety byla psychiatrická péče především azylová, nyní se velmi rychle rozvíjí nové formy péče, například ambulantní nebo pobytová.

Tato bakalářská práce je prací teoretickou. Celá je založená na sběru dat a dostupných informací dané problematiky. Charakter práce je historický, zejména popisný a srovnávací.

Práce zachycuje vývoj psychiatrického ošetřovatelství v Čechách od jeho počátku po současnost. Zmiňuje nejvýznamnější psychiatrická zařízení, jako je například psychiatrická nemocnice Bohnice v Praze, psychiatrická léčebna Dobřany nebo například psychiatrická léčebna v Kosmonosích. Popisuje soudobou psychiatrickou péči o psychiatrické pacienty a specifika povolání psychiatrických sester.

## **Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

- Popis vývoje psychiatrického ošetřovatelství.
- Popis významných psychiatrických zařízení.
- Srovnání psychiatrické ošetřovatelské péče v jejím počátku a v současnosti.

### **Popis rešeršní strategie:**

Odborné knihy byly vyhledány v několika pobočkách Městské knihovny v Praze a Národní lékařské knihovny v časovém období leden 2016 až duben 2016.

Jako klíčová slova byla zvolena ošetrovatelství v psychiatrii, duševní poruchy, duševně nemocní, psychiatrie, psychiatrické nemocnice, ošetrovatelská péče a dějiny.

Zdroje: odborné knihy, časopisy a články.

### **Vstupní literatura:**

ČERNOUŠEK, M., 1994. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum. ISBN 80-7169-086-4.

KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.

MALÁ, E. a P. PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-700-0.

MÍČEK, L., 1984. *Duševní hygiena*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 14-400-84.

VENCOVSKÝ, E., 1996. *Psychiatrie dávných věků: Od Hippokrata k Pinelovi*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-226-5.

# 1 ZÁKLADNÍ POJMY V PSYCHIATRII

*Stačí malý posun zorného pole a vidíme kolem sebe blázny a šílence.*  
(ČERNOUŠEK, 1994, s. 9)

## 1.1 PSYCHIATRIE

Psychiatrie je jedním ze základních lékařských oborů. Zabývá se příčinami, diagnostikou, léčbou a prevencí duševních poruch. Psychiatrie poskytuje odbornou pomoc pacientům, kteří trpí poruchami chování a jednání. (Nejedlá et al., 2004)

Jako lékařský obor snad nejvíce ze všech medicínských specializací zasahuje do nelékařských a humanitních rozměrů lidského poznání. V současnosti se nachází v postavení naléhavé historické sebereflexe.

Optimální je charakterizovat psychiatrii v široké škále významů. Nejen jako obor medicíny, ale také jako průsečík humanitních a přírodovědných oborů vědeckého poznání. (ČERNOUŠEK, 1994)

## 1.2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A JEHO PREVENCE

Definice světové zdravotnické organizace z roku 1948 formuluje zdraví jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady. (MARKOVÁ, 2006)

Duševní zdraví vyjadřuje dobrou kondici celé osobnosti, není to jen nepřítomnost duševní poruchy. Duševně zdravý člověk se pozná tak, že je schopný přijímat a zpracovávat informace, řešit jakékoli problémy a má schopnost logického myšlení. Umí plánovat a zároveň plány uskutečňovat. Je schopný zpracovávat změny a přijímat nové skutečnosti. Nedělá mu problém komunikace a aktivně se podílí na dění kolem sebe. Je citově vyrovnaný a své emoce dokáže ovládat. Nedělá mu problém být zařazen do pracovního režimu a utvořit rodinný a partnerský život. Duševní zdraví znamená schopnost se přizpůsobit situacím a reagovat na ně. (MARKOVÁ, 2006)

Prevence duševního zdraví zahrnuje tři základní stupně prevence.

Primární prevence má za cíl odstranit negativně působící sociální vlivy a vyhledat ohrožené jedince. Obecně vzato, na psychiku jedince působí několik vlivů a není vždy jednoznačné, zda lze všechny vnější vlivy ovlivnit. Do této skupiny patří životní styl, prostředí, ve kterém člověk žije a další faktory navzájem propojené. Je důležité zachovat duševní zdraví a pěstovat si sebevědomí.

Sekundární prevence již vyhledává nemocné a zachycuje brzkou léčbu. Psychická nepohoda vyplývá napovrch nejrůznějšími způsoby a může se pojit i se somatickými problémy. Takové problémy jsou z většiny zapříčiněné stresem, který vyvrcholí například při náročných životních situacích. Poté dochází k naprostému vyčerpání organismu. Důležité je včasný záchyt a zahájení léčby. Pokud se vydaří včas podchytit takový stav jedince, dochází ke snížení následků, zmírnění a vyléčení psychosomatického onemocnění.

Terciální prevence se snaží snížit následky duševní poruchy. Mnoho poruch se nevydaří vyléčit bez nasazení psychofarmak, avšak i ty mají negativní účinek na funkce organismu. Po většině případů dochází k recidivám a dekompenzaci onemocnění. Lidé s duševní poruchou mají problém s okolním světem. (PETR, 2014)

### **1.3 DUŠEVNÍ PORUCHA**

Duševní poruchy představují velkou skupinu nemocí. Duševní nemoc není ovšem jako každé jiné onemocnění. Člověk s duševní nemocí je v naprosto jiném postavení, než člověk s nemocí tělesnou. Duševně nemocný před ostatními vypadá jako hloupý a neschopný. Bojí se ho, jelikož jeho chování je nepředvídatelně. Takový nemocný trpí a nese břímě hodnocení své osoby. Dochází ke stigmatizaci.

Stigmatizace doslova znamená oceňování, nápadné označení; stigma = cejch, trvalá značka, původně znamená vypálené například zločinci, aby se mu lidé vyhýbali; přeneseně negativní předsudky okolí k pacientovi s pohlavní chorobou, rakovinou a hlavně s duševní chorobou. (MALÁ, et al., 2002)

Stigmatizace nemá dobrý vliv na léčbu pacienta. Příčiny duševních poruch bývají těžké k posouzení. Hranice mezi zdravím a nemocí se mění. Současně přibývá depresí, ale i sociálních fobií.

Podle světové zdravotnické organizace duševní poruchy patří mezi nejčastější příčiny pracovní neschopnosti. Vyskytují se v produktivním věku, vedou k delším hospitalizacím a sociálnímu selhávání. Negativní dopad má na pacientovu rodinu, děti a přátele.

Švédská královna Sylvie k vyhlášení roku 2001 Rokem duševního zdraví pro každého napsala:

*Duševní nepohoda a duševní porucha je výrazným utrpením a břemenem pro pacienty, jejich rodiny, děti, příbuzné a přátele, ale i pro společnost, která je postižena jako celek. Je nutné prolomit prostředí ticha a strachu, ve kterém se lidé chovají tak, jak se chovají v ostatních situacích vzbuzujících obavy, tedy vyhýbají se psychiatrickým pacientům, bojují s nimi, nebo si z nich dělají legraci. Ke změně by se mělo dojít výukou, odpovědnou informovaností, osvětou. Světová zdravotnická organizace spolupracující s mnoha organizacemi, společenskými seskupeními, náboženskými skupinami, jedinci a rodinami si dala za úkol, že pomůže rozšířit vědomosti, zpochybnit stigmata, zmírnit diskriminaci, humanizovat psychiatrické služby a zplnohodnotit pacienty ve společnosti na celém světě. (MALÁ, 2002, s. 10)*

## 1.4 MENTÁLNÍ HYGIENA

Tento pojem poprvé použil profesor Sweetstera z Vermontu ve své knize. Tento pojem definuje schopnost zachovat si duševní zdraví a metody, které k tomu přispívají.

Mentální hygiena se dá zařadit jako druh oboru. Zajímá se o biologické a sociální podmínky, které se pojí s psychikou člověka. Zabývá se také vývojem duševního zdraví a zejména jeho prevencí. (PETR, 2014)

*Mentální hygiena je systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy. (MÍČEK, 1984, s. 9)*



## 1.5 OSOBNOST

*Osobnost je integrovaný soubor všech tělesných a duševních vlastností jedince.*  
(KUČEROVÁ, 2013, s. 12)

Duševní a tělesná schránka organismu je propojena, navzájem se ovlivňuje a tvoří tak jistý celek. Osobnost člověka se vyvíjí po celý život, možná, že ve vyšším věku to není zcela viditelné, jako v dětství nebo v dospívání, ale stále se vyvíjí.

Je žádoucí, aby se osobnost člověka vyvíjela pozitivním směrem, tento proces je však narušován některými psychickými poruchami.

Je důležité, aby když se jakákoli porucha objeví, byla včas rozpoznána a léčena. Psychická porucha snižuje schopnost jedince v průběhu života a mění ho k horšímu. Snižuje jeho adaptabilitu a další fungování.

Například u schizofrenie má zhoršení stavu speciální označení a to je defekt neboli deficit osobnosti. U závislosti na alkoholu se to nazývá deprivace osobnosti.  
(KUČEROVÁ, 2013)

## 1.6 STIGMATIZACE

*Stigma obecně znamená znehodnocující přívlastek, který může být příčinou diskriminace svého nositele. Slovo „stigma“ bývá překládáno jako znak nebo stopa, která nese svědectví. Termín pochází z Řecka a poukazuje na tělesné znaky, které vypovídají o něčem neobvyklém, nedostatečném nebo z morálního hlediska špatném.*  
(OCISKOVÁ et al., 2015, s. 11)

Historie odkrývá spoustu příkladů stigmatizace. Například založené na etnicitě, pohlaví, národnosti, či sexuální orientaci. Sociolog Erving Goffman ve své knize, kde studuje analýzu stigmatu, zohlednil to, že stigmatizovaný jedinec je brán tak, že je něco méně, než člověk. Stigma bere jako situaci, kdy je člověk vyloučen společností. Dochází tak k diskriminaci z pohledu společnosti.

Osoby s psychickou poruchou v sobě nesou něco, co jim říká, že jsou morálně slabí, nebezpečný a vinný. Tyto myšlenky se v hlavě nemocného nekonečně opakují ve stereotypch, to způsobí očekávané hodnocení společnosti.

Stereotyp ovlivňuje chování lidí. Typický stereotyp, který koluje ve společnosti je stereotyp duševně nemocného. Většinou je poukázán ve vtipech o bláznech nebo v uměleckých dílech. Tento stereotyp může nemocnému přinést jak negativní, tak i pozitivní důsledky.

Sociolog Erving Goffman definoval, že osoba se stigmatem je „horší než člověk“. Stigmatizace byla často zneužívána k ideologickým účelům.

Nejvíce jsou stigmatizací zasaženi jedinci, kteří vlastní nemoc zvanou schizofrenie a bipolární afektivní porucha. Ani lidé s poruchami osobnosti, poruchami příjmu potravy, úzkostí a obsedantně kompulzivní poruchou nejsou výjimkou. Stigmatizace zkrátka očekává odlišnost psychiatrických pacientů od běžné populace.

Stigma je spojeno i se samotnou psychiatrií, jako oborem. Tato stigmatizace má historický původ, vznikla na základě předsudků, že psychiatrie není žádným lékařským oborem a k léčbě se využívají šarlatánské metody. (OCISKOVÁ, 2015)

## **2 HISTORIOGRAFICKÝ PŘEHLED**

Zájem o dějiny psychiatrie je dán především její aktuální společenskou potřebou. Pojímání dějin psychiatrie narůstá po celém světě. Je to pochopitelné zejména proto, že člověk má potřebu neustále filozofovat o podstatě lidského bytí. V psychiatrii a jejím historickém vývoji se zrcadlí boj člověka za sebepoznání. Zvýšený zájem o dějiny psychiatrie tkví také v úsilí o pochopení hranice mezi duševním zdravím a nemocí, mezi normalitou a abnormalitou.

Celé dějiny psychiatrie si můžeme představit jako pohyb kyvadla mezi pólem humanitního poznání na jedné straně a přírodovědeckého na straně druhé. Tyto dějiny se snaží ukazovat na pokrok v lidských záležitostech. (ČERNOUŠEK, 1994)

### **2.1 NÁZORY NA DUŠEVNĚ NEMOCNÉ**

V jednotlivá období se názory na duševně nemocné měnili. Nejdříve se tito lidé pokládali za důsledek vlivu nadpřirozených sil, postupem času se však přestala tato nálepka dávat a začalo se uvažovat o nemoci jako takové, která potřebuje svoji léčbu speciálně zaměřenou na duši člověka. (JANOSIKOVÁ et al., 1999)

### **2.2 PSYCHIATRICKÉ REVOLUCE**

Existují psychiatrické revoluce, které tak nazval zakladatel vědeckých mýtů H. Zilboorg. Označil je za body obratu. Takových obrátů na historické mapě psychiatrie nacházíme více:

- Renesanční výklad šílenství: démonologická koncepce duševní nemoci jako důsledek hříchu nebo posedlosti zlými duchy a démony.
- Čas zrození azylů: první instituce psychiatrických léčeben na konci 18. století, kdy se z všeobecných špitálů vydělují první ústavy pro léčení chorých duchem. Psychiatrické zařízení nemocničního typu.

- Vznik psychoanalýzy: na přelomu 19. a 20. století je duševní choroba brána jako patologický výsledek konfliktních nitroduševních sil. Je to doba zrodu systematické psychopatie.
- Vznik hnutí mentální hygieny: v první čtvrtině 20. století psychiatrie vystoupila z nemocnic a vytvořila pozitivní poznatky o tom, jak uchovat duševní zdraví, jak se ubránit psychickému rozvratu.
- Začátek éry psychofarmakologie: po druhé světové válce byl objeven chlorpromazin, což je první účinná psychotropní látka. (ČERNOUŠEK, 1994)

## **3 VÝVOJ PSYCHIATRICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ**

Duševní poruchy postihují lidstvo už od jeho počátku. Ne však lidé s duševní poruchou, jsou považovány za nemocné. Dříve byli tito lidé vytlačováni a neměli přístup do společnosti jako plnohodnotná osoba.

Často byli označováni za šílené, ženy mnohdy za čarodějnice, za spojenci s ďáblem a čímkoli zlým. Díky tomuto historickému nástinu se psychiatrie vyvíjela jinak než ostatní zdravotnické obory. (TOŠNAROVÁ, 2011)

### **3.1 OBDOBÍ PRAVĚKU**

Výskyt nemoci si lidé v pravěkých dobách vysvětlovali zejména magickými příčinami. Pravěcí lidé věřili tomu, že když onemocní, pravděpodobně do nich vstoupil zlý duch. Většinou se chránili nošením různých amuletů v podobě kamenů a kůže.

Léčba u nich probíhala ve formě rituálního obřadu. Tancem a zpěvem chtěli vypudit zlého ducha z těla ven. Léčitelé, které tyto praktiky vykonávaly, se nazývali šamani. Měli velkou úctu v celé komunitě. (VENCOVSKÝ, 1996)

### **3.2 STAROVĚK**

Značný a významný podíl na celkový vývoj péče o duševně nemocné má egyptské a řecké lékařství. Již mnoho let před našim letopočtem byly v Egyptě útočištěm pro duševně nemocné chrámy. Například při léčbě melancholie se v nich provozovali tělesná cvičení. V léčbě pomáhaly zpěvy, harmonické tóny a tanec. Důležitý byl pravidelný režim a tělesná hygiena nemocných. Zde se objevily první snahy cílené péče o duševně nemocné. Jednou z osobností, která se výrazně zapsala do dějin lékařství, byl Hippokrates.

Hledal příčinu chorob ve vlivech vnějšího a vnitřního prostředí. Kladl důraz na správnou diagnostiku a individuální přístup k nemocnému. Založil lékařskou školu, tvrdil, že nemoc je přirozený stav a proces. Pro všechny typy duševních chorob užíval

termín paranoia. Jako léčiva užíval rostliny, nemocným se snažil upravovat životosprávu. (MARKOVÁ, 2006)

Hippokrates je označován za „otce medicíny“. Ve spise O šílenství, v němž podává shrnující popis duševních nemocí, říká:

*Duševní nemoci vznikají z vlhkosti mozku, v němž jsou nástroje duše, když je mozek vlhčí, než obvykle. Jestliže je mozek uveden vlhkostí v pohyb, nemůže být v klidu ani zrak, ani sluch, brzy vidí a slyší to, brzy ono a jazyk mluví to, co pokaždé vidí a slyší. Jak dlouho je mozek v klidu, tak dlouho je člověk při rozumu. Mozek může být pokažen také hlenem a žlučí, takto se poznají: Ti, kteří šílí ze žluče, jsou útoční, zlomyslní a neklidní. A jestliže šílí neustále, pak jsou tyto příčiny: Jestliže mají strach a hrůzu, pak je způsobeno podrážděním mozku zahřátou žlučí, jež k mozku přichází krevními cévami. Když pak krev ustoupí zpátky do žil, uklidní se tělo. Člověk je smutný, ustrašený a zapomíná, jestliže je mozek ochlazen hlenem a stěsnáním než obvykle. Když je mozek zachvácen zahřátou žlučí, jež v krvi vzkypí, pak vidí nemocný děsivé příznaky, obličej má rozpálený jako po probdělé noci, má zarudlé oči a mysl zamýšlí dělat zlé věci. Tak trpí nemocný v noci. A když se krev rozptýlí zpátky do žil, zase se uklidní.* (ŠEDIVEC, 2008, s. 14)

### 3.3 STŘEDOVĚK

Ve středověku léčba duševně nemocných spočívala hlavně v nápravě nebo izolaci. Šílenství jako takové bylo chápáno jako nečistota, omyl, zbavení rozumu a posednutí zlými duchy. (Marková, 2006)

Lékaři popisují duševní nemoci jako přirozenou nemoc mozku. Tuto nemoc si vysvětlují poruchou tělesných šťáv. Doporučují zejména somatickou léčbu, která představuje pročišťování, projímadla a zvracívé prostředky. (Šedivec, 2008)

Osudy psychiatrie v této době patří mezi nejčernější v dějinách medicíny. Začíná se věřit tomu, že za duševní nemoc může démon nebo víra v čarodějnictví. Je třeba si uvědomit, že lidé v této době, byli například vydáni ohni, místo toho, aby dostali místo v azylu pro osoby s duševním problémem.

Během 16. a 17. století v Evropě padlo kvůli čarodějnickým procesům několik set tisíc osob. Nemocnice byla ukrytá pod názvem „hospital“ a byla svěřena do rukou klášterních. Ošetřování nemocných měli na starost mniši a jeptišky. Nemocní dostali to nejnutnější opatření. Ten, kdo nebyl přijat do tohoto zařízení, skončil v šatlavě a staral se o něj dráb. Neklidní nemocní byli zavřeni do vězení a čekal je tělesný trest. Náзор na tyto nemocné byl takový, že si nezaslouží jiného zacházení. (MARKOVÁ, 2006)

### 3.4 NOVOVĚK

Na přelomu 18. a 19. století se psychiatrie stává samostatným lékařským oborem.

*Pro psychiatrii představuje významný den datum 11. září 1793, kdy pařížský lékař Phillipe Pinel ( 1745-1826) vyvedl z podzemních kopek pařížského blázince Bicetre duševně choré na světlo a vzduch a zaručil jim ošetrovatelskou péči, lékařské ošetření, právo na svobodu a osobní hygienu. (MARKOVÁ, 2006, s. 13)*

Lékař Phillipe Pinel byl zastánce názoru, že blázni jsou lidé nemocní a je potřeba se jim věnovat léčbou. Snažil se odstranit vězeňský režim a naopak zavedl režim bez zastrasování a nátlaku. Stal se legendou humanistického revolucionáře, protože vystavil nemoc slunečnímu svitu. (MARKOVÁ, 2006)

*Teprve od dob Pinelových jsou duševně choří pokládáni za nemocné stejně jako tělesně choří a duševní choroby jsou pokládány za onemocnění, jehož podkladem je patologický proces v mozku, přičemž za nedílnou součást léčení duševně chorých byla označena vlídnost, soucit a povzbudivé slovo. (VENCOVSKÝ, 1957, s. 20,22)*

### 3.5 18. STOLETÍ

Konec 18. století se považuje za zlomové období v psychiatrické péči. Dvorní dekret, který vydal Josef II., nařizoval zřízení oddělení pro duševně nemocné při nemocnici milosrdných bratří v Praze.

Dále byla také v Praze roku 1791 otevřena Všeobecná nemocnice, kde se nacházel samostatný ústav pro duševně choré. Představovala ji dvoupatrová budova, která měla 57 lůžek. Pacienti byli na pokojích po dvou a ošetřovali je opatrovníci. Na starost měli nejen hlídání aktivit nemocných, ale i jejich čistotu a museli dávat pozor na to, aby agresivní pacienti nikoho nezranili. Zajímavost byla ta, že ošetřovatelé bydleli na pokoji nemocných, tudíž neměli žádné soukromí a dělila je pouze zástěna.

V roce 1822 byl pronajat klášter sv. Kateřiny, měl za úkol rozšířit psychiatrické oddělení. Později byl tento klášter odkoupen. Toto zařízení dokázalo ubytovat až 260 nemocných.

Psychicky nemocných bylo čím dál více. V roce 1844 došlo k otevření tzv. nového domu. V současnosti tvoří hlavní budovu pražské psychiatrické kliniky v Praze. V tomto zařízení bylo 500 lůžek a bylo představováno jako nejlepší zařízení tohoto typu v Evropě. Součástí péče byli procházky po okolí, hry na hudební nástroje nebo sportovní aktivity. To znamená, že se v péči o psychiatricky nemocné využívali metody, které se používají i nyní v současné době.

Pražský ústav měl po roce svého fungování 800 lůžek a stále to nestačilo. Do pražských ústavů se dostávali nemocní z celé České Republiky, a proto se začali zakládat další ústavy mimo Prahu.

V roce 1860 byla otevřena pobočka Na Slupi, dále roku 1863 v Brně Černovicích, 1869 v Kosmonosech, 1876 ve staré porodnici u Apolináře, 1880 v Dobřanech, 1887 v Opařanech u Tábora, 1889 v Opavě, 1890 v Horních Beřkovicích, 1892 ve Štenberku, 1902 v Jihlavě, 1909 v Praze Bohnicích a v roce 1934 v Havlíčkově Brodě. (TOŠNAROVÁ, 2008)

### **3.6 OBDOBÍ PO 1. SVĚTOVÉ VÁLCE**

V těžkých poválečných časech přibývalo lidí s diagnostikovanou duševní nemocí. Zajímavé bylo, že jakmile byl postaven a zprovozněn nový ústav pro duševně nemocné, lidí s tímto problémem radikálně přibývalo. Byla potřeba zabezpečit péči a léčbu.



V Čechách a na Moravě nechyběly psychiatrické léčebny, zatímco na Slovensku tato zařízení nebyla a psychiatrická péče probíhala v nemocnicích. V nemocnicích byla ovšem nevyhovující hygiena a stavební uspořádání.

Byly zaznamenány rozpory v pojmenování ústavů. Pokoušela se najít terminologie, která nestigmatizuje pacienty. Zastupitelstvo přejmenovalo všechny zemské ústavy pro choromyslné jednotně na „zemské léčebny pro duševně a nervově choré“. (MÁŠOVÁ, 2005)

### **3.7 OBDOBÍ 2. SVĚTOVÉ VÁLKY**

Psychiatrická oddělení byla zavedena také v dalších nemocnicích. Další oddělení přibývali například v Karlových Varech, Ústí nad Labem a Liberci. Na Moravě přibývala v Bílé Vodě, Velké Bíteši, Znojmě a v Olomouci. I na Slovensku na počátku 50. let vznikaly nové léčebny. Například v Prešově nebo Trenčíně.

Ve větším rozsahu byla zřizována samostatná neurologicko-psychiatrická oddělení. Byla to součást celkové reformy nemocnic. Nemocniční psychiatrická oddělení se staly běžnými. Měli jsme, jako Česká Republika velký předstih před ostatní Evropou. (MÁŠOVÁ, 2005)

V nacistickém Německu bylo typické hromadné likvidování duševně nemocných. Byli likvidováni jako nepotřebné osoby. Po konci 2. světové války stále nezájem o psychiatrii trval. Trval v duchu hesla: „V nové lepší společnosti nebude bláznů a šílenců.“. (MARKOVÁ, 2006)

### **3.8 20. STOLETÍ PO SOUČASNOST**

Psychiatrie byla ve dvacátých letech ovlivněna Sigmundem Freudem. Právě on přispěl svou teorií o vzniku duševních chorob. 20. století skrývá několik významných mezníků, které ovlivnily psychiatrickou péči. Domněnky jsou takové, že psychiatrie je ukazatelem vztahů mezi lidmi ve společenském vývoji.

Podle profesora Höschla se v popřevratových dobách vždy objeví snaha zrušit psychiatrické léčebny. Příkladem může být rok 1918, kdy byl výrazný úbytek investic do psychiatrické péče. To se samozřejmě projevilo do kvality poskytovaných služeb.

Převrat v roce 1989 přinesl tendence všechny pacienty propustit, zrušit psychiatrické léčebny a vytvořit lidštější systém. (MARKOVÁ, 2006)

Současná psychiatrie se dělí mezi dvě odlišné větve. Na jedné straně stojí tlak společnosti, jak laické, tak i odborné, na vybudování zařízení pro pachatele trestných činů s psychiatrickou diagnózou, detenčních ústavů a podobně. Na straně druhé probíhající reforma psychiatrické péče. (TOŠNAROVÁ, 2011)

Zmíněná reforma péče o duševní zdraví probíhá pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR. Je vypracována Strategie reformy psychiatrické péče, na které se podílí celá řada odborníků zastupujících zainteresované profese. Cílem strategie je zvýšení kvality života psychiatrických pacientů, omezení stigmatizace nejen pacientů, ale oboru jako takového, usnadnění začleňování psychicky nemocných do společnosti a v neposlední řadě zlepšení spolupráce a provázanosti zdravotních a sociálních služeb. Samostatným cílem je také humanizace psychiatrické péče. (MZČR, 2013)

## 4 VÝVOJ VZDĚLÁVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU

V začátcích měli péči o duševně nemocné v rukách laikové. Později si tuto funkci vzali na starost zaříkávači a kněží. Teprve až když přišel názor, že duševní porucha je nemoc mozku, si toto vzali pod dohled lékaři.

Ti, co se bezprostředně starali o nemocné a zajišťovali jim vše potřebné, byli především lidé z řad řeholníků. Byli to lidé ne příliš vzdělaný, většinou chudý a pro společnost morálně nepřijatelní.

Postupem času, jak se nemocnice a ústavy vyvíjeli, vyvíjela se i odborná příprava opatrovníků, kteří se později nazývali ošetřovatelé.

Důležitý mezník pro vzdělávání ošetřovatelského personálu započal založením všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Z roku 1845 existoval projekt, který obsahoval nápad, na zlepšení ošetřovatelské péče o duševně nemocné.

Byl to návrh, aby se založila ošetřovatelská škola, právě při všeobecné fakultní nemocnici. Iniciátor byl docent psychiatrie Joseph Gottfried Riedel. V této době byl i ředitelem a primářem pražského ústavu pro choromyslné.

Za cíl považoval zlepšit péči o nemocné a ošetřovatelky odborně vyškolit, aby získali důležité znalosti ošetřování duševně nemocných. Tyto přednášky se pro ošetřovatele konali většinou v neděli. Uchazeče o toto „studium“ přijímal ředitel nemocnice. Studium bylo formou tří měsíčního kurzu, kde na konci uchazeč musel splnit závěrečnou zkoušku, která probíhalo pod dozorem ředitele, primáře a správce nemocnice.

Celý projekt bohužel ztroskotal, jelikož získat žákyně, které by tento kurz absolvovali, k tomu pracovali v nemocnici a dostávali by za to pouze stravu, bylo obtížné. Navíc v selhání projektu figuroval také nedostatek financí. (MARKOVÁ, 2006)

## **4.1 PRVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ ŠKOLA A UČEBNICE**

Další krok se opíral o celkový vývoj ošetřovatelství. První ošetřovatelská škola v Praze vznikla roku 1874. Existovala do roku 1881, tedy sedm let. Poté se vyučování ošetřovatelek zastavilo.

Roku 1909, kdy se vybudoval bohnický ústav, bylo třeba vylepšit kvalifikaci ošetřovatelů. Opatrovnický personál musel projít zkouškou. Potvrzení o absolvování zkoušky byl zasílán na Královskou českou zemskou úřádnici.

V roce 1908 byla vydána první učebnice „Ošetřování choromyslných. Pro ošetřovatele je napsal ředitel zemského ústavu pro choromyslné MUDr. Jan Hraše. Učebnice byla psána moderním stylem a byla přeložena i do německého jazyka. (MARKOVÁ, 2006)

Název „opatrovník“ se udržel do konce druhé světové války, poté se používalo zásadně označení „ošetřovatel“. (TICHÝ, 2006)

V roce 1913 vyhlásilo ministerstvo vnitra, že se v Praze otevrou ošetřovatelské školy. Jedna německá a druhá česká. Zahájení výuky došlo až roku 1916. Bylo to studium na dva roky a absolventky dostali titul diplomovaná sestra. Roku 1923 přešla škola do státní správy. (MARKOVÁ, 2006)

## **4.2 POVÁLEČNÉ OBDOBÍ**

V poválečném období byla v ústavech pro duševně nemocné potřeba více ošetřovatelů. Do léčeben přicházeli mladí lidé a vytvářeli sociální skupiny. Nové síly potřebovali řádné zaškolení nutnou kvalifikaci pro výkon práce ošetřovatele. V psychiatrické léčebně v Bohnicích byl ukončený první kurz ošetřovatelského minima. Teprve bohnický ústav měl první ošetřovatele s kvalifikací a ošetřovatelským diplomem.

V letech 1949–1952 existovala psychiatrická větev Vyšší školy sociálně zdravotní. Vyučování probíhalo třikrát za týden při zaměstnání.

Odborné doškolování psychiatrických ošetřovatelů probíhalo na střední odborné škole zdravotnické v Praze. V roce 1953 byla přímo v léčebně zavedená závodní škola práce. Ta doplňovala vzdělání nižšímu zdravotnickému personálu. Střední zdravotnický personál měl v rámci tohoto ústavu zprostředkované kurzy psychiatrického minima, psychoterapie a rehabilitace v psychiatrii.

V šedesátých letech se absolvovalo dost kurzů a seminářů. Ošetřovatelský personál již nebyl pouze ošetřovatelem, ale i velkým pomocníkem lékaře. Společně se podíleli na uskutečňování léčby. Postupně se zavedlo působení dietní sestry, rehabilitační sestry a sociálních pracovníků. Střední zdravotnický personál měl možnost navštěvovat kurzy také v Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků. (MARKOVÁ, 2006)

### **4.3 VZDĚLÁVÁNÍ PSYCHIATRICKÝCH SESTER PO ROCE 1989**

Změny začaly po roce 1989 a týkaly se samotného ošetřovatelství a změn v oblasti vzdělávání. Od devadesátých let bylo možné studovat pomaturitní studium, jako nástavbové, které trvalo jeden rok. Studium bylo zaměřené na ošetřovatelství v psychiatrii. Roku 1997 byl nově otevřen obor Diplomovaná sestra pro psychiatrii. Ten se konal na vyšší zdravotnické škole. K tomuto studiu byla podmínka střední škola s maturitou. V roce 2005 už nebyl tento obor otevřen a na vyšších zdravotnických školách byl ukončen.

V roce 2003 došlo k přejmenování institutu na Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. (MARKOVÁ, 2006)

### **4.4 SOUČASNÉ VZDĚLÁVÁNÍ**

V současné době je možné se vzdělávat na katedře všeobecných sester v oboru dětská psychiatrie a psychiatrie ve specializačním studiu v dálkové formě.

Tento obor se studuje až dva roky. Uchazeč musí mít ukončené odborné vzdělání na zdravotnické škole. Musí být způsobilý k výkonu své profese a mít tři roky praxe.

*Roku 2004 byl schválen zákon č. 96 /2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. (MARKOVÁ, 2006, s. 36)*

V roce 2004/2005 se zavedla náhrada oboru všeobecné sestry na obor zdravotnický asistent. Po absolvování tohoto oboru, zdravotník musí pracovat pod odborným dohledem plnohodnotné sestry. Aby mohl pracovat samostatně, musí si dodělat vzdělání na vyšší zdravotnické škole, či vysoké škole zdravotnické typu bakalářského studia, který trvá tři roky. Po absolvování toho vzdělávání si sestra může dodělat specializační vzdělání. V budoucnu by mělo být jednou ze specializací vzdělání v oboru psychiatrické ošetřovatelství. (MARKOVÁ, 2006)

## 5 ZEMSKÉ ÚSTAVY PRO CHOROMYSLNÉ V ČECHÁCH

Samostatné ústavy pro duševně choré se objevily ke konci 18. století. Mezi nejvýznamnější psychiatrická zařízení u nás v Čechách se řadí: Psychiatrická léčebna Bohnice v Praze, psychiatrická léčebna Dobřany u Plzně, psychiatrická klinika všeobecné fakultní nemocnice v Praze, nebo psychiatrická léčebna v Kosmonosích.

Většina těchto zařízení mají podobná stavební řešení. Jedná se o pavilonový systém a jednotlivé pavilony mají specializovaná oddělení.

Výhoda těchto oddělení byla ta, že se pacienti mohli rozřadit podle pohlaví, diagnózy a hlavně podle aktuálního stavu pacienta. Pavilonový systém byl typický pro přelom 19. a 20. století. (TOŠNAROVÁ, 2011)

### 5.1 HISTORIE PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY V BOHNICÍCH

*Kdo z Velkopražanů by neznal ústavu pro choromyslné v Bohnicích, krátce v ústech lidu 'Bohnice' zvaný!* (SVOBODNÝ et al., 1999, s. 103)

Bohnice – ústav, jehož název se stal synonymem pro „blázinec“. Na přelomu století byla péče pro duševně nemocné v zemských rukách. Existovalo několik důvodů, proč postavit novou psychiatrickou léčebnu pro Prahu. Nebylo to jen kvůli tomu, že stávající ústavy byly kriticky přeplněné, ale také kvůli změnám ve sféře psychiatrického ústavnictví.

Rozhodnutí o vybudování Bohnické psychiatrické léčebny padlo na zasedání zemského výboru dne 12. 11. 1903. Rozhodlo se o koupi bývalého bohnického velkostatku. Tento výběr prošel několika jednáními a jevil se jako ideální z několika hledisek. Dobré hygienické podmínky, prostředí obklopené přírodou, snadná dostupnost z města a tak dále.

Jako architektonické řešení byla komisí vybrána stavba nemocničních pavilonů. Nemocniční pavilony dostal do rukou zemský architekt V. Heller a stavitel J. Deporta. Stavba kostela a administrativních budov pro vedoucí zaměstnance byla svěčena

proslulému architektu V. Roštlapilovi. Stavební program byl dílem pozdějšího ředitele ústavu MUDr. Jana Hrašeho. Stavba byla zahájena v roce 1905 a dokončena 1924.

Vznikl opravdu velký areál, ve kterém bylo 100 budov. Srdce bohnického areálu tvořil kostel svatého Václava se sochařskou výzdobou C. Kloučka a F. Hergesela. Léčebné zařízení bylo rozděleno do tří oddělení. Oddělení pacientů III. třídy se skládalo z jedenácti pavilonů pro muže a deseti pro ženy.

Pacienti byli rozděleni podle diagnóz. Oddělení II. a III. třídy bylo vybavené lepším zařízením, neslo označení sanatorium. Třetí oddělení tzv. koloniální bylo pro pacienty, kteří pracují v ústavním hospodářství nebo zahradnictví. Za hlavní terapeutický prostředek se považovala práce pacientů, nehledě na to, že léčebně ekonomicky pomáhala. (SVOBODNÝ et al., 1999)

Úroveň ústavu nejlépe vyobrazila slova prvního ředitele J. Hrašeho.

*Jest v každém směru ústavem moderním a liší se jednak svou rozlohou a svým rozčleněním, jednak vnitřním zařízením a svými zásadami ošetrovacími podstatně od ústavů starého stylu.* (SVOBODNÝ, et al., 1999, s. 105)

### **5.1.1 POČÁTKY VÝVOJE ÚSTAVU**

Za samostatný ústav byla psychiatrická léčebna Bohnice uznána roku 1909. Celý název ústavu byl formulován jako Pražský ústav pro choromyslné v Bohnicích. V roce 1947 však došlo ke změně názvu. Z názvu se vytratilo pojmenování „pro choromyslné“, jelikož bylo velmi stigmatizující. Ústav dostal nový název: „Zemský ústav pro duševně a nervově choré v Praze - Bohnicích“. Ústav se v dalších letech několikrát přejmenovával. Nynější název zní: „Psychiatrická nemocnice Bohnice“.

V počátcích ošetrovatelskou péči mohl provádět kdokoli. Bylo nutné, aby u sebe měl instrukce, podle kterých mohl ošetrovatelskou péči poskytovat. Nazývali se: „Instrukce pro opatrovníky Královského českého zemského ústavu pro choromyslné v Bohnicích“. Příručka připomínala dnešní standard ošetrovatelské péče.



Standard ošetrovateľskej péče se začal v Bohnicích vydávat až ke konci 90. let 20. století. Standardy byly vytvářeny zdravotním ošetrovateľským týmem. Celý tým vedla hlavní sestra a poslední odsouhlasení bylo v rukou ředitele nemocnice. V roce 2003 se dal dohromady kolektiv auditorů, ty pravidelně provádí kontroly zachování standardů na oddělení.

Počet personálu byl samozřejmě také ve vývoji. Statistiky říkají, že v roce 1909 bylo v ústavu hospitalizováno 529 pacientů a staralo se o ně 45 opatrovníků. V roce 1925 bylo hospitalizovaných pacientů 2036 a staralo se o ně 671 opatrovníků. (TOŠNAROVÁ, 2011)

### **5.1.2 OBDOBÍ MEZI VÁLKAMI A POREVOLUČNÍ OBDOBÍ**

Roku 1924 bylo v areálu vystavěno dalších 8 pavilonů, takzvané sanatorium. Jeho lůžková kapacita byla 212 lůžek.

V období mezi válkami léčba stála na podávání hypnotik a třídění nemocných. Léčba pacientů probíhala například formou teplých koupelí a zábalů. Velké využití měli síťová lůžka a izolace. Pokud nastala situace, kdy se neklidný nemocný musel přesunout na jiný pavilon, využila se svěrací kazajka a kurty. V roce 1937 se zavedla úspěšná léčba schizofrenie inzulinovým kómatem, kterou doplňovala psychoterapie.

Po revoluci v roce 1945 bohnická psychiatrie ožila. Osvobození přineslo nové naděje. Byl zaznamenán příliv nových pracovníků. Zavedlo se také zvyšování kvalifikace zaměstnanců. Noví pracovníci přicházeli pouze se základním vzděláním, nebo nepotřebou odborností. Základní kvalifikace probíhala ve formě kurzů. Po absolvování kurzů a úspěšném složení diplomových zkoušek absolvent obdržel diplom ošetrovatele.

Do nových léčebných metod vstoupila léčba elektrickými šoky, léčba spánkem a experimentovalo se také s transplantací placenty do kožní řasy. (PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE, 2015)

### **5.1.3 50. LÉTA**

Roku 1950 byla nemocnice určena k likvidaci. Areál nemocnice byl vypůjčen protivzdušné obraně a areál měl sloužit jako kasárna. Nemocní se museli přesunout do jiných psychiatrických léčeben. Byl vytipován náhradní prostor v Terezíně.

Roku 1951 byl zastaven příjem nemocných pro Prahu a byl přeměrován do psychiatrické nemocnice v Kosmonosech. To přispělo k přeplnění nemocnice a nezvladatelnému stavu chodu nemocnice. Nakonec se rozhodlo, že v Bohnicích se ponechá 1000 lůžek v několika pavilonech a sanatoriu. Zbýlých 1400 nemocných bylo přesunuto do zbývajících českých a moravských léčeben. (PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE, 2015)

### **5.1.4 60. LÉTA**

Tato doba představovala nové budování nemocnice. Předávání objektů bylo ukončeno v roce 1964. V této době byla provedena rekonstrukce navrácené části, zejména devíti pavilonů.

60. léta přinášela komplikace v léčebné péči. Komplikace nastaly při opravách pavilonů, prostory se musely vyklidit a náhradní prostor pro nemocné nebyl zajištěn. (PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE, 2015)

Docházelo k překračování kapacity lůžek. Na několika pavilonech chyběl dostatečný počet ošetřovatelského personálu. Z toho vyústilo možné nebezpečí personálu i pacientů, kteří se mohli ohrozit navzájem. (TOŠNAROVÁ, 2011)

Měnila se skladba nemocných. Vzrostl počet pacientů se závislostmi. Zejména závislost na alkoholu a drogách. (PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE, 2015)

### **5.1.5 90. LÉTA**

V 90. letech byla zrušena pozice vrchních sester. Kompetence byly rozděleny mezi ošetřovatelský personál. Znovu tato pozice byla obnovena roku 2009.

Personálu byl stále velký nedostatek. V léčebně byl zaveden systém funkční ošetrovatelské péče. Jedna sestra měla na starost ošetrovatelskou dokumentaci a ostatní sestry péči o pacienty. (TOŠNAROVÁ, 2011)

Roku 1991 se zahájila činnost centra krizové intervence. Na toto centrum se lidé obracejí buď formou ambulantní návštěvy, nebo telefonicky.

Tohoto času se začala rozšiřovat zdravotnická pracoviště. Začalo to rokem 1993, kdy se otevřel pavilon číslo 3 s otevřeným a uzavřeným oddělením pro muže a ženy. Dále roku 1996 byl otevřen pavilon číslo 29, který sloužil pro akutní péči pro gerontopacienty. O dva roky později, roku 1998 se otevřel pavilon číslo 22, který pečuje o pacienty s psychickým a interním onemocněním zároveň. Tohoto roku, byl otevřen také pavilon číslo 8 pro léčení závislosti žen a detoxikační jednotku. (PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE, 2015)

V roce 1993 byl také otevřen Kabinet ošetrovatelství. Měl za úkol vzdělávat střední a nižší odborné pracovníky. Fungoval do roku 2000. Od roku 2000 se do léčebny dostala část budoucích sester z Vyšší zdravotnické školy v Duškově ulici v Praze 5. V roce 2001 získala léčebna akreditaci Ministerstva zdravotnictví ČR. Tato akreditace měla oprávnění k organizaci sanitářských kurzů. (TICHÝ, 2006)

Vznikaly nové terapeutické postupy. Začala se využívat ergoterapie a výchovný proces v rámci pracovní terapie. Vhodní pacienti měli možnost pomáhat při zemědělských pracích nebo v zahradnictví. Farma nabízí hiporehabilitaci, v kostele je možná hagioterapie. Pacienti mohou využít i centrální terapie.

V září 1991 se zprovoznilo divadlo. Název dostalo: „Divadlo za plotem“. Plnilo účel pravidelných pořadů, filmů, divadelních představení a koncertů.

Od tohoto roku je park nemocnice využíván i pro festivaly. Každé jaro se zde organizuje festival „Mezi ploty“, který obvykle trvá dva dny. (PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE, 2015)

Díky bohnické léčebně se na dlouho vyřešil problém péče o psychiatrické pacienty. Na své poměry se ovšem stala kolikrát osudnou. (SVOBODNÝ, et al., 1999)

## 5.2 HISTORIE PSYCHIATRICKÉ KLINIKY VE VFN

V roce 1790 byla v Praze postavena všeobecná fakultní nemocnice. Její součástí se stal i ústav pro choromyslné – Tollhaus. Dodnes je v hlavním areálu nemocnice nápis "Custodiae mente captorum". (RABOCH, 2011)

T. Bayer – ředitel nemocnice a vedoucí ústavu v roce 1793 řekl:

*Lůžka pro klidné nemocné byla opatřena slávníkem, prostěradlem, zíněným podhlavníkem, vlněnou prošívanou dekou, povlečenou pruhovaným kanafasem. Pro neklidné nemocné byla lůžka umístěna jen půl stopy nad zemí, přičemž stěny byly vypoštěřovány, aby byl nemocný chráněn před sebepoškozením nebo pokud - v případně nutnosti musel být k lůžku připoután.* (RABOCH, 2011)

Pro psychiatrické pacienty byla postavena klasicistní dvoupatrová budova v zahradě všeobecné nemocnice. Od areálu nemocnice byla tato budova oddělena zdí, aby pacienti měli klid.

Budova v obou podlažích byla rozdělena středovou chodbou. Po stranách byly dveře do 19 pokojů nemocných, z toho tři místnosti náleželi ošetřovatelům. Na přízemí byli hospitalizováni muži, v prvním patře ženy a druhé patro bylo rozdělené mříží pro ženy a muže. Při začátku provozu ústavu, byla jeho kapacita stanovena na 57 pacientů. Stěny neklidných pacientů byly vypoštěřovány a lůžka pacientů vybavena kurty. (SVOBODNÝ, et al., 1999)

Podle finančních možností pacienta, si nemocný mohl vybrat péči. První třída nabízela samostatný pokoj a vlastního opatrovníka. Pacient měl možnost si vybrat stravu a příjemnější vybavení pokoje. Denní poplatek činil 40 krejcarů. Druhá třída činila 20 krejcarů a třetí 10 krejcarů. Ti, kteří neměli jak zaplatit poplatky, platil je zaměstnavatel nebo příbuzní.

Počet nemocných narůstal. V roce 1811 bylo hospitalizováno 89 pacientů, roku 1825 bylo hospitalizováno 185 pacientů. V roce 1835 to bylo jednou tolik. Tato situace si vyžádala rozšíření kliniky.

Od roku 1791 zde začala probíhat výuka studentů medicíny. Bylo doporučeno, aby se o studenty staral některý z lékařů nebo asistentů. Bylo zde totiž riziko

agresivního jednání neklidných pacientů. Přednášky mediků probíhali ve společenském sále mužského oddělení a to dvakrát za týden.

Slavná éra ústavu je spojena se jménem Josef Riedl, ten se stal primářem v roce 1836 a roku 1841 se stal prvním docentem psychiatrie v celé monarchii. Roku 1849 se stal dokonce ředitelem Všeobecné nemocnice. Jeho jméno je spojeno s rozšířením psychiatrické péče do kláštera svaté Kateřiny i postavení Nového domu. (RABOCH, 2011)

Ústav svaté Kateřiny měl kapacitu 250 nemocných. Příjem pacientů se zvyšoval a proto, se začala výstavba budovy Nového domu. Budova byla sto padesát metrů dlouhá a měla dvě patra. Levá strana budovy byla určena pro muže a pravá pro ženy. V přízemí budovy byly rozdělené byty pro zaměstnance, nacházely se zde lékařské pokoje, jídelny, pracovny, kuchyně, dílny, lázně, vodoléčba a společenské lázně pro nemocné.

V obou křídlech prvního a druhého patra existovali místnosti pro neklidné a nesnášenlivé pacienty. Plný provoz ústavu byl zahájen až roku 1846. Kateřinský ústav byl vyhrazen chronickým pacientům.

Doktor Riedl se dal považovat za zakladatele pracovní terapie. V Novém domě také zavedl muzikoterapii, léčebný tělocvik a vyučování nemocných. Také upozornil na to, že u léčby melancholie velmi pozitivně působí opium. Tento ústav měl chvályhodnou pověst.

Po revoluci vznikala nová oddělení a laboratoře. Představil se ústav, který zkoumal mozek. Z laboratoří vynikla do popředí laboratoř likvorologická a neurofyziologická. Na klinice se poprvé začalo provádět elektroencefalografické vyšetření.

Vznikala nová oddělení. Například protialkoholní a dětské oddělení. Od roku 1964 je na klinice v provozu linka důvěry. V roce 1983 přišla do provozu jednotka, která léčila poruchy příjmu potravy. Klinika se této problematice věnuje již 35 let. Od roku 1991 bylo při klinice zřízeno také centrum krizové intervence. (FIŠAR, 2011)

### 5.3 HISTORIE PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY V DOBŘANECH

Nový ústav pro duševně nemocné v Dobřanech u Plzně vznikl zejména pro vyřešení nedostatku psychiatrických lůžek v západních Čechách. Vznikl přesně 15. října 1874, kdy se pro tuto stavbu rozhodl Český sněm. Rozhodlo se o ústavu, který pojme 600 nemocných.

K vypracování vhodného stavebního programu byla zvolena odborná komise. Komise vypracovala velmi podrobný program pro stavbu ústavu. Byly zohledněny všechny vymoženosti doby a zkušenosti z ciziny při stavbách ústavů pro choromyslné. Program rozlišoval dva základní druhy skupin nemocných. První skupina byli nemocní, kteří potřebovali soustavné ošetřování a více pozornosti. Druhá skupina obsahovala nemocné, kteří mohou mít více svobody. První skupina spadala do uzavřených oddělení, druhá měla být umístěna v budovách, ve kterých měli více volnosti. I zde existoval pavilonový systém. Zejména z hygienických důvodů a z důvodu snadnějšího rozšíření.

Komise vyzvala pražské a vídeňské architekty. Stavba ústavu začala v letech 1876 a dokončila se 1883. Provizorně však byl ústav otevřen už roku 1880, bylo zde převezeno 80 nemocných mužů z pražského ústavu, který byl přeplněn. Příjem nemocných z terénu byl zahájen roku 1881.

Areál léčebny byl oplocený, plochu činil 40 hektarů a měl podobu obdélníka. V areálu se nacházela administrativní budova, kostel, kuchyně, prádelna, kotelná a dva domy. Sloužili jako patologicko-anatomické oddělení.

Zbytek vyplňovali pavilony pro nemocné. Jižní část byla určena pro mužské pacienty a severní část pro ženy. Hlavní pavilony pro nemocné vyžadovali zvláštní zvýšenou péči a dozor. Vedlejší pavilony sloužili pro lehčí typ pacientů a měli vilový charakter. Dále, areál vyplňovaly dva pavilony pro neklidné nemocné. V každém poschodí byla denní místnost a 15 izolací. Pavilony pro somaticky nemocné byly bez stropů a to z důvodu toho, aby byl větší vzduchový prostor. Později však i zde byly vybudovány stropy pro lepší zateplení.

Byla plánovaná stavba plovárny u řeky a měla sloužit jako lázně pro nemocné, bohužel však nedošlo k uskutečnění. Areál léčebny také vyplňoval rozsáhlý park.

Ústav byl postupně podle potřeby rozšiřován. V roce 1900 byl zřízen ústavní hřbitov. O rok později byla rozšířena i ústavní plynárna. V roce 1911 se přistavěl pavilon infekční a byly postaveny dvě vily pro lékaře a úředníky.

Koncem 19. století byl Dobřanský ústav zařazen mezi nejmodernější ústavy. Byl označován za nejúčelnější, nejkrásnější.

Zajímavé informace o ústavu poskytovala: „Výroční zpráva o království českém zemském ústavu pro choromyslné v Dobřanech za rok 1897“. Například, že v ústavu pracovalo celkem 330 zaměstnanců, z toho bylo 8 lékařů, 9 úředníků, 197 opatrovníků a 115 zřízenců.

Opatrovnická péče u 1400 pacientů zajišťovalo pouze 193 opatrovníků. Pracovní doba byla delší a těžší. Měla řeholní charakter. Opatrovníci spali s nemocnými na pokojích, neměli žádné své vlastní ubytování, museli mít stále dohled nad nemocným. K opatrovnické službě se preferovali lidé z venkova, protože lidé z města se ukazovali jako nestálé a nevhodné.

Rok 1890 bylo do ústavu přijato 667 pacientů a během roku 1897 bylo přijato 613 pacientů. V průběhu tohoto roku bylo v ústavu ošetřováno 2041 osob.

Ředitel léčebny MUDr. Hraše prosazoval aktivní léčení prací. Nemocní byli zapojováni na odděleních, v dílnách, na polích, lukách a zahradách. Pro duševní zotavení sloužila nemocným knihovna. Pacientům také hrála každý týden ústavní kapela a byla pořádána divadelní představení.

Ředitel léčebny byl aktivní i literárně. U Dobřan publikoval několik knih. V roce 1908 dokonce první učebnici psychiatrie pro ošetrovatelský personál. Do roku 1953 byla jedinou učebnicí tohoto druhu. Pro své organizační schopnosti byl MUDr. Hraše zvolen v roce 1904 členem komise pro vybudování nového pražského ústavu pro duševně nemocné v Bohnicích. V roce 1909 se stal jeho prvním ředitelem.

V období války se i Dobřany stali týlovým městem válčící armády. Část ústavu sloužil jako lazaret. Na ústavním hřbitově bylo pochováno 143 vojáků. Během války stoupal počet úmrtí v ústavu. (FINK, 2001)

Psychiatrická léčebna Bohnice, společně s psychiatrickou léčebnou v Dobřanech byly v době války těmi největšími v České republice. V této době měly řadu obdobných problémů v rámci chodu. Provázely je těžkosti v rozvoji. V obou léčebnách přetrvávaly důsledky války.

MUDr. Karel Dobíšek byl dlouholetý ředitel psychiatrické léčebny v Bohnicích. Byl to také historik a organizátor naší ústavní psychiatrie. Má zasloužený podíl na rozvoji českých a moravských léčeben, konkrétně na rozvoji psychiatrické léčebny v Dobřanech.

Psychiatrickou léčebnu Dobřany MUDr. Dobíšek navštívil roku 1948. Později ji navštěvoval čím dál častěji. Měl výborný přehled o léčebně, zejména o její situaci a historii. Udržoval spolupráci se zaměstnanci léčebny. O životě v léčebně vypracoval zajímavou zprávu. (KLIK, 2009)

Autor uvádí několik zajímavých poznatků, týkající se chodu léčebny a života tam.

*Jídlo nebylo centrálně rozváženo, oddělení si je nosila sama. Pomýšlelo se na zakoupení vozíků. Strava byla servírována jen na plechových talířích. Byla kontrolována jen v kuchyni, ne na odděleních a celkově si ji personál pochvaloval. Byla jednotná pro zaměstnance i pro pacienty. Do jídelny chodí všechen personál bez rozdílu. Dietní kuchyně není. K dietám dávají jako přídavky kakao, mléko, pro trpící TBC máslo. Pracující nemocní dostanou také přídavky, nekuřáci prý obdrží bonbony.*

*Nemocné, kteří pracují, také posílají nepřetržitě na jeden týden k rolníkům. Objíždí je vrchní ošetřovatel na kole, brzy prý dostane motorku. Jsou tam většinou posíláni Němci. V neděli jsou v ústavu, koupou se apod. Pacienti spí na postelích, slamníky nepoužívají. Ústav má mnoho síťových postelí, v nichž jsou nemocní na volných ložnicích mezi ostatními pacienty.*

*Znečištěné prádlo se čistí na oddělení, pak teprve jde do dezinfekce, kde se sterilizuje horkou párou. Vstává se v pět třicet. Zvláštní umývárny nejsou, ale mají dost umyvadel v koupelnách. Sprchy jsou hromadné, koupání nemocných probíhá jednou týdně. (KLIK, 2009, s. 295)*



## 5.4 HISTORIE PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY V KOSMONOSÍCH

Roku 1867 se zemský výbor rozhodl zakoupit ve městě Kosmonosy bývalý piaristický klášter, který se v rychlém časovém úseku upravil na ošetrovatelský ústav. Zakoupená budova byla z roku 1674. Rekonstrukce kláštera, která byla pro nový účel nezbytně nutná, byla brzy provedena.

Roku 1869 bylo možné převézt do nového ústavu 51 nemocných mužů z pražského ústavu. Plánovalo se několik takových transportů a brzy tak byl ústav zaplněn. Jelikož pacienti přibývali, bylo nutné nedostatku místa pro pacienty vyřešit. Zemský výbor najal dvoupatrovou budovu, vzdálenou asi 200 kroků od ústavu. Byla to budova bývalého gymnázia. I zde se museli provést úpravy, aby budova mohla sloužit pro ošetrovatelské účely. Po provedených úpravách se do této budovy přemístily nemocné ženy.

Roku 1871 ústav vlastnil 282 lůžek pro muže a 112 lůžek pro ženy. Do Kosmonoského ústavu byli posíláni výhradně nevyléčitelní pacienti, z toho část pacientů trpěla i tělesnými nemocemi. Ústav se roku 1895 dočkal dalšího rozšíření, tentokrát velkého. Začala výstavba dvou velkých pavilonů. Každý pavilon měl kapacitu 300 lůžek. Další nový pavilon byl postaven pro infekční pacienty, který měl kapacitu 20 lůžek. (HEVEROCH, 1926)

*Neustálý příliv ošetrovanců, kterému neodpovídala možnost propuštění nemocných z ústavní péče, přiměl zemský výbor roku 1910 ke stavbě dalších dvou pavilonů K a K1, každý pro 100 lůžek, které byly ihned následujícího roku obloženy, aby se ulehčilo ostatním ústavům. Budovy tyto jsou úplně nově zařízeny. Mají ústřední topení, teplou vodu hnanou elektrickými čerpadly a ohřívanou výfukovou parou ze strojovny. (HEVEROCH, 1926, s. 119)*

Roku 1924 bylo v ústavu celkem 1150 psychicky nemocných.

*Ústav je posud obehnán vysokou zdí, která jest důkazem toho, jak se v době založení ústavu kosmonoského ještě na ústav podobného druhu pohlíželo. Zeď tato bude ještě letošního roku nahrazena železným tyčovým plotem, aby nemocní nebyli úplně odloučení od veškerého zevnějšího světa. Tím padne poslední zaostalost v našem ústavnictví. (HEVEROCH, 1926, s. 127)*

## 6 SOUDOBÁ PSYCHIATRICKÁ PÉČE V ČECHÁCH

*Moderní psychiatrie se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí duševních poruch. Nelehkým úkolem psychiatrie je vymezení hranic mezi chorobnými a normálními stavy v rámci běžného života. (TOŠNAROVÁ, 2011, s. 19)*

Psychiatrická péče v České Republice je vytvářena systémem navzájem spojených služeb. Existují základní prvky této sítě a to psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení, které představují psychiatrické kliniky nebo nemocnice a zařízení typu komunitní péče. (PETR, 2014)

### 6.1 ORGANIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE

#### ▪ AMBULANTNÍ PÉČE

Tato péče je základní složkou systému psychiatrické péče. Zde pacient získá první kontakt s psychiatrickým zařízením a péčí. Ambulantní psychiatr se snaží řídit pacientovu léčbu. Nynější statistika říká, že psychiatři jsou přetížení a nemají dostatek času pro své terapeutické postupy a pacienta vůbec. Není dostatečný prostor pro řešení problémů pacienta. (PETR, 2014)

K dispozici je spousta odborných ambulancí. Můžeme je rozdělit na:

- ambulance veřejné psychiatrické péče
- substituční centra
- ambulance pro děti a dorost
- ambulance psychiatrické sexuologie
- ambulance pro léčbu poruch příjmu potravy
- ambulance gerontopsychiatrické
- ambulance pro léčbu poruch paměti
- ambulance klinického psychologa (MARKOVÁ, 2006)

Počet psychiatrických pacientů, kteří potřebují psychiatrickou péči, stále narůstá, avšak počet psychiatrů se nijak významně nezvyšuje. (PETR, 2014)

#### ▪ LŮŽKOVÁ PÉČE

Lůžková péče se dělí na dvě větve, akutní a následnou. Podle dané koncepce, by akutní pacienti měli být hospitalizováni na odděleních všeobecných nemocnic. Následná péče by měla být řešena v psychiatrických nemocnicích. Situace je však jiná, jelikož je velký nedostatek lůžek na psychiatrických odděleních.

Akutní péče je poskytována ihned při vzniku nebo dekompenzaci psychické poruchy. Je potřeba zahájit diagnostický postup a provést potřebná vyšetření. Úkolem je tedy zajištění komplexní péče.

Následná péče je určena pro typ nemocných, kteří již mají nastavenou terapii od svého psychiatrického lékaře. Pacientův psychický stav není schopen propuštění, a tudíž se musí zajistit komunitní službou či sociální péčí. (PETR, 2014)

Mezi typy zařízení poskytující lůžkovou péči patří psychiatrická nemocnice, psychiatrická oddělení a psychiatrické kliniky.

V psychiatrických nemocnicích pacienti čeká dlouhodobější léčba. V České Republice je celkem 18 psychiatrických a léčeben pro dospělé a tři psychiatrické nemocnice pro děti. Statistika říká, že průměrná ošetrovací doba je 85 dnů.

Psychiatrická oddělení najdeme ve všeobecných nemocnicích. Provádí se zde akutní psychiatrická péče. Důležité je včasné zahájení léčby stabilizace stavu nemocného. V České Republice existuje 31 psychiatrických oddělení a průměrná ošetrovací doba je 20 dní.

Psychiatrické kliniky se řadí mezi speciální typ. Jsou to oddělení při fakultní nemocnici, tudíž spolupracují s lékařskou fakultou. Zde je umožněna výuka studentů vysoké školy, kteří se velmi často zabývají různými typy výzkumných činností. (MARKOVÁ, 2006)

## ▪ KOMUNITNÍ PÉČE

V komunitní péči je obsažena rozsáhlá škála nejen služeb, ale také programů a zařízení. Cíl komunitní péče je, aby pacient s duševní poruchou žil co nejvíce běžným životem a cítil se uspokojivě. Komunitní péče je úzce propojena se sociálním a zdravotním spektrem.

V roce 2012 se ve zdravotnictví napočítalo 21 denních stacionářů určených pro léčbu duševních poruch. Denní stacionáře jsou zejména ve velkých městech. Krizová centra mají takzvanou 24 hodinovou dostupnost a v České republice existují pouze tři taková centra.

Součástí komunitních služeb jsou také psychiatrické rehabilitace. Do této skupiny služeb patří například služby na podporu bydlení, na podporu práce a zaměstnání, nebo na podporu volného času v centru denních aktivit.

Komplex systému komunitních služeb je nedostačující a problém nastává i ve spolupráci s jinými zařízeními.

Komunitní péče obsahuje terapeutický a rehabilitační potenciál společenství lidí. Tato péče se stala trendem za posledních desítek let. Je to protiklad péče ústavní. Péče se zaměřuje na odstranění příznaků nemoci a k tomu si dává za cíl posílit i zdravou stránku osobnosti a to podle funkčního modelu bio-psycho-sociálního. (MARKOVÁ, 2006)

## **6.2 FORMY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Z pohledu řízení ošetrovatelské péče je tato činnost dost obtížná. Existují formy ošetrovatelské péče, které mají optimálně rozdělit práci mezi celek ošetrovatelského týmu. Je potřeba brát v úvahu tři základní fakta, při výběru formy ošetrovatelské péče a to je kvalita, kontinuita a hlavně efektivita. (MARKOVÁ, 2006)

### **6.2.1 FUNKČNÍ SYSTÉM**

Sestra má na starost konkrétní úkoly a pracuje se všemi nemocnými. Plní rozepsané ordinace, které jí lékař přidělí a je pod kontrolou staniční sestry.

### **6.2.2 SKUPINOVÝ SYSTÉM**

Sestra má na starost určitou skupinu nemocných, o které se celý den stará. Sestra zajišťuje komplexní ošetrovatelskou péči a zajišťuje, aby byla dostatečně kvalitní. Výhodou takového systému je, že má sestra užší kontakt s pacientem. Sestra má více času na plánování ošetrovatelské péče, její realizaci a hodnocení.

### **6.2.3 SYSTÉM PRIMÁRNÍCH SESTER**

Primární sestra je po boku pacienta celou dobu hospitalizace. Je zodpovědná za ošetrovatelský proces u nemocných, které dostala na starost. Nemocný se může na primární sestru kdykoli obrátit. Primární sestra sleduje vývoj ošetrovatelské péče a úzce spolupracuje s pacientovou rodinou.

Vlastnosti primární sestry jsou profesionalita, zodpovědnost a autorita. Musí být samostatná, měla by mít vysokou úroveň odborných znalostí a měla by si uhájit to, za čím si stojí. Měla by také umět účelně zorganizovat čas.

### **6.2.4 CASE MANAGEMENT**

Podstata případového vedení je zharmonizování ošetrovatelské péče a financí. Manažer se snaží o žádoucí výsledky pacienta. Posuzuje délku hospitalizace pacienta, efektivnost léčby, aktivní zapojení pacienta do ošetrovatelského procesu a jeho spokojenost s pobytem.

Manažerem se může stát zkušená a hlavně vzdělaná sestra, jelikož zodpovídá za celý systém péče o pacienta. (MARKOVÁ, 2006)

### 6.3 SPECIFIKA PRÁCE SESTER NA PSYCHIATRII

Práce sestry na psychiatrickém oddělení, je zcela jiná, než na jakémkoli jiném oddělení. Navázání vztahu s pacientem a provázet ho v obtížných situacích, to vše musí psychiatrická sestra zvládnout. Osobnost sestry je zde velmi významná, jelikož se od ní odráží kvalita ošetrovatelské péče, kterou odvádí. (MARKOVÁ, 2006)

Sestra, která je specializovaná pro péči na psychiatrii, má několik kompetencí, které na oddělení vykonává.

Vyhodnocuje úroveň soběstačnosti u pacienta a jeho projevy onemocnění. Měla by poznat, když se pacientovi přitíží a zhorší se jeho psychický stav. Také musí umět vyhodnotit, zda pacient není nebezpečný sobě, nebo okolí.

Sestra napomáhá pacientovi adaptovat se v nemocničním prostředí, mezi ostatními pacienty, jelikož je jeho vnímání změněné duševním onemocněním. Snaží se o psychoterapeutickou podporu.

Je důležité, aby sestra spolupracovala s pacientovou rodinou. Sestra v komunitních službách poskytuje ošetrovatelskou péči v jeho vlastním domácím prostředí. Provádí také poradenskou činnost v oblasti prevence. Pod dohledem lékaře sestra provádí činnosti při krizové intervenci.

Sestra by měla umět navázat kontakt s pacientem, aktivně mu naslouchat, vytvořit si s ním vzájemnou důvěru. Komunikace s pacientem se musí přizpůsobit jak věku, tak osobnosti. Důležité je také, zohlednit aktuální psychický stav. Je nutné, aby sestra dokázala rozpoznat náznaky agrese a předcházet konfliktům.

Pozorování patří k základním metodám, kdy sestra získává o pacientovi informace. Zaměřuje se na celkový stav a projevy psychické nemoci. Sestra pozoruje několik důležitých aspektů. Například stav vědomí, řeč, náladu, paměť, spánek, aktivitu a další projevy pacienta. Za důležité se také pokládá sledování nežádoucích účinků léků a projevy spojené s halucinacemi.

Záznam o zpozorovaných jevech by měl být zejména objektivní a přesný. Sestra pravdivě popisuje, co viděla nebo slyšela, nepopisuje žádné své subjektivní domněnky. (PETR, 2014)

Pro práci sester je velmi důležité, když s nimi pacient spolupracuje. Zdravotník mívá svou představu o tom, jak by měl nemocný reagovat, či jak se správně chovat. Stává se, že si tuto představu a pacientově chování, chce vynutit.

Zdravotník by své pocity měl mít pod kontrolou a umět je ovládat. Mezi další činnosti patří i doprovod pacienta na různé aktivity, nebo terapie. Pro odbornou ošetrovatelskou péči je často méně prostoru. Jelikož jsou sestry v permanentním kontaktu s pacientem, jsou ohroženi psychickou zátěží. (TOŠNAROVÁ, 2011)

Při své péči se sestra snaží zachovat pacientovu sebepéči a vede je k tomu, aby byli samostatní.

*Kromě běžné náplně své práce, sestra vykonává tyto činnosti:*

- *sleduje nemocné ohrožující sebe a okolí*
- *podává psychofarmaka, zvláště dohlíží na jejich užití u pacientů s problematickým přístupem k léčbě, sleduje nástup účinku a symptomy předávkování*
- *asistuje při specifických druzích léčby (elektrokonvulzivní terapie, spánková deprivace)*
- *podílí se na psychoterapeutických aktivitách*
- *při sběru anamnestických dat hledá psychogenní příčiny duševních poruch*
- *orientuje se v právní problematice*
- *zapojuje se do resocializace nemocných*
- *zaměřuje se na edukaci v oblasti zdraví (MARKOVÁ, 2006, s. 58)*

## **6.4 OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U AFEKTIVNÍCH PORUCH**

Základní psychopatologickou složkou afektivních poruch je patologická nálada. Afektivní poruchy se projevují ve fázích. Střídá se epizoda depresivní a manická.

Většina poruch nálady má tendenci se opakovat v periodách. Tyto poruchy se dělí na typ unipolární (výskyt buď deprese, nebo mánie) a typ bipolární (střídání epizody deprese a mánie). (MARKOVÁ, 2006)

#### **6.4.1 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů v depresivní epizodě**

V těžké fázi deprese je opravdu nejdůležitější zabránit spáchání sebevraždy. Riziko sebevraždy je velké. Je nutné, aby sestra uložila pacienta na pokoji blízko pracovny sester a měla ho pod svou kontrolou. Veškeré předměty, které by se mohly stát pomůckou pacienta k sebevražednému pokusu, je potřeba odstranit z jeho blízkosti.

Je důležité, aby ošetrovatelský personál neustále sledoval chování a jednání pacienta a vedl podrobnější záznamy do ošetrovatelské dokumentace. U těchto pacientů je nutná kontrola užívání léků, pacient může léky shromažďovat a poté je využít k předávkování a následnému pokusu o sebevraždu.

Sestra zároveň sleduje účinnost léků a konzultuje s lékařem zhoršení či zlepšení stavu pacienta. Mnoho pacientů si přeje zemřít, aby se vysvobodili z věčného a nekončícího koloběhu smutku a strachu. Zkrátka se chtějí osvobodit od životního utrpení. Nelze proto brát sebevražedné myšlenky na lehkou váhu. Nutný je také pravidelný dohled nad hygienou a výživou pacienta.

Pacienti s depresí mívají velké problémy se spánkem, je nutné najít příčinu nespavosti a následně ji odstranit. Pacienti jsou uzavření, sociální odtažitost u nich spadá do hlavních projevů. Impulsy pro komunikaci musí dávat především ošetrovatelský personál.

Při jednání s pacientem musíme být trpěliví, myšlení nemocného bývá zpomalené. S pacientem jednáme klidně a pomalu. S ustupováním deprese pacienta zapojíme do různých aktivit. Chválíme ho a dáváme mu zpětnou vazbu. (MARKOVÁ, 2006)



#### **6.4.2 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů v manické epizodě**

Priority ošetrovatelské péče u manických pacientů jsou zejména co nejvíce snížit zdroje stimulace a rozptylování. Nepodporovat pacienta v jeho rozjařenosti. Ošetrovatelský personál by si měl zvolit jasné hranice s pacientem, co přijatelné je a co není. (MARKOVÁ, 2006)

Tým musí být v přístupu jednotný. Projevy mánie jsou velmi pestré. Manický pacient je stále v dobré náladě, nadměrně aktivní, nedodržuje společenský odstup, má rychlé pohyby a nepřiměřené cíle. Je nutné, aby v rámci možností pacient dodržoval režim oddělení. (PETR, 2014)

Dbáme na to, aby strava pacienta byla pravidelná. V mánii může dojít buď ke zvýšenému, nebo sníženému příjmu potravy. Hlavním cílem je obnovení narušených biorytmů. Důležité je kontrolovat i příjem tekutin.

U pacientů užívajících lithium je tato kontrola tekutin nezbytná. Může dojít k dehydrataci a následné toxicitě. Pacienti také nedbají na vhodné ošacení, je typické, že chodí bosí a tak podobně.

Důležité je znát nežádoucí účinek léků, které pacient bere, aby v případě výskytu bylo včas zakročeno. Stejně tak důležité jsou kontroly osobních věcí pacienta.

Agresivita u manických pacientů je též častá, personál musí být proto opatrný. Při prodělaném akutním stavu se zdravotnický personál snaží pacientovi pomoci z následků, které při mánii napáchal. (MARKOVÁ, 2006)

### **6.5 OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PSYCHOTICKÝCH PORUCH**

Psychózy patří mezi ty závažnější duševní poruchy. Při této poruše je nemocnému dělá problém srozumitelně jednat a orientovat se v reálném světě. Ovlivněno je několik složek, například myšlení, cítění, vnímání a schopnost naplnit život ke spokojenosti. Jedna z nejrozšířenějších psychóz je zejména schizofrenie. (PETR, 2014)

*Onemocnět psychózou, znamená ztratit kontakt s realitou. (PETR, 2014, s. 18)*

Projevy psychóz jsou různorodé. Je velmi důležité pacientovi věnovat individuální přístup a vždy zohlednit jeho aktuální stav a momentální situaci.

Největší úspěch se získá navázáním terapeutického stavu, což je největší problém docílit v akutní fázi onemocnění. Sestra by se měla snažit pochopit, jakým způsobem pacient vnímá okolní svět. (PETR, 2014)

*Základní prvky terapeutického vztahu:*

*AKCEPTOVÁNÍ – sestra akceptuje pacienta takového, jaký je, a zároveň se snaží si uvědomovat své reakce na pacienta tak, aby si zachovala objektivitu*

*AUTENTICNOST – interakce s pacientem musí být upřímná, otevřená a orientovaná na realitu. Pacienti s psychózou jsou zvýšeně citliví na neupřímnost, dvojsmysly a emoční podtón v komunikaci*

*UVĚDOMĚNÍ – sestra si musí být vědoma toho, že chování pacienta vychází z chorobného podkladu a je tedy součástí onemocnění, nikoliv například provokací, leností či neochotou ke spolupráci (PETR, 2014, s. 18)*

Člověk, který slyší hlasy, jedná pod vlivem bludné produkce. Komunikace s takovým člověkem je náročná a musí se zde využít velký kus profesionality. Sestra musí zvolit vhodný typ komunikace.

Pokud nastane vztah akutní psychózy, kdy je pacient ve značné úzkosti a pod vlivem psychotických prožitků, nastává narušení kontaktu s realitou a můžeme očekávat agresivitu. Nejdůležitější je srovnat pacientovi základní fakta, a to je orientace v času a prostoru. Dále mu zajistit bezpečnost a podání léků.

Když si vezmeme příklad z pacienta, který je pod vlivem halucinací, můžeme u pacienta zaregistrovat hlasitý smích, nebo že si mluví sám pro sebe, zacpává si uši a naklání se na jednu stranu, jako kdyby chtěl od někoho naslouchat.

V tomto případě musí sestra reagovat přiměřeně, zvolit mírnější tón hlasu, vzdálenost od pacienta a postoj, aby se od pacienta vytvořila minimální bariéra mezi světem, který prožívá pacient a světem reálným.

Pacient pod vlivem bludů nedokáže najít rozdíl mezi realitou a bludy, které ho o něčem přesvědčují. Pacienta vystresuje, když zjistí, že bludům rozumí jen on sám.

Důležitá je opět komunikace, hlavně přímá a srozumitelná, aby v pacientovi nevyvolala jakékoli pochybnosti o tom, že mu sestra nerozumí. Sestra by neměla podlehnout nevhodným gestem a dvojsmyslům, aby si to pacient nevysvětlil špatně. Důležité je, aby sestra pacientovi naslouchala, bez ohledu na to, jestli pacientovi věří nebo ne. To, že sestra pacienta bere vážně, neznamená, že ho v bludech podporuje, ale že ho bere vážně. (PETR, 2014)

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo srozumitelným a poutavým způsobem popsat vývoj psychiatrického ošetřovatelství v Čechách. Propracovat se historickým vývojem, který začíná v době pravěké, neopomene ani doby starověku, středověku a následně novověku, kde se snaží popsat situace v době světových válek, dvacátého století a konečně i naší současnosti.

Dalším cílem této práce bylo popsat nejvýznamnější psychiatrická zařízení v Čechách, která v tomto historickém vývoji plnila nelehký úkol a velmi zdárně realizovala svou funkci ošetřování psychicky nemocných.

Velkou zásluhu na rozvoji psychiatrického ošetřovatelství, měli zejména psychiatrická nemocnice Bohnice, psychiatrická léčebna v Dobřanech, psychiatrická léčebna v Kosmonosích, nebo psychiatrická klinika ve všeobecné fakultní nemocnici v Praze.

Posledním cílem bylo srovnání psychiatrické péče v jejím počátku a současnosti. Tomuto cíli práce věnovala kapitolu soudobé psychiatrické péče v Čechách, aby čtenář po kapitole historické mohl navázat v současné trendy v ošetřovatelství psychicky nemocných. Tato kapitola se zaměřila na popis organizace psychiatrické péče v Čechách a formy ošetřovatelské péče, které se nyní v praxi využívají. Zmínila také práci sester na psychiatrii a konkretizovala dva typy specifík ošetřování psychicky nemocných a to nemocných s poruchami afektivními a psychotickými.

Bakalářská práce neopomněla zmínit ani vývoj vzdělávání ošetřovatelského personálu. Zmiňuje zde první ošetřovatelskou školu, první učebnici, stav v poválečném období, také po roce 1989 a nezapomene na popis současného systému vzdělávání sester.

V roli zdravotníka v psychiatrii myslíme na všechno. Nezapomeňme na některou složku v ošetřovatelském procesu a snažme se vykonávat péči o pacienta s velkým citem, empatií a pochopením.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČERNOUŠEK, M., 1994. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum. ISBN 80-7169-086-4.

Encyklopedický dům, 1996. *Slovník cizích slov*. Praha: Encyklopedický dům. ISBN 80-90-1647-8-1

FINK, V., 2001. *120 let psychiatrické léčebny v Dobřanech 1880-2000*. Plzeň: Psychiatrická léčebna v Dobřanech. ISBN: neuvedeno.

FIŠAR, Z., *Historie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN*. In: *Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN*. 1. LF UK v Praze, 2011. [19. 4. 2016]. Dostupné z: <http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/historie-psychiatricke-kliniky-1-lf-uk-a-vfn>

HEVEROCH, A. a F. S. FRABŠA, 1926. *Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách*. Zemský správní výbor v Čechách. ISBN: neuvedeno.

JANOSIKOVÁ, E. H. a J. L. DAVIESOVÁ, 1999. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivost'*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-017-8.

KLIK, J., 2009. Karel DOBÍŠEK a Dobřany. In: *Česká a slovenská psychiatrie*. [online]. 105(6): 295 -296. [22.4.2016]. ISSN: 1212-0383. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2009\\_6\\_295\\_296.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_6_295_296.pdf)

KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.

MALÁ, E. a P. PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-700-0.

MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatel'ská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.

MÁŠOVÁ, H., 2005. K organizaci ústavnictví pro choromyslné v Československu mezi dvěma světovými válkami. In: *Česká a slovenská psychiatrie*. [online]. 101(6), 335-337. [18.4.2016]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2005\\_6\\_335\\_337.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_6_335_337.pdf)

MÍČEK, L., 1984. Duševní hygiena. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 14-400-84.

MZČR, 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Praha: MZČR. ISBN: neuvedeno.

NEJEDLÁ, M., H. SVOBODOVÁ a A. ŠAFRÁNKOVÁ, 2004. *Ošetřovatelství IV/1*. Praha: Informatorium. ISBN 80-7333-032-6.

OCISKOVÁ, M. a J. Praško, 2015. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5199-3.

PETR, T. a E. MARKOVÁ a kolektiv, 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

*Psychiatrická nemocnice Bohnice* [online]. Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2015. [19. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.bohnice.cz/zakladni-informace/historie-nemocnice/>

RABOCH, J., 220 let psychiatrické péče v areálu Všeobecné fakultní nemocnice. In: *Všeobecná fakultní nemocnice v Praze*. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2011. [19. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.vfn.cz/priloha/4f2a77032d8c0/tz-tyden-na-psychiatrii.pdf>

SVOBODNÝ, P. a L. HLAVÁČKOVÁ, 1999. *Pražské špitály a nemocnice*. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-315-0.

ŠEDIVEC, V., 2008. *Přehled dějin psychiatrie*. Psychiatrické centrum Praha. ISBN 978-80-87142-004

TICHÝ, J., 2006. *Historie bohnické psychiatrie v letech 1903-2005*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-441-5.

TOŠNAROVÁ, H., 2008. *Historie institucionální péče o psychicky nemocné v ČR*. In: *Diagnóza v ošetřovatelství*. 10. ISSN 1801-1349.

TOŠNAROVÁ, H.. *Problematika etiky v profesionálním chování zdravotních sester v péči o psychiatrické pacienty*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2011. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze Fakulta humanitních studií, obor: Aplikovaná etika.

VENCOVSKÝ, E., 1957. *Počátky české psychiatrie XVIII. a XIX. století*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství. ISBN: neuvedeno.

VENCOVSKÝ, E., 1996. *Psychiatrie dávných věků: Od Hippokrata k Pinelovi*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-226-5.

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha A – Rešerže</b> .....	I
<b>Příloha B – Psychiatrická nemocnice Bohnice</b> .....	II
<b>Příloha C – Psychiatrická léčebna Kosmonosy</b> .....	III
<b>Příloha D – Psychiatrická léčebna Dobřany</b> .....	IV
<b>Příloha E – Kompetence psychiatrických sester - zákon 55/2011 Sb. § 64</b> .....	V



## **Příloha A – Rešerže**

Téma rešerše: Vývoj psychiatrického ošetrovatelství v Čechách

Žadatel: Lenka Ladinová

Jazykové vymezení: Čeština, slovenština

Klíčová slova: Ošetrovatelství v psychiatrii, duševní poruchy, duševně nemocní, psychiatrie, psychiatrické nemocnice, ošetrovatelská péče, dějiny

Časové vymezení: neomezeno

Druhy dokumentů: Knihy, články, abstrakta, kvalifikační práce

Počet záznamů: České zdroje: 340 záznamů / plné texty: 40

Zdroje: Medvik (knihovny Medvik + Bibliographia medica Čechoslovaca), Theses, NKP, Google

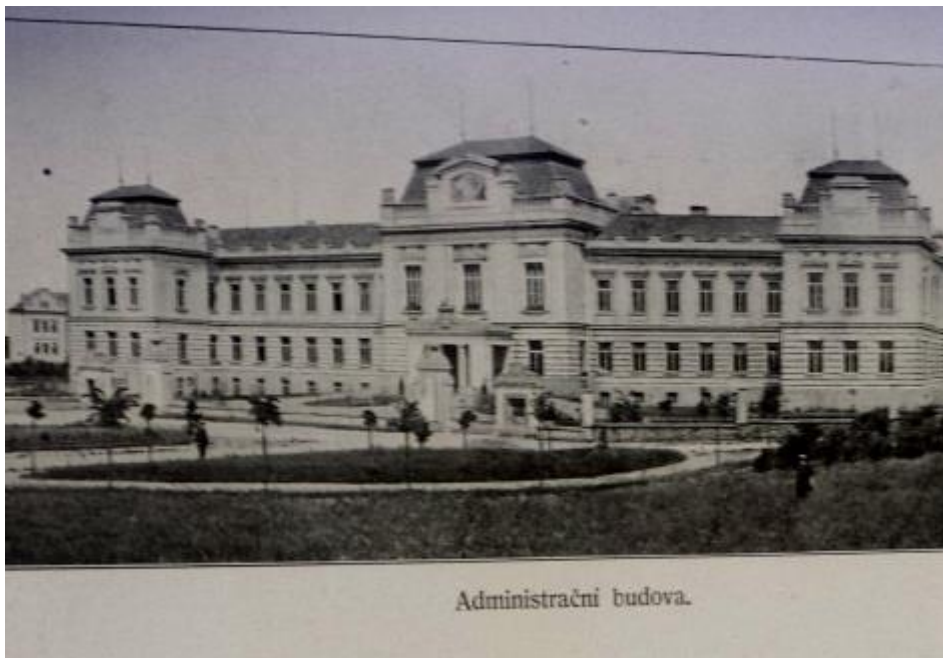
Zpracoval: Mgr.Lojdová, NLK, 17.2.2016

## Příloha B – Psychiatrická nemocnice Bohnice



Obrázek č. 1 – Současná fotografie psychiatrické nemocnice Bohnice

Zdroj: [http://i.idnes.cz/15/063/org/WEB5c3bb4\\_b5.jpg](http://i.idnes.cz/15/063/org/WEB5c3bb4_b5.jpg)



Obrázek č. 2 – Historická fotografie psychiatrické nemocnice Bohnice

Zdroj: HEVEROCH, A. a F. S. FRABŠA, 1926. Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách. Zemský správní výbor v Čechách. ISBN: nevedeno. Strana: 179.

## Příloha C – Psychiatrická léčebna Kosmonosy



Obrázek č. 3 – Současná fotografie psychiatrické léčebny Kosmonosy

Zdroj: [http://i.idnes.cz/12/021/cl6/AB4107f2\\_KOSMONOSY351916.jpg](http://i.idnes.cz/12/021/cl6/AB4107f2_KOSMONOSY351916.jpg)



Obrázek č. 4 – Historická fotografie psychiatrické léčebny Kosmonosy

Zdroj: HEVEROCH, A. a F. S. FRABŠA, 1926. Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách. Zemský správní výbor v Čechách. ISBN: nevedeno. Strana: 123.

## Příloha D – Psychiatrická léčebna Dobřany



Obrázek č. 5 – Současná fotografie psychiatrické léčebny Dobřany

Zdroj: <http://img.blesk.cz/img/1/full/1164700-img-dobransy-lecebna.jpg>



Obrázek č. 6 – Historická fotografie psychiatrické léčebny Dobřany

Zdroj: HEVEROCH, A. a F. S. FRABŠA, 1926. Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách. Zemský správní výbor v Čechách. ISBN: neuvedeno. Strana: 139.

## **Příloha E – Kompetence psychiatrických sester - zákon 55/2011 Sb. § 64**

Sestra pro péči v psychiatrii vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta, který má patologické změny psychického stavu. Dále může:

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

1. provádět poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace,
2. koordinovat spolupráci mezi ústavními zdravotnickými zařízeními a terénními službami, aktivně pracovat s osobami určenými pacientem, společně vytvářet podmínky pro návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí,
3. sledovat chování pacienta z hlediska včasného zachycení nastupující krize,
4. napomáhat adaptaci pacienta na změněné životní podmínky a podporovat zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím cílených aktivit,
5. provádět psychoterapeutickou podporu,
6. v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při začleňování pacienta s poruchou duševního zdraví do vlastního sociálního prostředí;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. provádět návštěvní službu a poskytovat ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta,
2. poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi, který má patologické změny psychického stavu, vyžadující stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí,



3. sledovat dodržování léčebného režimu pacienta, hodnotit známky zhoršování onemocnění, vyhodnocovat, zda pacient není nebezpečný sobě nebo svému okolí,

4. informovat lékaře, případně zajistit nezbytná opatření pro bezpečnost pacienta a jeho okolí;

c) pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa

1. v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při krizové intervenci,

2. v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při zajišťování psychologické pomoci rodině,

3. používat pomocné psychoterapeutické techniky včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů,

4. zajišťovat psychoterapeutický režim oddělení.

Zdroj: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#cast4>