

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE  
SEXUÁLNÍ DEVIACÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**JINDŘIŠKA DUFFKOVÁ**

**Praha 2017**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE  
SEXUÁLNÍ DEVIACÍ**

Bakalářská práce

JINDŘIŠKA DUFFKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2017



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

Duffková Jindřiška  
3. C VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 10. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta se sexuální deviací

*Der Pflegeprozess bei einem Patienten mit einer Paraphilie*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 1. 11. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za podporu a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

Dále děkuji prim. MUDr. Vladimíru Šupinovi za půjčené podklady a konzultace. Nesmím také zapomenout poděkovat sestřám z odd. č. 19 v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech za poskytnutí informací ohledně specifika ošetrovatelské péče na oddělení pro sexuální devianty s ochrannou ústavní léčbou.

## ABSTRAKT

DUFFKOVÁ, Jindřiška. *Ošetrovatelský proces u pacienta se sexuální deviací*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2017. 112 s.

Téma bakalářské práce je zaměřeno na problematiku osob se sexuální deviací. Práce má část teoretickou a část praktickou. V teoretické části seznamujeme s charakteristikou a specifiky jednotlivých sexuálních deviací, dále se zaměřujeme na etiologii, diagnostiku, terapii a krátce pojednáváme o typech ochranného léčení a o kriminalitě spojené s touto diagnózou. V teoretické části se také krátce zmiňujeme o specifikách ošetrovatelské péče na psychiatrii, kde jsou nejčastěji tito pacienti umístěni. Praktická část je zpracována formou ošetrovatelského procesu, který je zaměřen na pacienta s patologickou sexuální agresivitou. Obsah praktické části je vypracován za použití ošetrovatelské a lékařské dokumentace a na základě informací poskytnutých při rozhovoru s pacientem. Praktická část obsahuje anamnézu, stanovení ošetrovatelských diagnóz uspořádaných dle priorit, ošetrovatelský plán, realizaci a hodnocení péče. Všechny informace o pacientovi jsou uspořádány dle NANDA I Taxonomie II.

### Klíčová slova

Ochranná ústavní léčba. Ošetrovatelský proces. Patologická agresivita. Psychiatrie. Režimová léčba. Sexuální deviace.

## AUSZUG

DUFFKOVÁ, Jindřiška. *Der Pflegeprozess bei einem Patienten mit einer Paraphilie*. Krankenpflegehochschule. Grad der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2017. 112 Seiten.

Das Thema der Bachelorarbeit fokussiert sich auf die Problematik von Personen mit einer sexuellen Deviation. Die Arbeit besteht aus einem theoretischen und einem praktischen Abschnitt. Im theoretischen Abschnitt werden wir mit der Charakteristik und Spezifikation einzelner sexueller Deviationen bekannt gemacht. Darüber hinaus befasst sich dieser Abschnitt mit Ätiologie, Diagnostik, Therapie und auch kurz mit Zwangsbehandlung und Kriminalität, die mit dieser Diagnose verbunden ist. Im theoretischen Abschnitt werden kurz die Spezifikationen der psychiatrischen Behandlung erwähnt, wo diese Patienten gewöhnlich enden. Der praktische Abschnitt wurde als Behandlungsprozess aufgefasst, der sich auf einen Patienten mit einer pathologischen sexuellen Aggressivität fokussiert. Der Inhalt des praktischen Abschnittes wurde mithilfe einer Behandlungs- und Ärztedokumentation und anhand von Gesprächen mit einem Patienten erarbeitet. Im praktischen Abschnitt findet man die Anamnese, die Festlegung der Behandlungsdiagnosen geordnet nach Prioritäten, den Behandlungsplan, die Realisierung und die Bewertung der Pflege. Sämtliche Informationen über den Patienten wurden nach NANDA I Taxonomie II geordnet.

### Schlüsselwörter

Zwangsbehandlung in einer Anstalt. Behandlungsprozess. Pathologische Aggressivität. Psychiatrie. Regime-Behandlung. Sexuelle Deviation.

# OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	12
1 PORUCHY SEXUÁLNÍ PREFERENCE - PARAFILIE.....	14
1.1 ROZDĚLENÍ SEXUÁLNÍCH DEVIACÍ.....	15
1.1.1 DEVIACE V AKTIVITĚ.....	16
1.1.2 DEVIACE V OBJEKTU.....	21
1.2 ETIOLOGIE A PSYCHOSEXUÁLNÍ VÝVOJ.....	23
1.2.1 DETERMINANTY NORMÁLNÍHO A DEVIANTNÍHO VÝVOJE.....	23
1.2.2 PSYCHOSEXUÁLNÍ VÝVOJ.....	25
1.3 DIAGNOSTIKA.....	26
1.3.1 PSYCHODIAGNOSTICKÉ METODY.....	26
1.3.2 PSYCHOFYZIOLOGICKÉ METODY.....	27
1.3.3 ANAMNESTICKÉ VYŠETŘENÍ.....	29
1.3.4 SEXUÁLNÍ DEVIACE A SEXUÁLNÍ DELIKVENCE.....	31
1.4 TERAPIE.....	32
1.4.1 PSYCHOTERAPIE.....	35
1.4.2 BIOLOGICKÁ LÉČBA.....	37
1.4.3 KASTRACE.....	38
1.5 SOUDNÍ SEXUOLOGIE.....	39
1.6 SEXUÁLNÍ KRIMINALITA.....	41
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PRÁCE NA PSYCHIATRII.....	43
2.1 ETIKA V PSYCHIATRII.....	43
2.2 VYŠETŘOVACÍ METODY V PSYCHIATRII.....	44
2.2.1 OŠETŘOVATELSKÉ VYŠETŘENÍ.....	44
2.3 LÉČBA V PSYCHIATRII.....	45
2.3.1 BIOLOGICKÁ LÉČBA.....	45
2.3.2 PSYCHOFARMAKA.....	45
2.4 PODÁVÁNÍ LÉKŮ NA PSYCHIATRII.....	46
2.5 KOMPETENCE SESTER NA PSYCHIATRII.....	46



2.5.1	POSTOJ A ZÁSADY KOMUNIKACE SESTER NA SEXUOLOGICKÉM ODDĚLENÍ .....	47
2.5.2	VZTAH SESTRA-PACIENT.....	48
3	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE SEXUÁLNÍ DEVIACÍ.....	49
3.1	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI.....	51
3.2	ANAMNÉZA .....	52
3.3	VYŠETŘENÍ SESTROU PROVEDENÉ PŘI PŘIJETÍ 1. 7. 2014.....	58
3.4	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	61
3.5	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II .....	62
3.6	SITUAČNÍ ANALÝZA.....	70
3.7	STANOVĚNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT ZE DNE 23. 1. 2017.....	72
3.7.1	ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE KE DNI 14. 2. 2017.....	84
3.8	DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	87
	ZÁVĚR .....	89
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	90
	PŘÍLOHY	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>AIDS</b>	.....	Acquired immunodeficiency syndrom
<b>Clark SHQ</b>	.....	Clark Sexual History Questionnaire for Males
<b>CNS</b>	.....	Centrální nervový systém
<b>CT</b>	.....	Počítačová tomografie
<b>EEG</b>	.....	Elektroencefalografie
<b>IQ</b>	.....	Intelligenční kvocient
<b>LH</b>	.....	Luteinizační hormon
<b>MASA</b>	.....	Multidimensional Assesment of Sex and Agresion
<b>MKN-10</b>	.....	Mezinárodní klasifikace nemocí
<b>MR</b>	.....	Magnetická rezonance
<b>MSI</b>	.....	Multiphase Sey Inventory
<b>OL</b>	.....	Ochranná léčba
<b>PL</b>	.....	Psychiatrická léčebna
<b>PN</b>	.....	Psychiatrická nemocnice
<b>RTG</b>	.....	Rentgen
<b>SSPI</b>	.....	Screening Scale for Pedofilic Interests

(VOKURKA a kol., 2010)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Abúzus</b> .....	nadužívání
<b>Explorace</b> .....	vyhledávání nových informací, dat, souvislostí
<b>Insuficientní</b> .....	nedostatečné
<b>Komorbidity</b> .....	současný výskyt více nemocí
<b>Maladaptace</b> .....	nepřizpůsobení novým životním podmínkám
<b>Ostrakizace</b> .....	vylučování, vypovězení ze skupiny, do které člověk doposud patřil
<b>Polymorfní</b> .....	mnohotvárný
<b>Proceptivita</b> .....	uskutečňování či naplňování svého zájmu
<b>Relaps</b> .....	časný či pozdní návrat
<b>Repetitivní</b> .....	stále se opakující
<b>Sebepercepce</b> .....	sebepoznání

([www.slovník-cizich-slov.abz.cz](http://www.slovník-cizich-slov.abz.cz))

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Základní identifikační údaje o pacientovi.....	51
Tabulka 2 Vitální funkce při příjmu dne 1. 7. 2014 .....	52
Tabulka 3 Vyšetření sestrou provedené při přijetí dne 1. 7. 2014 .....	58
Tabulka 4 Medikamentózní léčba při přijetí ze dne 2. 7. 2014 .....	61
Tabulka 5 Medikamentózní léčba po nasazení hormonální léčby ze dne 30. 9. 2014....	62

## ÚVOD

Sexualita představuje v životě každého člověka jeden ze základních individuálních motivů. Člověk je již při narození tvor sexuální a pohlavnost ho provází celý život. Sexualita ovlivňuje osobnost, mezilidské vztahy, je specifickou formou komunikace, zdrojem informací a organizuje lidské chování a prožívání.

Sexualita hraje důležitou roli v osobnostním vývoji, přesto se jí věnuje málo pozornosti. Nemůžeme pochybovat o tom, že bezproblémový sexuální život podstatným způsobem ovlivňuje duševní zdraví lidí. Přesto je zde velká nedostatečnost teoretického i praktického vzdělávání psychologů, lékařů a všeobecných sester v oblasti sexuálních deviací.

Sexuální deviace se v poslední době staly díky sdělovacím prostředkům vědním tématem vzbuzujícím u populace odsouzení, a to i v myšlení zdravotníků, kteří by měli přistupovat k těmto lidem a jejich poruchám nezaujatě a bez emocí. Přesto se stále setkáváme s předsudky.

Parafilici si svou deviací nevybírají dobrovolně. Samozřejmě jsou do jisté míry odpovědní za své chování a snahu odolat pokušení, ovšem chybí důkaz, že může člověk plně kontrolovat tuto biologickou potřebu, jakou je ta sexuální, pouhým vědomým rozhodnutím.

Veřejnost nemá možnost získat komplexní pohled na problematiku sexuálních deviací a je o sexuálních deviacích informována velmi jednostranně, a to pouze ze strany sdělovacích prostředků, a málokdo si uvědomuje, že i většina lidí se sexuální deviací je schopna žít tak, aniž by se dostávala do konfliktu se zákonem.

Je důležité, aby parafilici došli k sebepoznání jich samotných, aby byli informováni již od počátku deviantního vývoje o své poruše, o možném vývoji, vlivu na ostatní oblasti života a o možnostech léčby. Jedině tak dojde ke zkvalitnění života těchto lidí, ale i ochraně potencionálních obětí (WEISS, 2008).

Téma bakalářské práce bylo zvoleno proto, že nás zaujala problematika sexuálních deviací. Zajímavé je zejména to, jak pacienti přistupují ke své poruše, jak nahlízejí na své onemocnění a jak se postupem času mění jejich názory, náhled a celkové chování po absolvování ochranné ústavní léčby.

V neposlední řadě jsme zvolili toto téma z toho důvodu, že ošetrovatelská péče v oblasti psychiatrie, zvláště pak u sexuálních deviantů, je velmi specifická a o to více zajímavá.

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:**

**Cíl 1:** Shrnout dosavadní publikované poznatky zaměřené na problematiku sexuálních deviací.

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Představit problematiku ošetrovatelské péče o pacienta se sexuální deviací.

**Cíl 2:** Zpracovat průběh ošetrovatelského procesu u pacienta se sexuální deviací.

### **Vstupní literatura**

1. WEISS, Petr, 2008. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-419-9.
2. WEISS, Petr, 2010a. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.
3. ZVĚŘINA, Jaroslav, 2012. *Lékařská sexuologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2049-7.

### **Popis rešeršní strategie**

Vyhledávání odborných publikací, které byly použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta se sexuální deviací, proběhlo v období říjen 2016 až leden 2017.

Rešerše byla zpracována v knihovně Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. Jako klíčová slova v českém jazyce byla zvolena slova: ochranná ústavní léčba, oš. péče, oš. proces, patologická agresivita, psychiatrie, režimová léčba, sexuální deviace, ústavní léčba. V rešerši knihovny Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. bylo vyhledáno v českém jazyce 35 záznamů: 3 kvalifikační práce, 17 monografií, 15 článků a příspěvků ve sborníku. Základními prameny byl katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)), kvalifikační práce (thesis, cuni), Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz)), Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>) a Online katalog NCO NZO.

# 1 PORUCHY SEXUÁLNÍ PREFERENCE - PARAFILIE

## KLASIFIKACE

Předpokladem, který určí sexuální zaměření či sexuální chování, které lze označit jako deviantní, je stanovení určitého referenčního rámce. Lze tedy říci, že základem pro určení parafilie (deviace) je přesné vymezení těch sexuálních preferencí, které můžeme považovat za normální. Deviantní chování pak bude takové, které vybočuje z hranic normálu. Ovšem stanovení těchto hranic normálu není vůbec jednoduché a jednoznačné (WEISS, 2008).

Lze také říci, že jako sexuální deviace (perverze, parafilie) se označují stavy kvalitativně změněné sexuální motivace lidí, z čehož vyplývá, že podstata je výhradně v intrapsychických charakteristikách člověka, které pak umožňují, podmiňují nebo modifikují vnější poruchy v podobě deviantního chování.

U sexuální motivace rozlišujeme tři oblasti, které mohou být kvalitativně změněné:

- sexuální identifikace - včetně příslušné sexuální role,
- sexuální orientace - preference ve vztahu k sexuálnímu objektu,
- dále pak sexuální chování, emoce a reakce.

Faktory určující sexuální motivaci jsou faktory biologické a neexistuje spojitost mezi deviací a normou, lidé jsou více či méně deviantní.

Sexuální deviace je celoživotní a trvalá charakteristika jedince a léčbou či trestem ani jinak nelze změnit sexuální preferenci, lze pouze upravit sexuální chování a projev.

Je důležité také upozornit, že k sexuálním deviacím nepatří zvláštnosti sexuálního chování, jako je např. nízká sexuální apetence, ani její opak, hypersexualita, stejně jako záliby v některých méně obvyklých praktikách jako např. anální koitus, orálně-genitální kontakty, onanie apod. (ZVĚŘINA, 2012).

*Ze sexuologického hlediska můžeme za normální považovat takové konsenzuální (souhlasné) sexuální aktivity, které se odehrávají mezi psychosexuálně a somatosexuálně dostatečně zralými a pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery*

a které nevede k jejich psychickému nebo bolestivému poškození (WEISS, 2010a, s. 469).

*Deviantní sexuální chování ještě nemusí nutně signalizovat přítomnost deviace a normální chování ještě není dostačujícím důkazem sexuální normality* (WEISS, 2008, s. 29).

Projevy sexuálních deviací zahrnují rozdílné aktivity, od těch neškodných a spíše společensky obtížných jako je např. exhibice, až po nebezpečné trestné činy proti zdraví a životu obětí (WEISS, 2008).

## **1.1 ROZDĚLENÍ SEXUÁLNÍCH DEVIACÍ**

Dle platné Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) v 10. revizi jsou v kapitole Duševní choroby a poruchy chování sexuální deviace zahrnuty do sekce Poruchy osobnosti a chování u dospělých pod kódem F65 jako Poruchy sexuální preference, parafílie.

Parafílie jsou zde charakterizovány *sexuálními impulzy, fantaziemi nebo praktikami, které jsou nezvyklé, deviantní nebo bizarní* (WEISS, 2008, s. 31-32) a mezi diagnostická kritéria dle MKN-10 patří tyto podmínky: intenzivní sexuální touhy a fantazie se týkají neobvyklých objektů nebo aktivity, jedinec těmto touhám vyhoví, nebo je jimi cíleně obtěžován a tato preference je přítomna nejméně 6 měsíců (WEISS, 2008).

Poruchy sexuální preference dle MKN-10:

- F65.0 Fetišismus,
- F65.1 Fetišistický transvestitismus,
- F65.2 Exhibicionismus,
- F65.3 Voyeurismus,
- F65.4 Pedofilie,
- F65.5 Sadomasochismus,
- F65.6 Mnohočetné poruchy sexuální preference,
- F65.8 Jiné poruchy sexuální preference,
- F65.9 Porucha sexuální preference NS, Sexuální deviace NS (MKN-10, 2010).



Výčet parafilií je však považován za neúplný a neodpovídá plně potřebám sexuologické diagnostiky. Zejména pak u patologické agresivity, která není výše zahrnuta, přestože je její podstata odlišná sadismu. Sexuální deviace máme dvojího druhu: deviace v aktivitě a deviace v objektu. Kromě tohoto základního rozdělení pak rozeznáváme: deviace kombinované či polymorfní - vyskytuje se více druhů deviantních preferencí (WEISS, 2008).

### **1.1.1 DEVIACE V AKTIVITĚ**

*Jsou charakterizovány jako poruchy ve způsobu dosahování sexuálního vzrušení a uspokojení (WEISS, 2010a, s. 33).*

Do této kategorie patří:

- voyeurismus,
- exhibicionismus,
- frotérismus,
- tušerství,
- patologická sexuální agresivita,
- agresivní sadismus,
- sadomasochismus a jiné (WEISS, 2010a).

### **VOYEURISMUS**

Při této sexuální deviaci se deviant ukájí a vzrušuje tím, že potají sleduje objekt při intimních aktivitách (mazlení, koitus, onanování), ale i neerotických aktivitách jako je převlékání, koupání, močení atd. Sexuální zvědavost je asi pro většinu žen i mužů přirozená, ale pouze v případě pravé deviantní motivace je toto chování způsobem dosažení vzrušení a je také upřednostňováno před partnerskými sexuálními aktivitami i v případě, kdy neexistuje překážka v sexuální interakci a partner je atraktivní a věkově dostupný (ZVĚŘINA, 2012).

Většina voyeurů se nedostává do konfliktu se zákonem a jejich aktivity zůstávají často neodhalené. Jen občas bývá takový muž polapen, přichycen během masturbace a stíhán za výtržnictví (WEISS, 2010a).

Zdá se, že slíděním se zabývají mladí muži. Jen málo z nich je ve věku starším než 35 let, ovšem tato preference je celoživotní (ZVĚŘINA, 2012).

## EXHIBICIONISMUS

Je typ chování a psychologická potřeba, která zahrnuje vystavování částí těla ostatním lidem s cílem získat přízeň, obvykle z části se sexuálním podtextem a k upoutání pozornosti ostatních, která je získána ukazováním svého obnaženého „přirození“, tedy části lidského těla, které by mělo být za normálních okolností zakryté (PEROUTKOVÁ, 2012).

U této deviace se subjekt ukájí a vzrušuje tím, že před objektem obnažuje svůj genitál. Někdy to bývá také spojeno s erekcí a masturbací (ale ne pokaždé). Časté bývá, že se při svém počínání nesnaží o sblížení s objektem. Exhibicionismus je jednou z nejrozšířenějších sexuálních deviací. Zajímavé je, že nejčastěji obtěžují ženy ve věku do 25 roků, je tedy zřejmé, že si své oběti vybírají i podle věku. Exhibice může probíhat jak před skupinou žen nebo dívek, tak i pouze před osamělou ženou (WEISS, 2008), (ZVĚŘINA, 2012).

Exhibicionismus je silně nutkavého charakteru a má často vysokou recidivu. Exhibicionista bývá spíše bázlivý, nesmělý muž a sociálně partnersky adaptovaný. K sexuálnímu vzrušení mu stačí pohled objektu a vědomí, že byl viděn, resp. jeho penis. Exhibicionista očekává pozitivní reakci objektu a jeho přáním je přihlížení ženy. Jestliže je reakce objektu opačná, obvykle jeho „napětí“ vyhasne a přichází pocit zahanbení. Stejně je tomu v případě, že žena prokáže svůj zájem o bližší kontakt, subjekt svou exhibici ukončí a odejde. Vyhledávanými místy bývají parky, průchody apod., ale není výjimkou ani exhibování z okna bytu či auta (WEISS, 2010b).

Důležité je zmínit, že *ne každý expozér genitálu je však pravý exhibicionista* (WEISS, 2010a, s. 471). Pokud se dopouští exhibice před dětmi, je možné, že se jedná o pedofila (WEISS, 2010b).

## FROTÉRISMUS

*U frotérismu je vzrušení dosahováno třením se o anonymní neznámé ženské objekty v tlačenících (ve frontách, v tramvajích)* (WEISS, 2008, s. 45). Těmto mužům přináší vzrušení, když předstírají, že se náhodou a neúmyslně dotýkají svým erigovaným penisem těla ženy. Často jejich vzrušení končí i ejakulací na šaty dotyčného objektu.

Do střetu se zákonem se tito muži dostávají jen zřídka, protože většina obětí tyto případy nenahlásí a raději se vyhnou veřejné scéně upozorněním na chování pachatele (WEISS, 2008).

## **TUŠÉRSTVÍ**

*Tušér dosahuje vzrušení doteky intimních míst anonymních ženských objektů* (WEISS, 2008, s. 46). Ukájejí se třením a dotykový kontakt je tím, o co maximálně usilují. Realizačním polem je tlačeničky v hromadném dopravním prostředku, ve frontě, na koncertech a podobné situace. Frotérismus a tušerské chování se často vyskytuje současně u jednoho subjektu. Dá se říci, že se jedná o lehčí formu přímé sexuální agrese (WEISS, 2008).

## **PATOLOGICKÁ SEXUÁLNÍ AGRESIVITA**

*Sexuálního vzrušení a uspokojení je u patologické sexuální agresivity dosahováno překonáváním odporu napadené anonymní ženy a minimalizace její kooperace* (WEISS, 2010a, s. 472).

Někteří repetitivní a nebezpeční sexuální agresori nemají žádnou sadistickou vložku a pak máme pravé sadisty. Přesto tato deviace patří k těm nejnebezpečnějším. Dá se říci, že u sexuálního agresora se jedná o chování predátorské, kdy jeho útok je prudký, napadená žena je vyhlédnuta na nějakém opuštěném místě, povalena, znásilněna, může být ze strany subjektu vyžadováno orální dráždění či masturbace. Útok zpravidla nepředchází pokus o verbální komunikaci (ZVĚŘINA, 2012).

Typické pro tyto muže je, že bývají mladší (většina do 30 let) a k prvním deliktům dochází do 20. roku věku. Důležité je pak rozlišovat nebezpečné agresory od sociosexuálně nevyvinutých mladíků. Samozřejmě rozlišení není snadné a bylo by chybou mladé pachatele bez partnerských sexuálních zkušeností považovat za neschopné sexuální adaptace proto, že spáchali několik agresivních sexuálních deliktů. Sexuologická péče ať ambulantní, nebo nemocniční by pak měla pomoci rozlišit tyto pacienty na schopné a neschopné se adaptovat (WEISS, 2010a).

Často bývá u pachatelů nacházen abúzus alkoholu a to až u 70 %. Dostí obvyklá je pak i maladaptace profesionální i partnerská. Z výchovných podmínek je častý defekt

v postavení osobnosti otce, který bývá často hostilní, či chybějící ve výchově, dále pak konfliktnost manželství rodičů či výchova v ústavním zařízení.

Sexuální agresori mají dřívější a četnější sexuální kontakty, velmi omezené sexuální zkušenosti a obvyklé rigidní a puritánské postoje k sexuálním otázkám. V oblasti sexuální socializace nejsou schopni se citově angažovat nebo udržet vztah. U sexuálních agresorů byla nejčastěji diagnostikována porucha osobnosti, objevuje se také zastoupení jedinců trpících psychotickou poruchou (WEISS, 2008).

### AGRESIVNÍ SADISMUS

U agresivního sadismu rozlišujeme tři kategorie:

- ty, kteří směřují k osahávání klínu oběti,
- ty, kteří usilují o genitální spojení,
- ty, kteří usilují o znehybnění oběti.

Extrémně nebezpečný je právě poslední případ, kdy se subjekt chová jako predátor, usiluje o znehybnění oběti, neboli k prodlužování mučení jako pravý sadista (WEISS, 2008).

Tito devianti *pro dosažení vzrušení potřebují objekt svého zájmu před stykem, během nebo či místo styku učinit nehybným* (WEISS, 2008, s. 59). Téměř u poloviny případů se objevuje sexuální delikvence již v minulosti spácháním nějakého méně závažného jednání.

Rozeznáváme dva druhy sexuálních vražd. *Při prvním z nich je oběť prudkým útokem skolena nebo přímo usmrcena a pak je s ní sexuálně manipulováno, přičemž těchto vražd se dopouštějí hlavně patologičtí sexuální agresori. Při druhém je oběť naopak napadena, zavražena, týrána a pak teprve usmrcena (tyto vraždy jsou páčány pravými sadisty)* (WEISS, 2008, s. 60).

Z výsledků rozborů několika desítek případů vyplývá, že sadistické vraždy bývají plánované. Metodou zabíjení je uškrcení, ubití pěstmi, předmětem nebo zbraní. Samozřejmě údery jsou zaměřeny na intimní místa (prsá, genitál, konečník). Z rozboru vyplývá, že sadisty je často preferován anální styk před vaginálním, mnohokrát dochází k vsouvání různých předmětů do intimních partií, přičemž většinou pachatel cítí velké vzrušení a po dokonání psychické uvolnění.

Charakteristika sadistického vraha odpovídá introvertnímu, sociálně izolovanému, citově plochému, prudérnímu a hypochondrickému profilu. Časté jsou voyeuristické a fetišistické projevy. Tento člověk má pocit méněcennosti a čin mu dává pocit moci a nadvlády. Má celoživotní problémy se vztahy k ženám, při partnerském milování selhává. V dětství se objevuje mučení a zabíjení zvířat či zakládání ohně. Normální pornografie u nich nevzbuzuje vzrušení. Objevuje se nižší IQ, základní či nižší vzdělání, nekvalifikované zaměstnání (WEISS, 2008).

## **SADISMUS A SANDOMASOCHISMUS**

*U sadismu je vzrušení dosahováno dominancí, totální kontrolou objektu. Sadista je vzrušován fyzickým a duševním utrpením oběti a pocitem, že oběť je plně v jeho moci.*

*U masochismu je vzrušení dosahováno totálním odevzdáním se partnerovi, vlastním ponižováním či utrpením (WEISS, 2010a, s. 474).*

U sexuální deviace se jedná o chování, které vede jednoznačně k sexuálnímu vzrušení a uspokojení. Sadismus a masochismus se vyskytuje často společně a v tom případě mluvíme o sadomasochismu. Sadomasochistické aktivity se vyskytují ve formě tzv. *partnerského sadomasochismu, kde jsou potřeby partnerů komplementární, odehrávají se za vzájemného souhlasu a bez pocitů studu či viny (WEISS, 2010a, s. 474).*

Zde je také typické, že ne vždy je zde podmínka anonymity objektu, která je typická pro ostatní deviace v aktivitě. Činnosti, které jsou typické pro tyto jedince, jsou velmi různorodé. Např. flagelace (bičování), svazování za účelem znehybnění (bondage), fyzické poškozování, fisting (sex pěstí). Jedinci často ulpívají na opakovaných rekvizitách a rituálech (WEISS, 2010a).

U masochismu lidé nacházejí prožitek v tom, být ponižovaný či poškozovaný od sexuálního partnera či najaté prostitutky. Necháávají se spoutat, bičovat, pálit ohněm apod. Sadista pak opačně pociťuje vzrušení, pokud působí utrpení a ponížení druhému z partnerů. Bolest je u masochisty omezena jen na sexuální oblast a bolest musí být nepříjemná, ale ne nesnesitelná.

Mezi zvláštní formy sadismu pak patří pseudopedagogický sadismus, zaměřený na děti a dospívající, kdy je kladen důraz na poslušnost a disciplínu. Pak máme

fetišistický sadismus, kdy *erotická fascinace se týká jen rekvizit, které nějak souvisejí s násilím* (WEISS, 2008, s. 72) a často mívá povahu fantazijní (WEISS, 2008).

### **1.1.2 DEVIACE V OBJEKTU**

*Jako deviace v objektu označujeme kvalitativní poruchy sexuální motivace charakterizované neadekvátním zaměřením erotické touhy, tedy tím, na jaký objekt je orientována sexuální touha* (WEISS, 2010a, s. 476).

### **PEDOFILIE**

Jedná se o orientaci na předpubertální, tedy dětské objekty. Může být povahy heterosexuální, bisexuální nebo homosexuální. Preferují jak fyzickou nezralost objektu, tak i jeho dětské chování. Pedofilova osobnost se podobá osobnosti dítěte. Cítí se dobře, uvolněně ve světě dětí. Často hrají roli staršího kamaráda, uplatňují se v zaměstnáních, kde přichází do kontaktu s dětmi. Pravá pedofilie je charakteristická pedofilní proceptivitou, kdy subjekt tráví spoustu času s dítětem, užívá si projevy dětské psychiky stejně tak, jako je muž okouzlen ženským půvabem (ZVĚŘINA, 2012).

Sexuální zneužití spočívá zpravidla na nekoitálních formách kontaktu s dítětem v podobě hry nebo škádlení. To může na dítěti zanechat narušení psychosexuálního vývoje. Nejzávažnější je pak zneužití manuálním či orálním kontaktem s genitálem objektu, popř. vyžadování masturbace nebo orálního dráždění. I mezi pedofily se nacházejí sexuální agresori, kteří dětskou oběť znásilní nebo mučí (WEISS, 2008).

U mužů zaměřených na dospívající dívky mluvíme o hebefilii a u mužů zaměřených na dospívající hochy o efebofilii (WEISS, 2010a).

### **FETIŠISMUS**

*V případě fetišismu jde o erotické zaměření na neživé předměty nebo části těla, které zastupují sexuální objekt* (WEISS, 2010a, s. 480).

Jako deviace by měl být diagnostikován v případě, že je nejdůležitější nebo bezpodmínečnou podmínkou pro uspokojení nebo sexuální vzrušení. Rozlišujeme tři základní kategorie možných sexuálních signálů:

- části těla: o fetišismus se jedná, pokud zájem o určité specifické části těla převyšují zájemem o partnerku a o její tělo jako celek,

- neživé prodloužení těla: jedná se o nejčastější druh fetišismu, kdy preferuje části oblečení, prádla, boty,
- specifické látky: do této kategorie patří latex, kůže, umělá hmota.

Fetišistické aktivity probíhají při masturbaci s preferovaným předmětem, nebo dochází k zařazení fetiše do partnerských sexuálních aktivit. Znakem fetiše je, že fetišista potřebuje ke vzrušení použité ženské kalhotky, či podprsenku, čichá k nim, mazlí se s nimi, obléká si je. Nově zakoupené předměty obvykle nevyvolávají vzrušení (WEISS, 2010a).

## **TRANSESTITISMUS**

*Vzrušení je u této deviace dosahováno převlékáním se do šatů opačného pohlaví a eventuálně i vystupováním v roli opačného pohlaví (WEISS, 2010a, s. 481).*

U tranvestisty není podstatně narušena příslušnost k vlastnímu pohlaví. Muž se cítí být i nadále přes oblékání a vystupování v ženském oblečení mužem na rozdíl od transsexuálů, kteří mají plné rozpojení biologického a psychologického pohlaví. Transsexualismus se neřadí k sexuálním deviacím, ale mezi poruchy sexuální identity (WEISS, 2010).

Cross-dressing (převlékání) slouží u těchto lidí jako prevence úzkosti a pro psychickou pohodu mu někdy postačí nosit pod mužským oděvem alespoň nějaký kus ženského oblečení. Frustraci a tenzi pak mohou pociťovat, pokud nemají možnost převleku. Bývají schopni sexuální partnerské adaptace, ale milování se ženou jim často nepřináší skutečné uspokojení. Mají typicky ženské zájmy (líčení, móda, účesy). Od fetišistů se liší především tím, že k dosažení vzrušení jim postačí prádlo či oblečení zakoupené v obchodě, které nemusí být předtím nošené.

Také je důležité rozlišovat mezi fetišistickým transvestitismem a transvestitismem dvojí role. U fetišistického transvestitismu se dotyčný převléká do šatů opačného pohlaví – je vzrušen. U transvestitismu dvojí role jde jedinci o přechodný zážitek příslušnosti k opačnému pohlaví. Není vzrušen a netouží po trvalé změně pohlaví (WEISS, 2008).

## **KOMBINOVANÉ A POLYMORFNÍ SEXUÁLNÍ DEVIACE**

Kromě deviací v aktivitě a v objektu se občas setkáváme i s kombinací deviantních preferencí, které se vyskytují současně (např. pedofilní fetišismus, pedofilní sadismus, fetišistický sadomasochismus). Polymorfní deviace se často vyskytují v kombinaci s těžkou psychopatickou osobností (WEISS, 2008).

### **1.2 ETIOLOGIE A PSYCHOSEXUÁLNÍ VÝVOJ**

#### **ETIOLOGIE**

Jedním z cílů medicíny je nalezení jasné příčiny u chorob a poruch. U deviací neznáme přesnou etiopatogenezi, ale přesto se domníváme, že i zde je hlavní příčinou vrozená dispozice. Sexuální zkušenosti, výchova a jiné hrají u těchto poruch spíše jen formující roli. Sexuální vývoj jedince je málo prozkoumaná oblast. Výkladové teorie etiologie sexuálních deviací se liší autor od autora, podle toho, čemu ten který autor přikládá rozhodující význam. Důležité je zmínit, že dosud nemáme k dispozici komplexní a všeobecně přijímanou koncepci vzniku a vývoje těchto poruch. Mezi hlavní etiologické teorie řadíme modely:

- genetické,
- hormonální,
- neuroanatomické a neurofyziologické,
- behaviorální,
- psychoanalytické,
- psychopatologické,
- psychodynamické,
- model poruch dvoření,
- model sexuálního motivačního systému,
- sociologické modely (WEISS, 2010a).

#### **1.2.1 DETERMINANTY NORMÁLNÍHO A DEVIANTNÍHO VÝVOJE**

*Základy psychosexuálního vývoje individua jsou určeny konstitučními faktory a modifikovány vlivy výchovy a učení (WEISS, 2008, s. 157). Aspekty rozhodující pro vývoj jsou:*

- sexuální identifikace,
- sexuální role,



- sexuální preference,
- sexuální chování (WEISS, 2008).

## **SEXUÁLNÍ IDENTIFIKACE**

Sexuální identifikace znamená pocit příslušnosti k určitému pohlaví. U sexuální identifikace je typický vrozený determinant, ale i proces učení, jak sociální (na základě odměn a trestů), tak kognitivní. Příkladem poruchy pohlavní identity je transsexualismus (WEISS, 2008).

## **SEXUÁLNÍ ROLE**

Vnější projevem pohlavní identity je sexuální role. Zde jsou rozhodující kromě konstitučních faktorů také kulturně společenské vlivy, zprostředkované rodinou. Uplatňují se zde dva mechanismy:

- s rodičem či jinou osobou stejného pohlaví dochází k identifikaci,
- doplňování se s osobou opačného pohlaví navzájem (WEISS, 2008).

## **SEXUÁLNÍ PREFERENCE**

Etiopatogeneze sexuálních deviací není zcela objasněna a tím ani způsob, kterým jedinec dosahuje sexuálního uspokojení a jaký objekt eroticky apetuje.

Porucha sexuální preference se projeví většinou až v době puberty či adolescence. Až v pubertě může obsah sexuálních fantazií svědčit o narušení sexuální preference ve smyslu parafilie. Experimentování v prepubertálním věku však nemusí signalizovat deviantní vývoj a toto chování se může objevit i v dospělosti u sexuálně úplně normálních dětí (WEISS, 2008).

## **SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ**

*Kapacita pro genitální je u člověka přítomna od raného dětství* (WEISS, 2008, s. 159). Genitální stimulace a masturbace u dětí přetrvává až do zahájení párových sexuálních styků. U dětí se často objevují sexuální hry, které nejsou erotického charakteru, ale projevem dětské zvědavosti. Sexuální chování je podmíněno rozvojem sexuálních emocí (v období puberty a adolescence). Jde o schopnost sexuálního vzrušení, dosažení orgasmu a sexuální satisfakce a na závěr rozvojem emoce zamilovanosti (WEISS, 2008).

## 1.2.2 PSYCHOSEXUÁLNÍ VÝVOJ

### PRŮBĚHOVÉ FORMY PSYCHOSEXUÁLNÍHO VÝVOJE

Dalo by se říci, že již v pubertě lze u sexuálních deviantů pozorovat odchylky v heterosexuálních vztazích především v oblasti komunikace. Jsou buď nesmělí, nebo naopak přehnaně agresivní. *Absence prvních platonických lásek nebo jejich nápadně pozdní nástup může signalizovat deviantní vývoj už v tomto období* (WEISS, 2008, s. 163). Často z důvodu snahy zapadnout mezi vrstevníky může docházet k zdánlivě normálnímu vývoji heterosexuálních vztahů a aktivit, ale nejedná se o autentické vnitřní potřeby, kdy si jsou vědomi své odlišnosti a snaží se působit co nejnornálnějším dojmem. Často se u těchto jedinců objevuje pocit viny a odlišnosti, kdy následkem toho dochází k vytěsnění oblasti sexuality. Často to vede k poruchám sebepercepce a dalšímu narušování schopnosti navazovat kontakt.

Sexuální devianti jsou popisováni jako psychosexuálně deficitní, ale jedná se o předsudečný přístup, protože ve skutečnosti většina deviantů má atypickou proceptivitu, kdy jsou obratní, empatičtí, ale ve svém specifickém sektoru sociálních dovedností. U sexuálních deviantů dochází k rozpojení sexuální a citové sféry, což charakterizuje v dospělosti jejich chování ve vztahu k sexuálním objektům. U většiny z nich zaznamenáváme i snahu o adaptaci na partnerskou sexualitu. *Sexuální chování pak často imponuje jako impulzivní exces, který překvapí pacienta i jeho okolí* (WEISS, 2008, s. 165). U deviantních jedinců se často setkáváme i se sexuálními dysfunkcemi, jako jsou např. erektilní problémy nebo předčasná ejakulace. U části z nich můžeme zaznamenat promiskuitu a bohatou sexuální anamnézu, ale lze to vysvětlit právě neschopností navázat normální citový vztah nebo neúspěchem nalezení uspokojení v normálních sexuálních aktivitách (WEISS, 2008).

### PARTNERSKÉ VZTAHY SEXUÁLNÍCH DEVIANTŮ

U pachatelů, kteří jsou ve fungujícím partnerském vztahu je recidiva nižší než u pachatelů osamělých nebo ve vztahu, který jim nepřináší sexuální uspokojení. Např. u exhibicionistů, jimž ale pravidelný sexuální styk nesnižuje potřebu exhibice. U patologických sexuálních agresorů bývá většina vztahů konfliktních a nefunkčních, pokud vůbec nějaký partnerský vztah mají. Z důvodu neobratnosti ve styku s ženami

mají problémy s udržení trvalého partnerského vztahu. Sexuální agresori jsou méně často ženatí a je mezi nimi nejvíce svobodných (WEISS, 2008).

### **1.3 DIAGNOSTIKA**

Diagnostika zahrnuje několik metod, mezi které patří: psychodiagnostické metody, kam řadíme např. Rorschachův test, kresbu lidské postavy, speciální sexuologické dotazníky a dále potom psychofyziologické metody, mezi které patří nejznámější metoda v oblasti sexuálních deviací, falometrie, a nejvyužívanější metoda, anamnestické vyšetření.

#### **1.3.1 PSYCHODIAGNOSTICKÉ METODY**

*Je nutno konstatovat, že psychodiagnostické metody zaměřené speciálně na zjištění přítomnosti sexuální deviace v zásadě neexistují* (WEISS, 2008, s. 179). Psychologické vyšetření je zaměřeno na odlišnost v oblastech, a to na základě srovnání s populační normou. Vyšetřují se osobnostní, charakterové a motivační anomálie. Deviace je celoživotní handicap a ovlivňuje vývoj osobnosti, jeho sociální vztahy a sekundárně adaptační problémy. Určení diagnózy na základě psychodiagnostických metod srovnávaných s populační normou je v podstatě nemožné. Takové metody nám pouze přiblíží charakteristiku inteligence, osobnosti, motivace ale neslouží k určení sexuální anomálie (WEISS, 2008).

#### **RORSCHACHŮV TEST (ROR)**

Rorschachův test využívá 10 karet s barevnými a černobílými symetrickými skvrnami. Všechny skvrny jsou na bílém pozadí a sada zahrnuje tři barevné skvrny, pět černých a dvě černo-červené. Tvar skvrn a až poté barvu zkoumají osoby racionálně založené a naopak osoby emotivně založené se nejprve zaměřují na barvy a teprve poté na tvar. U testu se hodnotí rychlost odpovědi, doba přemýšlení, originalita a verbální i neverbální reakce (DRNCOVÁ, 2009).

Příkladem typické odpovědi u deviantů jsou odpovědi na tabuli III., kde většina populace odpoví, že se jedná o ženské postavy, kdežto devianti odpovídají spíše neutrálně „dvě postavy“, „dva lidé“, nebo agresivně „dvě ženy se hádají“, „dvě ženy se perou“. U tabulí č. II., IV., VI., VII., vzniká více selhání. U pedofilů jsou v protokolu ROR uváděny „tergo odpovědi“ – tedy zvíře nebo člověk viděný zezadu, bizarní

sexuální odpovědi a perservice. Klasická verze ROR ale neposkytuje přímé ukazatele sadismu a sexuální agresivity (WEISS, 2008).

## **KRESBA LIDSKÉ POSTAVY**

Pro kresbu exhibicionistů je typické zvýraznění očí u protipostavy, zvýraznění genitálu. U pedofilů se objevují změněné proporce obou postav na dětské, jako je např. velká hlava, menší tělo, potlačení sekundárních pohlavních znaků u ženské postavy. V kresbě ženské postavy a v kresbě postavy identifikační u sexuálních agresorů je typická maskulinizace, zbraň, prsty s ostrým zakončením nebo otevřená ústa s vyceněnými zuby, popř. známky paranoidity, jako jsou odstávající, nápadné uši (WEISS, 2008).

## **SPECIÁLNÍ SEXUOLOGICKÉ DOTAZNÍKY**

Kromě obvykle užívaných psychodiagnostických metod (nejčastěji MMPI, Eysenkův osobnostní dotazník, Cattelův 16 PF) existují i pokusy o vytvoření speciálních sexuologických dotazníků, zjišťujících deviantní i nedevariantní chování a tendence (WEISS, 2008, s. 181). Příkladem jsou:

- Clark SHQ – 190 položkový test vytvořený Paitichem a jeho spolupracovníky, kdy lze tento dotazník použít na zjištění celkové úrovně parafilní aktivity.
- MSI - 300 položkový test autorů Nicholse a Molindera, který obsahuje škály měřící zkušenosti se sexuálně deviantním chováním, sexuální informovanost, sexuální dysfunkčnost. Tato metoda slouží k měření pokroků v terapii.
- MASA - vytvořený Knight a spol., obsahuje 403 položek zaměřených na parafilie, dětské sexuální zkušenosti, projevy agresivity a sexuální poruchy.
- SSPI - patří mezi nejnovější dotazníkové metody, vytvořené autory Seta a Nalumiera.

Žádný výše uvedený dotazník nebyl přeložen a standardizován v ČR pro naši populaci (WEISS, 2008).

### **1.3.2 PSYCHOFYZIOLOGICKÉ METODY**

#### **FALOMETRIE**

Úspěšnou psychofyziologickou metodou v sexuologické diagnostice je falometrie. *Spočívá v přístrojové registraci objemových změn penisu či změn prokrvení*

*vulvy jako reakce při prezentaci vizuálních nebo auditivních sexuálních podnětů různého charakteru* (WEISS, 2008, s. 185). Údaje o sexuálních preferencích a eventuálních zábranách poskytuje srovnání senilních reakcí klienta na deviantní a nedevariantní snímky. Vznik falometrie je u nás spojován se jménem Kurta Freunda.

Falometrické vyšetření je dnes užíváno:

- při vyšetřování nočních tumescencí (ztopoření penisu během spánku),
- při výzkumu sexuální zkušenosti a její závislosti na různých proměnných,
- při léčbě a diagnostice sexuálních dysfunkcí,
- při diagnostice sexuálních deviací,
- při sledování výsledků terapie u sexuálních delikventů.

V případě správného postupu jsou získané informace z vyšetření falometrem velmi věrohodné. Ovšem je nutné, aby vizuální podnětové sady byly při vyšetření:

- zastoupeny ve více variantách pro určité situace či věkové skupiny,
- kvalitní, přehledné, srozumitelné a jednoznačné,
- ukazovány po doporučenou dobu, která se obvykle pohybuje mezi 5-60 vteřinami s přestávkami mezi jednotlivými podněty 30 vteřin.

Někteří jedinci se snaží zkreslit výsledky falometrického vyšetření např. napínáním pánevního svalstva, hypoventilací, odvrácením zraku od prezentovaných optických snímků, ale tyto jejich snahy lze při vyšetření odhalit. Pro falometrické vyšetření pomocí auditivních snímků lze využít sérii 62 standardních sad vytvořených Lawsem pro vyšetřování agresorů, pedofilů a exhibicionistů.

Podle Simona a Schentena není ještě upřesněno mnoho problémů okolo tohoto vyšetření - neexistence standardizovaného podnětového souboru, standardizovaných protokolů, délky expozice a další (WEISS, 2008).

*Ani falometrické vyšetření naznačující možnost přítomnosti deviace přitom samozřejmě nelze u sexuálních delikventů použít jako důkaz proto, že uvedený delikt byl skutečně spáchán. Prokázání viny či nevin je úkolem soudu* (WEISS, 2008, s. 193).

### 1.3.3 ANAMNESTICKÉ VYŠETŘENÍ

Kromě testových a psychofyzilogických vyšetření mají lékaři a psychologové k dispozici jednu ze základních diagnostických postupů, a to anamnestické vyšetření. Záměrný rozhovor je tak jednou z nejspolehlivějších metod určení odchýlného vývoje sexuální motivace a zvláštnosti psychosexuálního vývoje deviantů. Deviantní vývoj lze charakterizovat podle několika znaků, mezi které patří:

- atypické chování a zaměření v dětství: většinou u transsexuálů, transvestitů, patří sem např. záliba v hračkách a hrách opačného pohlaví, převlékání do šatů opačného pohlaví a u agresorů zvýšená obecná agresivita,
- odlišná náplň masturbačních fantazií a polučních snů: již v pubertě se může objevit odlišná preference v oblasti erotických snů a masturbačních představ a z pocitu viny může docházet k potlačení sexuality, ale může se objevit opačný extrém, jakým je zvýšená frekvence masturbace,
- výskyt funkčních sexuálních dysfunkcí nebo opožděný, případně výjimečně předčasný začátek sexuálních styků,
- mezi prvními heterosexuálními koitálními zkušenostmi a dalšími koitálními aktivitami je nápadný časový odstup,
- motivace k sexuálním aktivitám je slabá: často se to projevuje vyhýbání se partnerským erotickým situacím a nízkou frekvencí koitů, popř. vyhledáváním netypických sexuálních praktik,
- nedostatek sexuální empatie: projevuje se to neschopností parafiliků dekodovat signály ze strany žen, neobratnost při dvoření, neporozumění sexuálním potřebám partnerky, bezohledností, egoismem,
- parcialistické zaměření: typické je u sadistů či sexuálních agresorů zaměření na hýždě a stehna, u pedofilů na obličej oproti nedeviantním mužům, kteří udávají klín a prsa,
- absence hlubších citových vztahů: zde se objevuje absence platonického zamilování, později i absence nebo prožití „velké lásky“, nebo dlouhodobé udržení vztahu.

Tyto znaky se nevyskytují u jednotlivých parafiliků současně, mohou nám naznačit směr, kterým se můžeme pokusit dále specifikovat anomálii. K vyloučení falešné diagnózy deviace je třeba zahrnout další pomocná vyšetření.

V případě anamnestické explorace byl vyvinut několika stupňový model, podle kterého byly vytvořeny indikátory diagnostické spolehlivosti a významnosti:

- diagnóza na základě pozorovatelného chování se jeví jako nejméně spolehlivá,
- údaje o obsahu masturbačních fantasií klienta jsou z diagnostického hlediska spolehlivější, ale nestačí k určení anomálie,
- spolehlivá a také méně vědomě ovlivnitelná kontrola se týká erotických (orgastických či polučních) snů,
- za nejspolehlivější pro stanovení diagnózy orientace (snad i u deviace) lze považovat údaje o preferenci citové, kdy schopnost zamilování není vůli ovlivnitelná.

Při prvních setkáních se doporučuje zaměřovat se na pohlavní funkci a dysfunkci a až při dalších sezeních na masturbační fantazie, erotické snění. Na závěr je vhodné prozkoumat sexuální historii, průběh prvních intimních zkušeností a příp. traumatické zážitky.

Dále je stejně důležité zaměřit se kromě oblasti sexuální na oblasti, jako jsou:

- sociální adaptace,
- životní historie,
- kognitivní charakteristika,
- abúzy,
- osobnostní struktura,
- somatické potíže.

V oblasti sociální adaptace bychom se měli zaměřit na sociální kompetence, asertivitu, úzkostnost, schopnost empatie apod. Další oblastí je vztahová charakteristika, zde je důležité zjistit způsoby sblížování, navazování citových vazeb, dále pak charakteristiku vztahů v manželství, v partnerských vztazích, vztah k dětem, autoritám. Zajímá nás také vzdělání, profesionální adaptace a kriminalita.

Zaměření v oblasti životní historie se týká charakteristiky osobního vývoje. Patří sem vztah s rodiči, fyzické, sexuální nebo citové zneužívání, popř. deprivace. Životní historie také zahrnuje traumata související s úmrtím blízkých osob, rozpad manželství, se ztrátou dětí, uvěznění, nebo přítomnost duševní poruchy (WEISS, 2008).

*Kognitivní charakteristiky mohou hrát základní roli při určení míry kognitivní distorze pacienta a při charakteristice jeho psychických obranných mechanismů, postojů k ženám či dětem a postojů k deliktu či protispolečenskému jednání obecně (WEISS, 2008, s. 202).*

Zatím neexistuje specifická osobnostní struktura a specifický osobnostní profil se specifickými rysy nebo znaky pro určitý druh deliktu nebo konkrétní deviace, ale určení osobnostních charakteristik a možných poruch osobnosti mohou být důležité při rozhodování vhodné terapie.

Abúzus alkoholu a nealkoholických drog může být také důležitým faktorem, kdy zjištění abúzu a jeho následná léčba jsou často rozhodující v prevenci recidivy. Velká část sexuálních deliktů je páchána pod vlivem alkoholu. Pak je důležité, aby protialkoholní či protitoxikomanická léčba probíhala současně s léčbou sexuologickou.

Somatický stav pacienta je důležitý při výběru farmakoterapie a zejména pro vyloučení, že deviantní projevy jsou způsobeny somatickými problémy (epilepsií, mozkovým poškozením, traumatem hlavy apod.). Nelze podceňovat ani endokrinní poruchy, u kterých často dochází k poruchám nálady, pozornosti, komunikace a které mohou ztěžovat sexuologickou léčbu (WEISS, 2008).

#### **1.3.4 SEXUÁLNÍ DEVIACE A SEXUÁLNÍ DELIKVENCE**

Sexuální deviace a sexuálně delikventní chování nemusejí spolu nijak souviset, toto zjištění je důležité zejména pro forenzní sexuologickou praxi. Mezi nejčastější delikt patří znásilnění, které páchají většinou muži bez sexuální deviace, stejně tak delikt pohlavního zneužití. Podle různých autorů se liší i zastoupení deviantních pachatelů mezi pachateli sexuálních deliktů.

Je důležité rozlišit delikventy, kteří se dopouštějí činů v rámci osobnostní nebo sociální patologie, a ty, kteří trpí sexuální deviací v pravém slova smyslu. Často se pojmy sexuální delikvent a sexuální deviant směřují, ale je pravděpodobné, že parafilní a neparafilní pachatelé se podstatně liší i v jiných než sexuálních charakteristikách (ŠULOVÁ, 2011).



## **NEPARAFILNÍ SEXUÁLNÍ DELIKVENTI**

U těchto jedinců jsou typické problémy v oblasti osobnostních rysů a vývojových faktorů, které ovlivňují jejich sexuální maladaptaci. Nedelegantní pachatele deliktů charakteru sexuálního můžeme rozdělit na:

- psychosexuálně a sociosexuálně nezralé muže,
- pachatele s psychopatickou strukturou osobnosti,
- muže, u kterých jsou delikty podmíněny situačně (alkohol, sexuální deprivace),
- hypersexuální jedinci,
- jedinci se sníženou schopností kontroly sexuálního chování s vrozeným nebo získaným defektem rozumových schopností, např. mentálně retardovaní jedinci, psychotici v relapsu duševní choroby (WEISS, 2010a).

## **PARAFILNÍ SEXUÁLNÍ DELIKVENTI**

U těchto jedinců je defekt omezen na oblast sexuální socializace a sexuální motivace. Jejich osobnostní vývoj je většinou bez závažných poruch a ve srovnání s neparafilními delikventy je lepší i jejich sociální, partnerská a profesionální adaptace (WEISS, 2010a).

## **1.4 TERAPIE**

### **CÍL TERAPIE**

V rámci specializované léčby jsou veškeré aktivity zaměřeny na pomoc pacientovi při řešení jeho problémů, které mu přináší jeho sexuální citění a chování. Léčebné programy zahrnují psychoterapeutické, farmakoterapeutické a sociální opatření, které umožňují návrat do společnosti. Cíle léčby jsou zaměřeny:

- na úpravu chování,
- změnu postojů pacienta,
- dosažení náhledu,
- posílení vědomé kontroly chování,
- dosažení sexuální adaptace,
- sociální reintegrace.

Léčba je nejčastěji realizována formou ambulantní nebo ústavní. V psychiatrických zařízeních nebo v rámci sexuologických či psychiatrických ambulancí (WEISS, 2008).

## ÚPRAVA CHOVÁNÍ

*Nezbytnou podmínkou úspěšné terapie je základní adaptace sociálního chování pacientů v nejširším slova smyslu (WEISS, 2008, s. 219).*

Častou komplikací jsou sociální maladaptace, dysfunkční behaviorální standardy, antisociální chování, omezené a povrchní interpersonální vztahy. K úpravě chování dochází především díky komunitnímu systému oddělení a důslednému dodržování režimu s pevným denním řádem a přehledným systémem odměn a trestů (WEISS, 2008).

## INFORMACE

Pro poznání vlastního psychosexuálního vývoje s příznaky abnormalit je důležité získání informací o normální a deviantní sexualitě. Stejně důležité je pro tyto jedince získat informace o možnostech a cílech léčby.

## NÁHLED

Pokud uvažujeme o terapeutickém vytvoření náhledu, je důležité položit si otázku, na co má být náhled vytvořen. V případě náhledu je důležitou součástí sexodiagnostika, bez níž by náhledová terapie nebyla možná. Napřed musí být objeveno, na co má být pacientovi utvořen náhled (KOLÁŘSKÝ, 2015).

Pacienti mají často tendenci nepřijímat odpovědnost za své chování a mají potřebu vinit ostatní. *Překonání těchto ochranných mechanismů, tedy vytvoření kritického náhledu na vlastní parafilní motivaci a deviantní chování, se jeví jako nutný předpoklad úspěšné psychoterapie* (WEISS, 2008, s. 220). Obranné mechanismy jsou většinou rigidní a jsou výsledkem dlouholetého vývoje. Úkolem je pak rozbití těchto obran, které jsou nefunkční a které brání rozvoji a narušují interpersonální vztahy.

Kategorie obranných mechanismů můžeme rozdělit na:

- únik (únik do fantazie),
- agrese (házení viny na objekt, který pacienta svedl),
- kompromis, racionalizace a intelektualizace (WEISS, 2008).

## **POSÍLENÍ VĚDOMÉ KONTROLY**

Posílení vědomé kontroly je nezbytným předpokladem pacientovi resocializace. Pacient musí být schopen rozeznat, co vedlo k manifestaci jeho deviantních potřeb, aby se tak mohl vědomě vyhnout rizikovým situacím v budoucnu. Pacient musí být veden k převzetí odpovědnosti za své chování (WEISS, 2008).

## **ZMĚNA POSTOJŮ**

Obranné mechanismy spolu s nedostatečnou motivací k léčbě mohou být komplikací. Postoj k léčbě bývá ambivalentní už z důvodu, že pacient se zbavuje preferovaného způsobu sexuálního uspokojení.

Výkony trestů, insuficientní výchova a špatné rodinné zázemí vede k deformaci hodnotového systému a sociálních postojů. Pacienti nejsou schopni akceptace své deviace, kdy se často identifikují s negativními postoji veřejnosti. Změna postojů, vytvoření životních cílů a programů může přispět k odbourání ztráty naděje a překonání frustrace (WEISS, 2008).

*Pacienti by si měli vytvořit symetričtější a prosociálnější postoje ke svému sociálnímu okolí (WEISS, 2008, s. 222).*

## **SEXUÁLNÍ ADAPTACE**

*Posouzení alternativních způsobů sociálně akceptovatelného sexuálního uspokojení se jeví jako podstatný faktor úspěšné adaptace (WEISS, 2008, s. 223).*

Mezi adaptační cíle léčby řadíme:

- adaptaci na koitální heterosexuální aktivitu s dospělou ženou,
- adaptaci na nekoitální heterosexuální aktivitu s dospělou ženou,
- adaptaci na masturbační autoerotickou aktivitu,
- adaptaci na deviantní, ale formy sexuálního chování sociálně akceptovatelného,
- trvalé (chirurgické) nebo dočasné (farmakologické) tlumení sexuálních potřeb.

V zájmu pacientů je rozvíjet u nich vhodné nedevariantní fantazie při masturbaci a podporovat je v navazování nerizikových partnerských vztahů. Lze také vést nácvik partnerských sexuálních aktivit s cílem zkvalitnit sexuální soužití partnera a jeho partnerky. Také je doporučována diskuze o schopnostech a nedostatcích při citovém

sblížení, o důvěře a roli žárlivosti a doporučuje se rozbor konkrétních vztahů pacientů ve skupině (WEISS, 2008).

## **SOCIÁLNÍ REINTEGRACE**

Deviantní chování a uvěznění vedou často ke stigmatizaci a sociální ostrakizaci. Často to má za následek ztrátu rodiny, zaměstnání, ubytování, nedokončení vzdělání. K úspěchu terapie může tedy přispět i znovuoobnovení rodinných vazeb, stabilní zaměstnání a dobrý partnerský vztah.

Součástí léčby také proto bývá soubor sociálních opatření zaměřených na právě výše uvedené oblasti. Pro sociální reintegraci je důležitá komunitní podpora terapie, přestože pacient později zatouží po ukončení kontroly skupinou a vydá se cestou anonymity (WEISS, 2008).

### **1.4.1 PSYCHOTERAPIE**

U psychoterapie se upřednostňuje terapie kognitivně behaviorální a racionální. Zejména v ústavní péči se využívá metod skupinových nebo individuálních a režimových (ZVĚŘINA, 2012).

Cílem je ve všech případech získání náhledu, změna sexuálně nekomfortního chování a zvýšení osobnostní odpovědnosti a kompetentnosti. K dosažení cílů u individuální terapie je zajisté vztah mezi pacientem a terapeutem a u skupinové terapie se využívá dynamika (vztahy a interakce mezi jejími členy).

Mezi pomocné techniky patří např. muzikoterapie, biblioterapie, různé tělovýchovné a ergoterapeutické aktivity a kulturní programy (WEISS, 2008).

## **SKUPINOVÁ A INDIVIDUÁLNÍ TERAPIE**

Individuální psychoterapie se od léčby pacientů jiných diagnostických skupin liší snad pouze ve zdůraznění sexuality jako problémové oblasti. *Přístup k pacientům by měl zahrnovat suportivní i na vhléd orientované terapeutické metody* (WEISS, 2008, s. 230).

Skupinová psychoterapie je považována za rozhodující terapeutickou aktivitu. Využívá se přitom zachovalých psychických mechanismů pacienta i jeho emočních

kvalit a podpory jeho sociálního zázemí. Nesoustředí se tedy jen na potlačení nežádoucích projevů, ale snaží se podpořit ty žádoucí.

Skupiny by měly být vedeny jak mužským, tak ženským terapeutem. Slouží to především k tomu, aby měl pacient možnost korekce svého chování k opačnému pohlaví a mohl se zároveň identifikovat s mužskou rolí. Mužský terapeut pak zaujímá racionální a jednoznačné postoje, kdežto žena poskytuje emoční podporu a tvoří postoje spíše ochranné. Tento koncept by se měl týkat nejen terapeutů, ale i všech ostatních členů personálu.

Výhodou skupinové terapie je seznámení s lidmi, kteří mají podobný osud a životní situaci. Umožňuje pocit sounáležitosti, dává možnost učení nápodobou, dovoluje verbalizovat prožitky před posluchači a zlepšuje rozbití ochranných mechanismů, poskytuje pacientovi emoční oporu. Konečným výsledkem jsou konkrétní změny chování (WEISS, 2008).

## **METODY PSYCHOTERAPIE**

Metody psychoterapie se řídí dvěma hledisky:

- první je teoretické zázemí terapeuta nebo pracoviště,
- druhé je zájem pacienta.

Za základní terapeutické postupy jsou považovány behaviorální, kognitivně-behaviorální, dynamické, zvláště psychoanalyticky orientované (WEISS, 2008).

## **BEHAVIORÁLNÍ METODY**

Behaviorální metody se zaměřují na změnu vzorců sexuálního chování. Většina terapeutů se soustřeďuje především na ovlivnění deviantního chování a vzrušení. Zaměřují se na otevřené projevy chování.

## **KOGNITIVNÍ A KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ POSTUPY**

Tato terapie vychází z předpokladu primárního významu vnitřních poznávacích procesů pro chování jedince. Metody založené na kognitivní teorii kladou důraz na vědomou činnost a využívání racionální logické argumentace.

Využívá se především:

- náprava kognitivních funkcí,
- prevence recidivy,
- trénink empatie,
- trénink intimity,
- trénink sebevědomí,
- překonávání odporu (WEISS, 2008).

#### **1.4.2 BIOLOGICKÁ LÉČBA**

Cílem biologické léčby je potlačení sexuální apetence pacienta. U nás se v současné době využívá farmakoterapie i kastrace. Samozřejmě kastrace ani farmaka nemohou změnit sexuální zaměření pacienta. Útlum a zklidnění ale může vést ke snížení naléhavosti sexuální motivace a může snížit selhání, popř. usnadňuje kontrolu sexuálního chování. Farmakologická léčba je založena na hormonální manipulaci a cílem je redukce biologické potřeby sexu (WEISS, 2008).

#### **HORMONÁLNÍ TERAPIE**

Androgeny a také testosteron jsou hormony. Pět procent testosteronu se tvoří v nadledvinách a zbývajících 95 % ve varlatech.

Produkce testosteronu může být snížena více způsoby. Androgeny jsou důležité pro normální sexuální funkci mužů, a pokud dojde k poklesu hladiny v krvi pod určitou hranici, dochází ke snížení sexuální vzrušivosti. Používají se např.: estrogeny, antiandrogeny, gestageny (WEISS, 2008).

#### **PSYCHOFARMAKA**

Psychofarmaka se ve světě začala užívat v léčbě sexuálních deviací až v 90. letech 20. století. U nás již během 70. let. Jde o psychotropní léky, které ovlivňují psychické funkce účinkem na CNS.

Pokrokem bylo hlavně zavedení inhibitorů serotoninového selektivního zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), kdy výsledky těchto přípravků jsou slibné a jsou bezpečně použitelné i u dospívajících.

Psychofarmaka jsou indikována u pacientů s projevy depresivity, s vyšší aktivní labilitou, agresivitou, popř. s výraznou obsedantně-kompulzivní složkou chování. V praxi jsou psychofarmaka podávána především u exhibicionistů, fetišistů, transvestitů a některých agresorů.

Je nutné ale říci, že ani farmakoterapie není sama o sobě univerzální metodou řešení deviantního problému. Ve většině případů se tedy využívá v kombinaci s psychoterapií (WEISS, 2008).

### **1.4.3 KASTRACE**

Kastrace je chirurgický zákrok, při kterém dojde k vyjmutí varlat. Kromě odnětí varlat lze provést i operaci, při níž je odstraněna pouze hormonálně aktivní testikulární tkáň (WEISS, 2008).

Důsledkem kastrace je pokles hladiny testosteronu v krvi a redukce sexuální apetence. Zachována zůstává extratestikulární nadledvinková produkce testosteronu, která představuje zlomek produkce. Muž po kastraci pozbývá plodnosti, ovšem není zcela nesexualizován, což prokázali pozitivní falopletyzmografické reakce na prezentaci optických erotických podnětů.

Od počátku 20. století se praktikovala kastrace ve Švýcarsku, Německu, Skandinávii a Holandsku. Terapeutická kastrace je v ČR upravena v Zákoně č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Kastrace se provádí na výslovnou žádost pacienta a schvaluje ji a projednává centrální komise zřízená Ministerstvem zdravotnictví ČR. Názory na kastraci se v mezinárodní odborné veřejnosti různí, kdy jsou někteří autoři ostře proti ní a jiní ji vidí jako racionálně odůvodněnou léčebnou metodu. Společenská nebezpečnost a recidiva pacientů jsou nejčastějším argumentem pro její indikaci (ZVĚŘINA, 2016).

Kastrace je bezesporu výrazný zákrok, který má vliv na hormonální poměr organismu a zvláště pak na psychiku, tělesný vzhled, sexualitu a sociální integraci pacienta. Mezi somatické změny patří např. slabost, závratě, noční pocení, pocit tlaku v hlavě a častým důsledkem může být nadváha. Z psychických změn se objevují pocit méněcennosti, depresivita, pocit životního ztroskotání, zvýšená dráždivost. Naopak ale mnohá část pacientů uvedla, že kastrace pozitivně ovlivnila jejich životní styl, cítí se vyrovnanější, klidnější, aktivnější a celkově v lepší náladě. V oblasti sociální integrace

je důležité, že pacienti se tak mohou vyhnout pobytům ve věznicích a psychiatrických léčebnách a mají možnost sociálního zařazení (WEISS, 2008).

## **1.5 SOUDNÍ SEXUOLOGIE**

Soudní sexuologie se zabývá soudně znaleckým posuzováním sexuálně motivovaných trestných činů, posouzením účinnosti a průběhu sexuologických léčeb, posouzením a studiem sexuálních deviací, zabývá se soudně znaleckým posuzováním sexuálních dysfunkcí u mužů i žen a posuzováním partnerského sexuálního nesouladu a poruch mužské neplodnosti.

K výkonu znalecké činnosti v odvětví sexuologie patří soudní znalec – sexuolog, který musí splňovat odborná kritéria. Pro znalce – sexuologa jsou stejně důležité i znalosti a zkušenosti ze soudní psychiatrie.

Soudní sexuologie je součástí oboru lékařské sexuologie. V České republice je vytvořena síť lůžkových a ambulantních sexuologických pracovišť. Je nutné říci, že i oblast soudní sexuologie má některé nedostatky a obecně chybí jasná koncepce sexuologické ochranné léčby (PAVLOVSKÝ, 2012).

### **TYPY OCHRANNÉHO LÉČENÍ**

V žádné zákonné normě není výslovně stanoveno ochranné léčení, přesto se v praxi dělí na 4 druhy:

- OL psychiatrické,
- OL sexuologické,
- protialkoholní,
- protitoxikomanské.

Není přitom vyloučeno, aby byly uloženy kombinovaně, s ohledem na charakter duševní poruchy. Konkrétní typ stanoví soud usnesením, které ochranné léčení ukládá.

Ochranná léčení jsou vykonávána na odděleních určených k příslušnému druhu léčby. Ochranné léčení sexuologické se vykonává na specializovaných sexuologických odděleních. Ambulantní ochranné léčení pak probíhá u poskytovatelů ambulantní péče zaměřených na daný typ léčby (ŠVANDOVÁ, 2010).



## OCHRANNÉ LÉČENÍ SEXUOLOGICKÉ

Toto léčení podstupují pachatelé sexuálně podmíněných deliktů a ti, u kterých byla diagnostikována sexuální deviace. Vražda, těžké ublížení na zdraví a obchodování s lidmi, které pachatel spáchal v souvislosti se sexuálním vzrušením, může být také důvodem uložení tohoto léčení. Je důležité odhalit, zda se jedná o pachatele s porušeným psychosexuálním vývojem, protože ne každý sexuální delikt je spáchán deviantem. Zvláště pak u trestného činu znásilnění je většina případů spáchána nedeviantním mužem.

Jednání pachatele je posuzováno znalcem z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie s erudicí v oblasti sexuologie. Při volbě formy ochranného léčení mohou napomoci kritéria nebezpečnosti sexuálního devianta a to:

- přítomnost poruchy sexuální preference,
- věk do 35 let,
- chybějící nebo špatně fungující vztah,
- jeden či více sexuálních deliktů v anamnéze,
- přítomnost asociální poruchy osobnosti,
- soustavné nadměrné užívání alkoholu.

Pokud deviant zaujímá k léčbě negativní postoj a nemá náhled na svoji poruchu, je vhodnější uložit ústavní ochranné léčení.

Hlavním smyslem ochranného léčení sexuologického je vytvořit u pacienta náhled na jeho odchylku, vyřešit problémy spojené s jeho nekomfortním chováním a eliminovat jeho nebezpečnost pro společnost tak, aby se zabránilo kriminální recidivě (ŠVANDOVÁ, 2010).

Pacienti s poruchou sexuální preference zahajují léčbu na vlastní žádost a dobrovolně jen výjimečně. Většinou jim soud nařídí ochranné léčení. Léčení pacientů s OL je svízelné, hlavně z důvodu malé motivace k aktivní spolupráci a časté komorbiditě specifických poruch osobnosti a intelektových deficitů (SCHEJBALOVÁ, 2008).

Pacienty také odrazuje nedobrá pověst delikventních deviantů. OL soudce nařizuje vedle trestu anebo při upuštění od potrestání, a to právě lůžkovému nebo ambulantnímu zařízení, aniž rozhodne o době trvání OL (BRICHČÍN, 2007).

## **OCHRANNÉ LÉČENÍ ÚSTAVNÍ**

Ústavní léčba má trvat nejméně 6 měsíců a v případě nebezpečných deviantů mnohem déle i několik let. Ústavní ochranné léčení se zpravidla mění poté na ochranné léčení ambulantní.

K léčebným zařízením, která vykonávají ochranné léčení sexuologické v ústavní formě patří:

- PL Bohnice,
- PL Brno-Černovice,
- PN Dobřany,
- PL Havlíčkův Brod,
- PL Horní Beřkovice,
- PL Kosmonosy,
- PL Opava (ŠVANDOVÁ, 2010).

Sexuologické léčení ústavní je režimové: to znamená, že je založené na plnění úkolů a bodovém systému. V pozdějších fázích terapie je pacientům umožněna víkendová propustka, která testuje pacienta, jak obstojí v občanském prostředí (WEISS, 2010a).

## **OCHRANNÉ LÉČENÍ AMBULANTNÍ**

Ambulantní forma probíhá formou docházky: patří sem návštěvy lékaře nebo soustavné zapojení do léčebného programu. Pokud se jedinec odmítá podrobit léčení v ambulanci, nebo se stává při pohybu na svobodě nebezpečným, může lékař navrhnout změnu z formy ambulantní na ústavní (WEISS, 2010a).

## **1.6 SEXUÁLNÍ KRIMINALITA**

### **RECIDIVA PACHATELŮ**

Statistiky kriminality neumožňují podrobnější analýzu kriminální minulosti a poskytují pouze informace, kolik pachatelů bylo v minulosti odsouzeno za trestný čin, ale nelze zjistit charakter trestné činnosti.

Ze statistik vyplývá zjištění, že počty pachatelů znásilnění, kteří byli v minulosti odsouzeni za úmyslný trestný čin, tedy recidivisté, se pohybují mezi 39-47 % (údaj z roků 2008-2013), (BLATNÍKOVÁ, 2014).

## **DRUHOVÁ (SEXUÁLNÍ) RECIDIVA**

Pokud se podíváme na veřejné mínění společnosti, pak společnost si myslí, že až 74 % je míra recidivy u pachatelů. Tomu však neodpovídají statistiky v ČR ani v jiných zemích. Ačkoliv veřejnost věří ve vysokou míru druhové recidivy, ve skutečnosti je u těchto osob jen malá pravděpodobnost, že budou odsouzeni za sexuální delikt.

Recidiva je dokumentována jako nízká – 5-15 %. Dle kanadských výzkumníků je průměrná míra recidivy 14 % v období 4 až 6 let od pachatelova propuštění z výkonu trestu.

Ve výzkumech, kde byli pachatelé sledováni po delší časové období, bylo zjištěno, že 76 % již nebyla znovu odsouzena za sexuální delikty. Další studie uvádí míru recidivy 23 % u pachatelů znásilnění a 20 % u pachatelů sexuálního zneužívání dětí (BLATNÍKOVÁ, 2014).

## **RECIDIVA PO ABSOLVOVÁNÍ OCHRANNÉHO LÉČENÍ V ČR**

Úspěšnost léčby je posuzována také na základě údajů o recidivě. Podle odborníků je u sexuálních delikventů, kteří se podrobili nedobrovolné sexuologické léčbě, recidiva nižší než u pachatelů, kteří byli pouze trestáni. Při sledování kriminální recidivy u pacientů, kteří prošli ústavním ochranným léčením a byli propuštěni, došlo k recidivě u 17,1 % všech léčených, tedy u 163 propuštěných pachatelů z 953. Převládali mezi nimi exhibicionisté a sexuální agresori. Z 953 požádalo 84 pacientů o chirurgickou kastraci a u těchto pacientů k recidivě nedošlo. U pacientů, kteří se podrobili ambulantní sexuologické léčbě, byla recidiva vyšší, a to 32 %.

Závěrem vyplývá, že výsledky ochranné sexuologické léčby v ČR jsou srovnatelné s výsledky z jiných vyspělých zemí typu USA, Kanada, Německo a potvrzují oprávněnost modelu specializované léčby parafilních sexuálních delikventů (BLATNÍKOVÁ, 2014).

## **2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PRÁCE NA PSYCHIATRII**

### **PSYCHIATRICKÁ PÉČE V ČR**

Psychiatrická péče v ČR je vzájemně propojená síť služeb. Do této sítě patří psychiatrické ambulance, lůžková zařízení, klinicko-psychologické ambulance a zařízení komunitní péče.

### **AMBULANTNÍ PÉČE**

Ambulantní péče je většinou místem prvního kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí. Kontakt bývá často dlouhodobý, kontinuální a ambulantní psychiatr je průvodcem a koordinátorem pacientovi péče.

### **LŮŽKOVÁ PÉČE**

Lůžková psychiatrická péče se dělí na následnou a akutní. Akutní péče je poskytována na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, následná péče v psychiatrických nemocnicích. Reálná situace je ovšem z důvodu nedostatku lůžek jiná a velká část akutní péče je realizována v psychiatrických nemocnicích.

### **KOMUNITNÍ PÉČE**

Jedná se o široký soubor služeb, programů a zařízení. Cílem komunitní péče je co nejvíce se přiblížit podmínkám běžného života. K postupům užívaným v komunitní péči patří kromě léčby podpora sociálních rolí – hlavně v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, podpora vztahů s rodinou a přáteli (PETR, 2014).

### **2.1 ETIKA V PSYCHIATRII**

Při poskytování zdravotní péče dochází k situacím, kdy se názor pacienta dostává do rozporu s názorem zdravotníka. Tyto konflikty není vůbec jednoduché řešit. Sporné momenty a situace se snaží řešit etika, která napomáhá dohodě řešení etických dilemat (PETR, 2014).

V psychiatrické oblasti lze rozlišovat tři etické problémové oblasti:

- *ochrana pacientů před neoprávněným zásahem do jejich osobních svobod a před nevhodným zacházením a nátlakem,*
- *ochrana práv pacientů a snaha o to, aby psychiatričtí pacienti měli zachovanou možnost rozhodovat o sobě a svém životě,*
- *snaha o změnu přístupu společnosti k psychiatrickým pacientům, destigmatizaci psychiatrie (PETR, 2014, s. 49-50).*

## **2.2 VYŠETŘOVACÍ METODY V PSYCHIATRII**

Diagnostiku v psychiatrii lze považovat za jednu z nejobtížnějších z důvodu proměnlivosti a mnohotvárnosti klinického obrazu. Uznávanou klasifikační soustavou je 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Mezi vyšetřovací metody v psychiatrii patří:

- psychiatrické vyšetření (obsahuje: základní identifikační údaje, anamnézu, nynější onemocnění, přítomný stav psychický, přítomný stav somatický, psychodynamický rozbor, diagnóza a diferenciální diagnóza, terapeutický plán),
- psychologické vyšetření,
- zobrazovací metody (RTG, MR, CT, EEG),
- laboratorní vyšetření (vodní a minerální metabolismus, vyšetření hormonů, vyšetření moče, stanovení psychofarmak, laboratorní diagnostika, AIDS, syfilis, stanovení metabolitů), (PETR, 2014).

### **2.2.1 OŠETŘOVATELSKÉ VYŠETŘENÍ**

Ošetřovatelské vyšetření pacienta se příliš neliší od vyšetření lékařského. Výjimečnost mu dává postavení sestry, která je s nemocným v případě hospitalizace 24 hodin a může pacienta pozorovat při všech fázích dne.

Do ošetřovatelského vyšetření patří:

- posouzení stavu pacienta,
- získání informací,
- rozhovor,
- pozorování,
- ošetřovatelská anamnéza,
- využití hodnotících škál (PETR, 2014).

## 2.3 LÉČBA V PSYCHIATRII

Základní dělení léčby v psychiatrii je následovné:

- biologické léčebné metody,
- psychoterapie,
- psychiatrická rehabilitace.

Pokud má být léčba v psychiatrii komplexní, pak se biologická léčba (včetně psychofarmak) neobejde bez psychoterapie a psychiatrické rehabilitace (PETR, 2014).

### 2.3.1 BIOLOGICKÁ LÉČBA

Vývoj má pouze krátkou dobu. Počátkem 20. století byl například objeven terapeutický účinek inzulinového kómatu, praktikována chirurgická lobotomie k utlumení neklidu a agresivity a aplikována elektrokonvulzivní léčba, která se užívá ještě dnes. Jedním z prvních přípravků byl chlorpromazin, využívaný po operacích k tlumení intenzivního třesu, v psychiatrii byl poté využit spolu s podchlazením u akutních stavů projevujících se neklidem, úzkostí a halucinacemi. Později se ukázalo, že stačí pouhý chlorpromazin. Látka byla později zařazena mezi první neuroleptika. Byla také objevena první antidepresiva, jako byl imipramin, který pomáhal zlepšit depresivní nálady (PETR, 2014).

### 2.3.2 PSYCHOFARMAKA

Farmakoterapie je nedílnou součástí léčby duševních poruch. Významná jsou psychofarmaka, která zasahují a ovlivňují narušené psychické funkce. Mezi psychofarmaka patří:

- antidepresiva (při poruchách nálady, depresivních a manických syndromů),
- antipsychotika (poruchy vnímání a myšlení, bludy, halucinace),
- anxiolytika (úzkostné stavy),
- hypnotika (poruchy usínání, spánku),
- neuroprotektiva (poruchy kognitivních funkcí),
- psychostimulancia (poruchy pozornosti, impulzivita, hyperaktivita), (PETR, 2014).

## 2.4 PODÁVÁNÍ LÉKŮ NA PSYCHIATRII

I na psychiatrii se vychází ze stejných norem a principů jako v jiných oborech, ale v psychiatrii se setkáváme s několika situacemi, kdy je léčba komplikována ze strany pacienta (např. nespolupráce, nedůvěra, poruchy vnímání, poruchy myšlení) a v tom případě máme některá specifika při podávání léků na psychiatrii:

- informování nemocného: tím, že je sestra schopna poskytnout pacientovi informaci o podávaném léku, posiluje tím důvěru nemocného v medikaci a léčbu,
- dohled a kontrola užití medikace: sestra musí kontrolovat užití léku; v lůžkových zařízeních se jedná o dohled přímo při polykání, může následovat kontrola dutiny ústní, nikdy by však kontrola neměla omezovat pacientovu důstojnost a samostatnost,
- edukace sestrou: úkolem sestry je vhodně edukovat pacienta o nutnosti a důvodech užívání medikace a vysvětlit důsledky vysazení nebo úpravy dávek ze strany pacienta, stejně tak by měla sestra pacienta motivovat,
- monitorování nežádoucích účinků,
- fakultativní podání medikace: je nepravidelné podání léku podmíněné výskytem problému, kdy sestra musí poté popsat okolnosti, které předcházeli podání, množství léku, čas podání medikace a s odstupem i účinek,
- formy podávání léčiv: při špatné spolupráci lze místo tablet či kapslí podávat dle ordinace lékaře ekvivalentní roztok, dále se užívají rozpustné tablety, příp. se užívají roztoky k injekční aplikaci,
- nepodání léku: na psychiatrii často nastávají situace, kdy nemocný odmítne užití léku, nebo stav nemocného vydává pochybnosti o vhodnosti podání pravidelné medikace, v takovém případě je nutné vše zaznamenat do zdravotnické dokumentace, zdůvodnit nepodání léků a stav konzultovat s lékařem (PETR, 2014).

## 2.5 KOMPETENCE SESTER NA PSYCHIATRII

Česká legislativa v Zákoně č. 96/2004 Sb., o zdravotnických nelékařských povoláních rozlišuje u nelékařských zdravotních pracovníků:

- odbornou způsobilost (např. všeobecné sestry, zdravotní asistenti),

- specializovanou způsobilost (např. sestra pro péči v psychiatrii, sestra pro intenzivní péči).

Specializovaná způsobilost, ale není podmínkou pro práci sestry na psychiatrii, je však žádoucí. Sestra se specializací v psychiatrii je oprávněna a odborně připravena k vykonávání těchto činností:

- hodnocení úrovně soběstačnosti pacienta a jeho potřeb, příp. hodnocení projevů nemoci a rizikových faktorů,
- rehabilitace a podpora,
- péče o pacienta v omezení,
- začleňování pacienta do vlastního sociálního prostředí,
- poradenská činnost,
- krizová intervence a psychoterapie.

Kromě těchto činností je nutné, aby měla všeobecná sestra také určité schopnosti a dovednosti, mezi které patří např.:

- efektivní komunikace,
- pozorování a popis,
- psychoterapeutický přístup a hranice,
- schopnost sebereflexe (PETR, 2014).

### **2.5.1 POSTOJ A ZÁSADY KOMUNIKACE SESTER NA SEXUOLOGICKÉM ODDĚLENÍ**

*„Aby sestra na našem pracovišti obstála, musí být především vyzrálou a vyrovnanou osobností“, říká Marta Červinská, staniční sestra Sexuologického oddělení pražské Psychiatrické léčebny Bohnice (ČERVINSKÁ, 2007, s. 8).*

Všeobecné sestry musí být vyzrálé a vyrovnané. Na těchto odděleních se neosvědčily absolventky. Stejně tak je poznat pokud má sestra potíže ve svém osobním životě, které pak promítá do své práce. Na odděleních je přísný režim a je nutné, aby sestra nepřestupovala profesní hranice a neulehčovala si práci tím, že pacientům nadbíhá a povoluje jim nerespektování pravidel. Dále pokud sestra není důsledná, snadno se pak stává obětí manipulace.

Důležité je, aby si sestra uvědomila specifika práce na oddělení pro výkon ochranného sexuologického léčení a vyvarovala se dvojsmyslnému vtípkování



a narážkám, stejně tak aby se vyhnula familiárnímu chování. V případě komunikace by se sestry měly snažit o otevřenou komunikaci, která by se mohla ostatním zdát trochu tvrdá. Důležité je vědět jak reagovat, aby se případná agresivita neobrátila proti sestře. Někdy neprozřetelně vyslovená věta může napáchat mnoho zla. Slovo může způsobit větší škodu než chybně podaný lék (ČERVINSKÁ, 2007).

### **2.5.2 VZTAH SESTRA-PACIENT**

Pokud je nemocný hospitalizovaný, jsou jeho sexuální potřeby fyziologicky redukovány. Domácí řád neumožňuje sexuální kontakty. Sexuální projevy v rámci návštěv musí pacient omezit na dotek, pohlazení, polibek.

Opomíjena je problematika vztahu sestra-pacient, kdy je sestra vnímána jako sexuální symbol a stává se často středem sexuálně motivovaných poznámek. K odsexualizování sester přispívá kromě častějšího vysokoškolského vzdělání profesionalita, schopnost komunikovat, zdravé sebevědomí, ale i unisex a pohodlné oblečení. Je důležité dbát na to, aby zdravotník nesexuálními doteky a verbální či neverbální komunikací nedával příčinu k reakcím sexuálního rázu (ŠRÁMKOVÁ, 2015).

### 3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE SEXUÁLNÍ DEVIACÍ

Ošetřovatelský proces má několik kroků. Mezi tyto kroky patří: posouzení stavu pacienta, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení. Stejně tak jako v jiných oborech, jsou i v psychiatrii všechny tyto kroky nezbytné a stejně důležité pro poskytování individuální ošetřovatelské péče. Chtěli bychom zde zmínit alespoň nějaká specifika a případné problémy vyplývající z práce na psychiatrii při používání metody ošetřovatelského procesu na režimovém odd. pro ochranné ústavní sexuologické léčení.

Anamnéza je důležitou součástí ošetřovatelského procesu jak pro lékaře, tak pro sestry. Dalo by se říci, že o to více na psychiatrických odděleních, kde mohou údaje z anamnézy vést k odhalení nejen ošetřovatelských problémů, ale mohou také pomoci lékařům, psychologům a dalším členům zdravotnického týmu odhalit další souvislosti s diagnózou a prognózou pacientova onemocnění. Často se stává, že pacienti s diagnózou sexuální deviace mají tendenci zamlčovat některé informace, bagatelizovat, přibarvovat si některé informace nebo zvyšovat či snižovat důležitost informací, popřípadě využívají obranných mechanismů, kterými si nepřipouští určité věci související s jejich zdravotním stavem, a v tom případě je nutné, aby sestra získala důvěru pacienta, získala jeho pozornost pro rozhovor, zaměřila se na důležité informace a nepřehlédla ani verbální a neverbální projevy v komunikaci a snažila se v případě, že pacient lže, odhalit jeho chování dobře mířenými otázkami a dovednostmi správné komunikace.

Posouzení somatického a psychického stavu pacienta na psychiatrickém oddělení je vždy velmi těžké. Pacienti se mohou měnit prakticky sestram před očima, kdy v jednu chvíli se zdá pacient zcela v pořádku a v druhé najednou dojde k výkyvům v chování nebo v psychickém stavu. Somatický stav pacientů se sexuální deviací bývá většinou v pořádku, u pacientů se objevují jen běžná somatická onemocnění v podobě bolestí hlavy, bolestí zubů, drobné úrazy z běžných aktivit či sportů. U psychického stavu je to v rámci sexuálních deviací ale daleko složitější. Psychický stav se může měnit z hodiny na hodinu, ale typické je také to, že se pacient v průběhu dlouhé doby, a to i několik měsíců, vůbec neprojevuje, neudává žádné psychické potíže, neprojevuje se agresivně nebo s odchylkami ve svém chování. Je důležité, aby si sestry, ale i ostatní

zdravotnický personál všímá nejen toho, co pacient udává, ale i mimiky, gest, projevů neverbální komunikace, pasivity, negativity apod. Někdy v rámci jedné neshody, špatně vyloženého slova či gesta od zdravotnického personálu, jiného pacienta či rodiny se může jeho psychický stav změnit natolik, že potřebuje pomoc druhého, vyslechnutí nebo v případě agrese zakročení ošetřovatelského personálu. Nezřídka se stává, že se u těchto pacientů objevuje agrese, kdy musí být následně přeloženi na neklidové oddělení.

Ošetřovatelské problémy pacientů se sexuální deviací nejsou otázkou vyřešení několika dnů, ale proces je dlouhodobý, někdy i celoživotní a je nutné nepodceňovat projevy pacienta, stejně tak příčinu. Snahou by mělo být odhalit problém dříve, než nastane. Pacienti se sexuální deviací mají ošetřovatelské problémy, které se nemusí nutně projevit v daný den, ale přesto je nutné, aby si sestry uvědomily, že tento problém může být přítomen a nadále trvat i po splnění plánovaných intervencí.

V PN v Dobřanech jsou pacienti se sexuální deviací v rámci OL zařazeni do režimu oddělení, které spočívá v zařazení do terapeutické skupiny podle okruhu nařízeného OL či diagnózy. Každá skupina má svého psychologa či terapeuta. Lékaři jsou společní pro všechny pacienty. Všichni pacienti jsou součástí jedné komunity a mají společné povinnosti. V režimu rozlišujeme 4 „barevné“ úrovně a podle toho, ve které úrovni se pacient nachází, si plní příslušné povinnosti a může využívat výhod této pozice.

Všeobecně spočívá psychoterapeutická léčba ve skupinových a individuálních terapiích, komunitách, přednáškách, různých typech ergoterapií, pracovních terapií, relaxačních cvičeních, úklidech a vizitách. Mezi povinné písemnosti patří psaní deníku (nejlépe každý den), který se odevzdává 1x týdně. V rámci přestupů z jedné barevné úrovně do druhé píše pacient přestupovou zprávu, ve které by měl věcně a srozumitelně podchytit podstatné, především účel pobytu, co se naučil, co je potřeba ještě zlepšit apod. Pro přeměnu ústavního OL na ambulantní by měl pacient podat žádost, ve které zhodnotí vývoj svého problému a průběh léčby. Vše je podrobněji popsáno v Příloze H této bakalářské práce.

V praktické části popisujeme průběh ošetřovatelského procesu u pacienta s patologickou sexuální agresivitou, kterému byla nařízena ochranná ústavní léčba.

V práci je zaznamenán průběh ochranného sexuologického léčení. Ošetřovatelský proces probíhal na oddělení ochranného léčení v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. Sběr údajů byl realizován využitím koncepčního modelu Marjory Gordon. Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I Taxonomie II. Zdrojem informací byla metoda rozhovoru, pozorování, anamnestický rozhovor s pacientem a využití lékařské a sesterské dokumentace.

Pacient byl ochotný spolupracovat, sdělit o sobě veškeré informace související s jeho diagnózou a zdravotním stavem. Pacient souhlasil s anonymním zveřejněním jeho případu pro účely naší bakalářské práce.

### 3.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI

Tabulka 1 Základní identifikační údaje o pacientovi

Jméno a příjmení: X. Y.	Datum narození: 1992
Rodné číslo: XXXXXX/XXXX	Věk: 22
Pohlaví: mužské	Bydliště: X
Státní občanství: ČR	Zdravotní pojišťovna: XXX
Stav: svobodný	Zaměstnání: dělník
Datum přijetí: 1. 7. 2014	Čas přijetí: 8:50
Přijat na doporučení: jiného zařízení	Účel přijetí: nařízení OL sexuologického
Přijat za asistence: PČR	Hospitalizace: nedobrovolná
Příjmové odd.: č. 1	Aktuální odd.: č. 19
Přijal: X. Y.	Ošetřující lékař: X. Y.
Praktický lékař: X. Y.	Důchod/svéprávnost: žádný důchod/plná

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2014

#### **Důvod příjmu udávaný pacientem:**

„Přišel jsem k 45 -letý ženský zezadu, šáh jsem jí do kalhotek a na prsa, odstrčil jsem jí a utekl. To je všechno. Dělal jsem už dřív takový pubertácký voloviny. Když jsem se zhulil, tak jsem šáh ženský na zadek a utekl.“

#### **Medicínská diagnóza hlavní:**

F 65.8 – Jiné poruchy sexuální preference – Patologická sexuální agresivita

## Vedlejší medicínské diagnózy: 0

Tabulka 2 Vitální funkce při příjmu dne 1. 7. 2014

TK: 120/70	Výška: 177 cm
P: 66	Váha: 69 kg
TT: 36,5 °C	BMI: 22,02
D: 18/ min., pravidelný	Pohyblivost: úplná, bez omezení
Stav vědomí: při plném vědomí	Orientace místem, časem, osobou: plně
Řeč, jazyk: řeč srozumitelná, bez nápadností	

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2014

### Nynější onemocnění:

Pacient byl přijat na příjmové mužské oddělení č. 1 Psychiatrické nemocnice v Dobřanech v doprovodu PČR pro výkon ochranného ústavního sexuologického léčení, kdy spáchal trestný čin znásilnění. Pacientovi byla na základě znaleckého posudku stanovena medicínská diagnóza F65.8 – Patologická sexuální agresivita. Jedná se o první hospitalizaci v tomto zařízení. V době hospitalizace bylo pacientovi 22 let.

## 3.2 ANAMNÉZA

Informace do anamnézy jsme čerpali z lékařské dokumentace, z ošetrovatelské dokumentace a rozhovoru s pacientem a ostatními členy zdravotnického týmu.

### Rodinná anamnéza:

Matka se narodila v roce 1962, žije někde u Písku, pacient ji několik let neviděl. Před výkonem trestu ji neměl čas ani navštívit. Pacient matce v minulosti vyčítal, že neposílala výživné, které on potřeboval, navíc za ní chodila exekuce, kdy neplatila půjčky. Matka po spáchání jeho trestného činu ztratila úplně zájem. Matka trpí cukrovkou, jiné zprávy o jejím zdravotním stavu pacient nemá. Není si jist, ale asi je vyučená švadlenou. Povahově ji posuzovaný hodnotí jako cholerickou, v dětství ho trestala dvoumetrovou rákoskou nebo prutem, zdálo se mu to značně nepřiměřené, i otec musel někdy zasáhnout, aby se matka uklidnila. Její dobré vlastnosti neudává, hodnotí ji spíše jako špatnou osobu. Problémy s alkoholem matka nemá, ale opilou ji

opakovaně viděl, dokonce byla i následně agresivní. Za závislou ji nepovažuje. Jedenkrát se neúspěšně pokusila o předávkování léky a následně byla hospitalizována na psychiatrii. Tehdy mu bylo 11 let, více podrobností nezná, nikdy se nesnažil získat bližší informace.

Otec se narodil v roce 1964, pacient se s ním vídá každý den, má u něj nahlášený trvalý pobyt, tráví u něj svůj volný čas, jinak ale bydlí u své babičky, a to již několik let. S otcem vychází dobře, otec je zdravý, pacient neví čím, je vyučen, ale předpokládá, že má nějakou drážní školu, protože pracuje jako průvodčí. Otce hodnotí jako „lehkého cholerika“, ovšem menšího než je jeho matka. Tělesně ho trestal méně, ale bylo to i již zmiňovanou rákoskou. Problémy s alkoholem otec nemá. Pacient uvádí, že má určitě raději otce než matku už z toho důvodu, že otec se o něj stará a podporuje ho i přes spáchané trestné činy a jeho diagnózu.

U obou rodičů se jedná o druhé manželství, které bylo rozvedeno ve 14. letech pacienta. Z matčiny strany má pacient dvě nevlastní sestry, které jsou zdravé, vídá se pouze s jednou a z otcovy strany má nevlastní sestru a bratra, s těmi se nevidá. Příčinou rozvodu jeho matky a otce byla údajně nevěra matky, on sám se rozhodl, že zůstane s otcem. Nechtěl se vzdát kamarádů, měnit bydliště. Pacient má jednoho vlastního bratra, ten je o rok a půl mladší, otec ho vyhodil z domova, protože se opíjel, přestal chodit do školy, byl také soudně trestán jako mladistvý, když řídil v opilosti ukradené auto a následně s ním havaroval, tento bratr má problémy s alkoholem, kdy v opilosti bývá agresivní.

Kromě matky nebyl nikdo z rodiny hospitalizován či léčen na psychiatrii. Své dětství označuje jako průměrné, sociálně nijak nestrádali, ale byli nadměrně bití od matky.

### **Osobní anamnéza:**

Gravidita, těhotenství a porod probíhaly dle pacienta normálně. Raný psychomotorický vývoj označuje jako normální, nepomocoval se, na nápravu řeči nechodil. V nemocnici byl pouze v předškolním věku pro bolesti břicha, jinak hospitalizován nebyl. Neprodělal žádnou operaci, neměl ani těžší úraz hlavy. Pacient měl pouze drobná poranění a úrazy ze sportu. Epilepsií netrpí. Infekční onemocnění

neprodělal žádné. Prodělal běžná dětská očkování dle očkovacího kalendáře. Naposledy byl očkovan proti tetanu v září 2012.

#### **Léková anamnéza:**

Pacient se neléčí se somatickým onemocněním. Neudává ani žádné somatické potíže.

#### **Alergologická anamnéza:**

Pacient udává, že není na nic alergický. Ani při konkrétním dotazování neudává alergii na léky, potraviny, chemické látky a jiné.

#### **Abúzy:**

Pacient pije příležitostně alkohol, nejčastěji se jedná o pivo, kdy je schopen vypít 5-6 piv, které doplňuje destiláty. Za alkoholika se nepovažuje. Udává, že chodil pít 4x do týdne, nebo s kamarády, pokud někdo něco oslavoval apod. Na protialkoholní záchytné stanici nikdy nebyl. Opakovaně se v opilosti popral a byl agresivní. Kromě sexuální trestné činnosti byl za napadení v opilosti i pokutován. Pod vlivem alkoholu osahával ženy v době, kdy neměl přítelkyni, a poté spáchal i znásilnění. Nyní hledí na alkohol tak, že pil nadměrně a že mu zkomplikoval život. Kouří denně 15-20 cigaret, doutníky jen výjimečně. Nikdy se neúčastnil hráčství a gambling neguje. Pije denně černou kávu bez cukru a mléka, tak 2-3 za den. Léky bez předpisu neužíval. Návykové látky neužívá. Pouze uvádí, že dvakrát v životě zkusil marihuanu, ostatní návykové látky neguje a odsuzuje užívání drog.

#### **Urologická anamnéza:**

Pacient se nikdy neléčil s žádným urologickým onemocněním. Potíže při močení nemá. Samovyšetření varlat neprovádí, sděluje, že ani neví, jak se varlata vyšetřují, nikdo ho o tom nepoučil ani mu o tom nic neřikal. K urologovi nedochází.

#### **Sociální anamnéza:**

Dětství popisuje jako průměrné, stěžuje si pouze na časté fyzické tresty ze strany matky. V 10 letech mu umřel oblíbený dědeček, ve 14 letech odešla matka od rodiny. V té době si stěžuje, že matka neposílala alimenty, které on potřeboval, matce chodili

exekuce, sociálně rodina ale nestrádala, otec byl schopen rodinu zajistit. Po odchodu matky žil střídavě u otce a u babičky, s těmi si rozuměl dobře. Pacient má trvalý pobyt u otce, ale žije u babičky.

Pacient je svobodný, bezdětný, v současné době partnerku nemá, ženy o něj projevují zájem, ale trvalý vztah udržovat nechtějí. Před výkonem trestu měl vztah od 14-18 let, kdy udává, že to přestalo klapat a s přítelkyní se rozešli.

Mezi volnočasové aktivity řadí fotbal, šipky, šachy, televizní program, hraní her na počítači, knihy. Zde si stěžuje na nedostatek volnočasových aktivit. Byl zvyklý více sportovat, být více aktivní.

### **Pracovní anamnéza**

Předškolní zařízení navštěvoval pravidelně, chodil tam rád, neměl žádné komplikace nebo konflikty. Nastoupil v 7 letech na základní školu, důvod odkladu nezná, nepropadl, učil se na čtyřky, nešla mu fyzika, chemie, zeměpis, ale měl rád matematiku. Asi jednou nebo dvakrát měl snížený stupeň z chování poté, co se předváděl před spolužáky, hodil po učiteli rozemletou křídou, jindy zase zapomínal věci na vyučování. Vychodil devět tříd. Vždy si přál být kuchařem. Na tento obor také nastoupil. Opakoval první ročník, kdy nezvládal odborné předměty. Byl v podmíněném vyloučení pro záškoláctví, neví, proč to dělal. Nedoučil se, protože ve druhém ročníku šel do vazby.

Pracovní poměr ještě neměl, pouze pracoval jako pomocný dělník ve výkonu trestu ve věznici v Kynšperku nad Ohří. Na vojně nebyl.

Pacient hodnotí své ekonomické podmínky jako „nulové“. Má v současné době dluh 15-20 tisíc za soudní řízení a za neplacení sociálního a zdravotního pojištění. V současné době také čeká na vyřízení invalidního důchodu.

### **Kriminální anamnéza:**

Pacient byl 2x na přestupkové komisi – 1x za rvačku, kdy šel pomstít svého bratra, a podruhé za osahávání žen, to bylo v jeho 16 letech. V lednu roku 2012 obdržel podmíněný trest za znásilnění, kdy pěstí napadl cizí ženu, odvedl ji do ústraní a tam ji donutil k intimním praktikám včetně soulože. Tento podmíněný trest hodnotí jako



nespravedlivý. Uvádí, že nic neprovedl a žena s ním šla dobrovolně. V září roku 2012 byl shledán vinným přečinem znásilnění, kdy zezadu napadl ženu, zakryl jí oči i ústa s tím, že si chce pouze sáhnout, nemá se bránit, jinak jí ublíží. Sáhl jí pod kalhotky na přirození, prst zasunul do pochvy, poté jí ze svetru vyndal ňadro a pak utekl. Byl odsouzen k 10 měsícům vězení nepodmíněně a bylo mu uloženo ochranné sexuologické ústavní léčení. Střelnou zbraň ani řidičský průkaz pacient nevlastní.

### **Sexuální anamnéza:**

Pacient je subjektivně identifikován s mužskou sociální a sexuální rolí. Jako dítě si hrával s dětmi obojího pohlaví, hrávaly si na válku, na rodinu, fotbal, jeho oblíbenou hračkou byl balon a pistole. Nebyl u her spojených s obnažováním ani u her spojených s týráním zvířat, do dívčích šatů se nikdy nestrojil, zneužit nebyl, nemá žádný sexuální zážitek z dětství. Poučení o pohlavním životě přišlo samo.

Nástup somatické puberty ve formě perigenitálního ochlupení registroval ve 12 letech, holit se začal v 15 letech, ve 13 letech první odchod semene polucí, od té doby také onanuje. Nyní masturbuje tak třikrát týdně. Obsahem fantazií jsou ženy, představuje si, že s ní souloží včetně análního styku, který v minulosti měl, představuje si také felaci. Na muže při tom nemyslí. V minulosti přiznává sexuálně agresivní fantazie, ale to teď prý vymizelo. V minulosti si také představoval, že ženu napadne, chytí ji za ústa a začne osahávat. Párkrát se mu ve fantaziích objevily i dospívající dívky kolem 13-15 let, kdy fantazíroval, jak je zaškoluje. Nad svazováním přemýšlel, docela se mu to líbilo, chtěl by to zkusit.

Holky se mu začaly líbit asi ve 14 letech, první rande měl ve 14 letech, prvně zamilován byl v 15 letech, první polibek ve 14 letech. V 16 letech pak koitarché, partnerka byla o rok mladší, k souloži došlo po roce a čtvrt známosti, iniciativa k tomu byla oboustranná, styk se podařil, s touto dívkou chodil až do 18 let s různými pauzami, ale v jedné domácnosti nežili, byla to jeho nejdelší známost. K dalšímu pohlavnímu styku došlo po 3 týdnech. Měl dosud asi 7 sexuálních partnerek. Pohlavní nemoc neprodělal. Konstatuje v minulosti problémy se dvořením, obvykle ho museli seznámit kamarádi, nevěřil si, byl stydlivý.

S jeho dívkou v minulosti souložili takřka denně, aktivita byla oboustranná, polohy měnili, urogenitálně se stýkali, trvání soulože odhaduje na hodinu a půl, milostnou předeheru někdy vynechávali. Nakonec se hádali a rozešli.

V 16 letech si dal nějaké pivo, pak přistupoval k neznámým ženám a sáhl jim pod sukni nebo na zadek a utekl. Nic u toho neříkal, ze začátku míval erekci těsně po osahávání, pak následovala někdy masturbace, ale to už myslel na něco úplně jiného. Osahával je vždy zezadu, na prsa jim nikdy nesahal. Toto období trvalo asi rok podle odhadu. Během tohoto období osahával asi 40 žen, nikdy před nimi ale neexhiboval, nikdy žádnou neoslovil. Dělal to v době, kdy neměl možnost pohlavního styku.

### **Spirituální anamnéza:**

Pacient není věřící, do kostela nechodí. Sděluje, že v něco věří, ale nedokáže popsat konkrétněji, jak to myslí. V současné době je rád, že má rodinu a pár přátel, kteří ho neodsoudili za jeho činy. Váží si jejich podpory. Mezi jeho nejvyšší hodnoty uvádí rodinu, zdraví, přátelství. V současné době je přesvědčen, že všechno zlé je k něčemu dobré, a je rád, že musel projít výkonem trestu a absolvovat ochranné léčení, protože mu to vneslo do života naději, že si svůj trest odseděl, nyní se léčí a jednou bude moci žít normální život.

### **Psychiatrická anamnéza:**

Pacient neudává žádné subjektivní potíže, cítí se duševně zdrav. Jeho koncentrace na rozhovor je úplná, ničím nerušená. Spolupracuje po celou dobu klidně, na dotazy odpovídá přiléhavě, k tématu, odpovědi přiměřeně rozvádí. Pacient je plně lucidní, vigilní, orientován ve všech kvalitách, nálada je přiměřená, občas dochází ke střídání nálad, myšlení je souvislé, bez zárazů, patologií a kvalitativních poruch, paměť je bez narušení, výbavná bez poruch, u pacienta nebyla zjištěna amnesie na údobí trestné činnosti. Vnímání je bez poruch, intelekt nejeví významný pokles, osobnost jeví známky dissociálního vývoje. Jeho mimika i pantomimika jsou přiměřené situaci, pacient využívá verbální i neverbální komunikace, slovní zásoba i formulační schopnosti jsou dostatečné.

Pacient se považuje za optimistu. Také ale přiznává, že je impulzivnější a výbušnější více než ostatní, a v tomto směru se vidí jako choleric. Hodnotí sám sebe

jako mladého, normálního muže. Dříve byl více společenský, dnes je spíše uzavřený a samotářský. Vliv na to má nejen hospitalizace a uvěznění, ale i to, že se stydí za svoji diagnózu, přestože je s ní plně srozuměn a vyrovnán. Své zdraví po somatické stránce vnímá jako dobré, po psychické stránce se cítí také dobře, ale přesto převládají pocity studu, pocit viny za své činy, hodnotí svoji osobu jako někoho, kdo dělal špatné věci. Pacient je poučen o svém onemocnění, ale má strach z budoucnosti, zda zvládne celý průběh ochranného léčení, jak ho přijme okolí po návratu do běžného života a zda vůbec tento návrat zvládne.

Reakce na hospitalizaci je přirozená, chtěl by už domů. Pacient udává, že v psychiatrické nemocnici se cítí rozhodně lépe než ve vězení, které na jeho psychiku působilo daleko více depresivně. Zde měl možnost přemýšlet o sobě, o své odlišné sexuální preferenci a zamyslet se nad budoucností. Je rád, že prodělává toto ochranné léčení, kdy až zde zjistil vše ohledně své diagnózy.

Zdroj: rozhovor s pacientem, zdravotnická dokumentace pacienta 2014-2016

### 3.3 VYŠETŘENÍ SESTROU PROVEDENÉ PŘI PŘIJETÍ 1. 7. 2014

Tabulka 3 Vyšetření sestrou provedené při přijetí dne 1. 7. 2014

Vyšetření systému	Objektivní údaje
Celkový vzhled	- upravený
Stav vědomí	- plně orientován místem, časem, osobou
Dýchání	- eupnoe
Poloha, postoj, chůze	- aktivní poloha - postoj vzpřímený - chůze přirozená - bez obtíží
Vlasy, nehty	- vlasy husté, na krátko střižené - nehty hladké bez patologického nálezu
Kůže	- růžová - bez ikteru a eflorescencí - bez hematomů
Výživa	- eutrofický
Čítí	- v normě

Řeč, hlas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- řeč plynulá</li> <li>- hlas bez patologického nálezu</li> </ul>
Hlava	<ul style="list-style-type: none"> <li>- velikost lebky – normocefalická</li> <li>- tvar lebky – mezocefalická</li> <li>- hlava na poklep nebolestivá</li> <li>- držení hlavy přirozené</li> <li>- výstupy V. n. – nebolestivé</li> <li>- inervace III. n. a VII. n. - správná</li> </ul>
Oči	<ul style="list-style-type: none"> <li>- víčka bez patologického nálezu</li> <li>- oční bulby ve středním postavení</li> <li>- zorné pole souvislé 160°</li> <li>- spojivky růžové</li> <li>- skléry bílé</li> <li>- rohovka průhledná</li> <li>- tvar zornic okrouhlý</li> </ul>
Uši	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ušní boltec bez patologického nálezu</li> <li>- zvukovod bez sekrece</li> <li>- sluch dobrý</li> </ul>
Nos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bez deformit</li> <li>- bez výtoků</li> </ul>
Rty	<ul style="list-style-type: none"> <li>- růžové</li> <li>- souměrné</li> </ul>
Dutina ústní	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jazyk je růžový, vlhký, bez patologických povlaků</li> <li>- patrové oblouky růžové a hladké</li> <li>- tonzily malé, hladké, růžové</li> <li>- dásně růžové</li> <li>- chrup vlastní</li> </ul>
Krk	<ul style="list-style-type: none"> <li>- krční páteř pohyblivá, bez omezení</li> <li>- pulzace karotid symetrická</li> <li>- náplň jugulárních žil nezvýšená</li> <li>- lymfatické uzliny oboustranně nehmatné</li> <li>- štítná žláza nehmatná</li> </ul>

Hrudník, srdce	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hrudník je symetrický</li> <li>- plíce – poklep plný, jasný</li> <li>- dýchání - čisté, sklípkové</li> <li>- srdeční krajina bez vyklenutí</li> <li>- úder hrotu neviditelný</li> <li>- akce srdeční pravidelná 66´</li> <li>- ozvy ohraničené</li> </ul>
Břicho	<ul style="list-style-type: none"> <li>- břicho souměrné</li> <li>- poklep bubínkový</li> <li>- kůže břicha hladká, bez změn</li> <li>- břicho na pohmat měkké, nebolestivé</li> <li>- játra a slezina nezvětšeny</li> <li>- močový měchýř nebolestivý</li> <li>- uretra bez výtoku</li> <li>- skrotum nebolestivé, bez zduření</li> </ul>
Končetiny	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kůže končetin – teplá, pružná</li> <li>- končetiny bez edemů</li> <li>- prsty na končetinách symetrické bez tvarových změn, růžové</li> <li>- periferní pulzace hmatné</li> <li>- žíly DK bez varixů</li> <li>- lýtka pohmatově nebolestivá</li> <li>- klouby volně pohyblivé</li> <li>- svaly a šlachy pohmatově nebolestivé</li> </ul>
Páteř	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fyziologické zakřivení</li> </ul>
Lymfatické uzliny	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nehmatné, nebolestivé</li> </ul>
Šlachové reflexy	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oboustranně výbavné</li> </ul>

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2014

### 3.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

#### Ordinovaná vyšetření:

- vstupní laboratorní vyšetření krve – biochemické, hematologické
- vyšetření moč TOXI
- vyšetření moč + sediment
- RTG plic

#### Výsledky vyšetření:

- výsledky biochemického vyšetření krve ze dne 2. 7. 2014 – viz Příloha A
- výsledky hematologického vyšetření krve ze dne 2. 7. 2014 – viz Příloha B
- výsledky vyšetření moči na M+S ze dne 2. 7. 2014 – viz Příloha C
- výsledky vyšetření moči na TOXI ze dne 2. 7. 2014 – viz Příloha D
- průběžné výsledky stanovení hladiny testosteronu – viz Příloha E

#### RTG plic ze dne 2. 7. 2014

- hrudník symetrický
- plicní parenchym bez ložiskových změn
- bez fyziologického nálezu

#### Konzervativní léčba:

Pacient nemá žádné dietní opatření. Má dietu č. 3 - racionální. Výživa je perorální. Denní kalorický příjem je v normě, pacient pije dostatek tekutin, asi 1,5 litru za den, ochucených minerálek nebo čaje. Pohybový režim je bez omezení.

#### Medikamentózní léčba:

Tabulka 4 Medikamentózní léčba při přijetí ze dne 2. 7. 2014

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Tisercin	amp.	1,00 ml/25 mg	2 amp. i. m., při neklidu	psychofarmakum
-----	-----	-----	-----	-----

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2014

Tabulka 5 Medikamentózní léčba po nasazení hormonální léčby ze dne 30. 9. 2014

Název léku	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Androcur depot.	3,00 ml/300 mg	1 amp. i. m. à 14 dní	antiandrogen
Tisercin	1,00 ml/25 mg	2 amp. i. m., při neklidu	psychofarmakum
Ibalgin	400 mg	1 tbl. p. o., při bolesti hlavy	analgetikum

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2014

### **Psychoterapeutická léčba:**

Pacient dochází na povinné skupinové terapie. Zúčastňuje se přednášek na různá témata související s jeho lékařskou diagnózou a musí dle režimu psát každý den deník, který odevzdává 1x týdně podle pravidel režimu. Mezi jeho psychoterapeutickou léčbu patří také každodenní pracovní terapie.

## **3.5 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II**

Posouzení současného stavu ze dne 23. 1. 2017 za využití koncepčního modelu Marjory Gordon.

### **1. Podpora zdraví (uvědomění si zdraví, management zdraví)**

**Subjektivně:** „Jsem zdravý, s ničím se neléčím a léky žádné neužívám. Dřív jsem hrál fotbal a tím se udržoval v kondici. Teď už to nejde, protože jsem tady. Tady není co dělat, je tu nuda a ani není s kým. Víím, že tu teď musím být a podrobit se léčení.“

**Objektivně:** Pacient hodnotí svůj stav jako dobrý. Aby si udržel zdraví, sportuje, kdy před výkonem trestu hrál často fotbal. Pacient se snaží jíst zdravě. Mezi návyky patří 15-20 cigaret/den a příležitostně 5-6 piv s destiláty. Na preventivní prohlídky chodí pravidelně. Samovyšetření varlat neprovádí. Léky žádné neužívá, somaticky se neléčí. Pacient si stěžoval na nedostatek zájmových aktivit v rámci ochranného léčení, kdy hodnotí možnost dostupných sportovních aktivit jako nedostatečný. Při rozhovoru se nezaměřil na současné onemocnění, kterým je sexuální deviace. Při dotazování na tuto diagnózu sděluje, že si uvědomuje nutnost podrobit se ochrannému léčení a nezbytnost plně se zapojit do programů v rámci terapie, zároveň ale zmiňuje, že proto asi neudělal vše a pokusí se ještě více začlenit do léčebného režimu.

**Ošetrovatelský problém:** nedostatek zájmových aktivit

**Priorita:** nízká

**Měřicí techniky a škály:** 0

## **2. Výživa (příjem potravy, trávení, vstřebávání, metabolismus, hydratace)**

**Subjektivně:** „Myslím, že mám normální váhu. Na váze neubývám ani nepřibývám. Nestěžuji si na svoji postavu. Jím pravidelně dle rozvrhu jídelníčku zde. Občas mi tu něco nechutná, tak to vrátím. Někdy mi pošle babička nebo táta balík se sladkostmi, tak to si samozřejmě dám. Ničemu se cíleně nevyhýbám. Piju všechno, ale nejčastěji sladké minerálky a čaj, asi 1,5 litru za den určitě.“

**Objektivně:** Pacientův stav výživy je normální. K úbytku nebo příbytku na váze za posledních 6 měsíců nedošlo. Chuť k jídlu je normální. Dietní opatření pacient nemá žádné. Forma stravy je normální. Způsob přijímání je per os. Pacient má dietu č. 3 racionální. Typický denní příjem jídla je snídaně, oběd, svačina, večeře. Pacient netrpí poruchami polykání ani pálením žáhy. Příjem tekutin je dostatečný, 1,5 litru za den. Nejčastěji pije ochucené minerálky a černý čaj. Pocity žízně nemá.

**Ošetrovatelský problém:** 0

**Priorita:** 0

**Měřicí techniky a škály:** 0

## **3. Vylučování a výměna (funkce močového systému, funkce gastrointestinálního systému, funkce kožního systému, funkce dýchacího systému)**

**Subjektivně:** „Potíže s močením ani stolicí nemám, chodím každý den, občas jsem dostal průjem, ale to bylo asi ze špatné stravy. Žádné léky na vyprazdňování neužívám.“

**Objektivně:** Pacient močí sám na WC, mikce bez problémů. Noční nucení na močení neudává, stejně tak ani potíže s inkontinencí. Stolicí udává pravidelnou, každý den, normální konzistence. Nejčastější dobou vyprazdňování jsou ranní hodiny. Prostředky k vyprazdňování nepoužívá. Pacient netrpí na hemoroidy. Pocení je přiměřené. Zvracení nebo nauzeu neudává.



**Ošetrovatelský problém: 0**

**Priorita: 0**

**Měřicí techniky a škály: 0**

#### **4. Aktivita – odpočinek (spánek-odpočinek, aktivita, cvičení, rovnováha energie, kardiovaskulární-pulmonální reakce, sebepéče)**

**Subjektivně:** „Spím dobře, nemám žádné potíže. Nejhorší je tady brzká večerka a ranní budíček, to bych si občas přispal. Myslím, že jsem soběstačný, všechno si udělám sám, nikoho nepotřebuju. Jak jsem říkal, hraju fotbal, to tady ale nejde, nebo když bylo počasí, tak jsme hráli s kluky ping-pong nebo badminton. Taky kluci měli nějaké činky, tak jsme posilovali. Teď to ale v zimě nejde. Je tu nuda.“

**Objektivně:** Pacient netrpí poruchami spánku. Spí celou noc, nemá problémy s usínáním ani probouzením během noci. Pouze si stěžuje na brzkou večerku ve 22.00 hod., kdy byl zvyklý chodit spát později a ráno spát déle. Budíček v 6.30 hod. je pro něj brzy. Po probuzení se pacient cítí odpočatý. Léky na poruchy spánku neužívá. Pacient je samostatný a soběstačný. Hygienu, úpravu zevnějšku, vyprazdňování a najedení vykonává samostatně a nepotřebuje pomoc. Kompenzační pomůcky také nepoužívá. V současné době necvičí, pouze v rámci aktivit na oddělení občas hraje ping-pong nebo badminton, ovšem teď v zimě není možné tyto aktivity vykonávat. Ve formě se dříve udržoval hraním fotbalu. Volný čas trávil spíše aktivně. Nyní má fyzickou aktivitu pouze v podobě procházek po areálu PN v rámci povolených vycházek nebo pracovní terapie v rámci režimu ústavní léčby.

**Ošetrovatelský problém: 0**

**Priorita: 0**

**Měřicí techniky a škály: 0**

#### **5. Vnímání – poznávání (pozornost, orientace, kognice, komunikace)**

**Subjektivně:** „Vidím, slyším a cítím dobře. Co se týká informací ohledně mé poruchy tak myslím, že už jsem leccos o této nemoci zjistil, vím jak své pudy ovládat, ale zaručeně nevím vše. Stále je co se učit. S komunikací nemám problém, ale nejsem důvěřivý člověk a držím se spíše zpátky v tom, s kým se bavím a o čem. Jak jsem říkal,

jsem optimista, ale vím, že jsem také cholerik, a oproti ostatním možná trochu více impulzivní. Emoce držím pod pokličkou, ale v tomto náročném prostředí to není vždy zcela možné.“

**Objektivně:** Pacientův zrak je normální, bez zhoršení či poškození. Brýle nepoužívá. Sluch má také v pořádku bez použití kompenzační pomůcky. Čich je bez problémů. K nedávné změně smyslů nedošlo. Pacientova paměť a myšlení není narušené. U pacienta je nutné doplnit deficitní znalosti ohledně jeho lékařské diagnózy, což sám přiznává. Musí se i nadále vzdělávat a učit, jak zvládat svoji sexuální deviaci. Pacient také vyjádřil snahu o získání co nejvíce informací o této oblasti a zvládání své deviace. Přiznává, že je občas velice impulzivní a emočně labilnější, ale snaží se tyto pocity a reakce korigovat, ovšem dle ošetřovatelské dokumentace se mu to ne vždy daří. Také přiznává, že jeho vyjadřovací schopnosti nejsou nejlepší a je spíše uzavřený z důvodu psychických bariér, a pokusí se v rámci terapie zlepšit komunikaci jak s ostatními pacienty, tak s ošetřovatelským personálem.

**Ošetřovatelský problém:** labilní ovládnání emocí, nedostatečné znalosti

**Priorita:** labilní ovládnání emocí – střední, nedostatečné znalosti – střední

**Měřicí techniky a škály:** 0

## **6. Vnímání sebe sama (sebepojetí, sebepercepce, obraz těla)**

**Subjektivně:** „Jsem optimista, myslím, že jsem normální chlap, netrápím se svým vzhledem. Víím, že jsem udělal špatné věci, nejsem na to pyšný, trápí mě to. Často na to myslím. Zklamal jsem spoustu lidí včetně své rodiny. Nikdy jsem neodpustil matce, že se na mě vykašlala, hlavně když jsem byl ve vězení. Nepřišla mě ani navštívit. Na mé psychice to všechno určitě zanechalo negativní dopad.“

**Objektivně:** Pacient se považuje spíše za optimistu. Je spokojený se svým vzhledem. Pokud se cíleně ptáme na jeho pocity, myšlení a vnímání úcty a cti, tak poté přiznává, že sám sebe vnímá jako někoho, kdo dělal špatné věci. Zmiňuje také špatné zkušenosti ve výkonu trestu, špatné zkušenosti s ostatními, kteří ho odsoudili za jeho činy, ponižovali. Pacient se stydí za své činy, má pocit viny a v tomto směru se hodnotí negativně. Při hlubším rozhovoru zmiňuje, že díky tomu co provedl, přišel ve svém životě o mnoho přátel a členů rodiny. V neposlední řadě ho trápí i špatný vztah s matkou, které nemůže odpustit, že ho nikdy ve výkonu trestu nenavštívila a neozvala

se. Je vidět, že se tím trápí. Ví, že zklamal mnoho lidí okolo sebe a že spoustě lidí ublížil. Zanechává to na jeho psychice negativní dopad a tím i negativní pocity ze sebe samého.

**Ošetrovatelský problém:** riziko oslabení lidské důstojnosti

**Priorita:** riziko oslabení lidské důstojnosti – střední

**Měřicí techniky a škály:** 0

## **7. Vztahy (role pečovatелů, rodinné vztahy, plnění rolí)**

**Subjektivně:** „Rodinné vztahy jsou teď už dobré, ale vím, že jsem je zklamal. Máma, jak jsem říkal, se na mě vykašlala, když od nás odešla, jsem na ní našťvaný, ale rád bych vztahy s ní urovnal. Byl jsem dřív společenský, ale teď jsem spíše samotářský a uzavřenější. Nemám potřebu se tady s lidmi nějak kamarádit. V současné době holku nemám, pořád mají o mě nějaké holky zájem, ale ne o nic vážného. Nevím, co ty ženský chtějí. Až se dostanu ven, chci si najít práci, vydělat nějaké peníze, vrátit se do běžného života a pak se třeba nějaká holka na vážný vztah najde.“

**Objektivně:** Pacient udává rodinné problémy s matkou, se kterou se od svých 14. let pravidelně nevidal. Reakce rodiny na jeho onemocnění a trestnou činnost byla přiměřená, otec a babička syna nezavrhlí, ale rodinné vztahy byly tímto narušeny. Pouze matka nechtěla se synem mít nic společného. Nejblíže jsou mu jeho otec a babička, o kterých nejčastěji hovoří. Pacient není spokojený se svým současným průběhem života. Uvědomuje si, že nedodělané vzdělání a výkon trestu mohou být pro něho překážkou při zařazení do běžného života. Kontakt s lidmi měl dříve častý, nyní je spíše uzavřený a samotářský. Chování k lidem je přátelské ovšem pokud se mu něco nelíbí, má sklony k agresivitě. Po propuštění plánuje jít k otci, najít si zaměstnání a postavit se na vlastní nohy. Také bude ambulantně navštěvovat psychiatra. Uvědomuje si, že i přesto, že otec s babičkou mu dávají pocit podpory, je si jistý, že je zklamal a že došlo k narušení rodinných vztahů a funkčnosti rodiny. Cítí, že se částečně své rodině odcizil. U pacienta se objevuje chování a projevy, které nejsou zcela v normálu. Pacient trpí sexuální deviací. Uvědomuje si svoji odlišnost, kdy je vše doprovázeno nižší sebeúctou, stresem a dochází k vnitřnímu konfliktu role. V partnerské oblasti se mu příliš nedaří. Zájem žen o pacienta je vysoký, ovšem trvalý vztah žádná z žen s pacientem neudrží. Neví, proč nemůže nalézt ženu pro trvalý vztah. V současné době je jeho společenský život omezen výkonem ochranného ústavního léčení. Pacient nevyhledává v tomto

prostředí přítomnost ostatních, sdílení zážitků nebo zábavu. Také přiznává, že dříve byl více společenský, vyhledával kontakt s ostatními a rád se bavil. Zde má pocit, že si nemá s ostatními co říci a nemá s nimi společné zájmy a představy o zábavě a trávení volného času.

**Ošetrovatelský problém:** neefektivní plnění rolí, narušené procesy v rodině

**Priorita:** neefektivní plnění rolí – střední, narušené procesy v rodině – střední

**Měřicí techniky a škály:** 0

## **8. Sexualita (sexuální funkce, reprodukce)**

**Subjektivně:** „Nemám problémy se sexem. Funguji normálně. S erekcí ani ejakulací problém také nemám. Zde mám pouze možnost příležitostného sexu, jinak své potřeby řeším masturbací. Samozřejmě mé potřeby jsou větší než možnost uspokojení. Na dovolenkách jsem občas také pohlavní styk měl. Dneska už vím, že svoji odlišnou preferenci nemohu uspokojovat způsobem jako dříve. Dnes už vím, jak své potřeby uspokojit, aniž bych ohrozil někoho jiného.“

**Objektivně:** Pacient netrpí žádnou sexuální dysfunkcí. Nyní své sexuální potřeby uspokojuje masturbací nebo příležitostným pohlavním stykem. V případě příležitostného pohlavního styku cítí uspokojení. Pacient si uvědomuje svoji odlišnou sexuální preferenci, je si vědom, že svoji preferenci nemůže uspokojovat způsobem jako dříve. Ve fantaziích se mu stále objevují jeho deviantní představy, ale již je schopen svoji touze odolat a zanechat ji pouze ve fantaziích. Přiznává ale, že jeho problém je celoživotní a že bude náročné se již celý život ovládat a vzdát se způsobu uspokojení, který mu přinášel největší uspokojení.

**Ošetrovatelský problém:** neefektivní vzorec sexuality

**Priorita:** neefektivní vzorec sexuality – vysoká

**Měřicí techniky a škály:** 0

## **9. Zvládání/tolerance zátěže (posttraumatická reakce, reakce na zvládání zátěže, neurobehaviorální stres)**

**Subjektivně:** „Rychle jsem si zde zvyknul, je to tu lepší než ve vězení. Zátěž a stres už zvládám celkem dobře. Dřív jsem se šel opít, nebo za kamarády, občas jsem „vybuchnul“. Tady to nejde, a navíc se musím stranit alkoholu, pod jehož vlivem jsem

páchal mé trestné činy, u mě není dobrý pít. Víím, že musím zapracovat na svém chování a ovládání emocí, agresí a alkoholem se nic nevyřeší. Přiznávám, že je někdy těžké se ovládnout.“

**Objektivně:** Pacient se s novým prostředím a přechodem do PN v Dobřanech vyrovnal dobře. Celkem rychle se zadaptoval a přizpůsobil novému prostředí. Nyní se u něho objevuje strach z budoucnosti, z toho, jak vše bude po propuštění a zda léčbu zvládne do konce, aby mohl být propuštěn. Dochází u něj často během dne ke střídání nálad, nejčastěji po proběhnutých terapeutických skupinách, kdy si uvědomí závažnost svého onemocnění a nevhodného chování s tím spojeného. Pacientova reakce na stres, konflikty nebo zátěž se zpravidla orientuje směrem k agresi. Pokud byl na svobodě, řešil to alkoholem. Také je pro něj typické popírání a svalování viny na ostatní. Občas jako obranu použije uzavření se do sebe nebo snížením aktivity při terapii. Také sděluje, že si uvědomuje chyby ve svém chování. Ví, že agresí a alkoholem se problémy neřeší. Je si vědom, že snížením aktivity při terapiích nikam nevede. Pokusí se ovládat své emoce a zvládat zátěžové situace lépe.

**Ošetřovatelský problém:** neefektivní zvládání zátěže, strach, riziko snížené odolnosti

**Priorita:** neefektivní zvládání zátěže – střední, strach – střední, riziko snížené odolnosti – střední

**Měřicí techniky a škály:** 0

## **10. Životní principy (hodnoty, přesvědčení, soulad hodnot – přesvědčení/jednání)**

**Subjektivně:** „Nejsem věřící, ale myslím, že něco existuje, nevím jak to popsat. Hodně jsem přehodnotil své hodnoty, měl jsem a mám čas přemýšlet. Je pro mě důležitá podpora rodiny. Občas se trápím, ale vždycky se z toho nějak dostanu.“

**Objektivně:** Pacient není věřící. Do kostela nechodí. Věří, že „něco“ existuje. Je rád, že výkon trestu je za ním a může se nyní soustředit na léčbu. Je rád, že ho rodina podporuje. Pacient díky výkonu ochranné ústavní léčby získal čas přemýšlet o sobě, svých činech a svém onemocnění. Přesto, že má občas pocit strachu, viny a méně pocitů radosti, cítí se být celkově duchovně vyrovnaný a nemyslí si, že by ho tyto občasné stavy uvedli do hluboké deprese nebo duchovní tísně. Zatím vždy své stavy zvládal a našel radost v něčem, co ho přivedlo zpět ke smyslu svého života.

**Ošetrovatelský problém:** 0

**Priorita:** 0

**Měřicí techniky a škály:** 0

### **11. Bezpečnost – ochrana (infekce, fyzické poškození, násilí, environmentální rizika, obranné procesy, termoregulace)**

**Subjektivně:** „Jsem celkem zdravý, nic mě teď nebolí ani zdravotně netrápí. Užívání alkoholu, drog a jiných látek je tady zakázané. Navíc nás pravidelně kontrolují, to si nemůžeme dovolit porušit. Nemám strach, že by mi tu někdo ublížil. To spíš já, jsem cholerik a občas vyletím. Za spor jsem byl přeložený na jiné oddělení. Musím se víc ovládat.“

**Objektivně:** Pacient se s ničím somatickým neléčí. Nemá žádnou akutní ani chronickou ránu. Stav kůže je dobrý. Pacientův chrup je úplný a v dobrém stavu, pokud ho bolí zuby, navštíví dentistu. Dýchání pacienta je spontánní, eupnoické. Problémy s chůzí neudává a prostředí pro pohyb pacienta je bezpečné. Dostupnost nedovolených léků, drog a nebezpečných látek je pravidelně kontrolováno náhodnými odběry krve, moči, ALTESTEM a pravidelnou kontrolou osobních věcí. Žádná z náhodných kontrol během pobytu zde v nemocnici neukázala, že by v tomto smyslu porušil režim odd. Pacient neudával při odebrání anamnézy žádné alergie a po dobu pobytu se u něj ani žádná alergická reakce nevyskytla. U pacienta hrozí riziko násilí vůči jiným, kdy u něj dochází ke střídání nálad. Sám udává, že je cholerik a pokud se mu něco nelíbí, je velice impulzivní. Mimo jiné se násilí objevuje v jeho trestné činnosti, v anamnéze a násilí se projevilo i v průběhu výkonu ochranného léčení, kdy musel být za nevhodné a agresivní chování vůči jinému pacientovi přeložen na neklidové odd.

**Ošetrovatelský problém:** riziko násilí vůči druhým

**Priorita:** riziko násilí vůči druhým – vysoká

**Měřicí techniky a škály:** 0

### **12. Komfort (tělesný komfort, komfort prostředí, sociální komfort)**

**Subjektivně:** „Tělesně mě nic netrápí. Prostředí je tu hrozné, člověk nemá kousek soukromí a nemůžu si dělat, co chci a kdy chci.“

**Objektivně:** Tělesný komfort pacienta není narušen. Nestěžuje si na bolest ani nauzeu. Somatický problém v současné době nemá. V rámci komfortu prostředí si stěžuje na nedostatek soukromí, na stálý dohled ošetrovatelského personálu a nemožnosti rozhodnout o svých aktivitách a rozvržení dne. U pacienta došlo oproti době příjmu k jistému sociálnímu stažení a stranění se ostatním. V rámci terapeutických programů funguje dobře, zapojuje se, ale ve volném čase na oddělení je spíše uzavřený a samotářský.

**Ošetrovatelský problém:** zhoršený komfort

**Priorita:** zhoršený komfort – střední

**Měřicí techniky a škály:** 0

### 13. Růst, vývoj

**Subjektivně:** „Myslím, že jsem vyvinutý normálně.“

**Objektivně:** Pacientův vývoj je v normě. Tělesné a kognitivní funkce jsou v normálu. K neprospívání u pacienta v období dětství, adolescence a dospělosti nedošlo. Nevyskytují se ani rizikové faktory, které by vedly k potencionálnímu vzniku problému.

**Ošetrovatelský problém:** 0

**Priorita:** 0

**Měřicí techniky a škály:** 0

## 3.6 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacient ve věku 22 let byl přijat na příjmové mužské oddělení č. 1 Psychiatrické nemocnice v Dobřanech v doprovodu PČR pro výkon ochranného ústavního sexuologického léčení, kdy spáchal trestný čin znásilnění, za který si odseděl 25 měsíců ve věznici v Kynšperku nad Ohří. Pacient je hospitalizován s diagnózou F 65.8 Patologická sexuální agresivita. Jedná se o 1. hospitalizaci v tomto zařízení. S pacientem byla při příjmu dobrá spolupráce, nebránil se hospitalizaci a výkonu svého ochranného léčení.

Nyní je pacient hospitalizován již přes 2,5 roku. Je zařazen do skupiny „S“ sexuologické OL a v současné době se nachází v „zelené“ barevné úrovni. Pacient musí

docházet a aktivně se zúčastňovat psychoterapeutických skupin a dalších podpůrných programů. Využívá individuálních pohovorů s psychologem a lékařem. Píše pravidelně osobní deník, který odevzdává 1x týdně. Má možnost vycházky na zahrádku oddělení a jsou mu již uděleny samostatné vycházky po areálu nemocnice. Dochází pravidelně v rámci režimu na pracovní terapii. V úrovni, ve které je zařazen využívá 1x týdně vycházky do města Dobřan. Několikrát už byl i na terapeutické dovolence, které proběhly všechny v pořádku. V rámci hormonální léčby je mu pravidelně aplikován Androcour depot. 1 amp. i. m. à 14 dní. Každé 2 měsíce je mu kontrolována hladina testosteronu v krvi včetně odběru krve na jaterní testy.

V poslední době je na pacientovi poznat, že řeší nějaké osobní problémy nebo problém v rámci skupiny, což se odráží pasivitou při skupinách či přednáškách. Také je na jeho chování vidět značné uzavření do sebe a vyhýbání se ostatním a negativita jak v projevu, tak při zapojení do terapeutických programů. Pacient je uzavřený a samotářský. Sděluje, že občas má negativní pocity ze sebe samého, kdy si uvědomuje svoji odlišnost. U pacienta dochází v poslední době ke střídání nálad a někdy se objevují i náznaky agrese, jež u něj představuje velký problém, který neumí ještě zcela zvládnout. Je velice impulzivní, emočně labilnější a musí vydávat velké úsilí, aby se dokázal ovládnout. Jeho reakce na stres, konflikty nebo obtížnější situace jsou nepřiměřené a nedokáže tyto situace efektivně zvládnout. Stále má tendence využívat obranných mechanismů, kdy svaluje vinu na ostatní a nezačíná řešit problémy a jejich důvody nejprve u sebe samého. Svěřuje se nejen ošetřovatelskému personálu, ale i ostatním členům zdravotnického týmu, že má v posledních dnech strach z budoucnosti díky blížící se době propuštění. Obává se, jak vše bude po propuštění a zda léčbu zvládne do konce, aby mohl být propuštěn. Také připouští, že stále přemýšlí nad svojí rodinou, nad tím jak je zklamal a jak zlepšit rodinné vztahy. V rámci dovolenek vše fungovalo v rodině normálně, ale stále cítí odcizení z jejich strany. Zkontaktoval se také s matkou, se kterou nemá dobré vztahy, a pokusil se o zlepšení. Pacient se cítí být omezený, stěžuje si na nedostatek zájmových aktivit v rámci režimu, nevyhovuje mu rozvržení dne a aktivit. Z důvodu dlouhodobé hospitalizace se cítí výrazně omezený. Stěžuje si na nedostatek soukromí na oddělení, na stálý dohled ošetřovatelského personálu a nemožnosti rozhodnout o svých aktivitách a rozvržení dne. U pacienta je nutné nadále pokračovat ve vytváření náhledu na jeho onemocnění, pokračovat v úpravě jeho chování, stále ho informovat o potřebných tématech v rámci sexuálních deviací



a jejich zvládnání, posilovat u něho vědomou kontrolu jeho chování a zajistit změnu postojů v rámci své role a společnosti.

### **3.7 STANOVĚNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT ZE DNE 23. 1. 2017**

Při sběru dat pro anamnézu, vyšetření sestrou a posouzení současného stavu pacienta vyplynulo několik ošetřovatelských problémů, které mají spíše dlouhodobý charakter a je nutné tyto problémy řešit.

#### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy:**

- Neefektivní vzorec sexuality (00065)
- Labilní ovládnání emocí (00251)
- Nedostatečné znalosti (00126)
- Neefektivní plnění rolí (00055)
- Narušené procesy v rodině (00060)
- Neefektivní zvládnání zátěže (00069)
- Strach (00148)
- Zhoršený komfort (00214)
- Nedostatek zájmových aktivit (00097)

#### **Potenciální ošetřovatelské diagnózy:**

- Riziko násilí vůči druhým (00174)
- Riziko oslabení lidské důstojnosti (00138)
- Riziko zhoršené odolnosti (00211)

### **AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY**

V této části jsou uvedeny tři podrobně rozpracované ošetřovatelské diagnózy, stanovené pomocí NANDA I taxonomie II. Tyto ošetřovatelské diagnózy jsou vybrány z důvodu, že představují pro pacienta největší problém a jejich vyřešení je důležité pro pacientův dobrý psychický stav, vyřešení některých z nich je důležité také pro zařazení do běžného života.

## **Neefektivní vzorec sexuality (00065)**

**Doména 8:** Sexualita

**Třída 2:** Sexuální funkce

**Definice:** Vyjadřování obav ohledně vlastní sexuality.

### **Určující znaky:**

- odlišná sexuální preference
- omezení v souvislosti se sexuálním chováním
- změny v souvislosti se sexuálním chováním
- změna v dosahování vnímané sexuální role

### **Související faktory:**

- konflikty se sexuální preferencí
- nedostatečný náhled na svoji sexuální preferenci
- nedostatek znalostí týkající se alternativního chování

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:** pacient má úplný náhled na svoji odlišnou sexuální preferenci, přebral odpovědnost za své chování a plně se adaptoval na alternativní způsob akceptovatelného sexuálního uspokojení – do konce hospitalizace

**Cíl krátkodobý:** pacient je seznámen se svojí sexuální deviací a je informován o správném sexuálním chování – do 1 měsíce

### **Očekávané výsledky:**

- pacient má dobrou znalost anatomie pohlavních orgánů a sexuálních funkcí – do 1 měsíce
- pacient je obeznámen s danou sexuální poruchou – do 1 měsíce
- pacient zná těžkosti v souvislosti s jeho odlišnou sexuální preferencí – do 1 měsíce
- pacient zná příčiny své odchylky a problémů způsobených svojí sexuální preferencí – do 1 měsíce
- pacient zná účinné způsoby uspokojování svých potřeb – do 1 měsíce
- pacient se vyrovná s problémy své odlišné sexuální preference – do konce hospitalizace

- pacient akceptuje nový způsob uspokojování svých potřeb – do konce hospitalizace
- pacient akceptuje sebe sama s odlišnou sexuální preferencí – do konce hospitalizace
- pacient má úplný náhled na svoji odlišnou sexuální preferenci – do konce hospitalizace

#### **Plán intervencí:**

1. zjistí sexuální anamnézu pacienta – všeobecná sestra – do 1 týdne
2. zeptej se na problémy a obavy spojené se sexem – všeobecná sestra – do 1 týdne
3. poskytni přiměřené množství informací ohledně pacientovy sexuální deviace – všeobecná sestra – do 1 měsíce
4. informuj pacienta o metodách zvládnání své sexuální preference – všeobecná sestra – do 1 měsíce
5. doporuč pacientovi individuální a skupinovou psychoterapii zaměřené na kompletní informovanost ohledně sexuálních deviací a jejich zvládnání – všeobecná sestra – do 1 týdne
6. zapojuj pacienta do skupinových terapií a přednášek – všeobecná sestra ve spolupráci s psychologem – po celou dobu hospitalizace
7. sleduj vliv stresujících faktorů na pacientovo sexuální chování – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
8. podporuj a ved' pacienta k vytvoření náhledu na své onemocnění – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
9. podporuj a ved' pacienta k akceptaci sebe sama s odlišnou sexuální preferencí – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
10. vyslechni pacienta, pokud potřebuje – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
11. nabídni možnost konzultace s psychologem nebo lékařem – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace

#### **Realizace: od 23. 1.-14. 2. 2017**

S pacientem proběhl rozhovor se sestrou v rámci sběru dat k sexuologické anamnéze a dále měl individuální pohovor o sexualitě s jeho ošetřujícím lékařem

a psychologem. Pacient se svěřil se svými obavami ze své sexuální preference a uvedl problémy a obavy, které mu přináší jeho odlišnost. U pacienta byly sledovány stresující faktory ovlivňující jeho sexuální chování. Byl seznámen se skupinovou terapií a přednáškami. V průběhu realizace ošetrovatelské péče se zúčastnil přednášek na téma jednotlivých sexuálních deviací, v rámci přednášek se zapojoval svými názory a poznatky, uváděl své zkušenosti a myšlenky. Na těchto přednáškách se také dozvěděl jak uspokojovat svoji sexuální potřebu alternativním způsobem. Pacientovi byla nabídnuta pomoc psychologa, ošetřujícího lékaře a ostatních členů zdravotnického týmu v případě, že by potřeboval další informace nebo si potřeboval s někým pohovořit o svém problému. V rámci dlouhodobé skupinové a individuální terapie je pacient motivován k vytvoření náhledu na své onemocnění, uvědomění si své odlišné sexuální preference a je motivován a směřován k nalezení alternativního způsobu uspokojení.

#### **Hodnocení:**

**Cíl krátkodobý:** byl splněn. Pacient byl seznámen se svojí sexuální deviací, stejně tak byl poučen o správném sexuálním chování v rámci přednášek a skupinových terapií.

**Splněné intervence:** 1, 2, 3, 4, 5

**Přetrvávající intervence:** 0

**Cíl dlouhodobý:** nebyl splněn. Pacient je stále ve výkonu ochranného ústavního léčení, zatím ještě nemá vytvořený úplný náhled na své onemocnění, k určitému posunu došlo, ale nelze to hodnotit jako dostatečné. U pacienta je nutné nadále pokračovat ve skupinové a individuální terapii a nadále ho směřovat, motivovat a učit pracovat na sobě, na vytváření náhledu a způsobu uspokojování svých sexuálních potřeb. Je nutné pokračovat v naplánovaných intervencích dle potřeby a psychického stavu pacienta.

**Přetrvávající intervence:** 6, 7, 8, 9, 10, 11

#### **Narušené procesy v rodině (00060)**

**Doména 7:** Vztahy

**Třída 2:** Rodinné vztahy

**Definice:** Změna rodinných vztahů a/nebo fungování.

**Určující znaky:**

- změna způsobu chování k pacientovi
- změna vzájemné podpory
- změna postoje k pacientovi
- změna v síle rodinného svazku
- vzájemná horší komunikace
- nepochopení rodiny k pacientově diagnóze

**Související faktory:**

- vliv pacientovi nemoci
- dlouhodobé odloučení od rodiny
- odchod matky od rodiny

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** U pacienta dojde k obnovení a upevnění rodinných vztahů – do konce hospitalizace

**Cíl krátkodobý:** Pacient je seznámen s důvody odcizení od rodiny, ví jak obnovit a upevnit rodinné vztahy a pokusí se o obnovení a upevnění – do 1 měsíce

**Očekávané výsledky:**

- pacient chápe důvody odcizení rodiny – do 14 dnů
- pacient informuje rodinu o své nemoci – do 14 dnů
- pacient vysvětlí rodině svoji prognózu - do 14 dnů
- pacient se pokusí rodinu aktivně zapojit do jeho léčebného režimu – do 1 měsíce
- pacient a rodina řeší situaci pro optimální řešení – do 1 měsíce
- pacient se snaží o obnovení a upevnění rodinných vztahů – do 1 měsíce
- pacient docílí tolerance mezi členy rodiny – do konce hospitalizace
- pacient udržuje vztah s rodinou – do konce hospitalizace

**Plán intervencí:**

1. promluv s pacientem o důvodech odcizení rodiny – všeobecná sestra – do 14 dnů
2. získej informace o vývoji rodiny – všeobecná sestra – do 14 dnů
3. získej informace o skladbě rodiny – všeobecná sestra – do 14 dnů
4. získej informace o jednotlivých členech rodiny – všeobecná sestra – do 14 dnů

5. získej informace o vztahu rodiny k pacientovi – všeobecná sestra – do 14 dnů
6. věnuj pozornost způsobu komunikace v rodině – všeobecná sestra – do 14 dnů
7. posuď chování členů rodiny – všeobecná sestra – do 14 dnů
8. zjisti, jaké jsou očekávané role od členů rodiny – všeobecná sestra – do 14 dnů
9. informuj spolu s pacientem rodinu o jeho onemocnění – všeobecná sestra – do 14 dnů
10. informuj spolu s pacientem rodinu o pacientově prognóze – všeobecná sestra – do 14 dnů
11. vysvětli rodině režim, který musí pacient dodržovat – všeobecná sestra – do 14 dnů
12. vysvětli rodině režim, který musí pacient dodržovat po návratu domů a do běžného života – všeobecná sestra – do 14 dnů
13. přesvědč se, že rodina chápe současnou situaci – všeobecná sestra – do 14 dnů
14. nabídni pacientovi a rodině různé druhy poradenství – všeobecná sestra – do 14 dnů
15. naslouchej pacientovi při sdělování jeho pocitů – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
16. jednej se členy rodiny srdečně, laskavě, s respektem – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
17. opakovaně zjišťuj, jak rodina vnímá současnou situaci – všeobecná sestra – celou dobu hospitalizace
18. uzněj obtížnost situace pro rodinu – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
19. opakovaně vysvětluj rodině nutnost podpory pacienta – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
20. opakovaně zdůrazňuj význam soustavného otevřeného dialogu mezi členy rodiny – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
21. doporučuj opakovaně členům rodiny pravidelný a časný kontakt – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
22. doporučuj opakovaně rodině účastnit se skupinové léčby – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
23. zapoj pacienta a rodinu do plánování budoucnosti – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace

24. zapoj pacienta do skupinové terapie a přednášek, kde získá kompletní informace ohledně vztahů a rolí v rodině – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
25. nabídne pacientovi možnost individuální konzultace s psychologem nebo lékařem – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace

**Realizace: od 23. 1.-14. 2. 2017**

S pacientem byl proveden rozhovor o jeho rodině. Rozhovor byl zaměřen na vztahy v rodině, role jednotlivých členů a na pocity pacienta týkající se jeho rodiny. Pacient si uvědomuje, že rodinné vztahy byly narušeny jeho uvězněním a spáchaným trestným činem. Nyní je ve výkonu ochranného ústavního léčení sexuologického a je tak již 4 roky odloučen od své rodiny. Matka pacienta s ním nekomunikuje, nechce s ním nic mít. Přesto se snaží o obnovení vztahu s ní, kdy ji kontaktoval prostřednictvím mobilního telefonu. Pacient se svěřil, že otec i babička ho podporují, je s nimi v pravidelném kontaktu. Pacient byl v rámci skupinových terapií seznámen s tím, jak komunikovat se členy rodiny, jak si získat jejich důvěru a jak je zapojit do svého léčebného režimu. Rodina pacienta byla seznámena s jeho onemocněním a prognózou. Také bylo členům rodiny doporučeno zapojit se do skupinové terapie a nabídnuty různé druhy poradenství. Pacient je ve fázi léčení, kdy již jezdí na dovolenky domů ke své rodině. Otec byl před první dovolenkou poučen, jaký režim musí pacient na dovolence dodržovat. Otec byl ošetřujícím lékařem a všeobecnou sestrou poučen o tom, jak je pro pacienta důležitá podpora rodiny, zapojení rodiny do léčebného režimu a jak je pro něj role otce v životě důležitá. Otec přislíbil, že bude plně pacienta podporovat a bude se snažit mu pomáhat s jeho problémem.

**Hodnocení:**

**Cíl krátkodobý:** byl splněn. Pacient byl podle potřeby vyslechnut. Byly od něj získány důležité informace o jeho rodině. V rámci individuálních rozhovorů byl poučen, jak zapracovat na obnovení rodinných vztahů, byly mu navrženy možnosti, jak se pokusit obnovit důvěru a upevnit rodinné vztahy. V rámci skupinové terapie získal kompletní informace o rodině, vztazích a rolích.

**Splněné intervence:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14

**Přetrvávající intervence:** 0

**Cíl dlouhodobý:** byl splněn částečně. Zdá se, že rodina pacienta se zapojila do jeho léčebného režimu, jak nejvíce mohla. Pacient udržuje stálý kontakt s otcem a babičkou. Pacient ví, jak s rodinou udržovat dobré vztahy. V rámci dovolenek otec dohlíží na jeho režim a chování. Podporuje ho a pomáhá při pobytu mimo nemocniční zařízení. Společně uvažují nad tím, kde bude pacient bydlet po návratu, kde bude hledat práci a jak ho bez problémů začlenit zpět do běžného života. Přesto je nutné pokračovat v naplánovaných intervencích.

**Přetrvávající intervence:** 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25

### **Nedostatek zájmových aktivit (00097)**

**Doména 1:** Podpora zdraví

**Třída 1:** Uvědomování si zdraví

**Definice:** Snížený stimulace plynoucí z rekreačních aktivit nebo aktivit pro volný čas (ze zájmu či zapojení do takových aktivit).

#### **Určující znaky:**

- slovní vyjádření problému pacienta
- pocit nudy
- nemožnost vykonávat některé činnosti
- vnitřní nespokojenost s nemožností něco dělat

#### **Související faktory:**

- nepodnětné prostředí nemocnice
- individuální preference aktivity
- dlouhodobá hospitalizace

**Priorita:** nízká

**Cíl dlouhodobý:** Pacient cítí uspokojení potřeby aktivity – do 1 měsíce

**Cíl krátkodobý:** Pacient je seznámen s možnými aktivitami na oddělení i mimo něj – do 1 týdne



### **Očekávané výsledky:**

- pacient chápe situaci, proč není možné uspokojit svoje potřeby aktivity – do 1 týdne
- pacient nalezne v rámci svého omezení nové činnosti – do 1 týdne
- pacient rozvíjí činnosti v rámci svého omezení – do 1 týdne
- pacient je seznámen s dostupnými aktivitami – do 1 týdne
- pacient spolupracuje s terapeuty na nalezení dalších vhodných aktivit – do 1 týdne
- pacient najde uspokojení v dostupných a nových aktivitách – do 1 měsíce

### **Plán intervencí:**

1. promluv s pacientem o důvodech neuspokojení potřeby aktivity – všeobecná sestra – do 3 dnů
2. porovnej úroveň aktivity před hospitalizací a nyní – všeobecná sestra – do 3 dnů
3. zjisti strukturu zájmů pacienta – všeobecná sestra – do 3 dnů
4. zjisti dostupnost žádoucích aktivit v současné situaci – všeobecná sestra – do 3 dnů
5. posuď míru deprivace pacienta – všeobecná sestra – do 3 dnů
6. seznam pacienta s dostupnou zábavou a aktivitami (televize, rádio, četba, společenské hry, vycházka, terapie) – všeobecná sestra – do 3 dnů
7. motivuj pacienta k aktivnímu řešení potřeby – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
8. ponechej volbu činnosti na pacientovi a umožni mu rozhodování o jeho režimu dne v rámci možností ústavního režimu – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
9. zapoj pacienta do spolupráce s terapeuty a ostatními členy zdravotnického týmu a pokuste se nalézt nové vhodné aktivity pro pacienta – všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace

### **Realizace: od 23. 1.-14. 2. 2017**

Pacient se svěřil s pocitem nedostatku zájmových aktivit na oddělení i mimo něj. V rámci rozhovoru byl vyslechnut a byly zjištěny důležité informace, jak si představuje dostatek zájmových aktivit, a také jsme se zaměřili na strukturu zájmů pacienta. Pacient

dříve býval aktivní, hodně sportoval, což není nyní z důvodu nevhodného počasí možné. Pacientovi byly navrženy běžné dostupné aktivity, jako je sledování televizního programu, poslech rádia, četba knih, hraní společenských her. Pacient byl informován, že v rámci vycházek v areálu nemocnice může chodit běhat, chodit na procházky. Po zlepšení počasí mu bylo nabídnuto, že mu může rodina dovést kolečkové brusle, na kterých může v areálu jezdit. V rámci aktivit na oddělení byl upozorněn, že na oddělení probíhá pravidelně relaxační cvičení a dochází pravidelně ergoterapeutka. Bylo mu navrženo, ať svůj problém probere i s ostatními členy terapeutického týmu a společně se pokusí nalézt nějaké další řešení. Pacient byl a je stále motivován k aktivnímu řešení své potřeby.

### **Hodnocení:**

**Cíl krátkodobý:** byl splněn. Pacient byl v rámci rozhovoru seznámen s aktivitami na oddělení i mimo něj. Byly mu navrženy další možnosti využití volného času.

**Splněné intervence:** 1, 2, 3, 4, 5, 6

**Přetrvávající intervence:** 0

**Cíl dlouhodobý:** zatím nebyl splněn. Pacient stále nenašel dostatečné uspokojení v dostupných možných denních aktivitách. Je nutné znovu probrat jeho problém s ostatními členy zdravotnického týmu a pokračovat v naplánovaných intervencích.

**Přetrvávající intervence:** 7, 8, 9

### **POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA**

Zde je uvedena a podrobně rozpracována jedna ošetřovatelská diagnóza, která nejvíce ovlivňuje pacienta a je pro něj největší hrozbou nejen ve zdravotnickém zařízení, ale i mimo něj, v běžném životě.

## **Riziko násilí vůči druhým (00138)**

**Doména 11:** Bezpečnost-ochrana

**Třída 3:** Násilí

**Definice:** Náchylnost k chování, při kterém jedinec dává najevo, že dokáže fyzicky, emocionálně a/nebo sexuálně ublížit jiným.

### **Rizikové faktory:**

- impulzivnost
- násilné chování v anamnéze
- násilí vůči jiným osobám v minulosti
- násilné sexuální chování vůči ženám
- konfliktní vztahy
- agresivita
- vznětlivost
- neuvážlivé jednání
- popudlivost
- podrážděnost

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:** Pacient neohrožuje jiné osoby – do konce hospitalizace

**Cíl krátkodobý:** Pacient je seznámen jak pracovat se svým nutkáním k agresi – do 1 měsíce

### **Očekávané výsledky:**

- pacient umí hovořit o svých pocitech a nutkání k užití násilí – do 14 dnů
- pacient umí rozpoznat vyvolávající faktory – do 14 dnů
- pacient ví, jak se ovládnout – do 14 dnů
- pacient zná alternativní řešení – do 14 dnů
- pacient má dostatečnou sebekontrolu – do konce hospitalizace
- pacient se dokáže ovládnout – do konce hospitalizace
- pacient neohrožuje jiné osoby – do konce hospitalizace

### **Plán intervencí:**

1. vzbud' v pacientovi důvěru hovořit o svých myšlenkách a pocitech – všeobecná sestra – do 1 týdne
2. informuj pacienta o metodách zvládnání své agrese - všeobecná sestra – postupně do 1 měsíce
3. informuj pacienta o alternativních řešeních bez použití agrese - všeobecná sestra – postupně do 1 měsíce
4. zjistí náhled pacienta na následky jeho násilného chování - všeobecná sestra – do 1 týdne
5. posuď a prober s pacientem příčinu a přispívající faktory vedoucí k agresi - všeobecná sestra – do 1 týdne
6. naslouchej pacientovi při vyjadřování jeho pocitů a myšlenek - všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
7. udržuj přímočarou komunikaci - všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
8. ptej se pacienta, zda se zabývá myšlenkami na násilí - všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
9. nabídní pacientovi možnost konzultace s psychologem či lékařem - všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
10. zapoj pacienta do skupinové terapie a přednášek – všeobecná sestra - po celou dobu hospitalizace
11. postarej se o bezpečné a klidné prostředí pro pacienta - všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
12. zjistí časně náznaky agresivity, impulzivity a lability - všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace
13. ved' pacienta k asertivnímu chování - všeobecná sestra – postupně po celou dobu hospitalizace
14. ved' pacienta k přijetí odpovědnosti za své chování - všeobecná sestra – postupně po celou dobu hospitalizace
15. podporuj a ved' pacienta k získání sebekontroly - všeobecná sestra – po celou dobu hospitalizace

**Realizace: od 23. 1.-14. 2. 2017**

S pacientem byl proveden rozhovor ohledně jeho agresivního chování. Byl poučen o následcích jeho nevhodného chování a byly probrány spouštěče a přispívající faktory vedoucí k agresii. Pacient je celý den pod dohledem ošetřovatelského personálu. Každý den jsou sledovány jeho projevy, které by mohly naznačovat riziko agresivity. V případě náznaků možné agrese nebo konfliktů s ostatními pacienty je sestrou veden ke zklidnění, je mu nabídnuta pomoc ve formě klidu na lůžku, rozhovoru, náhradního řešení situace, popř. možnost popovídání si s psychologem nebo lékařem. V rámci průběhu ochranného léčení byl pacient několikrát přítomen na terapeutických skupinách a přednáškách o zvládnání agrese, kde získal kompletní informace o tomto tématu.

**Hodnocení:**

**Cíl krátkodobý:** byl splněn. S pacientem proběhl rozhovor o jeho nevhodném chování, byla mu nabídnuta pomoc při zvládnání jeho agrese. Byl také v rámci terapeutických aktivit poučen, jak pracovat se svou agresí.

**Splněné intervence:** 1, 2, 3, 4, 5

**Přetrvávající intervence:** 0

**Cíl dlouhodobý:** nebyl splněn, ale díky kvalitě sexuologické ochranné léčby, profesionálnímu přístupu všech členů zdravotnického týmu a terapeutickým aktivitám zaměřených na konkrétní problém pacienta předpokládáme, že u pacienta nedojde do konce hospitalizace k násilí vůči jiným a pacient bude plně schopen ovládat svou agresí.

**Přetrvávající intervence:** 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

**3.7.1 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE KE DNI 14. 2. 2017**

Pacient X. Y. byl přijat do Psychiatrické nemocnice v Dobřanech dne 1. 7. 2014 k výkonu ochranného sexuologického léčení.

V současné době je pacient hospitalizován již 2,5 roku a je v poslední úrovni režimové léčby. U pacienta jsme ve sledovaném období určili 9 aktuálních

a 3 potenciální ošetřovatelské diagnózy, ze kterých jsme čtyři uvedli detailně vypracované. U vypracovaných diagnóz jsme určili cíle, očekávané výsledky a ošetřovatelské intervence, podle kterých jsme realizovali individuální ošetřovatelskou péči. Pacient byl dostatečně informován o průběhu a nutnosti probíhající léčby.

Pacient udával jako prioritní problém neefektivní sexuální život, který i vyplývá z jeho lékařské diagnózy. U tohoto problému byl splněn krátkodobý cíl, kdy byl pacient seznámen se svojí sexuální deviací a byl poučen o správném sexuálním chování. Dlouhodobý cíl nebyl splněn, protože pacient nemá ještě úplný náhled na svoji odlišnou sexuální preferenci. V naplánovaných intervencích je nutné i nadále pokračovat, zejména pak stále pacienta zapojovat do skupinových terapií, podporovat a vést ho k vytvoření náhledu a akceptaci sebe sama. Stále je nutné se u pacienta snažit o přímou komunikaci, vzbuzení důvěry a nabídnutí možnosti vyslechnutí v případě jeho potřeby. Pacientova odlišná sexuální preference je problém celoživotní a nelze říci, že by došlo u pacienta k úplnému uzdravení, ale díky dobrému nastavení ochranné ústavní léčby, skupinové a individuální terapii, lze u pacienta očekávat, že přijme svoji sexuální deviaci a dojde k úpravě jeho chování a v budoucnu tak bude minimalizováno riziko recidivy.

Další pacientův problém, se kterým se svěřil zdravotnickému personálu, se týkal přerušeno života rodiny. Vzhledem ke špatnému vztahu s matkou a odcizení se rodině, je pro pacienta tento problém také tím, který ovlivňuje jeho psychiku. S pacientem byl proveden rozhovor o obnovení vztahu s matkou a jak se pokusit opět upevnit rodinné vztahy. Cíl krátkodobý byl v tomto směru splněn. Cíl dlouhodobý byl splněn částečně, kdy s pacientem udržují pravidelný kontakt jeho otec i babička. Pacient také kontaktoval matku. K posunu došlo především v tom, že otec přislíbil, že bude plně syna podporovat a pomáhat mu i v budoucnu. V pacientovi to vyvolalo silné emoce a bylo vidět, že podpora od jeho otce ho potěšila a dojala. V naplánovaných intervencích je nutné pokračovat, protože na vztazích v rodině, pokud byly již někdy porušeny, je nutné stále pracovat a pacienta podporovat a směřovat. Je nutné být i nadále v kontaktu s pacientovou rodinou, hovořit s nimi o problému pacienta, doporučit jim pravidelný kontakt s pacientem, navrhnout možnosti způsobu komunikace, zajištění rolí v rodině, snažit se zapojit je do pacientovy léčby a plánování budoucnosti.

Věnovali jsme se také problému s nedostatkem zájmových aktivit, kdy pacient vyjádřil nespokojenost s možnostmi, jak trávit volný čas. Cíl krátkodobý jsme splnili, kdy jsme pacienta informovali o možných aktivitách na oddělení i mimo něj. Zapojili jsme do plánování aktivit i ostatní členy zdravotnického týmu a probrali vše s pacientem v rámci individuálního rozhovoru. Vzhledem k tomu, že pacient i nadále necítí uspokojení potřeby aktivity, nemůžeme považovat dlouhodobý cíl za splněný. I nadále musíme pokračovat v naplánovaných intervencích a pokusit se tak cíl naplnit. Jedná se zejména o to, umožnit pacientovi rozvržení dne, které by bylo v souladu s režimem OL, dále je nutné motivovat pacienta k aktivnímu řešení své potřeby, aby nečekal, že jeho problém se vyřeší sám a bez jeho zapojení, a samozřejmě je nutné i nadále spolupracovat s terapeutem, který by mohl najít další možnosti pro pacienta.

U pacienta jsme se zaměřili na potencionální ošetřovatelskou diagnózu, která je vzhledem k jeho anamnéze velice nebezpečná, a pacient si její závažnost také sám uvědomuje. U pacienta hrozí riziko násilí vůči jiným, a to nejen v případě pobytu v nemocničním zařízení, ale i mimo něj. V případě našeho pacienta se může jednat také o násilí charakteru sexuálního. U této diagnózy byl splněn krátkodobý cíl, kdy byl pacient poučen o jeho nevhodném agresivním chování, byla mu nabídnuta pomoc při zvládnání jeho agrese a byl v rámci terapeutických aktivit poučen o tom, jak pracovat se svou agresí. Dlouhodobý cíl nebyl splněn a je nutné pokračovat v naplánovaných intervencích. Pacienta je nutné stále zapojovat do skupinové terapie, podporovat a vést ho k získání sebekontroly, vést ho k asertivnímu chování a přijetí odpovědnosti za své chování. Důležité je také zajistit mu klidné prostředí a zjistit časné náznaky agresivity v případě, že by hrozilo násilí vůči druhým. Dlouhodobý cíl je nastaven do konce hospitalizace a pouze čas ukáže, zda je pacient skutečně schopen ovládat svoji agresi a přijmout náhradní řešení situace bez použití násilí.

Pacient je v současné době stále ve výkonu ochranného léčení. Snaží se co nejvíce zapojovat do terapeutických programů. Také dělá vše pro udržení dobrých rodinných vztahů a snaží se o obnovení vztahu s matkou. V rámci dovolenek si zajišťuje podmínky pro návrat do civilního života, jako jsou platné doklady, bydlení a zjišťování pracovních příležitostí a zajištění zdroje příjmů. V období začátku května ho čeká žádost o přeměnu formy OL na ambulantní. Doufá, že u soudu proběhne vše v pořádku a on se tak bude moci zapojit do běžného života.

### 3.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě poznatků, zkušeností a informací z odborné praxe, odborné literatury a informací od kvalifikovaných zdravotnických a lékařských pracovníků uvádíme několik doporučení pro pacienty, rodinu a zdravotnický personál, které mohou alespoň trochu pomoci pacientům při výkonu ochranného léčení, rodinám při podpoře pacienta a zdravotnickému personálu při výkonu ošetrovatelské péče těchto pacientů.

#### **Doporučení pro pacienty:**

- Aktivně se zapojovat do terapeutických programů.
- Dodržovat naprostou abstinenci od alkoholu či jakýchkoli psychoaktivních látek.
- Neužívat žádné léky bez lékařského svolení.
- Neporušovat režim oddělení.
- Nebát se navštívit psychologa, lékaře nebo ošetrovatelský personál v případě potřeby.
- Pracovat na sobě.
- Pracovat na získání náhledu na své onemocnění.
- Uvědomit si účel, důvody a nutnost svého pobytu.

#### **Doporučení pro rodinu:**

- Snažit se být pacientovi oporou.
- Neodsuzovat pacienta za jeho činy.
- Motivovat pacienta k léčbě.
- Zjistit si dostatek informací o pacientově nemoci.

#### **Doporučení pro zdravotnický personál:**

- Neodsuzovat pacienta za jeho činy.
- Snažit se být oporou.
- Vyslechnout pacienta pokud potřebuje.
- Edukovat pacienta v případě potřeby.
- Pravidelně monitorovat psychický stav pacienta.
- Mít trpělivost.
- Být empatická/ý.
- Snažit se vzbudit důvěru v pacientovi.



- Motivovat ke spolupráci.
- Přístupovat ke všem pacientům stejně a jednotně.

Výstupním materiálem bakalářské práce je „**Desatero pro propuštěné pacienty**“ – viz Příloha I

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnovala tématu sexuálních deviací a ošetrovatelské péči na oddělení s ochrannou ústavní léčbou. Cílem teoretické části bylo shrnout dosavadní publikované poznatky zaměřené na problematiku sexuálních deviací. Cílem praktické části bylo představit problematiku ošetrovatelské péče o pacienta se sexuální deviací a zpracovat průběh ošetrovatelského procesu u pacienta se sexuální deviací. Cíle bakalářské práce byly splněny.

Současná lékařská věda není schopna sexuální deviace vyléčit, ale lze pacienty s touto poruchou vést pomocí terapeutických programů tak, aby byli schopni své sexuální preference ovládat, zařadit se do běžného života a chránit tím tak potenciální oběti. Jedině spoluprací lékařů, psychologů, ošetrovatelského personálu, terapeutů, rodiny a správných postupů při léčbě lze dosáhnout toho, že nebude docházet u těchto pachatelů k recidivě a nebudou se vracet do vězení a následně do psychiatrických zařízení.

Myslíme, že bakalářskou prací jsme si v praxi potvrdili, že i psychiatrická péče, přestože je jinými obory trochu opomíjena a zastiňována, je velice specifická, náročná, ale o to více zajímavá.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BLATNÍKOVÁ, Šárka, Petra FARIDOVÁ a Petr ZEMAN, 2014. *Násilná sexuální kriminalita – téma pro experty i veřejnost*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci. ISBN 978-80-7338-143-1.

BRICHČÍN, Slavoj, 2007. Terapie sexuálních deviací. *Referátový výběr z psychiatrie*. 6(1) Speciál, 51-54. ISSN 1802-2855.

ČERVINSKÁ, Marta a Lucie ONDŘICHOVÁ, 2007. Naši pacienti si svoji deviaci nevybrali: [rozhovor]. *Medical tribune*. 3(8), A16. ISSN 1214-8911.

DRNCOVÁ, Ladislava, 2009. Rorschachův test skvrn. Metodický portál: Digitální učební materiály [online]. [cit. 2016-12-16]. ISSN 1802-4785 Dostupné z: <http://dum.rvp.cz/materialy/rorschachuv-test-skvrn-2.html>

KANTOVÁ, Kateřina a Vera RENOVICA, 2013. *Moje zpověď: čeští devianti vypráví*. Praha: Columbus. ISBN 978-80-87588-39-0.

KOLÁŘSKÝ, Aleš, 2015. Předmět náhledu v terapii sexuálních deviantů. *Psychiatrie*. 19(1), 8-11. ISSN 1211-7579.

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. 2. aktualit. vyd. Praha: Bomton Agency. ISBN 978-80-904259-0-3.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NEJEDLÁ, Marie, 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2474449-0

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-904955-9-3

PAVLOVSKÝ, Pavel, 2012. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4332-5.

- PEROUTKOVÁ-ŠAFRÁNKOVÁ, Soňa, 2012. *Sex, úchylky, lidské ego, nevěra: jak to vidí muži a jak ženy?* České Budějovice: Nová Forma. ISBN 978-80-7453-267-2.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
- SCS.ABZ.CZ [online]. ©2005-2017 [cit. 2017-12-03]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>
- SEJBALOVÁ, Petra a Jana MICHALOVÁ, 2008. Psychoterapie v péči o sexuologické pacienty. *Psychiatrie pro praxi*. **9**(6), 266-268. ISSN 1213-0508.
- ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 2015. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-162-9.
- ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS, c2011. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-238-4.
- ŠUPINA, Vladimír, 2015. *Informace pro pacienty oddělení 19 zařazené v režimu výkonu ochranného léčení*. Dobřany: Psychiatrická nemocnice
- ŠVANDOVÁ, Nikola, 2010. Typy ochranného léčení. *Zdravotnictví a právo*. **14**(7-8), 34-40. ISSN 1211-6432.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2004. *Praktický slovník medicíny*. 7. roč. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-009-7
- WEISS, Petr, 2008. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-419-9.
- WEISS, Petr, 2010a. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.
- WEISS, Petr, 2010b. *Sloupky o sexu: [40 úvah o sexu a vztazích]*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2188-3.
- ZVĚŘINA, Jaroslav, 2012. *Lékařská sexuologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2049-7.
- ZVĚŘINA, Jaroslav, 2012. Terapie parafilních sexuálních delikventů: Návrh národních standardů. *Zdravotnické noviny*. **61**(41), s. 4-5. ISSN 0044-1996.

ZVĚŘINA, Jaroslav, Petr WEISS a Martin HOLLÝ, 2016. Výsledky terapeutické kastrace u parafilních sexuálních delikventů. *Psychiatrie pro praxi*. **17**(1), 15-17. ISSN 1213-0508.

## **PŘÍLOHY**

Příloha A Výsledky biochemického vyšetření krve ze dne 2. 7. 2014 .....	I
Příloha B Výsledky hematologického vyšetření ze dne 2. 7. 2014 .....	II
Příloha C Výsledky vyšetření moči na M+S ze dne 2. 7. 2014 .....	III
Příloha D Výsledky vyšetření moči na TOXI 2. 7. 2014.....	IV
Příloha E Průběžné výsledky stanovení hladiny testosteronu .....	V
Příloha F Falopletyzmozograf .....	VI
Příloha G Ukázka obrázků používaných při falometrii .....	VII
Příloha H Informace pro pacienty zařazené v režimu výkonu ochranného léčení .....	VIII
Příloha I Desatero pro propuštěné pacienty .....	XVI
Příloha J Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu .....	XVII
Příloha K Žádost o umožnění sběru dat.....	XVIII
Příloha L Rešeršní protokol .....	XIX

Příloha A Výsledky biochemického vyšetření krve ze dne 2. 7. 2014

Biochemické vyšetření	Hodnota pac.	Jednotka	Referenční hodnota
Urea	4,0	mmol/l	2-8
Kreatinin	68,0	umol/l	62-115
Kyselina močová	279	umol/l	200-420
Na	140	mmol/l	136-145
K	5,60	mmol/l	3,5-5,4
Cl	105	mmol/l	95-112
Ca	2,52	mmol/l	2-2,7
Mg	0,93	mmol/l	0,73-1,1
P	1,64	mmol/l	0,85-1,45
Bilirubin	7,1	umol/l	5-18
ALT	0,64	ukat/l	0,22-0,75
AST	0,42	ukat/l	0,1-0,65
GMT	0,41	ukat/l	0,1-1,77
ALP	1,88	ukat/l	0,7-2,2
Cholesterol	4,00	mmol/l	2,9-5
Glukóza	5,1	mmol/l	3,3-5,6
CRP	< 2	mg/l	0-5
Bílkovina celková	78,0	g/l	64-83
Albumin	53,1	g/l	32-52

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2014

Příloha B Výsledky hematologického vyšetření ze dne 2. 7. 2014

Hematologické vyšetření	Hodnota pac.	Jednotka	Referenční hodnota
Leukocyty	8,4	$10^9/l$	4-10
Erytrocyty	5,17	$10^{12}/l$	4-5,6
Trombocyty	227	$10^9/l$	150-400
Hemoglobin	156	g/l	130-173
Hematokrit	0,45	arb. j.	0,42-0,52
Obj. erytrocyty	87	fl	80-98
Hb. erytrocyty	30	p.g.	26-35
Hb. konc. erytrocyty	347	g/l	320-370

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2014



Příloha C Výsledky vyšetření moči na M+S ze dne 2. 7. 2014

Moč + sediment	Hodnota pac.	Jednotka	Referenční hodnota
Ph	6,0	jedn.	4,5-6
Glukóza	negativní	arb.j.	0
Leukocyty	negativní	počet/ $\mu$ l	<14
Erytrocyty	negativní	počet/ $\mu$ l	<10
Ketolátky	negativní		0
Urobilinogen	negativní		0
Bilirubin	negativní		0
Hustota	1015	kg/m <sup>3</sup>	1002-1040

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2014

Příloha D Výsledky vyšetření moči na TOXI 2. 7. 2014

Vyšetření moč TOXI	Výsledek pacienta	Referenční hodnota
Benzodiazepiny	negativní	0
Opiáty	negativní	0
Amfetaminy	negativní	0
Marihuana	negativní	0

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2014

Příloha E Průběžné výsledky stanovení hladiny testosteronu

Vyšetření	Datum odběru	Hodnota pac.	Jednotka	Referenční hodnota
hl. testosteronu	8. 9. 2014	23,7	nmol/l	6,0-27,0
hl. testosteronu	1. 10. 2014	22,7	nmol/l	6,0-27,0
hl. testosteronu	3. 12. 2014	21,5	nmol/l	6,0-27,0
hl. testosteronu	4. 2. 2015	7,8	nmol/l	6,0-27,0
hl. testosteronu	8. 4. 2015	3,4	nmol/l	6,0-27,0
hl. testosteronu	10. 6. 2015	2,6	nmol/l	6,0-27,0
hl. testosteronu	5. 8. 2015	13,5	nmol/l	6,0-27,0
hl. testosteronu	14. 10. 2015	6,3	nmol/l	6,0-27,0
hl. testosteronu	17. 2. 2016	6,6	nmol/l	6,0-27,0
hl. testosteronu	20. 4. 2016	1,9	nmol/l	6,0-27,0
hl. testosteronu	22. 6. 2016	7,7	nmol/l	6,0-27,0
hl. testosteronu	24. 8. 2016	11,9	nmol/l	6,0-27,0
hl. testosteronu	26. 10. 2016	2,6	nmol/l	6,0-27,0
hl. testosteronu	28. 12. 2016	10,1	nmol/l	6,0-27,0

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2014-16

## Příloha F Falopletyzmograf



Zdroj: Vlastní fotoarchiv, 2017

Příloha G Ukázka obrázků používaných při falometrii



Zdroj: Šupina, osobní archiv, 2017

## Příloha H Informace pro pacienty zařazené v režimu výkonu ochranného léčení

### Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Primariát IX., odd. 19. Telefon: 377 813 + 283, primář + 210, ošetřující lékaři + 395.  
Ústavní ul., PSČ 334 41, Dobřany; Tel. spojovatelka 377 813 111

#### INFORMACE PRO PACIENTY ODDĚLENÍ 19 ZAŘAZENÉ V REŽIMU VÝKONU OCHRANNÉHO LÉČENÍ



MOTTO: ZACHOVEJ ŘÁD A ŘÁD ZACHOVÁ TEBE.

Vážená paní, vážený pane

soudním rozhodnutím vám bylo nařízeno podstoupit ochranné ústavní léčení. Stejným soudem bylo personálu PN v Dobřanech přímo nařízeno vás léčit. Proto se jak vy tak my (personál nemocnice) za vaše léčení příslušnému soudu zodpovídáme. Příslušný soud vede nad vaším ochranným léčením (dále jen zkratka OL) dozor a pravidelně se na vás dotazuje. Naši povinnosti je referovat soudu o veškerých standardních i nestandardních skutečnostech, které se během vašeho pobytu v souvislosti s vaším léčením vyskytnou.

Chtěli bychom vám hned na počátku léčby sdělit, že našim společným úkolem je pracovat na zdravotním problému, který vás sem přivedl, nikoliv diskutovat o vaší vině či nevině. Naším cílem je co nejeefektivněji (a tím pádem co nejdříve) pomoci vám zbavit se či minimalizovat zdravotní problém, pro který vám byla ochranné léčení nařízeno. Na oddělení tak budete prostřednictvím terapeutických aktivit veden k práci na sobě, k získávání náhledu, uvědomění si účelu svého pobytu. Součástí terapie může být i léčba medikamenty.

Je ve vašem zájmu, abyste si tento text důkladně přečetl a uschoval pro svou další informovanost. V textu jsou ukryty odpovědi na mnohé vaše otázky, které nám následně kladete během hospitalizace. Případné nejasnosti vám vysvětlíme při komunitách, vizitách.

#### I. OBECNÉ INFORMACE

Ochranné léčení a jeho průběh je ošetřen m.j. zákonem **č. 373/2011 Sb., O specifických zdravotních službách** (dále také jen Zákon). Upozorňujeme vás zejména na tyto paragrafy, které se týkají přímo praktického průběhu ochranného léčení. Plné znění zákona zde není uvedeno!

##### § 85

(1) Poskytovatel (to jsme my, jakožto zdravotnické zařízení) zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody formou lůžkové péče může

a) výjimečně zakázat

1. konkrétní návštěvu u pacienta,
2. použití telefonu pacientem, nebo
3. předávání korespondence pacientovi,

jestliže je důvodně podezření, že by závažným způsobem narušovaly individuální léčebný postup; z tohoto důvodu může rovněž kontrolovat balíky pacienta; pacientovi nelze zakázat návštěvy jeho právního zástupce nebo zástupce organizace poskytující poradenství pacientům a používání telefonu a písemný styk při komunikaci s těmito zástupci.

Prakticky se toto bude řešit tak, že bude-li vám telefon z různých důvodů odebrán a vy budete mít potřebu zavolat svému právnímu zástupci, bude vám telefon vydán, vy si za přítomnosti ošetřovatele či lékaře zavoláte a následně jej zase předáte do úschovy.

b) nepovolit pacientovi krátkodobé opuštění zdravotnického zařízení,

c) požadovat doprovod orgány Policie České republiky, jde-li o pacienta, jehož účast u soudu poskytovatel zajišťuje a který by mohl být nebezpečný sobě nebo okolí, popřípadě hrozí-li nebezpečí jeho útěku.

(2) Omezení korespondence nebo kontrola korespondence mezi pacientem a soudem ustanoveným opatrovníkem, mezi pacientem a právním zástupcem nebo zástupcem organizace poskytující poradenství pacientům, mezi pacientem a orgány veřejné moci, veřejným ochráncem práv nebo diplomatickou misí nebo konzulárním úřadem cizího státu, anebo mezi pacientem a mezinárodní organizací, která podle mezinárodní úmluvy, již je Česká republika vázána, je příslušná k projednávání podnětů týkajících se ochrany lidských práv, je nepřipustná. Tato korespondence se adresátu odesílá a pacientovi doručuje neprodleně.

#### K délce ochranného léčení:

Ochranné léčení započíná dnem vašeho nástupu do PN v Dobřanech, nebo u pacientů již hospitalizovaných začíná ochranné léčení dnem doručení nařízení výkonu do PN v Dobřanech. Vlastní výkon OL začíná dnem zařazení do režimu oddělení pro výkon ochranného léčení. Celková délka vašeho pobytu není předem daná. Rozhodující pro délku pobytu je váš zdravotní stav, náhled na chorobu či poruchu, pro kterou vám bylo ochranné léčení nařízeno. Na délku ochranného léčení může, ale nemusí mít vliv délka vašeho předchozího eventuelního pobytu ve vězení, popř. v jiném zdravotnickém zařízení. Podle zákona *ochranné léčení potrvá, dokud to vyžaduje jeho účel, nejdéle však dvě léta; nebude-li v této době léčba ukončena, rozhodne soud před skončením této doby o jejím prodloužení, a to i opakovaně, vždy však nejdéle o další dvě léta; jinak rozhodne o propuštění z ochranného léčení.* Fakticky však o délce doby, než bude podán návrh na ukončení ochranného léčení, případně změnu formy léčení na ambulantní, rozhodujete především vy a to svým přístupem k terapeutickým aktivitám, režimu oddělení a chováním za doby hospitalizace. Poté, co je splněn účel léčení se podává k Okresnímu soudu pro Plzeň jih (adresa: Okresní soud Plzeň-jih, E. Beneš

Informace pro pacienty oddělení 19 zařazené v režimu výkonu ochranného léčení



1., 303 16 Plzeň) návrh na ukončení či změnu formy OL. Tento návrh činíme my, jakožto zdravotnické zařízení. Informujeme vás, že podávání návrhu na ukončení OL ze strany naší nemocnice je ošetřeno „Vnitřním metodickým pokynem pro výkon a agendu OL v PNvD“ z 15.3.2015. Návrh k soudu si můžete podat i vy, popř. váš právní zástupce, který vás ve vaší trestní věci zastupuje. Dle zákona máte povinnost se podrobit výkonu ochranné léčby a terapeutickými úkony s léčbou souvisejícími.

#### § 88

- (1) Pacient je vedle povinností stanovených zákonem o zdravotních službách při výkonu ochranného léčení povinen
- podrobit se individuálnímu léčebnému postupu stanovenému pro ochranné léčení, včetně všech zdravotních výkonů, které jsou součástí individuálního léčebného postupu; tím není dotčeno právo pacienta vybrat si z možných alternativ léčby nebo jeho právo na souhlas podle zákona o zdravotních službách pro jednotlivé zdravotní výkony, které bezprostředně nesouvisí s naplněním účelu ochranného léčení,
  - podrobit se na základě odůvodněného požadavku ošetřujícího lékaře osobní prohlídce v zájmu zajišťování vnitřního řádu a vyloučení toho, aby u sebe neměl věc, kterou by narušoval individuální léčebný postup; prohlídku vykonává osoba stejného pohlaví,
  - umožnit zaměstnancům určeným poskytovatelem kontrolu svých osobních věcí,
  - oznámit v případě krátkodobého opuštění zdravotnického zařízení adresu, na které se bude zdržovat, a toto místo pobytu dodržet; pokud odmítne sdělit tuto skutečnost, poskytovatel propustku nevystaví.

### II. POSTUP PO PŘIJETÍ PACIENTA DO PN V DOBRÁNECH, PŘEKLAD NA ODDĚLENÍ, ZÁKLADNÍ POJMY, HODNOCENÍ, ZAŘAZENÍ DO „BAREVNÉ“ ÚROVNĚ LÉČENÍ

- Pacient s ochranným léčením je přijat většinou na příjmové oddělení PN v Dobřanech. Po určité, předem nestanovené době pozorování, které probíhá na příjmovém oddělení, dojde k překladu pacienta na oddělení pro výkon ochranného léčení.
- Na odd. očekává pacienta terapeutický tým, jehož součástí jsou: lékaři, psychologové, sestry, terapeutičtí pracovníci. V rámci zachování co možná největší míry objektivity činí rozhodnutí související s individuálním přístupem k pacientovi, vždy celý terapeutický tým.
- Po přijetí bude pacient zařazen do terapeutické skupiny, a to podle druhu nařazeného ochranného léčení či podle diagnózy. Jsou připraveny 3 terapeutické skupiny s různými terapeutickými programy. Jedná se o skupiny označené jako:
  - „S“ – sexuologické OL.
  - „P“ – psychiatrické OL.
  - „Z“ – závislosti, protitoxikomanické a protialkoholní OL.
- Každá skupina zachovává přísnou skupinovou intimitou, což znamená, že informace z jedné skupiny se zásadně neprobírají na jiné skupině, každá skupina má svého psychologa či terapeuta. Lékaři jsou pro všechny pacienty.
- Všichni pacienti jsou součástí jedné komunity s některými společnými povinnostmi.
- Po překladu na oddělení bude pacient zařazen do režimu. V něm rozlišujeme 4 „barevné“ úrovně a podle toho, v které úrovni se pacient nachází, si plní příslušné povinnosti a může požívat výhod této pozice. Jedná se o tyto úrovně:

#### „Černá“

- Do ní jsou zařazeni všichni na oddělení nově přichozí pacienti a to minimálně na dobu 14 dní. V této úrovni není pacient v civilním oblečení a má určené ústavní oblečení. Předseda jej seznámí s léčebným a domácím řádem. Pacient má povinnost zahájit psaní deníku a zapojit se do aktivit na oddělení. Budovu odd. může opustit pouze v doprovodu personálu! Samostatné vycházky v areálu a mimo něj nemá. Po minimálně 14 dnech a po splnění podmínek úrovně má možnost sám požádat o přefazení do červené úrovně. O přefazení musí pacient požádat sám na komunitě, a to kterýkoliv den. Podmínky pro přefazení z černé do červené úrovně:
- doporučení komunity
  - bezproblémové chování a dodržování režimu
  - úspěšné složení zkoušky z řádu a režimu u personálu

#### „Červená“

- V této úrovni je pacient zařazen nejméně po dobu 3 měsíců, během kterých se zúčastňuje psychoterapeutických skupin, aktivně se podílí na chodu oddělení, píše deník, seznamuje se se zdravotní podstatou svého onemocnění a dokáže o své problematice hovořit, vytváří si náhled, je konfrontován s posudkem a s rozsudkem. Zadaná terapeutická témata písemně zpracovává, hovoří o nich na skupině a je skupinou schválen pro přestup. Opět skládá zkoušku z režimových pravidel. Pacient používá své civilní oblečení. V této úrovni nemají pacienti nárok na vycházky v areálu ani dovolenky, mohou chodit na zahrádku v době, kdy není povinný program a dle provozu oddělení. Zahrádkou se rozumí oplocená část u oddělení. Odchod na zahrádku a návrat na oddělení je pacient povinen ohlásit. Pracovní terapie je v této úrovni pouze na oddělení. Oddělení smí opustit pouze s doprovodem člena terapeutického týmu (po povolení při vizitě) v případě nutnosti (např. vyšetření u konziliárního lékaře apod.).

#### Podmínky pro přestup:

- pacient si musí požádat o přestup sám na velké vizitě
- musí plnit podmínky ochranného léčení, nutně je jeho bezproblémové chování a dodržování režimu
- úspěšné složení zkoušky z režimu u personálu
- prokázání a částečná formulace náhledu na problematiku, pro kterou je mu nařizováno OL
- doporučení skupiny i komunity

#### „Žlutá“

Informace pro pacienty oddělení 19 zařazené v režimu výkonu ochranného léčení

V této úrovni je pacient zařazen nejméně po dobu 4 měsíců, během kterých se aktivně zúčastňuje psychoterapeutických skupin, prohlubuje svůj náhled na svoji problematiku, dodržuje stanovené podmínky režimové léčby, píše deník, skládá zkoušku z režimových pravidel a písemně vypracovává zadaná témata, která jsou s ním probírána na skupině, která schvaluje jeho přestup. Pacient pracuje na své resocializaci, vytváří si zázemí pro budoucí život.

V této úrovni má pacient nárok na samostatné vycházky po areálu nemocnice a na maximálně 1 vycházku za měsíc do města Dobřan, o kterou může požádat nejdříve po 14ti dnech pobytu ve žluté úrovni. Na první vycházku odchází v doprovodu člena rodiny nebo jiné osoby blízké (event. pacienta v zelené úrovni), schválené terapeutickým týmem. Návrat do nemocnice musí být opět v doprovodu schválené osoby. V dalším se řídí vycházka obecnými pravidly.

Podmínky pro přestup:

- pacient si musí požádat o přestup sám na velké vizitě
- musí plnit podmínky ochranného léčení, nutné je jeho bezproblémové chování a dodržování režimu
- úspěšné složení zkoušky z režimu u personálu
- prokázání a formulace náhledu na problematiku, pro kterou je mu nařizeno OL
- doporučení skupiny i komunity

#### „Zelená“

V této úrovni je pacient zařazen nejméně po dobu 5 měsíců, během kterých se aktivně zúčastňuje psychoterapeutických skupin a v případě potřeby dělá patronát nad nově přijatými pacienty. V této úrovni má pacient nárok na samostatné vycházky po areálu nemocnice a maximálně 1x týdně do města Dobřan. Také má nárok na dovolenky mimo areál nemocnice dle ještě níže upřesněných pravidel. Je schopen zvládat problémové situace na oddělení i mimo ně. Má plně vytvořený náhled na svoji problematiku, dodržuje stanovené podmínky režimové léčby, píše deník, písemně vypracovává zadaná témata, která jsou s ním probírána na skupině. Psychoterapeutická skupina schvaluje jeho žádost o ukončení ústavní léčby.

Pacient má vytvořené podmínky pro návrat do civilního života: zajišťuje si platné doklady, bydlení a zaměstnání, či zdroj příjmů.

Povinností pacienta je pozvat před první dovolenkou na vizitu blízkou osobu, se kterou hodlá být po propuštění v těsném kontaktu a která bude schopna dosvědčit jak je pacient připravený na vstup do civilního života.

Po splnění stanovených podmínek pro zelenou úroveň může pacient požádat na vizitě o podání návrhu na přeměnu formy OL na ambulantní.

Podmínky pro podání návrhu na změnu formy OL:

- pacient si musí požádat o návrh sám na velké vizitě
- plně vytvořený náhled
- bezproblémové absolvování léčení
- doporučení skupiny i komunity
- schválení žádosti terapeutickým týmem

Vzhledem k tomu, že se vám výše uvedené může zdát nejasné, ptejte se, vše s vámi znovu probereme a režim vám vysvětlíme. Pokud se nebudete aktivně dotazovat, máme za to, že všemu rozumíte.

### III. DOPORUČENÍ, POVINNOSTI A PRÁVA PACIENTŮ

Niže vám nastiňujeme zásady a povinnosti, které musíte v rámci režimové léčby dodržovat. Jejich nedodržení bude bráno jako porušení režimu a bude potrestáno například

- odebráním vycházek,
- přefazáním do nižší barevné úrovně
- možný překlad na jiné uzavřené oddělení PN v Dobřanech.
- oznámení soudu, PČR či státnímu zastupitelství jako maření výkonu úředního rozhodnutí.

Doporučujeme tedy, abyste si pamatoval, že:

1. Všichni pacienti jsou **povinni dodržovat naprostou abstinenci od alkoholu či jakýchkoliv psychoaktivních látek (= drog)!!!** Za porušení abstinence se považuje jakékoliv požívání látek vyvolávajících závislost, event. změnu nálady, zakázáno je též požívání tzv. nealkoholického piva či bonbonů s alkoholickou náplní, nenaordinovaných léků a jiných povzbuzujících látek, např. nadměrné množství energetických nápojů, kávy apod. Totéž platí i v době dovolenky či jiného řádného opuštění léčebny. Kosmetické přípravky, obsahující alkohol je zakázáno mít u sebe na pokoji, musí se odevzdat ošetřujícímu personálu. Jakákoliv intoxikace je porušením abstinence a je velmi přísně sankcionována. Nejenom užití, ale i přechovávání, prodej, distribuce, darování či jakákoliv jiná manipulace s psychoaktivními látkami, drogami, alkoholem, nepovolenými léky apod. během hospitalizace bude přísně sankcionováno.
2. Pacient je povinen kdykoliv se podrobit zkoušce dechu na alkohol (i v nočních hodinách), nebo na vyzvání odevzdat vzorek moče či krve na toxikologické vyšetření. Pokud pacient odmítne, bude považován za pozitivního a s tím budou souviset následná režimová opatření, sankce.
3. Všichni pacienti se denně podílí, dle svých zdravotních předpokladů, na denním úklidu budovy, jejího okolí a na léčebné terapii odd. Jednou týdně je prováděn generální úklid veškerých rajónů. Každý den po výzvě předsedou provádí personál za jeho přítomnosti kontrolu veškerých rajónů dle denního harmonogramu.
4. Pacient je povinen podrobit se kontrole osobních věcí či skříňky na vyzvání člena terapeutického týmu - viz zákon. Odmítnutí je bráno jako porušení režimu OL.
5. Bez lékařského svolení nesmí pacient užívat žádné léky, potravinové doplňky, potraviny speciální výživy apod. Upozorňujeme, že nebude povolováno užívání potravinových doplňků (volně prodejných léků), obsahujících alkohol.



- Porušení tohoto bodu bude považováno za hrubé narušení režimu. Léky dostávají pacienti v určenou dobu na lékárně pod dohledem sestry.
6. Vzhledem k účelu léčby a problémům souvisejícím s touto problematikou dovoluujeme si nedoporučit navazování intimních či sexuálních vztahů s pacientkami či pacienty PN v Dobřanech. Na oddělení i v prostoru zahrádky je zakázáno jakékoliv provokativní či nevhodné chování s intimním či sexuálním podtextem. Totéž platí o jiných aktivitách, kdy není v silách tohoto textu předvídat, co vše mohou pacienti učinit.
  7. Porušením režimu je např. vážné nekoolektivní jednání, jak jednorázové, tak opakované. Jakékoliv projevy agresivity či nesnášenlivosti vůči komukoliv na oddělení, v nemocnici či při aktivitách souvisejících s léčbou a pobytem – jak vůči spolupacientům, tak vůči terapeutům. Sem patří i agresivita slovní, nadávání, vyhrožování, šikanování apod.
  8. Je přísně zakázáno přechovávat u sebe či na sobě jakékoli nedovolené předměty, sem patří m.j.:
    - zbraně (nože, střelné zbraně atp.), osobní ozdoby, které by mohly ohrožovat bezpečnost jiných pacientů (např. ostrý piercing). Pacient je povinen tyto osobní nebezpečné ozdoby odstranit.
    - nože, nůžky, ostré předměty, bodáky, pilníky, šroubováky, žiletky, kasy, pepřové spreje, „boxerské“ náramky a jiné předměty, které by mohly ohrozit ostatní pacienty, popř. kdyby byly zcizeny duševně chorým člověkem, mohl by tento ohrozit ostatní.
    - „další“ nebezpečné předměty dle konkrétní situace, když není možno zde vyjmenovat veškeré nebezpečné látky či věci, které by mohly ohrozit zdraví či život ať již pacienta samotného, popř. jiných pacientů, či oš. personálu na oddělení. V tomto případě bude posuzováno individuálně.
  9. Upozorňujeme, že v důsledku diagnostické a osobní různorodosti pacientů na oddělení je nutno si hlídat své osobní věci. Pacient má možnost si svršky uschovat v centrálním inventáři PN v Dobřanech a veškeré cenné věci v pokladně PN v Dobřanech. Lékárná na odd. není trezor!! Taktéž ošetřující personál není povinován jakékoliv cenné věci (např. mobilní telefony, nabíječky) pacientů hlídat na ošetřovně. V případě, že budete na oddělení okradeni, máte právo se obrátit na PČR. Krádež je považována za vážné porušení režimu.
  10. Kouření je povoleno pouze ve vyhrazeném prostoru oddělení a tím je kuřárna. Jinak je kouření ve všech prostorách oddělení zakázáno. Dveře do kuřáckých prostor musí zůstat zavřeny. (Nepodceňujte, prosím, na uzavřeném oddělení nebezpeční zahojení!!). Kouření je ráno povoleno od 5:30 hodin. Odhazování nedopalků a smetí na oddělení, na zahrádce či v areálu PNvD se hodnotí jako nedodržování čistoty.
  11. Na oddělení je zakázáno používání elektrických spotřebičů, které nejsou v evidenci oddělení a majetku léčebny. Pokud má pacient povoleno používat magnetofon, rádio, CD přehrávač či jiné zařízení sloužící k reprodukci hudby, a které je napájeno na baterie, popř. hraje na hudební nástroj, je povinen upravit hlasitost, produkci či zpěv tak, aby nerušil okolí nadměrným či nežádoucím (pro jiné pacienty) hlukem. O tom, co v danou dobu je či není hlučné a vhodné rozhodne vždy personál. Veškeré elektrické spotřebiče, které pacient používá, musí být napájeny z baterií, ne z elektrické sítě PN v Dobřanech. Personál má povinnost odebrat pacientovi elektrický spotřebič, který není hlášen. Tento elektrospotřebič bude uložen do inventáře pacienta a bude mu vrácen při propouštění z PN v Dobřanech. Personál má dále možnost odebrat rušící (tj. hlasitě hrající přehrávač) k dočasné úschově. Situace bude řešena individuálně.
  12. Jídlo se vydává v určenou dobu, jíst na pokoji je zakázáno. Ve skřínce je zakázáno přechovávat rychlé občerstvení.
  13. Návštěvy jsou povoleny pouze mimo povinný program, v návštěvní hodiny. Mimořádnou návštěvu a návštěvu pacientů z jiného oddělení povoluje primář či lékař/ka oddělení. Pacient je povinen nahlásit svou návštěvu při jejím příchodu u sestry. Na pokoji a kuřárnu odd. mají návštěvy vstup zakázán. Personál má právo návštěvu identifikovat a také prohlédnout na přítomnost event. nebezpečných látek, které nemohou být na oddělení (zbraně, drogy apod.). V případě zjištění těchto látek u návštěvy nesmí personál takovou návštěvu vpustit na oddělení. Na oddělení nejsou povoleny návštěvy osobám mladším 15 let.
  14. Na oddělení je nutno dodržovat osobní hygienu a čistotu. Zejména dodržují pravidelné koupání, čištění zubů, čistotu oblečení a úpravu zevnějšku. Udrží si pořádek v osobních věcech ve skříních, postelích i stolicích. Po každé potřebě dostatečně splachují WC, myjí po sobě sprchový kout, neklepají popel mimo místa k tomu určená, uklízejí po sobě použité úklidové prostředky na své místo a čistě. V případě, že pacient má povolené civilní oblečení, je povinen se hned ráno do tohoto oblečení převléci. Do lůžka je možné ulehnout pouze v pyžamu. (Platí i pro polední klid.) Celodenní klid na lůžku, úlevy z povinných aktivit a programů povoluje výhradně lékař především ze zdravotních důvodů. Řešení situace je přísně individuální dle vzniklé situace. Jakákoliv individuální změna učiněná z konkrétního důvodu pro pacienta není precedentsní pro jiného pacienta, ani pro téhož nemocného při podobné situaci v jiné době. Výměna prádla se provádí /kus za kus/ denně, ložní prádlo 1x týdně v neděli.
  15. Ve venkovní obuvi je zakázán přístup do prostor oddělení. Povinné je přezouvání do domácí obuvi. K uložení obuvi slouží botárna.
  16. Svěvolné opuštění oddělení je hodnoceno jako útek a je naší povinností jej ihned hlásit soudu a PČR s následným zahájením řízení ze strany těchto orgánů.
  17. Pacienti jsou povinni dodržovat noční klid daný řádem oddělení. V době nočního klidu při případném nedorozumění, např. s televizí, poslechem hudby apod. má vždy přednost pacient, který chce spát.
  18. Je zakázáno pozměňování interiéru ložnic včetně výzdoby stěn.
  19. Všichni pacienti jsou povinni se zúčastňovat denních terapeutických programů na odd. či mimo něj. (komunity, vizity, přednášky, psychoterapeutické skupiny, úklid, pracovní terapie na oddělení i mimo). Zprostit pacienta z povinného programu (z důvodu nemoci, vyšetření) může pouze lékař. Pozdní příchod, neúčast či opuštění povinných aktivit je hodnocena jako porušení režimu.
  20. Sledování televize je povoleno od 17:30 do 22 hodin, o víkendu do 23 hodin. Pro sledování TV v patře je nutný zájem nejméně 2 pacientů, v případě, že při sledování TV dochází k rušení nočního klidu, může personál ve službě sledování TV ukončit.

21. Nedoporučujeme půjčování svršků, peněz, mobilních telefonů či jiných osobních věcí a cenností mezi pacienty. Případné komplikace s nedodržením tohoto doporučení nebudou terapeutickým týmem řešeny.
22. Není dovoleno hrani hazardních her na oddělení i mimo něj.
23. Nejsou dovoleny např. návštěvy káfé v době povinného programu - zejména pracovní terapie. Není tolerováno opakované nedodržování terapeutických aktivit, opakované pozdní návraty na oddělení.
24. Pacienti jsou povinni se ve stanovenou dobu dostavit k výdeji léků, užívat předepsanou medikaci, podrobit se léčebným a jiným úkonům s výkonem OÚL souvisejícími, např. PPG.
25. Mobilní telefony k nabití odevzdávají pacienti v 20:00 a v 21:45 hodin sloužící sestře na vyšetřovnu. V době nočního klidu jsou pacienti povinni mít mobilní telefon vypnutý a případné rušení jiných ve spánku při používání mobilu (a to nejenom telefonováním) je hodnoceno jako porušení řádu.
26. Není dovoleno pořizovat zvukové a obrazové záznamy, například jiných pacientů.

#### PÍSEMNÉ POVINNOSTI BĚHEM LÉČBY:

##### DENÍK

Každý si od prvního dne nástupu na oddělení začne psát deník, zápisy píše ideálně každý den (včetně dnů dovolenky a soc. volna). Deník odevzdává minimálně 1x týdně (jinak hodnoceno jako drobný přestupek) – poslední termín pro odevzdání je každé pondělí. Deníky přebírá předseda každé ráno před komunitou a odevzdává je v lékárně. V deníku se nepíše o běžných, pravidelných činnostech (snídaně, šel do práce, ...) ale úkolem deníku je odraz pacientova myšlenkového a emočního světa. Zápisy dokumentují, jak se pacient v průběhu léčby mění a přetváří se jeho myšlení.

##### PŘESTUPOVÁ ZPRÁVA

(při přestupu ze žluté do zelené úrovně)  
Píše pacient při žádosti o přestup ze žluté do zelené terapeutické úrovně a prezentuje skupině během přestupové skupiny. Obsahem je přibližit účel pobytu (kvůli čemu nařazena OÚL), čemu se zde naučil, co by ještě potřeboval zlepšit během pobytu v poslední úrovni. Jednotlivé věty a celkový obsah musí mít smysl a logiku. Předpokládá se, že pacient srozumitelně a věcně podchytí podstatné. Minimální rozsah jsou 2 listy A4 popsané oboustranně přiměřeně malým písmem.

##### HODNOCENÍ LÉČBY

Je výstupním hodnocením před žádostí o přeměnu OÚL na ambulantní, které pacient opět prezentuje před skupinou. Pacient srozumitelně shrne vývoj svého problému a průběh léčby. Předpokládá se, že zachytí podstatné změny ve svém myšlení (náhled problému) a popíše změnu ve svém chování. Může také přiblížit některá z přínosných témat, která ho zaujala na skupině a přednáškách. Cílem je prezentovat svou připravenost na návrat do domácího prostředí. Minimální rozsah jsou 4 stránky (2 listy A4 popsané oboustranně) přiměřeně malým písmem.

#### IV. DOMÁCÍ ŘÁD

1. 06:30 budíček, o víkendech 07:00.
2. 06:30 – 07:00 osobní hygiena, úklid pokojů, ranní káva, ordinace dle zdravotního stavu: laboratorní odběry, aplikace léků, převazy apod.
3. 07:00 kontrola ložnic, ranní počítání. Pacienti stojí každý u svého lůžka, člen/ky terapeutického týmu provádí kontrolu.
4. 07:05 – 07:15 rozcvička (ve všední dny)
5. 07:20 – 07:40 snídaně, výdej léků, aplikace medikace apod.
6. 07:45 – 08:00 komunita
7. 08:00 – 10:30
  - malá vizita (v případě vyzvání lékařkou jste povinen se na ni dostavit),
  - konziliární vyšetření, ordinace dle zdravotního stavu,
  - odchod na pracovní terapii (pro pac. s vycházkami), popř. terapeutické aktivity dle příslušného dne.
  - úklid oddělení (pro pac. bez vycházek), následná kontrola
- V úterý po snídani velká komunita, po ní ihned velká vizita- povinná pro všechny.  
Na pracovní terapii z oddělení se neodchází dříve než v 8:15 ráno a ve 12:30 po obědě.
8. 10:30 – 11:00 příprava na oběd, osobní hygiena,
9. 11:00 – 11:30 počítání, oběd, po něm podávání léků, ordinace dle lékaře
10. 11:30 – 13:00 osobní volno, klid na oddělení (12:30 pacienti zařazení do pracovní terapie)
11. 12:30 – 13:55 pracovní terapie (v den povolené vycházky do města možný odchod z PT nejdříve ve 13:30)
12. 13:00 – 14:30 odpolední povinný terapeutický program dle harmonogramu dne, individuální terapie
13. 14:00 – 16:00 (17:00 v letním čase) vycházky pro ty, kteří nemají povinný program.
14. 14:00 – 15:00 svačina
15. 15:00 – 15:05 počítání (povinná přítomnost všech, kromě těch, co jsou na povolené vycházce do města)
16. 15:05 – 17:00 osobní volno (sportovní aktivity), popř. program dle harmonogramu dne (např. arteterapie)
17. 17:00 – 17:30 počítání, večere, podávání léků, ordinace dle lékaře
18. 17:30 – 18:30 úklid oddělení a kontrola
19. 18:30 – 19:00 osobní volno, psaní deníků.
20. 19:00 – 19:30 večerní počítání, kontrola pořádku ve skříňkách, hygiena pacientů. Náhodný výběr kontrolovaného pacienta a jeho věcí dle stanovení personálu.
21. 20:00 – 21:00 osobní volno

Informace pro pacienty oddělení 19 zařazené v režimu výkonu ochranného léčení



- 22. 21:00 – 21:30 večerní úklid a kontrola
- 23. 21:30 – 22:00 osobní volno
- 24. 22:00 – 06:30 noční klid na oddělení

Terapeutické aktivity příslušného dne jsou vám k dispozici na informační nástěnce a budou probírány v rámci komunity.

#### V. PŘESTUPKY PROTI ŘÁDU- PORUŠENÍ PRAVIDEL LÉČBY

Přestupky proti řádu oddělení se budou projednávat na komunitě, která bude spolurozhodovat o případném sankcionování. Konečné rozhodnutí je na členech terapeutického týmu. Níže uvedené jsou příklady nejčastějších přestupků, protože nelze předvídat veškeré chování pacientů.

##### Příklady závažných přestupků řádu:

- Porušení abstinence (alkohol, drogy)
- Opuštění prostoru určeného k vycházce
- Opakovaný opožděný návrat z propustky
- Agrese vůči pacientům a personálu
- Krádež a podvod
- Přechovávání alkoholu, drog, nožů, zbraní, jejich nápodob a jiných nebezpečných předmětů a látek ohrožujících zdraví a bezpečnost.
- Sexuální praktiky mezi pacienty
- Hraní hazardních her o peníze

##### Možné sankce:

Propad do nižší terapeutické úrovně, možno i do černé, v dalším léčení pacient postupuje od té úrovně, do které byl sankčně přeřazen.

Podání oznámení soudu či policii o maření výkonu úředního rozhodnutí.

##### Příklady středně závažných přestupků proti řádu:

- Značný nepořádek v osobních věcech a lůžku
- kouření mimo vyhrazené prostory
- pozdní návrat z propustky
- Odmítnutí příkazu personálu

Jedná se o vážnější a svévolné porušení pravidel režimové léčby, může za ně být uložen například a mimo jiné zákaz vycházek na následující týden, a/nebo prodloužení pobytu v úrovni o tento týden. Při opakovaném svévolném přestupování pravidel režimové léčby může být toto jednání považováno za vážné porušení pravidel ochranné léčby.

##### Příklady drobných přestupků proti řádu:

###### Chování

- Vulgární a jiné společensky nevhodné projevy
- Rušení nočního klidu
- Spánek mimo své lůžko

###### Svědomitost

- Nedochovilnost, pozdní příchod na povinné aktivity.
- Neplnění stanovených úkolů („rajóny“, deník, pracovní terapie...)

###### Čistota

- Neudržování čistoty a pořádku ve vlastních věcech (postel, skříňka...) a okolí
- Konzumace jídla mimo vyhrazené prostory místnosti
- Ležení v posteli v civilním oděvu

Pokud byl u pacienta shledán některý z těchto nedostatků, zpravidla mu je udělen jeden den bez vycházek. Pokud pac. nashromáždí tři drobné přestupky během týdne, již se jedná o středně závažný přestupek proti řádu, a bude například uloženo prodloužení pobytu v úrovni o týden.

#### VI. VYCHÁZKY, DOVOLENKY

##### 1. Citace zákona § 86

(1) Poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody formou lůžkové péče může pacientovi na základě jeho žádosti povolit krátkodobé opuštění zdravotnického zařízení, a to po posouzení zdravotního stavu pacienta; za tím účelem mu vystaví propustku.

(2) Propustku lze vystavit, je-li zdravotní stav pacienta stabilizovaný a lze-li důvodně předpokládat, že v průběhu krátkodobého opuštění zdravotnického zařízení nedojde k jeho změně, která by vedla k poruše chování, v jejíž souvislosti bylo ochranné léčení nařízeno. Povolení krátkodobého opuštění zdravotnického zařízení nesmí být v rozporu s účelem ochranného léčení a nesmí narušit individuální léčebný postup.

Informace pro pacienty oddělení 19 zařazené v režimu výkonu ochranného léčení

(3) Žádost pacienta podle odstavce 1 obsahuje důvody pro krátkodobé opuštění zdravotnického zařízení, dobu, na kterou se povolení žádá, a adresu místa, na němž se bude pacient zdržovat. Propustka obsahuje jméno, popřípadě jména, příjmení pacienta, datum jeho narození, dobu, na níž je vystavena, a adresu místa, na němž se pacient bude zdržovat. Písemná žádost nebo záznam o jejím ústním podání a kopie propustky je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Jestliže poskytovatel odmítne propustku vystavit, je součástí zdravotnické dokumentace záznam o odmítnutí, v němž se uvedou důvody odmítnutí.

(4) Pokud poskytovatel odmítne vystavit propustku, může pacient podat novou žádost nejdříve za 7 dní ode dne odmítnutí původní žádosti.

2. Vycházky, dovolenky či jiné režimové výhody jsou udělovány vždy a jen v době velké vize. Tedy pokud si pacient splní své povinnosti na přefazení do jiné barevné úrovně v kterémkoliv dni v týdnu, vyčká na vlastní přefazení či udělení výhod do velké komunity a vize (kvůli spoluposuzování samosprávou.)

3. Naproti tomu dočasné odebrání či degradace do nižší barevné úrovně je provedeno ihned či co nejdříve po porušení režimu.

4. Jak o vycházky, tak o dovolenky musí dle zákona pacient žádat písemně. Při nedodržení této povinnosti nejsme oprávněni tuto výhodu udělit- viz zákon.

5. Možnost vycházky v zahrádce vzniká při:

- pobytu v červené úrovni samostatně ve stanoveném čase

Podmínky vycházky v areálu nemocnice:

- nárok na ni vzniká při pobytu v žluté úrovni.

- pacient musí být v odpovídajícím zdravotním stavu

- pacient musí podepsat níže uvedený revers před udělením vycházek po areálu nemocnice

Pacient je povinen se dostavit na počítání ve stanovenou hodinu dle řádu oddělení.

Podmínky vycházky do města Dobřan:

- nárok na ni má pacient při pobytu v zelené terapeutické úrovni

- vycházka může být udělena maximálně 1x týdně (týden= pondělí- neděle).

- teprve poté, co je pacient minimálně 14 dní ve žluté úrovni, může v mimořádných případech, po schválení terapeutickým týmem využít pacient 1x za měsíc vycházku do města Dobřan nebo sociálního volna (ne obojí v měsíci), na kterou odchází v doprovodu člena rodiny nebo jiné osoby blízké, schválené terapeutickým týmem. Návrat do léčebny musí být opět v doprovodu schválené osoby.

- pacient musí být v odpovídajícím zdravotním stavu

Při nevyužití vycházky tato „propadá“, není možno tedy nevyužitou vycházku převádět do dalšího týdne. Stejně tak není možno vycházku tzv. „vybrat dopředu“.

Sociální volno se uděluje mimořádně, pokud je o něj požádáno, v případech, kdy pacient potřebuje vyřídit neodkladnou záležitost (úřady apod.), která nelze vyřídit jinak (např. za pomoci sociální pracovnice, nebo telefonicky). Tedy v případech, kdy je bezpodmínečně nutná osobní přítomnost pacienta (např. na úřadě). Sociální volno má jasný účel a jeho délka je omezená na nezbytně nutnou dobu. Pacient přinese potvrzení o tom, že danou věc skutečně vyřizoval.

- vycházky nejsou nárokovatelné a nemusí být umožněny v případě neplnění povinností.

Podmínky dovolenky:

- nárok na ni vzniká při nástupu do zelené terapeutické úrovně.

- pacient musí být v odpovídajícím zdravotním stavu

- pacient musí podepsat níže uvedený revers před udělením dovolenky

- pacient o dovolenku žádá písemně při vžitě, v žádosti uvede přesný termín dovolenky (maximálně 3 dny) a přesné místo, kde se bude v době dovolenky zdržovat.

- po návratu z dovolenky je další možná až po uplynutí 21 dní. Není možno dovolenku tzv. „vybrat dopředu“.

- dovolenku není možno kumulovat se sociálním volnem

- každá jednotlivá dovolenka musí být schválena na vžitě

- první dovolenka je možná pouze v doprovodu příbuzného či osoby blízké, s kterou předtím hovořil pacient v přítomnosti členů terapeutického týmu. Příbuzný či osoba blízká musí při první dovolence pro pacienta přijet a pacient odjíždí na dovolenku pouze s ní poté, co má splněny všechny povinné aktivity dne na oddělení.

- návrat do léčebny musí opět být v doprovodu schválené osoby, ta při návratu předává personálu písemnou zprávu o průběhu dovolenky.

- dovolenka není nárokovatelná a nemusí být umožněna v případě neplnění povinností.

**Propustky a dovolenky se zásadně čerpají tak, aby nenarušovaly povinné programy na oddělení.**

**Revers před udělením vycházek do zahrádky a po areálu nemocnice a vycházek do města Dobřan:**

*Stvrzuji svým podpisem, že jsem si vědom, že podléhám režimu ochranného ústavního léčení nařízeného soudem. Jsem si vědom, že jsem povinen dodržovat stanovené hodiny mně povolených vycházek. Jsem si vědom, že vycházky mám povoleny buď pouze v zahrádce, nebo v areálu PN v Dobřanech, nebo vždy jednorázově do města Dobřan. Jsem si vědom, že na vycházku mám nárok pouze tehdy, pokud trvají příznivé důvody z hlediska mého zdravotního stavu. Pokud dojde ke změně zdravotního stavu, popř. k porušení režimu z mé strany, budou mi vycházky odebrány.*

*Byl jsem upozorněn, že během vycházek nesmím požívat žádné alkoholické nápoje, nealkoholické pivo či psychoaktivní látky (= drogy), že bych se měl vyvarovat stresových a kritických situací, které by mohly vyprovokovat požití alkoholu drog či sexuálního deliktu. Jsem si zároveň i vědom, že alkohol či jiné psychoaktivní látky nesmím podat jinému pacientovi, popř. přinést na oddělení.*

*V případě zhoršení zdravotního stavu se neprodleně vrátím na oddělení. Stvrzení, že jsem byl srozuměn s tímto a jinými texty je na konci tohoto poučení.*

**Revers před všemi uděleními terapeutickými dovolenkami či sociálním volnem:**

*Byl jsem poučen, že před udělením terapeutické dovolenky musím splnit všechna výše uvedená kritéria. Jsem si vědom, že i během dovolenek podléhám stále režimu ochranného ústavního léčení. Byl jsem upozorněn, že pokud užívám medikaci, jsem povinen tyto léky užívat dle rozepsaného schématu i během udělené dovolenky. Byl jsem upozorněn, že během žádné z udělených dovolenek nesmím požívat žádné alkoholické nápoje či psychoaktivní látky (= drogy), že bych se měl vyvarovat stresových a kritických situací, které by mohly požití alkoholu či drog vyprovokovat, sem patří i kontakt s rizikovými osobami.*

*V případě zhoršení zdravotního stavu se vždy neprodleně navrátím do PNvD. V případě, že budu nucen pro akutní potíže navštívit nějakého lékaře, popřípadě, kdybych musel být hospitalizován v jiném zdravotnickém zařízení, jsem povinen nahlásit, že jsem t.č. na dovolence, a že jsem stále hospitalizován v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech.*

*Jinak jsem si vědom povinnosti návratu do PN v Dobřanech 3. (třetí) den dovolenky do 20<sup>00</sup> hodin. V případě, že se nebudu moci z jakéhokoliv důvodu vrátit do stanoveného termínu, jsem povinen tuto skutečnost neprodleně oznámit telefonicky na číslo 377 813 283 sestry z odd. 19. (pozn. pro vás, pokud nebudou telefon zvedat, musíte zkoušet volat opakovaně)*

*Následně jsem povinen svoji nepřítomnost doložit řádnou písemnou omluvenkou. (např. zpoždění vlaku apod.)*

**VII. DALŠÍ USTANOVENÍ**

1. Pokud onemocníte tělesně a budete mít nařízen klid na lůžku– bude k vám přístupováno individuálně, s přihlédnutím k dosavadnímu průběhu vašeho pobytu a „cestě“, kterou jste sám započal.

2. Udělení jakékoliv zásadní výjimky z řádu ochranného léčení je v kompetenci primáře oddělení, v jeho nepřítomnosti pak zastupujícího lékaře s terapeutickým týmem!!

3. Změna tohoto řádu je vyhrazena. Jsme si vědomi, že tímto textem není možno obsáhnout všechny možné situace za léčení vzniknuvší, proto je vyhrazeno právo terapeutického týmu individuálně posuzovat situace, které nejsou v režimu přesně specifikovány. Individuální rozhodnutí nevytváří precedentsní situace pro další průběh terapeutického procesu jiných pacientů!

4. Právo „VETA“ je určeno pouze terapeutickému týmu.

4. Nebudete-li čemukoliv v tomto textu rozumět, máte možnost se zeptat při komunitě či vizitě.

**VIII. STVRZENÍ, ZÁVĚR**

Potvrzuji svým podpisem, že jsem byl s obsahem tohoto poučení řádně seznámen, že jsem měl možnost si v klidu a pozorně celý text prostudovat, v případě nejasností jsem měl možnost klást doplňující otázky. Stvrzuji tudíž, že jsem porozuměl veškerému obsahu, že znám svoje práva a povinnosti z ochranného léčení vyplývající. Stvrzuji svým podpisem reverzy před uděleními vycházkami a dovolenkami. Podpisem také stvrzuji, že jsem převzal 1 kopii tohoto řádu k osobnímu použití.

Jméno pacienta TISKACÍM PÍSMEM a jeho podpis: .....

Za personál PN v Dobřanech: 1.....

2.....

V PN v Dobřanech dne: .....

**Postup dle zákona č. 373/2011 Sb., §85 odst. 3. kdy PACIENT ODMÍTL PODEPSAT TENTO DOKUMENT, S JEHO TEXTEM BYL VŠAK SEZNÁMEN ÚSTNĚ**

Za personál PN v Dobřanech: 1.....

2.....

V PN v Dobřanech dne: .....

Tato verze řádu nabývá platnost dne 12.5.2015. Řád garantuje primář oddělení.



## DESATERO PRO PROPUŠTĚNÉ PACIENTY

1. DODRŽUJ LÉČBU PŘEDEPSANOU LÉKAŘEM
2. NAVŠTĚVUJ PRAVIDELNĚ AMBULANTNÍHO PSYCHIATRA
3. VYHÝBEJ SE STRESOVÝM A KRIZOVÝM SITUACÍM, SE KTERÝMI SI BYL SEZNÁMEN V RÁMCI REŽIMOVÉ LÉČBY
4. DODRŽUJ NAPROSTOU ABSTINENCI ALKOHOLU A PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK
5. ZACHOVEJ SI PRACOVNÍ NÁVYKY
6. DODRŽUJ PRAVIDELNÝ REŽIM DNE
7. UDRŽUJ MEZILIDSKÉ VZTAHY
8. DEJ SI DO POŘÁDKU SVÉ ÚŘEDNÍ ZÁLEŽITOSTI
9. HOSPODAŘ SPRÁVNĚ SE SVÝMI PROSTŘEDKY
10. ZAJISTI SI DOSTATEK ODPOČINKU

Tento materiál je součástí práce, která vznikla na

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.  
se sídlem Duškova 7, Praha 5, PSČ 15000  
[www.vszdrav.cz](http://www.vszdrav.cz)





# Příloha K Žádost o umožnění sběru dat

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Duffková Jindřiška	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3. CVS
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta se sexuální deviací	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Psychiatrická nemocnice v Dobřanech – režimové odd. pro pacienty s nařízenou ochrannou ústavní léčbou	
Jméno vedoucího práce	doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

PSYCH. odd. V DOBŘANECH  
hlavní sestra  
Ústavní ul., 334 41 Dobřany

V Dobřanech dne 1. 10. 2016

*Duffková*  
podpis studenta





## Ošetrovatelský proces u pacienta se sexuální deviací

**Klíčová slova:** sexuální deviace, patologická agresivita, psychiatrie, ústavní léčba, ochranná ústavní léčba, režimová léčba, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces

**Rešerše č. 52/2016**

### **Bibliografický soupis**

<b>Počet záznamů:</b>	<b>celkem 35 záznamů</b> (kvalifikační práce – 3, monografie – 17, ostatní – 15)
<b>Časové omezení:</b>	2007-2016
<b>Jazykové vymezení:</b>	čeština, angličtina
<b>Druh literatury:</b>	knihy, články a příspěvky ve sborníku
<b>Datum:</b>	27. 10. 2016

### **Základní prameny:**

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- kvalifikační práce (**thesis, cuni**)
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Online katalog NCO NZO