



Neodkladná péče v psychiatrii

Anotace předmětu:

Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický celek. Je součástí komplexu předmětu klinického ošetřovatelství. Seznamuje s klinickými stavy z hlediska ošetřovatelské péče a potřeb pacientů změněných v souvislosti s psychickými poruchami, které významně ovlivňují zdraví a kvalitu života člověka. Informuje o multidisciplinárním přístupu k péči o duševní zdraví a psychiatrických stavech. Objasňuje odlišnosti individuální péče v zařízeních různých forem zdravotních služeb.

Garant předmětu:

Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

1 Psychiatrie a psychiatrické ošetřovatelství

Psychiatrie je medicínský obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou, terapií, rehabilitací a výzkumem v oblasti duševních poruch. (ČESKÁ PSYCHIATRIE, 2012) Jako svébytný lékařský obor má poměrně krátkou historii. Je zřejmé, že vždy existovali lidé, kteří byli psychicky nemocní, péče o ně však byla velmi problematická. Tzv. blázni byli většinou odkázáni na pomoc komunity, která zahrnovala pouze stravu a ubytování. Postupem času vyvstala potřeba vybudovat systém účelné pomoci, který měl institucionální charakter.

Literatura:

- CUŘÍNOVÁ, Ludmila. *Stručné dějiny oborů - medicína a sociální činnost*. Praha: Scientia, 2002. ISBN 80-7183-254-5.
- FINK, Vladimír. *120 let Psychiatrické léčebny v Dobřanech 1880 – 2000*. Dobřany: Psychiatrická léčebna v Dobřanech, 2001. ISBN nevedeno.
- HÖSCHL, Cyril. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha: H+H, 1996. ISBN 80-85787-96-2.
- KLIK, Jan. *Vzpomínání na Dobřany*. Dobřany: Psychiatrická léčebna v Dobřanech, 2001. ISBN nevedeno.
- KONCEPCE OBORU PSYCHIATRIE – 1. REVIZE 2008. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS J.E.P.: *Česká psychiatrie* [online]. Psychiatrie, © 2012 [cit. 2012_05_31]. Dostupné z: http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=category&id=13:konceptce&layout=blog&Itemid=105
- LIBIGER, Jan. Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*. 2001, č. 5, s. 26-27. ISSN 1211-7579.
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- NÁVRAT, Vincenc. *Vývoj choromyslnictví na Moravě a nový Zemský léčebný ústav císaře Františka Josefa I. V Kroměříži*. Praha: vydavatel neveden, 1908. ISBN nevedeno.
- SVOBODNÝ, Petr a Ludmila HLAVÁČKOVÁ. *Pražské špitály a nemocnice*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1999. ISBN 8071063150.
- TICHÝ, Josef. *Historie bohnické psychiatrie v letech 1903 – 2005*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-441-5.
- TOŠNAROVÁ, Hana. *Problematika etiky v profesionálním chování zdravotních sester v péči o psychiatrické pacienty*. Praha: UK 2011. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií.



VENCOVSKÝ, Eugen. *Psychiatrie dávných věků*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-226-5.

Venclovský, Eugen. *Sto let české psychiatrické kliniky v Praze 1886 – 1986*. Praha: Univerzita Karlova Praha, 1987. ISBN neuvedeno.

1.1 Historie institucionální psychiatrické péče

Duševní poruchy provázejí lidstvo od jeho počátku, ale zdaleka ne tak dlouho jsou lidé trpící psychickými obtížemi považováni za nemocné. V minulosti byli tito lidé vytlačováni na okraj společnosti, byli označováni za šílence (ženy pak za čarodějnice) nebo mohli být nařčeni ze spolčení s ďáblem či zlým duchem. Pravděpodobně díky tomuto historickému pozadí se psychiatrie vyvíjela odlišně od ostatních medicínských oborů. (TOŠNAROVÁ, 2011)

Až v 16. století holandský lékař Johann Weyer (1515 – 1588) označil tyto šílence za nemocné a tak zařadil psychiatrii mezi medicínské obory. Stále však psychicky nemocní patřili do káznic, byli zavíráni do klecí, poutáni řetězy atd. Velký pokrok v psychiatrii znamenal čin francouzského lékaře Phillipa Pinela (1745 – 1826), kterého lze považovat za průkopníka humánního přístupu k duševně nemocným. (CUŘÍNOVÁ, 2002) I nadále však jejich ošetřování postrádalo teoretický základ a především efektivní léčbu. Využívaly se jen postupy k usměrňování choromyslných, a to pomocí svěrací kazajky, otočné židle atd. (MUNZAROVÁ, 2005)

Na území dnešní ČR lze považovat za zlomové období v psychiatrické péči konec 18. století. Prvním signálem změny této péče bylo vydání dvorního dekretu Josefem II z 19. března 1783, který nařizoval zřízení oddělení pro duševně choré kněze při Nemocnici milosrdných bratří v Praze. Rok poté bylo umožněno přijímat do nemocniční budovy u sv. Bartoloměje kromě duchovních i civilní muže. Pro ženy byla vyhrazena část klášterní nemocnice U Alžbětinek. (HÖSCHL, 1996) Velkým krokem pro zkvalitnění a zvýšení důstojnosti v péči o tyto pacienty bylo otevření Všeobecné nemocnice v Praze se samostatným ústavem pro duševně choré, dne 2. ledna 1791 (tento ústav je v nynějším hlavním areálu Všeobecné fakultní nemocnice v Praze). (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006) Nad vchodem do budovy uvedeného ústavu je dodnes nápis: „Custodiae mente captorum Josephus II., Leopoldu II., MDCCXC“ - Péči o duševně choré určil Josef II a Leopold II., 1790.

Dvoupatrová budova měla kapacitu 57 lůžek, pacienti byli umístováni v pokojích po dvou. Ošetřovatelský personál zde zastupovali opatrovníci, kteří museli být ženatí, protože zde pracovali s muži i ženami. Jejich náplní práce bylo hlídání nemocných, zajištění, aby zuřiví pacienti nikoho nezranili, dále se také starali o čistotu a větrání veškerých prostor. Opatrovníci bydleli přímo na pokoji nemocných. Oddělení od pacientů byli nanejvýš zástěnou. Z nemocnice se nesměli vzdálit bez dovolení nadřízených a jejich případné prohřešky nadřízení řešili tělesnými tresty, které byly zrušeny až ve 30. letech minulého století. (SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ, 1999)

Vzhledem k faktu, že kapacita tohoto ústavního zařízení se stávala nedostatečnou, byl v roce 1822 pronajat klášter u sv. Kateřiny pro účely rozšíření psychiatrického oddělení. O čtyři roky později byl klášter pro psychiatrii odkoupen a zrekonstruován. Toto zařízení pak dosáhlo kapacity 250-260 nemocných. (SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ, 1999) Stále však přetrvával problém nedostatku volných lůžek, a tak roku 1844 došlo k otevření tzv. „nového



domu“, který v současnosti tvoří hlavní budovu pražské psychiatrické kliniky. Ten byl určen pro pacienty, u kterých byla pozitivní prognóza („starý dům“ neboli kateřinský ústav sloužil jako útočiště pro chronické pacienty). (TICHÝ, 2006) Nový dům disponoval 500 lůžky a řadil se k nejlepším zařízením tohoto typu v Evropě. Ředitelem byl MUDr. Joseph Gottfried Riedel, který propagoval humánní přístup. Součástí péče se stala např. i pracovní terapie, tělocvik, procházky, vodoléčba a hry na hudební nástroje, tedy metody, které se stále používají v moderní péči o psychiatrické pacienty. (SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ, 1999)

Během prvního roku fungování Pražského ústavu došlo k navýšení o téměř 300 lůžek, stále ale jeho kapacita nebyla dostačující. Proto v roce 1860 byla otevřena nová pobočka Na Slupi. Roku 1875 bylo otevřeno další psychiatrické zařízení ve staré porodnici u Apolináře a v roce 1909 v Bohnicích.

Protože se do pražských ústavů dostávali nemocní z celého území Čech a Moravy, zakládaly se ústavy i mimo Prahu, a to roku 1863 v Brně Černovicích, 1869 v Kosmonosech, 1880 v Dobřanech, 1887 v Opařanech u Tábora, 1889 v Opavě, 1890 v Horních Beřkovicích, 1892 ve Štemberku, 1902 v Jihlavě (pobočka Brna), a v roce 1934 v Havlíčkově Brodě.

Další velkou událostí ve vývoji psychiatrie u nás bylo založení Výzkumného ústavu psychiatrického v roce 1961, který je umístěn v areálu bohnické psychiatrické nemocnice v Praze. (TICHÝ, 2006)

V současné době je psychiatrická péče poskytována jednak v ambulantní péči, dále pak na psychiatrických klinikách či psychiatrických odděleních v rámci nemocnic a v neposlední řadě v psychiatrických nemocnicích a léčebnách, kde je hospitalizován stále největší počet pacientů (viz 3 Současná psychiatrická péče).

Mezi nejvýznamnější psychiatrické nemocnice (do roku 2014 léčebny) u nás se řadí:

- Psychiatrická nemocnice Bohnice v Praze
- Psychiatrická nemocnice Dobřany u Plzně
- Psychiatrická nemocnice Kroměříž (největší na Moravě)

Uvedená zdravotnická zařízení mají obdobné architektonické řešení. Jde o pavilónový systém, kde jednotlivé budovy jsou prakticky specializovanými odděleními, které jsou pak organizačně spojovány podle zaměření poskytované péče na primariáty. Výhodou oddělených stanic bylo a je např. možnost rozřazování nemocných podle pohlaví, podle diagnózy a především podle aktuálního stavu, tedy podle toho, zda byl pacient neklidný nebo znečišťující se, upoutaný na lůžko, atd.

Pavilónový systém byl typický pro výstavbu na přelomu 19. a 20. století. Společným znakem je, nebo spíše v minulosti byla, technická nezávislost těchto areálů. Během let se samozřejmě několikrát měnilo rozdělení pavilónů podle aktuálních potřeb. Tímto rozdělováním (podle terapeutického zaměření a vybavováním jednotlivých oddělení jak personálem, tak pomůckami) se dosahuje zkvalitňování poskytovaných služeb.

Psychiatrická nemocnice Bohnice

Psychiatrická léčebna Bohnice byla uznána za samostatný ústav (tehdy Pražský ústav pro choromyslné v Bohnicích) v dubnu 1909. V srpnu 1906 bylo započato s jeho výstavbou, pro

kteřou bylo důvodem permanentní překračování lůžkových kapacit pražského a dalších ústavů. Nejdříve byli do léčebny překládáni pacienti z ústavů z celého území Království českého a až v roce 1910 byl první pacient přijat. (TICHÝ, 2006)

V červenci 1947 došlo k úpravě názvu ústavu. Bylo změněno silně stigmatizující pojem „pro choromyslné“. Celý název pak zněl „Zemský ústav pro duševně a nervově choré v Praze VIII – Bohnicích“. V dalších letech byla léčebna ještě několikrát přejmenována. Současný název Psychiatrická léčebna Bohnice je platná od 1. 5. 1999. (TICHÝ, 2006)

Jak již bylo uvedeno, péči o pacienty zajišťovali v počátcích fungování léčebny prakticky laikové. Proto bylo nutné, aby měli k dispozici instrukce, podle nichž mohli pracovat a které by jim pomáhali poskytovat pokud možno tu nejlepší péči.

Ošetřovatelé se řídili „Instrukcemi pro opatrovníky Královského českého zemského ústavu pro choromyslné v Bohnicích“. Tuto příručku lze přirovnat k dnešním standardům ošetřovatelské péče. Obsahovala 66 paragrafů. Kromě jiných instrukcí se např. paragraf č. 4 zabývá ošetřovatelskou etikou ve smyslu, že nikdo na sobě nesmí dát znát vůči pacientovi hněv nebo strach. Ošetřovatelé pavilonu pro zločince měli dispozici tzv. Služební předpisy pro opatrovníky pavilonu pro zvláště nebezpečné v Královském českém zemském ústavu pro choromyslné v Bohnicích. Dále v ústavu byly používány Instrukce o nakládání se soukromými penězi duševně chorých a o jejich účtování (za tyto peníze byly pořizovány např. hygienické potřeby), Instrukce pro správce a kontrolora Královského českého zemského ústavu pro choromyslné v Praze. Z dnešního pohledu je zde zajímavý např. bod, ve kterém se uvádí, že správci nebo kontrolori nesmějí přijmout od žádného dodavatele peníze ani dar. (Tichý, 2006)

Od konce 90. let 20. století se v léčebně začaly vydávat standardy ošetřovatelské péče. Tyto standardy jsou vytvářeny skupinou zdravotních sester pod vedením hlavní sestry a schvalovány ředitelem léčebny. K dnešnímu dni je v léčebně 21 závazných standardů.

V roce 2003 byl sestaven tým auditorů, kteří pravidelně provádějí kontroly dodržování standardů na jednotlivých odděleních. Auditóři v tomto roce začali hodnotit kromě plnění standardů také prostředí a estetičnost jednotlivých oddělení.

Vydávání instrukcí nebo dnešních standardů je důležité pro pacienty i pro personál. Zajišťuje pacientům minimální úroveň poskytované péče a personálu slouží jako pomůcka pro udržování této úrovně. (TOŠNAROVÁ, 2011)

Počet ošetřovatelského personálu se samozřejmě také vyvíjel. Podle statistik Psychiatrické léčebny Bohnice v roce 1909 bylo v ústavu pro choromyslné v Bohnicích hospitalizováno 529 pacientů, o které se staralo 45 opatrovníků. V roce 1913 zde bylo již 304 opatrovníků na 1893 pacientů (léčebna byla koncipována pro 1774 pacientů). V roce 1925 bylo 2036 hospitalizovaných a 671 opatrovníků. Tento stav v průběhu let kolísá.

V 60. letech minulého století docházelo k překračování lůžkových kapacit, jejichž důvodem povětšinou sociální hospitalizace (rok 1965 – využitelnost lůžek činila 100,9%). Pracovalo zde kolem 217 zdravotních sester a 111 nižších zdravotnických pracovníků. Na mnoha pavilonech sloužilo nedostatečný počet personálu, což vedlo ke snížení bezpečnosti jak personálu, tak i samotných pacientů, kteří se mohli mezi sebou ohrožovat.



Narůstající počet ošetrovatelského personálu a potřeba jeho koordinace vyústila v dubnu 1950 k vytvoření instituce hlavní sestry.

Z ekonomických důvodů byla v devadesátých letech zrušena pozice vrchních sester. Kompetence pak byly rozděleny mezi hlavní sestru, staniční sestry a částečně provozní asistentky, jejichž funkce byla počátkem roku 2007 zrušena. Činnosti provozních asistentek přebíral ošetrovatelský personál. Počátkem roku 2009 byla funkce vrchní sestry v léčebně obnovena.

V roce 2005 zde bylo hospitalizováno 1427 pacientů, pracovalo zde 407 zdravotních sester, 28 ošetrovatelů a 205 ostatních zdravotnických pracovníků. (TICHÝ, 2006, TOŠNAROVÁ, 2011)

I když, dochází k postupnému navyšování počtu zdravotnického personálu, přesto je ho stále nedostatek. Na psychiatrických odděleních je obzvláště nutný individuální přístup k pacientům, ale současný systém péče jej v potřebné míře nedovoluje.

Psychiatrická nemocnice Dobřany

I Psychiatrická léčebna Dobřany byla vybudována z důvodu nedostatku lůžek, především v pražském ústavu. Počátek výstavby se datuje rokem 1876. V dubnu 1880 je provizorně zprovozněna část ústavu a jsou sem převáženi první pacienti z pražského ústavu. Příjem nemocných z terénu probíhal až od roku 1881. (FINK, 2001))

Samostatnou kapitolu v historii léčebny v Dobřanech tvoří období nacistické okupace. V době Protektorátu Čechy a Morava patřila tato léčebna na území Velkoněmecké říše. Čeští zaměstnanci byli v té době „vyměňováni“ za německé. Většina z nich získala zaměstnání v českých léčebnách. Dobřany byly mezi 16. a 17. dubnem 1943 bombardovány americkými leteckými silami. Při tomto náletu zemřelo 360 duševně nemocných. (FINK, 2001, TICHÝ, 2006)

Během 60. let 20. století došlo v Dobřanech k velkému rozvoji zaměstnávání pacientů v oblasti kultury a rehabilitace. Začalo se využívat kinosálu, divadelních představení, knihovny, výletů atd. Také zaměstnanci měli možnost využívat podnikovou chatu v Železné Rudě, na Hracholuskách.

Od konce 60. let probíhají každoročně Hrašeho sportovní hry, které se postupně staly tradicí.

V dobřanské léčebně probíhá od konce 90. let rozsáhlá rekonstrukce, která se netýká jen pavilonů, ale také ubytování personálu. V oblasti poskytované péče je patrná snaha o zvyšování její kvality. Byla sestavena pracovní skupina konzultantů hojení ran, byla zavedena ucelená ošetrovatelská dokumentace a standardy ošetrovatelské péče. (TOŠNAROVÁ, 2011)

Psychiatrická nemocnice Kroměříž

Psychiatrická léčebna Kroměříž (v tu dobu Zemský léčebný ústav císaře Františka Josefa I.) byl otevřen 11. července 1909. (NÁVRAT, 1908)

I v tomto případě bylo důvodem pro výstavbu dalšího psychiatrického ústavu nedostatek lůžkových kapacit na Moravě a ve Slezsku.



V roce 1952 bylo vytvořeno dětské psychiatrické oddělení, jako reakce na nárůst hospitalizovaných dětí. Oddělení bylo především určeno pro epileptiky. Kapacita tohoto oddělení činila 75 lůžek. Ve stejném období byla zahájena i Škola pro děti epileptické a nervově choré. (KLIK, 2001)

V Kroměříži bylo založeno 9. 12. 1993 Mezinárodní středisko pro integrovanou psychoterapii a nový životní styl (INCIP).

Psychiatrická léčebna Kroměříž zaznamenala celostátní prvenství ve využití výpočetní techniky. Od 1. 3. 1997 byla veškerá pracoviště léčebny vybavena počítači a propojena počítačovým systémem. (VENCLOVSKÝ, 1987).

1.2 Vývoj psychiatrického ošetřovatelství

Vývoj ošetřovatelské péče o psychiatrické pacienty odpovídal na vývoj psychiatrie jako lékařského oboru a úzce s ním souvisí i pracovní podmínky ošetřovatelského personálu. Od počátku minulého století, kdy vznikaly psychiatrické léčebny, se pracovní podmínky tehdejších opatrovníků (ošetřovatelů) začaly postupně sjednocovat. Zásadní změny se odvíjely od legislativních nařízení. (TICHÝ, 2006)

Do roku 1918 lze podmínky pro ošetřovatelský personál označit za odstrašující. Jak již bylo výše uvedeno, na některých odděleních měli tehdejší opatrovníci umístěné lůžko a téměř neopouštěli areál ústavu. Vycházky ošetřovatelského personálu byly omezovány a řídily se prováděcím nařízením Zemské správní komise z roku 1916. Ošetřovatelský personál měl zpravidla nárok na jednu vycházku týdně.

Mezi lety 1912 a 1919 sloužili na oddělení s 45–60 pacienty během denní služby 3 opatrovníci a inventární pracovník (pravděpodobně obdoba staniční sestry) a během noční směny 2 opatrovníci. O dovolených nebo nemoci se počet personálu snížil. Do konce první světové války činila pracovní doba 60 hodin týdně. Ve 20. a 30. letech kolísala pracovní doba mezi 12i a 14i hodinami denně.

Pro opatrovníky byl velice důležitý rok 1929, kdy přestal platit čelední řád (z roku 1866) a jsou zařazeni do kategorie veřejných zaměstnanců. Za výhodu práce opatrovníka bylo považováno fasování služebního oděvu, který se neparně lišil od civilního a po určité době (po 6 měsících až 2 letech) se stával majetkem opatrovníka.

V průběhu dalších let, především vlivem politické situace, docházelo ke změnám pracovních podmínek personálu, a to v souvislosti s jeho počtem a kvalifikací. (TICHÝ, 2006)

I když se již navýšil počet zdravotnického personálu, je stále nízký, a to zvláště v porovnání s jinými medicínskými obory. Navyšuje se počet sester – mužů. Jejich přítomnost na oddělení je jednoznačně přínosem především z hlediska bezpečnosti.

S vývojem psychiatrie a také s vývojem institucionální péče úzce souvisí i vzdělávání zdravotníků. Jako první byli v oboru psychiatrie vzděláváni lékaři. Až o řadu let později došlo na ošetřovatelský personál.

Pro lékaře bylo zásadním momentem jmenování MUDr. Benjamina Čumpelíka v létě 1886 prozatímním profesorem psychiatrie pro rok 1887 (prodlužování probíhalo vždy po roce) na české lékařské fakultě v Praze. Jeho nástupcem se pak stal MUDr. Bohuslav Hellich.



Prvním řádným profesorem psychiatrie byl roku 1895 jmenován MUDr. Karel Kuffner. (VENCLOVSKÝ, 1996)

Vzdělávání ošetrovatelského personálu v oboru psychiatrie se stávalo postupem času více než nutné. V minulosti poskytovali ošetrovatelskou péči kněží, později řeholníci, chudí a dokonce pro společnost morálně nepřijatelní lidé. Dovednosti se předávaly ústně mezi ošetrovateli. Založení všeobecné nemocnice znamenalo mezník i pro ošetrovatelský personál. Joseph Gottfried Riedel (1803 – 1879) usiloval o zlepšení ošetrovatelské péče o duševně choré. Podal návrh na založení školy při nemocnici. Tento nápad nebyl uskutečněn z důvodu nedostatku financí.

V roce 1908 byla vydána kniha MUDr. Jana Hrašeho (v té době ředitel Ústavu pro choromyslné v Dobřanech, později první ředitel bohnické psychiatrické léčebny) Ošetřování choromyslných. (LIBIGER, 2001) Zajímavostí této knihy bylo, že autor nepoužíval tehdy běžné označení „opatrovník“, ale „ošetrovatel“. (TICHÝ, 2006)

Budování nových ústavů pro choromyslné s sebou neslo stále narůstající potřebu ošetrovatelského personálu, který bylo nutné vyškolit. V bohnickém ústavu pro choromyslné opatrovníci po prvním roce služby skládali zkoušku. Její úspěšné absolvování zajistilo zvýšení platu. (TICHÝ, 2006)

V roce 1913 vydalo Ministerstvo vnitra Výnos o povznesení odborné a hospodářské úrovně ošetrovatelského povolání v monarchii, což vedlo k otevření zdravotnických škol (1 německé a 1 české školy v Praze). K zahájení výuky došlo v roce 1916, studium bylo dvouleté a absolventi získali titul diplomovaná sestra. (LIBIGER, 2001) Později samozřejmě vznikaly další školy pro sestry a ošetrovatelky, ale v oblasti psychiatrie si jednotlivé ústavy školily své zaměstnance samy. V ústavu pro choromyslné v Bohnicích se začaly provádět kurzy psychiatrického minima. V roce 1945 ukončilo tento kurz 145 nových ošetrovatelů. Bohničtí lékaři – ředitel MUDr. Alois Plískal a primář MUDr. Jiří Semotám se zasloužili o zřízení psychiatrické větve Vyšší školy sociálně zdravotní v Praze 1, kde výuka probíhala v letech 1949 – 1952. V padesátých letech proběhly změny ve školském systému. Doškolování pracovníků v psychiatrii následně probíhalo na Střední zdravotnické škole v Praze 8 – „Košíčka“ a při nemocnici Na Bulovce v Praze. (TICHÝ, 2006)

Ve většině psychiatrických léčeben byly zřizovány závodní školy práce, kde si doplňoval kvalifikaci zdravotnický personál. Pro střední zdravotnický personál (tedy sestry) byly pořádány kurzy psychiatrického minima, psychoterapie, seznámení s rehabilitačními metodami v psychiatrii. (TICHÝ, 2006)

V roce 1956 vyšla ve Státním zdravotnickém nakladatelství v Praze publikace Psychiatrie: učebnice pro zdravotnické školy. Jejím autorem byl MUDr. Josef Prokůpek. V roce 1959 pak došlo k jejímu druhému nezměněnému vydání. V letech 1964 a 1969 byla tato učebnice vydána v přepracovaném provedení pod názvem Psychiatrie: pomocná kniha pro střední zdravotnické školy (obor zdravotních sester, dětských sester a porodních asistentek).

Roku 1958 dále vyšla u stejného nakladatelství učebnice MUDr. Karla Dobíška Ošetřování duševně nemocných, která byla v roce 1967 přepracována a podruhé vydána. Dále se sporadicky objevovaly další publikace určené střednímu zdravotnickému personálu.



V roce 1960 vznikl v Brně IDVPZ - Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví (od roku 2004 Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborech - NCO NZO), kde se konají specializační kurzy, mimo jiné i psychiatrické.

V letech 1992 – 1999 ve třech školách v ČR (v Praze - Povltavská, dříve „Košínska“, v Brně a Kroměříži) probíhalo nástavbové pomaturitní studium pro zdravotní sestry se zaměřením na psychiatrické ošetřovatelství. O rok později vznikl nový obor Diplomovaná sestra pro psychiatrii, který byl realizován na vyšších zdravotnických školách v Praze, Brně a později i v Havlíčkově Brodě. Studium bylo určeno pro absolventy veškerých středních škol. Ve školním roce 2004/2005 v souvislosti s účinností zákona č. 96/2004 Sb. (o nelékařských zdravotnických povoláních) obor zanikl a toto kvalifikační studium bylo přesunuto do specializačního.

Nyní probíhá specializační studium pro sestry s názvem Ošetřovatelská péče o duševní zdraví v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborech v Brně (NCO NZO). Dále 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy nabízí bakalářský a navazující magisterský program adiktologie. Na Pražské psychologické fakultě Pražské vysoké školy psychosociálních studií v rámci celoživotního vzdělávání je možné absolvovat tříleté teoretické studium psychoterapie. (TOŠNAROVÁ, 2011)

Spolu s rozvojem vzdělanosti sester v psychiatrii a také příchodem dalších odborností (jako např. fyzioterapeutů, nutričních terapeutů – dříve dietních sester apod.) do péče o psychiatrické pacienty docházelo postupně k dalšímu zkvalitňování podmínek i prostředí psychiatrických oddělení a také v poskytování ošetřovatelské péče.

Sestry „pamětnice“ popisují, jak se v léčebnách pacienti ukládali po dvou na jedno lůžko či na noc rozkládali na zem matrace, aby měli pacienti na čem spát.

Především v psychiatrických léčebnách i přes evidentní snahu o zlepšování ubytovacích podmínek pacientů však stále přetrvává neuspokojivý stav (mnohalůžkové ložnice, nevyhovující sociální zařízení, apod.). Ten je ve většině případů dán architektonickým řešením budov z počátku minulého století a nedostatkem finančních prostředků k jeho odstranění.

Naprostou největším přínosem pro nemocné bylo zavedení účelné a moderní farmakoterapie, která umožňuje minimalizovat či dokonce zcela odstranit jejich stigmatizaci. Na „vhodně“ léčených nemocných laické nepoznají přítomnost psychiatrického onemocnění. V průběhu 50. let došlo k vývoji neuroleptik a antidepresiv. Léky sice vykazovaly na tehdejší dobu výrazné terapeutické účinky, ale jejich užívání s sebou přinášelo i celou řadu vedlejších účinků. Vývoj psychofarmak pokračoval přes benzodiazepiny po nové a nové generace neuroleptik, které pacienti velice dobře snášejí a u kterých je výskyt nežádoucích účinků nesrovnatelně menší. Právě díky farmakoterapii bylo možné začít psychotické pacienty začít integrovat do společnosti. Psychiatrické pacienty, tedy i pacienty trpící psychotickými příznaky, není nutné vždy hospitalizovat, ale ataku onemocnění lze mnohdy zvládnout ambulantně. V některých případech je samozřejmě hospitalizace nutná, ale trend je jednoznačný – délka hospitalizace se snižuje. Například v Psychiatrické léčebně Bohnice byla v roce 1959 průměrná ošetřovací doba 188 dnů, v roce 1962 176 dnů; v roce 2005 průměrná hospitalizace trvala již jen 70 dnů. (TICHÝ, 2006)



Za zkrácením hospitalizace nestojí jen farmakoterapie, ale také vývoj dalších léčebných metod jako např. elektrokonvulzivní terapie nebo v minulosti využívaná terapie inzulinovými šoky.

Je také třeba zmínit nejrůznější, především tzv. pracovní aktivity pacientů, které byly i v systémech institucionální péče trvale rozvíjeny. Léčebné ústavy byly „světem pro sebe“, tedy uzavřeným před veřejností. Na druhé straně byly ale z velké části světem soběstačným. Pacienti pracovali v zahradnictví, které zásobovalo zeleninou místní kuchyni, dále pacienti nacházeli své uplatnění jako údržbáři apod.

Na počátku existence ústavů byla pracovní činnost pacientů téměř jediný způsob zabavení a částečně i sloužila jako terapie. Pacienti bývali hospitalizováni v ústavu několik měsíců a práce pro ně často byla jediným zpestřením dlouhodobého pobytu. Například v úplných začátcích éry bohnického ústavu byla aktivita pacientů řešena výstavbou celého areálu a pracemi v pomocných provozech léčebny. Tyto práce skončily na konci 40. let 20. století. Schopnější pacienti dokonce pracovali jako pomocníci v domácnostech některých lékařů nebo vrchních opatrovníků. (TICHÝ, 2006)

Pracovní aktivity psychicky nemocných lidí byly v ČR výrazně potlačeny v období mezi lety 1948 – 1989. Důvodem bylo přesvědčení, že nemocní se mají léčit a pracovat by měli zdraví.

V 80. letech docházelo k postupnému rušení zavedených praktik a v jednotlivých léčebnách byly opět některé aktivity pacientů podporovány. Jednalo se o tzv. zájmové (dnes volnočasové) aktivity, které byly prováděny formou různých kroužků. Řada lékařů zaváděla z vlastní iniciativy některé kreativní programy (malování a tvorba keramiky, později označované jako arteterapie apod.).

Z dnešního hlediska je práce pacientů naprosto nepřijatelná. Naopak terapeutická aktivizace je důležitou složkou léčby. V současné době je v léčebnách zajišťována terapeutická aktivita odbornými pracovníky – ergoterapeuty, arteterapeuty atd.

2 Specifika psychiatrického ošetřovatelství

Činnost sester na psychiatrii je upravena vyhláškou č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. § 4 této vyhlášky popisuje obecně výkony všeobecných sester, dále § 54 upravuje činnosti všeobecných sester se specializovanou způsobilostí a § 64 pak činnosti, které vykonává sestra pro péči v psychiatrii.

Pracovní náplň psychiatrických sester se liší, stejně jako na somatických odděleních, podle typu pracoviště. Jiné činnosti se provádí v ordinacích ambulantních psychiatrů, v rámci komunitní péče, na příjmových odděleních nebo na odděleních následné péče.

Oddělení akutní péče, tedy příjmová oddělení, jsou rozdělena na otevřená a uzavřená. Na akutní **otevřená oddělení** jsou přijímáni pacienti, u kterých nehrozí nebezpečí sebepoškození či agrese a s hospitalizací souhlasí. Tato oddělení bývají psychoterapeuticky zaměřená.

Na **uzavřených odděleních** jsou hospitalizováni pacienti v akutních fázích psychických poruch, pacienti vykazující nebezpečí sebepoškozujícího, sebevražedného nebo agresivního jednání a pacienti, kteří s hospitalizací nesouhlasí.

K **nedobrovolné hospitalizaci** dochází v rámci soudně nařízené léčby a v případech, kdy potencionální pacient jeví známky duševní poruchy nebo intoxikace a ohrožuje sebe nebo své okolí. Je-li na oddělení přijat pacient proti své vůli, musí být tato skutečnost nahlášena příslušnému (spádovému) soudu.

Jestliže jsou u pacienta během dobrovolné hospitalizace použity restriktivní metody (viz 9.2 Restriktivní metody), je tato hospitalizace změněna na nedobrovolnou a jako taková je hlášena soudu. Po úpravě a stabilizaci stavu opět pacient podepisuje souhlas s hospitalizací.

Po obdržení hlášení nedobrovolné hospitalizace soudem, je zahájeno **detenční řízení**, tzn. řízení o přípustnosti převzetí pacienta proti jeho vůli do zdravotnického zařízení. Soudce na základě údajů ve zdravotnické dokumentaci, výslechu pacienta a ošetřujícího lékaře, rozhodne, zda je hospitalizace oprávněná. Usnesení je doručeno pacientovi i zástupci zdravotnického zařízení (obvykle ošetřujícímu lékaři). Jestliže soud označí hospitalizaci za zákonnou, pokračuje se v řízení o přípustnosti dalšího držení v ústavu, je stanoven soudní znalec, který se vyjádří k nutnosti dalšího držení ve zdravotnickém zařízení. Rozsudek o přípustnosti držení pacienta, včetně stanovení délky možné nedobrovolné hospitalizace musí být učiněn do 3 měsíců od hlášení nedobrovolné hospitalizace. Účinnost rozsudku zanikne po uplynutí 1 roku ode dne jeho vyhlášení (jestliže v něm nebyla určena kratší lhůta). Pacienta je samozřejmě možné propustit i před uplynutím stanovené doby. Je-li třeba hospitalizaci prodloužit, je nutné opětovné schválení soudu.

Laická veřejnost se často domnívá, že „na psychiatrii lze zavřít každého“. Prvek soudní moci působí na pacienty obvykle pozitivně. Dodává jim pocit, někdy i jistotu, že jejich léčení je skutečně potřebné. Zvláště v péči o paranoidní pacienty je tato složka velice vítaná, protože nutnost hospitalizace potvrzená soudem nabývá na objektivitě.

Během pobytu na uzavřených odděleních dostávají pacienti, kteří jsou hospitalizováni dobrovolně, postupně možnost chodit na **vycházky**. Nejdříve se obvykle jedná o vycházky s doprovodem, tzn. s personálem nebo s rodinným příslušníkem, poté vycházky následují samostatné. Dále pacienti chodí na **propustky** do domácího prostředí. Smyslem vycházek i propustek je postupné zatěžování pacienta pobytem mimo oddělení či zdravotnické zařízení. Nedobrovolně hospitalizovaní pacienti nesmějí, především z důvodu nebezpečí útěku, opustit dané oddělení.

V případě, že dojde k **útěku** nedobrovolně hospitalizovaného pacienta nebo pacienta s nařízenou ústavní léčbou, je nutné tuto skutečnost oznámit místnímu oddělení Policie ČR.

Ve všech lůžkových psychiatrických pracovištích je praxe přijímání pacientů obdobná. Obecně se liší v režimu zacházení (ukládání) s věcmi pacientů mezi uzavřenými a otevřenými odděleními, a to i v rámci jedné organizace. V naprosté většině zařízení se provádí prohlídka osobních věcí pacientů již v příjmové ambulanci. V některých případech tuto prohlídku nelze uskutečnit např. pro nespolupráci pacienta nebo jeho agresivitu –

v těchto případech bývá u příjmu přítomna Policie ČR (dováží agresivního pacienta k hospitalizaci nebo je přivolána v průběhu příjmu zdravotnickým personálem).

Na jednotlivých odděleních se vždy provádí soupis věcí pacienta. Vzhledem k faktu, že jednotlivá oddělení se od sebe liší nejen zaměřením (problematika závislostí, gerontopsychiatrie, atd.), ale také režimem (uzavřená, otevřená), není tento postup na všech odděleních jednotný. Na uzavřených odděleních pacienti odevzdávají nebezpečné předměty, jako např. nůžky, manikúru, nože atd. Na vyžádání jsou věci zpět „půjčeny“ pacientovi k použití. Toto opatření je nutné z bezpečnostních důvodů, protože pacienti by mohli některé předměty použít k napadení jiné osoby nebo k sebepoškození.

Mnoho pacientů požaduje ponechání svých osobních věcí u sebe. Tento postoj je pochopitelný, na druhou stranu argument bezpečnosti rozhodně nemůže být podceněný. Během příjmu by měl být každý pacient seznámen s řádem oddělení, ale na akutních psychiatrických odděleních je tato praxe téměř nemožná, protože pacienti nebývají schopni soustředit se na informace, kterými jsou během příjmu zahlceni. Samotný fakt nutnosti hospitalizace a celý proces s tím spojený je pro ně velkým stresem. Ošetrovatelský personál pak nesčetněkrát opakuje pacientům, kde své věci mají uložené, že je možné si je „zapůjčit“, proč tomu tak je atd.

V případě, kdy pacient odmítá nechat si věci prohlédnout, je tato skutečnost obvykle považována za nespolupráci.

V případě, že pacient má u sebe střelnou zbraň, je přivolána Policie ČR, která zbraň přebírá do úschovy a po ukončení hospitalizace si ji pacient na příslušném oddělení Policie ČR může vyzvednout.

V psychiatrii se také setkáváme s institucí **zbavování/omezování svéprávnosti** (dříve zbavování/omezování způsobilosti k právním úkonům). Laickou veřejností je tato záležitost vnímána spíše negativně, i když jde o prostředek pro ochranu jedince v situaci, kdy za sebe není schopen rozhodovat. Zbavení způsobilosti k právním úkonům může být buďto úplné nebo částečné (př. pro nakládání s penězi nebo majetkem).

Návrh na zbavení svéprávnosti k příslušnému soudu může podat každý. U psychiatrických pacientů jsou to nejčastěji rodinní příslušníci nebo lékař (ambulantní/ ošetřující). Soud rozhodne na základě znaleckého posudku o míře zbavení způsobilosti k právním úkonům a stanoví opatrovníka. Opatrovník může být rodinný nebo veřejný.

Zbavení svéprávnosti není definitivní opatření. Je možné podat návrh na přešetření a vyhotovení nového (aktuálního) znaleckého posudku.

Specifičnost ošetrovatelské péče na psychiatrii je dána především spektrem projevů psychiatrických onemocnění. Vzhledem k faktu, že mezi tyto projevy patří možnost agrese nebo sebepoškození pacienta, je nutné v psychiatrických zařízeních dbát na zachování **bezpečného prostředí** jak pro pacienty, tak i pro zdravotnický personál. Zvládnutí neklidných či agresivních pacientů (viz 9.2 Restriktivní metody) a především odhalení příznaků těchto stavů je jednou z kompetencí psychiatrických sester. K tomu, aby sestra mohla identifikovat jakékoliv odchylky chování, je zapotřebí pacienty cíleně sledovat.

Pozorování patří mezi odborné činnosti sester na psychiatrických odděleních, během kterých si všímají vzhledu pacienta – zda je zanedbaný či upravený, nápadností v oblečení

a doplňcích; nápadností v chování; emotivity; rozporu mezi verbalizovanými potížemi a skutečným stavem; jednání s ostatními pacienty; zacházení s věcmi; reakce na různé podněty; dále hodnotí verbální projev a to především z hlediska rychlosti, obsahu a souvislostí, u neverbální komunikace nápadností v gestikulaci, mimice, posturologii, rozporů mezi verbální a neverbální komunikací; dále příjmu potravy a tekutin; denních aktivit pacienta.

Další oblastí, která je předmětem pozorování, je **spánek**. Během nočních kontrol pacientů sestra zjišťuje, zda jsou pacienti v lůžku nebo z jakého důvodu v lůžku chybí. Např. u pacientů s psychotickou poruchou hrozí nebezpečí sebepoškození nebo TS (tentemen suicidii – pokus o sebevraždu), maničtí pacienti nemohou spát ani setrvat v lůžku, zmatení pacienti mohou bloudit po oddělení, apod.

Výsledky pozorování sestra podrobně popíše v dokumentaci pacienta. Tyto poznatky jsou nezastupitelným zdrojem informací pro lékaře, psychology a další zdravotnický personál. Z provozních důvodů není výjimkou, že lékař vidí pacienta jen pár minut během vizity a popř. během vyšetření. Proto je velice důležité, aby se sestry pozorování věnovaly a pečlivě prováděly veškeré zápisy. (MALÁ, PAVLOVSKÝ, 2002)

Společným jmenovatelem veškeré psychiatrické péče je, kromě teoretických znalostí psychiatrie, umění **komunikace**. Komunikace s psychiatrickými pacienty je v mnohých ohledech často náročná, proto může vyžadovat zvýšené nároky na zachování profesionální roviny jednání sester. Sestra by měla nejen ovládat a správně používat komunikační techniky, ale měla by být také obrněna velkou dávkou trpělivosti. Při práci s psychiatrickými pacienty, obzvláště v akutní fázi onemocnění, je dalším důležitým prvkem modulace hlasu. Je žádoucí, aby sestra mluvila klidným a jistým hlasem. Pacient nesmí vycítit nejistotu, despekt nebo případné obavy personálu. Dále je nutné dbát na to, aby verbální a neverbální složky komunikace byly v souladu. Samozřejmostí je neopomíjení esenciální slušnosti, tedy pozdravit, při prvním kontaktu se představit, pacienta pojmenovávat a, nejedná-li se o dítě, pacientovi vykat.

Je třeba si uvědomit, že v rámci chybně vedeného hovoru může dojít k celé řadě nežádoucích reakcí, jako např. ztrátě ochoty pacienta spolupracovat, vyprovokování agrese nebo utvrzení v bludném myšlení. Komunikace s pacienty s různými příznaky se budeme zabývat v kapitole 9 Zásady ošetrovatelské péče v psychiatrii.

Mezi **základní dovednosti psychiatrické sestry** (sestry pracující na psychiatrii) patří:

- hodnocení psychického a fyzického stavu pacienta
- plánování péče
- individuální a rodinné psychologické intervence, případně zajištění psychoterapie
- koordinace zdravotní a sociální péče
- navázání, udržování a ukončení terapeutického vztahu s pacientem
- empatie
- interpersonální komunikace
- poradenství
- příprava a podávání medikace
- efektivní observace pacientů
- zajišťování bezpečného prostředí
- report – předávání adekvátních informací v rámci multidisciplinárního týmu
- vedení ošetrovatelské dokumentace



- užívání hodnotících škál
- krizová intervence
- (sociální) začlenění pacientů
- zvládání odborných ošetrovatelských výkonů
- zvládání problémového chování pacientů
- zvládání pracovního stresu (CALLAGHAN, WALDOCK, 2006)

Ošetrovatelská péče v psychiatrii je velice náročná především psychicky. Na sestru působí během výkonu profese mnoho faktorů, mezi které patří např. nutnost zvládnutí řady úkolů v krátkém časovém úseku, chybějící zpětná vazba ze strany pacientů a nadřízených, agresivita pacientů, potlačování vlastních potřeb v zájmu provozu oddělení či pacientů.

Sestry se neustále pohybují v trojúhelníku sestra – lékař – pacient. Jak ze strany pacientů, tak ze strany lékařů jsou na ně kladeny nejrůznější požadavky a navíc často působí jako prostředníci mezi lékaři a pacienty. Aby vzájemná spolupráce mohla dobře probíhat, je nutné, aby byl vztah mezi jednotlivými stranami založen na vzájemném respektu, což od sester (samozřejmě i lékařů) vyžaduje naprostou profesionalitu.

Ke korekci profesionálního chování je možné využít supervizi. Supervize je např. v sociálních službách či jiných pomáhajících profesích, na rozdíl od zdravotnictví (až na občasné výjimky), součástí péče o zaměstnance.

Nejčastěji se setkáme s vysvětlením supervize jako dohled, dozor, kontrola, inspekce, což není zcela přesné.

Počátky supervize lze hledat v oboru psychiatrie. Za zakladatele supervize je pokládán Michael Bálint, maďarský psychoanalytik, jehož Bálintovské skupiny (metoda řešení problémů, supervizní metoda) se dodnes hojně využívají.

Supervize je označována za zprostředkování nezatíženého náhledu na činnost, kterou člověk vykonává, s cílem:

- vyvarovat se chyb
- osobního a profesního růstu
- potvrzení kvality této činnosti

Jde o činnost, při které pomocí supervizora uvažujeme nad poskytovanou péčí o pacienta, kvalitou práce, dále jde o emocionální podporu supervidovaného personálu a v neposlední řadě se řeší problematičké kauzy z hlediska etiky.

Pomocí supervize se také zvyšuje schopnost pracovníka reflexe (uvědomovaného vnímání) vlastní práce a sebereflexe (uvědomovaného sebevnímání).

Úkolem supervize je zkvalitňovat úroveň práce v dané odbornosti.

Hlavními funkcemi supervize je řízení (hodnocení a posuzování pracovníkovy výkonu), vzdělávání (předávání zkušeností z praxe, rozvoj odbornosti) a podpora (spolu-nesením pracovní zátěže, sdílením, předáváním pracovního odhodlání). (HAVRDOVÁ, HAJNÝ, 2008)

Literatura:

CALLAGHAN, Patrick, Helen, WALDOCK. *Oxford Handbook of Mental Health Nursing*. Oxford: Oxford University Press, 2006. ISBN 0-19-856898.

- CPRDZ. *Celosvětový program OPEN THE DOORS*. [online]. CPRDZ, 2005 [cit.2012_06_27]. Dostupné z: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/schizofrenie/1_1_a_info.html
- CPRDZ. *O projektu Změna* [online]. CPRDZ, 2005 [cit.2012_06_27]. Dostupné z: <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/cile-zmeny.html>
- FRY, Sara, Megane-Jame JOHNSTONE, ICN. *Nursing Practise: A Guide to Ethical Decision Making*. Oxford: Blackwell Pub, 2008. ISBN 978-1-40-516052-0.
- GROHAR-MURRY, Mary Ellen, Helen R. DiCROCE. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0267-3.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika. 3. aktualizované vydání*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-132-7.
- HAVRDOVÁ, Zuzana, HAJNÝ, Martin. *Praktická supervize*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-532-1.
- LIBIGER, Jan. Stigma duševního onemocnění. In: *Psychiatrie*. ISSN 1211-7579, 2001, č. 5, s. 11.
- LIBIGER, Jan. Psychiatrie a stigma. In: *Sanquis*. ISSN 1212-6535, 2002, č. 19, s. 14.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- THORNICROFT, Graham. *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*. New York: Oxford University Press, 2006. ISBN 978-0-19-857098-1.
- WENIGOVÁ, Barbora. Stigma a psychiatrie (napříč časem). In: *Sanquis*. ISSN 1212-6535, 2005, č. 38, s. 24.

2.1 Etika v psychiatrickém ošetrovatelství

Péče o nemocného je vlastní podstata ošetrovatelství. Proto je pro sestry nejen morální, ale i právní povinností, co nejlépe pečovat o svěřeného pacienta.

Etické rozhodování sester provází veškeré jejich činnosti. Z etického hlediska je prvořadým úkolem sester zachování důstojnosti pacientů a respektování jejich hodnot. Etický rozměr ošetrovatelství, který se odráží v přímé péči o pacienty, je nutné chápat nejen v souvislosti s kompetencemi sester, ale také v kontextu celého systému poskytované péče.

„Etické rozhodování profesionální sestry řídí obecná pravidla společenského chování, její osobní hodnoty a hodnoty ošetrovatelské profese. Základní hodnoty ošetrovatelství jsou obsaženy v Kodexu sester.“ (GROHAR-MURRY, DiCROCE, 2003, s. 106)

Mezi další dokumenty související s problematikou etiky v ošetrovatelství patří Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů, vydán v roce 2004 Ministerstvem zdravotnictví ČR jako metodické opatření; Práva pacientů, která byla schválena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR s platností od 25. února 1992; zásadním dokumentem v oblasti psychiatrie jsou Práva duševně postižených, která byla schválena Valným shromážděním Organizace spojených národů 20. prosince 1971.

Z etického hlediska je základ moderní profesionální ošetrovatelské činnosti respekt a odpovědnost vůči pacientovi.

Soudobá ošetrovatelská etika se zaměřuje na zkoumání vztahů mezi sestrami, pacienty a také kolegy. (FRY, JOHNSTONE, ICN, 2008)

Dále jsou analyzovány dilematické situace, do kterých se sestry během výkonu své praxe dostávají. Na základě získaných poznatků dochází k nastavení žádoucích profesních norem v dané oblasti.

V oblasti psychiatrie jde např. o standardizaci restriktivních metod, poskytování informací sestrami apod.

Z výše uvedeného je zjevný vývoj ošetřovatelství, od dob kdy sestry byly pomocnicemi lékařů až po současnost, kdy jsou autonomními vykonavatelkami své profese.

Mezi základní etické prvky soudobého ošetřovatelství patří obhajoba, odpovědnost, spolupráce a péče.

- **Obhajoba** má několik možností výkladu. Z ryze právního hlediska se jedná o postup sestry, kdy informuje pacienta o jeho právech během léčby a dbá, aby byly naplňovány.

V ošetřovatelské praxi se může obhajoba také vykládat jako plnění ošetřovatelského procesu, během kterého zdravotní sestry spolu s pacientem vyhledávají jeho potřeby a snaží se je saturovat.

V neposlední řadě lze obhajobu přirovnat k principům lékařské etiky (beneficence, nonmaleficence, respekt k autonomii, justice). Tím je míněno, že sestra má vždy obhajovat dobro pacienta, má ho chránit před možným poškozením, brát v úvahu jeho přání a hodnoty a zajišťovat spravedlivou péči.

- Možným výkladem **odpovědnosti**, jakožto součásti výkonu profese, je schopnost zodpovídat se za způsob jeho provádění, včetně rozhodování o postupech nebo řešení komplikací či nestandardních situací.

- Pojem **spolupráce** zahrnuje dvě roviny. Jednak spolupráci sestry s pacientem, kdy má být kladen důraz na přiměřené poskytování informací pacientovi a jeho edukaci. Na základě získaných informací a další spolupráce se sestrou je pacient schopen aktivně se podílet na plánování ošetřovatelské péče a dalším průběhu hospitalizace.

Druhá rovina je spolupráce sestry s dalším zdravotnickým personálem, a to nejen v rámci jednoho pracoviště, ale také mezi různými zdravotnickými zařízeními. Dobrá spolupráce všech složek podílejících se na diagnostice a léčbě pacienta je základem pro zajištění kontinuity péče.

- Vlastní **péče** je naplněním ošetřovatelské profese a zahrnuje všechny výše jmenované principy.

Základem etiky je vedení člověka k tomu, aby rozeznával co je a co není dobré. V ošetřovatelství otázka „dobra a zla“ může být v mnoha případech velice individuální, proto je zapotřebí, aby sestra během výkonu své profese u konkrétního pacienta znala jeho pojetí hodnot a pochopila, co je právě pro toho daného pacienta dobré a především musí jeho názor akceptovat.

V ošetřovatelství obvykle trvá několik let, než sestra dokáže rozeznat a pochopit souvislosti svého oboru do takové míry, kdy je schopna, a především také ochotna, vědomě uplatňovat etické zásady.

Není pochyb o tom, že by veškerý zdravotnický personál měl vždy upřednostňovat dobro pacientů. Zvláště v psychiatrii mohou nastat situace, kdy je rozpor mezi tím, co zdravotníci pokládají za žádoucí (diagnostické i terapeutické metody a postupy) a tím, co pacient považuje v dané chvíli za potřebné. Řešení jednotlivých dilematických situací je vždy na konkrétních sestrách. Proto je žádoucí, aby problematiku etiky a etického rozhodování zakomponovaly do svého profesionálního chování.

Z ošetrovatelského hlediska lze za eticky problematické oblasti označit např. nedostatek **soukromí pacientů**. Pacient má právo odmítnout přítomnost všech ostatních osob, které přímo neprovádějí či nespolupracují na výkonu, který mu je prováděn. V praxi je již samozřejmostí, a z právního hlediska nutností, že jsou pacienti tázáni, zda se výkonu mohou zúčastnit např. medicí nebo studentky ošetrovatelství. Dle práv pacientů má být ze strany personálu brán zřetel na soukromí a stud pacienta. Stále ale bývají např. při vizitách přítomni další pacienti, kteří tak vyslechnou veškeré vyřčené informace, které lze považovat za důvěrné. Na některých pracovištích je již běžnou praxí, že v případech, kdy jsou pacienti mobilní a spolupracující, vizity probíhají např. na vyšetřovně apod. Tím je soukromí pacienta plně zajištěno. Pro zachování soukromí pacientů je také třeba neopomíjet zdánlivé banality jako je např. klepání před vstupem do pokojů (všech) pacientů.

Se soukromím pacientů ve zdravotnických zařízeních souvisí také používání sociálních zařízení. Ve většině psychiatrických léčeben a starších zdravotnických zařízeních je pouze několik toalet a sprch společné pro celé oddělení. S ohledem na bezpečnost pacientů v prostorech pro ně určených se nelze zamknout, nevyjímaje sociální zařízení.

Na odděleních, kde je jako součást terapie nastaven striktní denní režim, není možné umývárnu použít jindy než v určený čas. Je evidentní, že v těchto podmínkách je velice náročné zajistit alespoň částečné soukromí pacientů.

Zachovávání důstojnosti pacientů závisí na projevech úcty a respektu ze strany ošetrovatelského personálu. V případě psychiatrických pacientů může docházet k situacím, kdy jedinec se nechová sám o sobě důstojně, ale není si toho vědom. Může se jednat např. o obnažování se před ostatními pacienty, nepřiměřené hlasové projevy nebo jiné projevy vyplývající z poruch vnímání či myšlení apod. Zde se naskytá prostor pro sestry, které by měly těmto situacím předcházet (je-li to možné) popřípadě je minimalizovat.

S proječováním úcty ve vztahu sestra – pacient úzce souvisí oslovování.

V některých případech, jako např. u chronických pacientů nebo mentálně retardovaných, se můžeme setkat s tendencemi zdravotníků těmto pacientům tykat, oslovovat je bez předchozí domluvy křestním jménem apod., což je naprosto nepřijatelné.

Otázka zachovávání důstojnosti je aktuální také během restričních opatření. Např. omezování pacienta v lůžku by mělo probíhat v soukromí, což vzhledem k podmínkám psychiatrických oddělení není většinou možné. V kompetenci sester je zajištění co nejvyšší míry humánnosti procesu restrikce.

Ošetrovatelská péče o chronické psychiatrické pacienty je další oblastí spojenou se zachováním důstojnosti. Základní psychiatrická diagnóza, přidružená somatická onemocnění těchto pacientů, a dále jejich sociální izolace daná až několikaletou hospitalizací v psychiatrických léčebnách a nemocnicích zapříčiňují, že ztrácejí potřebu starat se o svůj zevnějšek nebo naopak ji až karikaturně přehánějí. Celkový zjev takového

pacienta pak může skutečně působit až tristně. Zde se naskýtá prostor nejen pro ošetrovatelský personál, ale také pro sociální pracovníky, kteří společně s pacienty mohou vyladit jejich vzezření do přípustné (a především pro pacienty přijatelné) normy.

Také v gerontopsychiatrii je problematika zachování důstojnosti velice aktuální. Základ spektra diagnóz, kterými gerontopsychiatrickí pacienti trpí, v naprosté většině souvisí s demencí. Tito pacienti se postupně stávají čím dál více závislí na kompletní ošetrovatelské péči. Právě zde je úkolem ošetrovatelského personálu proaktivně chránit důstojnost pacientů.

V této oblasti je velice důležitým prvkem poskytování dostatku času a prostoru pacientům, aby mohli jednotlivé činnosti, je-li to možné, provádět sami nebo je s dopomocí. Opačný přístup, se kterým se stále v ošetrovatelství setkáváme, lze označit za dehonestující.

S důstojností psychiatrického pacienta úzce souvisí jeho **autonomie**.

Psychopatie může pacienta ovlivnit takovým způsobem, že jedná sebedestruktivně. V některých případech tedy nelze pacienta v počáteční fázi zapojit do spolurozhodování o léčbě, čímž svou autonomii v mnoha oblastech ztrácí. Např. maničtí pacienti mohou zpočátku léčbu (i přes její objektivní nutnost) či pouhý fakt, že jsou nemocní, naprosto odmítat. Po úpravě psychického stavu, kdy je již pacient ochotný a především schopný spolupracovat, se plně zapojuje do plánování léčby.

Poskytování informací

Všichni pacienti mají právo nejen na ústní poskytování informací, ale také na nahlížení do zdravotnické dokumentace, a to za přítomnosti pověřeného zdravotníka.

V případě psychiatrických pacientů, především psychotiků, hrozí nebezpečí, že podané informace neadekvátně zpracují a to i přes lékařské vysvětlení. Taková situace může prohloubit již narušenou důvěru pacienta, vyprovokovat podání negativního reversu, ukončení ambulantní léčby nebo podání stížnosti na lékaře, apod.

Další problematickou oblastí je telefonické poskytování informací. V praxi dochází např. k situacím, kdy příbuzní pohřešují svého člena rodiny, který se opakovaně léčil na psychiatrii. Informaci, zda je hospitalizovaný, ale nelze podat, pokud s tím pacient nesouhlasí, protože on určuje zda, komu a v jakém rozsahu lze informace sdělit. Z tohoto důvodu jsou pacienti při příjmu nabádáni, aby své blízké sami co nejdříve kontaktovali a předešli tím různým komplikacím.

2.2 Stigmatizace

I když došlo jak v psychiatrické diagnostice a léčbě k velkým změnám, tak i v informovanosti laické veřejnosti, přesto se stále setkáváme s negativními předsudky spojenými s duševními poruchami. Stigmatizace postihuje nejen samotné psychiatrické pacienty, ale také jejich rodiny a dokonce i psychiatrii jako obor. Společnost se pak „dělí na dva tábory“ – psychicky zdraví a ti druzí. (WENIGOVÁ, 2005) Pro pacienty přináší stigmatizace určitou diskriminaci a tím i snížení kvality jejich života.

Pro stigma je určující především neznalost problematiky zapříčiňující ignoranci a zdánlivé přehlížení. Dále přístup k problematice a s ním spojené emoce – obava nebo strach, které mohou vyvolat předsudky a tím ovlivnit chování, které vede k diskriminaci. (THORNICROFT, 2006)

Výraz „stigma“ má celou řadu definic. Mnoho autorů jej popisuje z pohledů různých oborů. Pro psychiatrii jsou velice výstižná následující vymezení:

„Stigma duševní nemoci je označení pro ty vlastnosti, které nápadně odlišují psychiatrické pacienty od ostatních lidí. Je založeno na stereotypu duševně nemocného a jeho zdrojem jsou obavy lidí z duševní nemoci. Stigma vede k diskriminaci a k velké izolaci duševně nemocných.“ (LIBIGER, 2001, s. 11).

„Řecké slovo stigma se překládá jako znak nebo stopa, která nese nějaké svědectví... Stigma zdůrazňuje skupinovou identitu jedince a oslabuje váhu jeho individuálních vlastností. Vyčleňuje ho do skupiny stejnou charakteristikou postižených jedinců... Zdroje stigmatu jsou vzájemně propojené faktory: skutečná odlišnost duševně nemocných, předsudek, nároky a hodnoty prostředí.“ (LIBIGER, 2002, s. 14)

Často se setkáváme se skutečností, že psychiatrickí pacienti se stydí za svou „příslušnost“ k této skupině pacientů. Je přirozené hovořit o vyšetření různých odborných lékařů, ale návštěvu psychiatra tají. Důvodem je právě stigmatizace, která je s touto oblastí stále ještě silně spojena.

V roce 1991 byla přijata Organizací spojených národů Rezoluce č. 119, která prohlašuje léčbu a péči o duševní nemoc za lidské právo. Tato rezoluce byla podkladem pro formulaci Principů k ochraně osob s duševními nemocemi a ke zlepšení péče o duševně nemocné. Mimo jiné se zde uvádí „Nevznikne žádná diskriminace na podkladě duševního onemocnění. Diskriminace znamená jakékoliv rozdíly, vyloučení nebo přednost, které odstraňují nebo narušují stejný přístup k právům.“ (LIBIGER, 2002, s. 14)

Jak již bylo uvedeno, v odtabuizování psychiatrie, došlo k velkému pokroku, a tím i ke snížení stigmatizace. Pro tento účel se využívají různé destigmatizační metody, jako např. využívání sdělovacích prostředků (př. edukační nebo interaktivní televizní a rozhlasové vysílání, tisk) kulturní akce (př. festivaly, knižní projekty a výstavy uměleckých děl psychiatrických pacientů), vzdělávací aktivity (př. přednášky, brožury). Dále vznikají různé svépomocné organizace, které poskytují poradenskou činnost apod.

Mezi nejvýznamnější akce patří např. festival Mezi ploty, který se od roku 1992 každoročně koná v Psychiatrické nemocnici (dříve léčebně) Bohnice v Praze; od roku 1990 probíhá osvětová akce Týdny duševního zdraví; dále od roku 2004 projekt Změna, který si klade za cíl zlepšení péče o duševně nemocné v ČR. A to z hlediska destigmatizace pomocí osvěty o duševních poruchách a přeměny systému psychiatrie v ČR. (CPRZD, 2005)

Česká republika se právě tímto projektem také připojila k mezinárodnímu programu Světové psychiatrické společnosti (WPA) Open the Doors, který vznikl v roce 1996. Cílem projektu je zvýšení informovanosti o schizofrenii a možnostech léčby, zlepšení vztahu veřejnosti k lidem trpícím schizofrenií i jejich rodinám. (CPRZD, 2005)

3 Současná psychiatrická péče



Psychiatrická péče je poskytována v psychiatrických ambulancích, klinicko-psychologických ambulancích, lůžkových zařízeních a zařízeních komunitní péče. Tyto jednotlivé složky jsou propojeny do systému sítě psychiatrických zařízení, které vzájemně spolupracují.

Psychiatrická ambulance většinou představuje prvotní kontakt s psychiatrií a zajišťuje přímý kontakt s odbornou pomocí, tedy pro návštěvu ambulantního psychiatra není potřeba doporučení od praktického lékaře. Ambulantní psychiatr je koordinátorem veškeré psychiatrické popř. i sociální péče o pacienta.

V psychiatrických ambulancích jsou dispenzarizováni pacienti dle vyhlášky MZ ČR č. 39/2012 Sb., [o dispenzární péči](#), s následujícími nemocemi: Demence a organické poruchy, autismus, závislosti, amnestický syndrom a reziduální stavy, parafilie, stavy po terapeutické kastraci, schizofrenie, akutní psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy, poruchy nálady středně těžké a těžké, těžké úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy, těžké poruchy osobnosti, středně těžké a těžké mentální retardace, stavy po suicidálním pokusu, psychiatrická onemocnění dětského věku a dále závažné poruchy chování, emocí a sociálních vztahů, hyperkinetické a tikové poruchy, neorganické enuréza a enkoporéza a další.

Psychiatrické ambulance se liší dle svého zaměření na:

- ambulance veřejné psychiatrické péče
- ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie (ordinace AT)
- substituční centra
- ambulance pro léčbu poruch příjmu potravy
- gerontopsychiatrické ambulance
- psychiatrické ambulance pro děti a dorost
- ambulance pro léčbu poruch paměti. (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006)

Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky v roce 2011 vzrostl počet registrovaných ambulantních oddělení a pracovišť psychiatrie v České republice z 820 na 843 zařízení, ve kterých bylo evidováno 784,28 lékařů a 406,56 zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí. (NECHANSKÁ, 2012)

Ambulance **klinických psychologů** úzce spolupracují s ambulantními psychiatry, ale také s praktickými lékaři a specializovanými ambulancemi. Kliničtí psychologové provádějí psychologickou diagnostiku a intervence, popř. psychoterapii.

Psychiatrická lůžková péče poskytuje hospitalizaci psychiatrickým pacientům a je zajišťována:

- v nemocnicích poskytujících somatickou péči – na psychiatrických lůžkových odděleních
- v psychiatrických nemocnicích pro dospělé (většina psychiatrických léčen během roku 2014 změnila statut psychiatrické léčebny na psychiatrickou nemocnici)
- v psychiatrických léčebnách pro dospělé
- v psychiatrických nemocnicích pro děti a dorost
- v dalších lůžkových zařízeních, např. gerontopsychiatrie (NECHANSKÁ, 2011)

Psychiatrická lůžková péče zahrnuje oblast pedopsychiatrie, obecné psychiatrie, speciální psychiatrie (problematika závislostí, sexuologie) a gerontopsychiatrie.

Kraj sídla	Psychiatrická oddělení nemocnic			Psychiatrické léčebny pro dospělé			Psychiatrické léčebny pro děti			Ostatní psychiatrická zařízení		
	Počet oddělení	Počet lůžek	Počet hospitalizací	Počet zařízení	Počet lůžek	Počet hospitalizací	Počet zařízení	Počet lůžek	Počet hospitalizací	Počet oddělení	Počet lůžek	Počet hospitalizací
Hl. m. Praha	7	397	4 217	1	1 358	6 792	-	-	-	-	-	-
Středočeský	-	-	-	2	680	2 316	-	-	-	-	-	-
Jihočeský	2	65	1 041	3	230	1 615	1	160	478	-	-	-
Plzeňský	2	101	1 502	1	1 225	3 239	-	-	-	-	-	-
Karlovarský	1	40	700	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ústecký	3	121	2 278	2	657	2 335	1	50	202	1	30	99
Liberecký	2	76	954	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Královéhradecký	3	111	1 305	1	56	274	-	-	-	-	-	-
Pardubický	2	55	928	-	-	-	-	-	-	1	36	500
Vysočina	-	-	-	2	1 280	4 279	1	50	258	1	60	554
Jihomoravský	4	189	2 379	1	827	3 656	-	-	-	-	-	-
Olomoucký	2	130	1 317	2	670	3 319	-	-	-	-	-	-
Zlínský	-	-	-	1	1 100	4 818	-	-	-	-	-	-
Moravskoslezský	3	89	1 695	1	975	6 119	-	-	-	-	-	-
ČR	31	1 374	18 316	17	9 058	38 762	3	260	938	3	126	1 153

Tab. 1 Počet zařízení (oddělení), lůžek a pacientů léčených v psychiatrických lůžkových zařízeních podle sídla zdravotnického zařízení v roce 2010

Zdroj: ÚZIS ČR, 2011, s. 5

Akutní lůžková péče zajišťuje diagnostiku, terapii a počáteční rehabilitaci pacienta. Součástí některých akutních oddělení je **jednotka intenzivní psychiatrické péče (JIPP)**, která zajišťuje, stejně jako na somatických pracovištích, specializovanou intenzivní péči.

Následná lůžková psychiatrická péče je určena pacientům, u kterých byl ukončen diagnostický proces, byla nastavena terapie, ale i přes stabilizaci stavu není možné jejich propuštění.

Cílem **komunitní psychiatrické péče** je pomoc lidem s duševní poruchou zůstat ve svém prostředí a zajistit co nejvyšší kvalitu života daného pacienta v běžných podmínkách. Specifiky komunitní péče je individualizace péče a provázanost poskytovaných služeb, včetně nepsychiatrických (praktičtí lékaři, home care, pečovatelská služba atd.) Komunitní péče je zaměřena nejen na pacienta, ale i na členy jeho rodiny či jeho blízké, kteří o něho pečují. Cílem je deinstitucionalizace poskytované péče, tedy přesun těžiště z hospitalizace na ambulantní složky a na domácí prostředí pacienta.

Opakované a především dlouhodobé hospitalizace vedou k tzv. „revolving efektu“, tedy syndromu otáčivých dveří. (FOKUS PRAHA, ESET-HELP, GREEN DOORS, 2007) Druhou nejčastější diagnózou (po dg. duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, 10003 hospitalizace) byla v roce 2010 schizofrenie (6553 hospitalizací) s průměrnou ošetřovací dobou 152 dne. (NECHANSKÁ, 2011) Důvodem opakovaných



hospitalizací není problém ve vlastní léčbě, ale vypořádávání se pacientů s realitou mimo zdravotnické zařízení.

Dlouhodobé hospitalizace vedou ke snížení soběstačnosti a adaptability na sociální prostředí a nároky, které jsou na pacienty kladeny běžným životem. K přerušení tohoto bludného kruhu nebo alespoň k prodloužení období remise slouží nástroje sociální rehabilitace, jejichž prostřednictvím si nemocný může natrénovat potřebné sociální činnosti. Sociální rehabilitaci poskytují např. některé denní stacionáře a především organizace poskytující meziresortní služby.

Mezi zařízení komunitní péče jsou řazena např.:

- krizová centra – poskytují nepřetržitou, neodkladnou psychiatrickou nebo psychologickou intervenci, většinou s možností krátkodobého pobytu na lůžku
- denní stacionáře – slouží jako alternativa hospitalizace nebo jako následná péče po hospitalizaci, dále je využívána jako resocializace pro dlouhodobě nemocné; stěžejním prvkem denních stacionářů je psychoterapie; př. denních stacionářů: Psychiatrické centrum Praha, Denní sanatorium Horní Palata, Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, Denní psychiatrický stacionář Komorní Lhotka, FN - psychiatrický denní stacionář Plzeň - Lochotín
- mobilní týmy – poskytují psychiatrickou/psychologickou intervenci v místě pobytu pacienta
- meziresortní služby, které patří většinou do oblasti sociálních služeb; jedná se např. o sociálně-právní poradenství, přechodná a podporovaná zaměstnání, komunitní a chráněné bydlení, chráněné a rehabilitační dílny, dále také protidrogová kontaktní centra, terapeutické komunity, poradny (např. pro rodinu, mezilidské vztahy) apod.; tyto služby jsou poskytovány převážně neziskovými organizacemi jako např. (řazeno abecedně): BAOBAB, BONA., o.p.s., ČAPZ (Česká společnost pro psychické zdraví), ESET- Help, Fokus, GREEN Doors, Kolumbus, RIAPS (Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb), VIDA, o.s.

„Česká republika patří mezi menšinové země v Evropské unii, které nemají vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem je nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity, nedostatek zařízení komunitní péče. Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, ...“ (ČESKÁ PSYCHIATRIE, 2012)

Dalším negativem soudobé psychiatrie je technický stav většiny psychiatrických nemocnic a léčeben, které zajišťují největší podíl lůžkové psychiatrické péče. Dochází sice postupným rekonstrukcím, přesto však je pobyt pacientů v těchto institucích mnohdy z hlediska poskytování odborné péče problematický.

Na druhou stranu je ale nutné upozornit na fakt, že rozsáhlost léčeben a některých psychiatrických léčeben umožňuje diferenciaci hospitalizací (uzavřené, otevřené oddělení, diferenciaci podle terapeutického zaměření, diagnózy, nutnosti zvýšené péče, diferenciaci podle délky hospitalizace – akutní oddělení, následná péče atd.), která by na malých odděleních nebyla možná.

Psychiatrická péče zahrnuje také péči o psychiatrické pacienty na somatických odděleních.



Na těchto pracovištích se setkáváme s pacienty primárně trpícími psychickým onemocněním nebo s pacienty, u kterých došlo somatickým onemocněním ke spuštění duševní poruchy.

Jako příznak se nejčastěji objevuje neklid pacienta, který může na somatickém oddělení způsobit problém, neboť zde nejsou k dispozici potřebné pomůcky a především personál není dostatečně vyškolen pro zvládnutí neklidného pacienta. Dále se setkáváme s psychotickou produkcí pacientů, což je v naprosté většině případů řešeno překladem na psychiatrické oddělení nebo psychiatrickým konziliem.

Předčasný překlad neklidných nebo psychotických pacientů na psychiatrická oddělení může narážet na problémy, protože psychiatrická oddělení nejsou vybavena, jak materiálně, tak i personálně a v některých případech i prostorově, pro léčbu závažných somatických onemocnění.

V každém případě psychická alterace pacienta negativně ovlivňuje jeho spolupráci a tím ztěžuje diagnosticko-terapeutický proces, který je prováděn na somatickém či psychiatrickém oddělení.

S psychiatrickými pacienty se na somatických pracovištích dále setkáváme v rámci konziliárních vyšetření či ambulantních výkonů. Na tyto vyšetření/výkony jsou pacienti odesíláni v rámci hospitalizace na psychiatrii a jsou dle závažnosti jejich stavu a povaze požadovaného zákroku doprovázeni sestrou případně ošetřovatelkou.

Je evidentní, že psychiatrický pacient vyžaduje od sester a ostatního zdravotnického personálu jiný přístup než pacient somatický. V případě psychiatrických pacientů lze očekávat odlišné chápání situací nebo reakce na nejrůznější podněty.

Právě neznalost psychiatrické problematiky sestrami na somatických odděleních a ambulancích vede k neprofesionálnímu chování sester a ke vzniku problematických situací, jako např.:

- sestry nechávají alterované pacienty dlouho čekat a tím se jejich stav zhoršuje (prohlubování psychomotorického neklidu apod.)
- sestry přehlíží pacienta a hovoří pouze s doprovodným personálem
- sestra vyžaduje od pacienta informace, které není schopen podat
- pacient není poučen o průběhu zákroku z předpokladu, že nebude spolupracovat

Přehlížení pacienta nebo jeho nevhodné oslovení lze navíc označit za stigmatizující a tedy poškozující pacienta.

Literatura:

KONCEPCE OBORU PSYCHIATRIE – 1. REVIZE 2008. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS J.E.P.: Česká psychiatrie [online]. Psychiatrie, © 2012 [cit. 2012_05_31]. Dostupné z: http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=category&id=13:konceptce&layout=blog&Itemid=105

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

NECHANSKÁ, Blanka. Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2011. Aktuální informace č. 22/2012. In: *ÚZIS ČR* [online], © ÚZIS ČR 2010-2012, 2012 [cit. 2012_07_16]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/22_12.pdf



Brožura pro odborníky. Možnost pracovní rehabilitace a zaměstnávání duševně nemocných, kontakty. Fokus Praha o.s., Eset-Help o.s., Green Doors o.s., 2007. Projekt Síť služeb zaměstnávání pro dlouhodobě duševně nemocné (registrační číslo CZ.04.3.07/2.1.01.1/0049)

NECHANSKÁ, Blanka. *Psychiatrická péče v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2010.* Aktuální informace č. 45/2011. In: *ÚZIS ČR* [online], © ÚZIS ČR 2010-2012, 2011. [cit. 2012_07_16]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-
psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2010](http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2010)

Počet zařízení (oddělení), lůžek a pacientů léčených v psychiatrických lůžkových zařízeních podle sídla zdravotnického zařízení. In: *ÚZIS ČR* [online], © ÚZIS ČR 2010-2012, 2011. [cit. 2012_07_16]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-
psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2010](http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-
psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2010)

Vyhláška č. 39 ze dne 23. ledna 2012, o dispensární péči. In: *Sbírka zákonů České republiky. 2012, částka 15, s. 307. ISSN 1211 – 1244.*

4 Legislativa v psychiatrické péči

Pro všechny poskytovatele zdravotní péče v ČR je základním legislativním dokumentem mezinárodní Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (tzv. Konvence o biomedicíně), který je platný od roku 2001. Konkrétně psychiatrie se dotýká tento dokument v Článku 7 – Ochrana osob s duševní poruchou.

1. dubna 2012 nabyly účinnosti zákony reformy zdravotnictví ČR. Základním zákonem této reformy je zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) – zákon č. 372/2011 Sb.

Tento zákon se skládá ze 14 částí:

1. Základních ustanovení
2. Zdravotní služby a zdravotní péče Hlava I – Druhy a formy zdravotní péče, Hlava II - Obecné podmínky poskytování zdravotních služeb
3. Oprávnění k poskytování zdravotních služeb
4. Postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (Hlava I – Práva a povinnosti pacienta a jiných osob, Hlava II – Zdravotní služby a zaopatření poskytované v dětských domovech pro děti do 3 let věku)
5. Postavení poskytovatele, zdravotnických pracovníků v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb
6. Zdravotnická dokumentace a národní zdravotnický informační systém (Hlava I – Zpracování osobních údajů, Hlava II – Zdravotnická dokumentace, Hlava III – Národní zdravotnický informační systém)
7. Nakládání s odejmutými částmi lidského těla, tělem zemřelého, postup při úmrtí a pitvy
8. Stížnosti
9. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb
10. Kontrolní činnost
11. Kraje
12. Fakultní nemocnice a centra vysoce specializované péče
13. Správní delikty
14. Společná, zmocňovací, přechodná a zrušovací ustanovení



K tomuto zákonu byly vydány prováděcí právní předpisy: č. 39/2012 Sb. vyhláška o dispenzární péči; č. 56/2012 Sb. vyhláška o příspěvku na úhradu zaopatření dítěte a jeho průvodce v dětském domově; č. 70/2012 Sb. vyhláška o preventivních prohlídkách; č. 92/2012 Sb. vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče; č. 98/2012 Sb. vyhláška o zdravotnické dokumentaci; č. 99/2012 Sb. vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb; č. 101/2012 Sb. vyhláška o podrobnostech obsahu traumatologického plánu poskytovatele jednodenní nebo lůžkové zdravotní péče a postupu při jeho zpracování a projednání; č. 102/2012 Sb. vyhláška o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče; č. 116/2012 Sb. vyhláška o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému.

V souvislosti s psychiatrickou péčí bezprostředně souvisí § 28, dle kterého zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem; § 38 pak stanovuje, v jakých případech lze pacienta hospitalizovat nebo mu poskytnout zdravotní služby bez jeho souhlasu; § 39 definuje omezovací prostředky a popisuje jejich možné použití; § 40 stanovuje situace, které je zdravotnické zařízení povinné hlásit soudu.

Výše uvedený zákon stanovuje také práva a povinnosti zdravotnických pracovníků. Mimo jiné udává, že všichni zdravotničtí pracovníci, mají právo neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jejich zdraví. Toto právo upravuje § 50 odstavec 1, písmeno b).

Dalším důležitým zákonem [je č. 375/2011 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách a zákona o zdravotnické záchranné službě](#), dále pak mezi další nové předpisy patří zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě a zákon a zákon č. 369/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a některé další zákony.

Zavedení těchto právních změn přineslo mimo jiné posílení práv pacientů, legislativní zakotvení hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb, dále úprava úhrady léků, očkování a nadstandardní péče, úprava závodní preventivní péče.

Během psychiatrická péče se setkáváme s úpravou způsobilosti k právním úkonům, kterou popisuje § 10 občanského zákoníku (současné znění občanského zákoníku je, dle předpisu č. 89/2012 Sb., platné do 31. 12. 2013).

Občanský zákoník, zákon č. 89/2012, vstoupil v platnost k 1. 1. 2014. V souvislosti s psychiatrickou péčí přináší určité změny, např. v terminologii - způsobilost k právním úkonům je označována jako svéprávnost.

Literatura:

Sbírka mezinárodních smluv, Česká republika. 2001, částka 44. ISSN neuvedeno

Sbírka zákonů České republiky. 2012, částka 39. ISSN 1211-1244.

Sbírka zákonů [online]. MVČR 2012. [cit.2012_07_19]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/GetAll.aspx>

5 Sociální práce v psychiatrii

Sociální práce je provozována na všech stupních psychiatrické péče.

Účelem sociální práce je poskytování sociálních služeb na úrovni jednotlivců, rodin nebo skupin. Mezinárodní asociace sociálních pracovníků a Mezinárodní asociace škol sociální práce definuje sociální práci jako „profesi podporující změny, řešení problémů v oblasti mezilidských vztahů a umožňující lidem zvyšovat kvalitu jejich životů. Sociální práce se s využitím teorií lidského chování a sociálních systémů uplatňuje v situacích, kdy lidé a prostředí na sebe vzájemně působí. Základními principy sociální práce jsou lidská práva a sociální spravedlnost.“ (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ a kol., 2008, s.14)

Sociální pracovníci ve zdravotnickém zařízení poskytují pomoc pacientům a jejich rodinným příslušníkům či blízkým, kteří se pro zdravotní stav nebo nepříznivé sociální podmínky dostali do situace, kterou nejsou schopni sami řešit. V českém zdravotnictví má sociální práce dlouholetou tradici.

Během hospitalizace sociální pracovníci poskytují potřebné informace či pomoc v těchto oblastech:

- základní sociálně právní poradenství pacientům a jejich rodinám při řešení nepříznivé sociální situace způsobené změnou zdravotního stavu
- sociální šetření u pacientů se sníženou soběstačností, kteří nemají domov, rodinu či blízkou osobu, která by se o ně postarala, a pomoc při nalezení vhodného typu péče
- vedení Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti (neschopenek)
- zajištění následné sociální péče
- informace o možnostech zapůjčení kompenzačních pomůcek, pomoc při výběru a obstarání kompenzačních pomůcek
- spolupráce se sociálními a zdravotními zařízeními
- spolupráce s orgány veřejné správy, např. s úřady a soudy, pomoc při zprostředkování kontaktu hospitalizovaných pacientů s těmito institucemi
- zajištění sociálně právních záležitostí spojených s úmrtím pacienta (evidence pozůstalostí, zajištění pohřbu osamělých pacientů apod.)
- kontaktování a spolupráce s opatrovníky

Po přijetí pacienta na oddělení provádí sociální pracovník anamnestické šetření, tedy rozhovor s pacientem za účelem získání potřebných informací o příbuzných včetně dětí, bytových podmínkách a zaměstnání. Vyžaduje-li to situace a pacient souhlasí, sociální pracovník spolupracuje také s rodinou pacienta.

Během všech rozhovorů s pacienty sociální pracovník zjišťuje jeho aktuální potřeby či požadavky a pracuje na nalezení vhodného způsobu řešení. (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006)

V lůžkových psychiatrických zařízeních se náplň práce sociálních pracovníků liší podle charakteru oddělení nebo skladby hospitalizovaných pacientů. Vždy se ale účastní aktivně vizit, porad týmu, komunit a dalších aktivit prováděných na daném oddělení.

Na akutních odděleních sociální pracovník řeší spolu s celým zdravotnickým týmem a především pacientem nepříznivé sociální situace, do kterých se pacient dostal vlivem psychického onemocnění. Dále např. sociální pracovníci vyzvedávají uložené peníze v centrálním trezoru pacientům, kteří nemají volné vycházky, popř. zajišťují těmto pacientům drobné nákupy (cigarety, nápoje, sladkosti, hygienické potřeby apod.)

Sociální práce na dětském a dorostovém oddělení zahrnuje spolupráci s rodinou či zákonným zástupcem, sociální šetření v rodině, spolupráci se sociálně právním oddělením ochrany dětí a mládeže, se školami, diagnostickými ústavy, policií ČR.



Na odděleních následné péče je jednou z kompetencí sociálních pracovníků např. zajišťování oděvu a hygienických potřeb pacientům.

Mimo zdravotnická zařízení je pro psychiatrické pacienty nabízena celá škála sociálních služeb. V rámci zachování terminologie používané s oblasti sociální péče, je pacient coby uživatel sociální péče označován jako klient.

Účelem těchto služeb je podpora rozvoje nebo zachování soběstačnosti klienta, jeho návrat do vlastního prostředí, obnovení původního životního stylu, snížení sociálního a zdravotního rizika souvisejícího se způsobem života klienta.

Činnosti sociálních služeb související s péčí o psychiatrické pacienty (řazeno abecedně):
Azylové domy poskytují přechodné pobytové služby klientům v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Kromě zajištění stravy a ubytování poskytují pomoc při prosazování práv a zájmů klientů.

Centra denních služeb poskytují ve specializovaných ambulantních zařízeních služby s cílem posílení soběstačnosti klientů.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dlouhodobé pobytové služby se zajištěním pomoci při veškerých činnostech spojených s péčí o vlastní osobu, aktivizační a terapeutické činnosti.

Domovy pro seniory se specializovanou péčí určené pro osoby nad 65 let trpící různými typy demence. Poskytují pobytovou sociální a zdravotní péči.

Chráněné bydlení je dlouhodobá pobytová služba pro klienty se zdravotním postižením vyžadující pomoc jiné osoby. Jedná se o individuální nebo skupinové bydlení s pomocí zajištění chodu domácnosti.

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení (tedy zařízení, která jsou co nejlépe dostupná pro určitou cílovou skupinu) pro uživatele návykových látek. Cílovou populací jsou uživatelé drog starší 15 let a jejich blízké osoby. Cílem poskytovaných služeb je minimalizace zdravotních a sociálních rizik. Jedná se o kontaktní činnost, poradenství, služby harm reduction (výměny injekčního materiálu, informace o bezpečnějším způsobu užívání návykových látek a bezpečnějším sexu), testování infekčních nemocí, zajištění hygienického, potravinového servisu.

Krizová pomoc je ambulantní nebo přechodná pobytová služba poskytovaná klientům, kteří se nacházejí v ohrožení zdraví nebo života. Služba obsahuje kromě poskytnutí ubytování také zajištění stravy, terapeutické a poradenské činnosti a pomoc při prosazování práv klienta.

Odlehčovací služby (respitní péče) přebírá a na předem určenou dobu péči o duševně nebo tělesně postiženou osobu. Umožňuje tak pečujícím prostor pro vyřízení osobních záležitostí nebo odpočinek od nepřetržité péče.



Osobní asistence je poskytována v přirozeném prostředí klientů, kteří vyžadují pomoc jiné osoby. Jedná se o pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Pečovatelská služba poskytuje pomoc při zvládnání běžných činností při péči o vlastní osobu jako je pomoc při chodu domácnosti, osobní hygieně, zajišťování stravy.

Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická péče je poskytována klientům, jejichž schopnosti komunikace nebo orientace jsou omezeny. Tato péče zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a asistuje při vyřizování úředních popř. jiných záležitostí.

Služby následné a doléčovací péče jsou ambulantní služby určené osobám s chronickou psychickou poruchou nebo osobám závislým na návykových látkách po ambulantní či ústavní léčbě. Jde o terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv klientů.

Služby rané péče jsou poskytovány rodičům dětí do 7 let věku, které jsou zdravotně postižené, nebo je jejich vývoj ohrožen vlivem nepříznivého sociálního prostředí. Jedná se o výchovné, vzdělávací, aktivizační a terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů dítěte

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou poskytovány rodinám s dítětem s rizikem ohrožení vývoje v důsledku dlouhodobě obtížné sociální situace, kterou nedokáží sami překonat. Služba obsahuje výchovné, aktivizační, vzdělávací, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmu klientů.

Sociální poradenství poskytuje klientům v nepříznivé sociální situaci potřebné informace k jejímu řešení.

Sociální rehabilitace je zaměřena na nácvik potřebných dovedností vedoucích k dosažení samostatnosti klienta v nejvyšší možné míře. Sociální rehabilitace je nedílnou součástí poskytování sociálních služeb.

Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v pobytových zdravotnických zařízeních nebo zařízeních sociálních služeb. Klienty jsou osoby, které nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči, ale v oblasti soběstačnosti jsou závislí na pomoci v takové míře, která nemůže být poskytnuta v domácím prostředí.

Stacionáře poskytují ambulantní (**denní stacionáře**) nebo pobytové (**týdenní stacionáře**) služby ve specializovaném zařízení klientům, kteří vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby. Jedná se o běžné denní činnosti spojené s péčí o vlastní osobu, dále pomoc při zajištění bydlení, aktivizační, terapeutické činnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Telefonická krizová intervence je soubor metod práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou a ohrožující. Jde o jednorázový nebo opakovaný telefonický kontakt klienta se specializovaným pracovištěm.

Terapeutické komunity poskytují přechodné pobytové služby osobám závislých na návykových látkách nebo nemocným s chronickou psychickou poruchou. Pobyt



v terapeutické komunitě poskytuje stravu, zprostředkování se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv klientů.

Terénní programy jsou služby poskytované osobám ohroženým rizikovým způsobem života. Jsou určeny uživatelům drog, dále problémovým skupinám dětí a mládeže, osobám bez příštěší, osobám žijícím v sociálně vyloučených skupinách atd. Cílem terénních služeb je vyhledávání ohrožených osob, minimalizování rizik jejich způsobu života.

Literatura:

KUZNÍKOVÁ Iva a kol. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

MARHOVÁ Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

Primární prevence pro uživatele drog. Semiramis o.s., 2010. Evropská akce o drogách.

Sociální práce [online]. MPSV ČR. [cit. 2012_07_23]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

Respitní péče [online]. Česká alzheimerovská společnost. [cit. 2012_07_23].

Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/sluzby-cals/respitni-pece/>

6 Klasifikace duševních poruch

Moderní psychiatrie se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí duševních poruch. Nelehkým úkolem psychiatrie je vymezení hranic mezi chorobnými a normálními stavy v rámci běžného života. (HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA, 2002)

Psychická porucha je označení pro některé psychické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka. Jedná se o stavy, kde se za rozhodující příčinu vzniku, kromě organického původu, pokládá vliv prostředí nebo životních událostí.

Na základě definice Světové zdravotnické organizace popsal Cyril Höschl duševní poruchu jako „zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti nebo sociálního postavení nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání (nepřítomnost na pracovišti, neúčast v nějaké sociální činnosti.)“ (HÖSCHL, 1996, s. 3)

Stejně jako v jiných medicínských oborech lze duševní poruchy členit podle jejich etiologie. Rozeznáváme 3 hlavní etiologické okruhy duševních poruch:

1. **endogenní poruchy** – vnitřní, často vrozené příčiny vzniku; např. afektivní poruchy, schizofrenie, poruchy s bludy,
2. **organické poruchy** – dané poruchou centrálního nervového systému; např. Alzheimerova choroba, vaskulární demence, delirium tremens,
3. **psychogenní poruchy** – příčiny z vnějšího prostředí; např. neurotické poruchy.

Duševní poruchy jsou často vyvolávané multifaktoriálně, tedy na jejich vzniku se podílí více činitelů.

Duševní zdraví či poruchy jsou kulturně podmíněné pojmy. Příkladem je mentální anorexie, která se vyskytuje více u bílé rasy než u černochů. Některé fobie jsou známé jen u

afrických domorodých kmenů, jako např. koro – chorobný strach, že penis zmizí v břiše. (HÖSCHL, 1999)

Dalším příkladem je homosexualita, která byla u nás do nedávné doby nejen nezákonná, ale také považována za úchytku a jako taková řešena na psychiatrii. V ČR byla homosexualita zrovnoprávněna s heterosexuální (zákon č. 175/1990 Sb.) až v roce 1990 a registrované partnerství (trvalé společenství dvou osob stejného pohlaví) bylo ustanoveno zákonem č. 115/2006 Sb., o registrovaném partnerství a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 239/2008 Sb. Na rozdíl od evropské kultury je homosexualita protizákonná např. v některých afrických zemích (př. Angola, Somálsko, Kongo, Mauritanie), v Asii (př. Afghánistán, Írán, Saúdská Arábie, Sýrie). (WIKIPEDIE: OTEVŘENÁ ENCYKLOPEDIE, 2012)

Od poloviny minulého století došlo k významnému nárůstu duševních poruch. Tento nárůst může být způsoben efektivnější [diagnostikou](#), propracovanější charakteristikou duševních poruch, vzrůstajícím počtem duševních onemocnění a v neposlední řadě psychiatrizací některých projevů lidského chování. (BÁRTLOVÁ, 2005)

Z tohoto důvodu byla sestavena a publikována Světovou zdravotnickou organizací Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (v originále International Classification of Diseases and Related Health Problems, zkratka ICD). Tato klasifikace je průběžně revidována aktualizována. Je celosvětově platná, ale národní zdravotní organizace mají možnost vydávat její modifikované verze přizpůsobené místním podmínkám.

V ČR byla tato klasifikace zavedena od 1. 1. 1994. Garantem MKN-10 byl Ministerstvem zdravotnictví ČR stanoven Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Od 1. 1. 2012 je platná MKN-10, druhá aktualizovaná verze. V MKN -10 je využíván čtyřmístný alfanumerický kód jednoho písmene a tří číslic, např. F20.0 – paranoidní schizofrenie.

Psychiatrickými diagnózami (s přiřazeným písmenem F) se zabývá V. kapitola Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99) s oddíly:

F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických – v této skupině jsou duševní poruchy vzniklé na podkladě mozkového onemocnění, poranění mozku nebo jiného poškození, které vedlo k mozkové dysfunkci.

- F00 Demence u Alzheimerovy nemoci
- F01 Vaskulární demence
- F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde
- F03 Neurčená demence
- F04 Organický amnestický psychosyndrom, který nebyl vyvolán alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami
- F05 Delirium, které není vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami
- F06 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí
- F07 Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku
- F09 Neurčená organická nebo symptomatická duševní porucha

F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek - tato skupina zahrnuje širokou paletu onemocnění, která jsou způsobena užíváním psychoaktivních látek.

- F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
- F11 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů
- F12 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů
- F13 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním hypnotik
- F14 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu
- F15 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu
- F16 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů
- F17 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku
- F18 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel
- F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

- F20 Schizofrenie
- F21 Schizotypální porucha
- F22 Poruchy s trvalými bludy
- F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy
- F24 Indukovaná porucha s bludy
- F25 Schizoafektivní poruchy
- F28 Jiné neorganické psychotické poruchy
- F29 Neurčené neorganické psychózy

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

- F30 Manická fáze
- F31 Bipolární afektivní porucha
- F32 Depresivní fáze
- F33 Periodická depresivní porucha
- F34 Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálad)
- F38 Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F39 Neurčená afektivní porucha (porucha nálady)

F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

- F40 Fobické úzkostné poruchy
- F41 Jiné anxiózní poruchy
- F42 Obsedantně-nutkavá porucha
- F43 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení
- F44 Disociativní (konverzní) poruchy
- F45 Somatoformní poruchy
- F48 Jiné neurotické poruchy

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

- F50 Poruchy příjmu potravy
- F51 Neorganické poruchy spánku
- F52 Sexuální poruchy, které nejsou způsobené organickou poruchou nebo nemocí



- F53 Duševní poruchy a poruchy chování související se šestineděním, nezařazené jinde
- F54 Psychologické a behaviorální faktory, spojené s chorobami nebo poruchami, zařazenými jinde
- F55 Abúzus – zneužívání – látek nezpůsobujících závislost
- F59 Neurčené poruchy chování v souvislosti s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

- F60 Specifické poruchy osobnosti
- F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti
- F62 Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku
- F63 Nutkavé a impulzivní poruchy
- F64 Poruchy pohlavní identity
- F65 Porucha pohlavní preference
- F66 Poruchy psychické a chování související se sexuálním vývojem a orientací
- F68 Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F69 Neurčená porucha osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace – tento stav je charakterizován zástavou nebo neúplným duševním vývojem, který je doprovázen poruchou dovedností s poznávacích, řečových, motorických a sociálních schopností.

- F70 Lehká mentální retardace
- F71 Střední mentální retardace
- F72 Těžká mentální retardace
- F73 Hluboká mentální retardace
- F78 Jiná mentální retardace
- F79 Neurčená mentální retardace

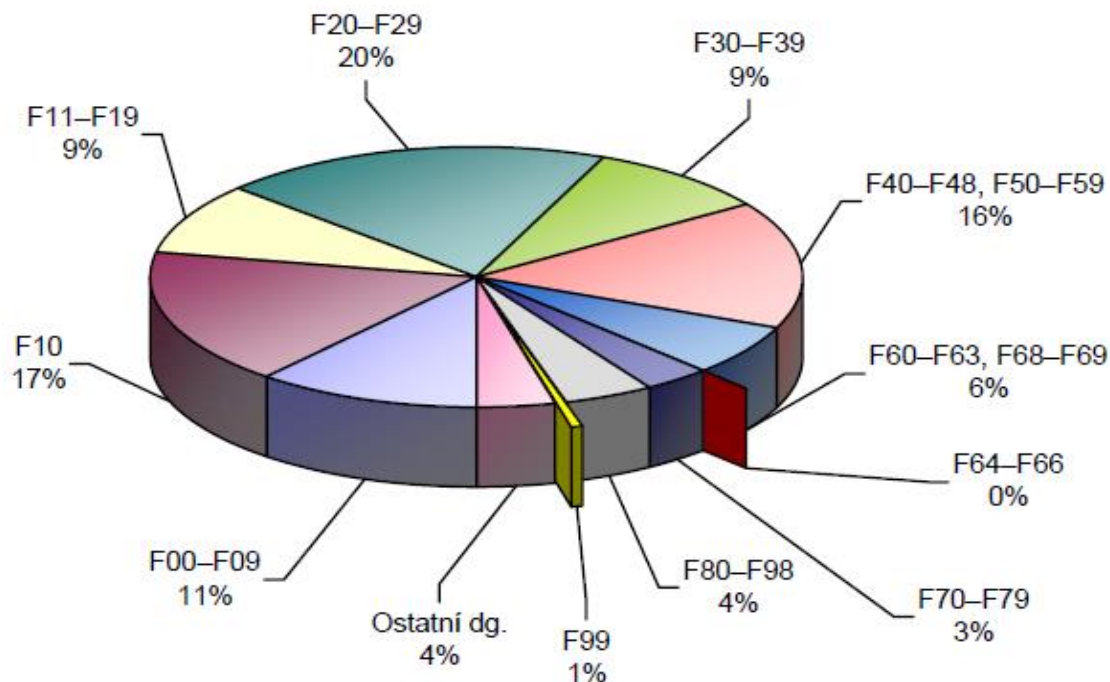
F80-F89 Poruchy psychického vývoje – jejich začátek je vždy v kojeneckém věku nebo dětství, dochází k postižení nebo opoždění ve vývoji funkcí a tyto poruchy mají stálý průběh (bez relapsů a remisí); s přibývajícím věkem dítěte

- F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka
- F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností
- F82 Specifická vývojová porucha motorických funkcí
- F83 Smíšené specifické vývojové poruchy
- F84 Pervazivní vývojové poruchy
- F88 Jiné poruchy psychického vývoje
- F89 Neurčená porucha psychického vývoje

F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání -

- F90 Hyperkinetické poruchy
- F91 Poruchy chování
- F92 Smíšené poruchy chování a emocí
- F93 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství
- F94 Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání
- F95 Tiky
- F98 Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání

F99 Neurčená duševní porucha



Graf 1 Struktura hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz v roce 2010

Zdroj: ÚZIS ČR, 2011

Literatura:

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197- 4.

HÖSCHL, Cyril. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha: H & H, 1996. ISBN 80-85787-96-2.

HÖSCHL, Cyril. 2nd Faculty member Meeting in Malelane, South Africa, The Lundbeck International Neuroscience Foundation. In: *Psychiatrie*. 1999, č. 3, s. 119-120. ISSN 1211-7579.

HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER, Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.

Sbírka zákonů [online]. MVČR 2012. [cit. 2012_08_07]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/GetAll.aspx>

Struktura hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz. In: *ÚZIS ČR* [online]. © ÚZIS ČR 2010-2012, 2011. [cit. 2012_07_16]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2010>

WHO. *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. – 2. Aktualizované vydání*. Geneva: WHO, 2008. ISBN 92 4 154649 2.

Zákony týkající se homosexuality. In: *Wikipedie: otevřená encyklopedie* [online]. Wikimedia Foundation, 2003. Stránka naposledy edit.18. 06. 2012 v 09:17. [vid. 2012-08-07]. Česká

verze.

Dostupné

Z:

http://cs.wikipedia.org/wiki/Z%C3%A1kony_t%C3%BDkaj%C3%ADc%C3%AD_se_homosexuality

7 Diagnostika v psychiatrii

Psychiatrická diagnostika je založena především na hodnocení projevů a chování pacienta lékařem.

I když psychiatrická diagnostika zaznamenala velký pokrok, včetně sjednocení diagnostiky duševních poruch (dané Světovou zdravotnickou organizací, Světovou psychiatrickou asociací atd.), stále se často hovoří o její subjektivitě, a to především z důvodu, že postrádá zcela objektivní diagnostické metody. K diagnostice řady onemocnění využívá např. zobrazovací metody (pro organická onemocnění apod.) nebo laboratorní vyšetření (pro abúzus návykových látek apod.) atd., ale pro řadu diagnóz jsou tyto metody nevyužitelné a je zcela na úsudku lékaře, jak rozhovor s pacientem a jeho pozorování vyhodnotí.

Pro objektivizaci zhodnocení stavu, přesněji řečeno příznaků některých diagnóz a především pro posouzení vývoje onemocnění či úspěšnosti léčby se využívají tzv. psychiatrické škály. Jedná se o soubor otázek nebo úkolů pro pacienta (v některých případech pro člověka, který o nemocného pečuje). Úroveň zodpovězení nebo splnění úkolu se bodově hodnotí.

Příklady psychiatrických škál:

- Mini Mental State Examination (MMSE) - hodnocení kognitivních funkcí
- Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) – hodnocení úzkosti
- Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) – hodnocení depresivních příznaků
- Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) - hodnocení depresivních příznaků
- Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) – hodnocení příznaků schizofrenie
- Clinical Global Impression (CGI) – celkový klinický dojem
- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) – hodnocení psychopatologie

V rámci **psychiatrické ošetrovatelské péče** se také využívají různé hodnotící škály.

Jde především o hodnocení míry soběstačnosti při denních činnostech (viz 13 Ošetrovatelská péče v gerontopsychiatrii) pomocí např.:

- Barthelové index
- Katzův index nezávislosti
- IADL
- DAD
- BADLS

Pro zjištění zmatenosti pacienta se využívá např.

- zkrácený mentální bodovací test (Gaiндův test) - test obsahuje z 10 položek, na které se sestra pacienta ptá (např. věk, adresu, rok, datum narození, jméno současného prezidenta); každá správná odpověď je hodnocena 1 bodem, při skóre nižším než 7 se jedná o zmatenost

Mezi komplexní kognitivní testy patří, kromě výše uvedeného MMSE,

- 7 minutový screeningový test (7MST) – hodnotí orientaci v čase, test kreslení hodin (viz 13 Ošetřovatelská péče v gerontopsychiatrii) a vyjmenování zvířat (z předložených obrázků). Dosažené skóre vypovídá o pravděpodobnosti Alzheimerovy nemoci ve třech skupinách:

1. skupina: pravděpodobnost přítomnosti Alzheimerovy nemoci je negativní
 2. skupina: diagnózu nutno ověřit
 3. skupina: pravděpodobnost přítomnosti Alzheimerovy nemoci je pozitivní
- Dementia Detection (DemTect) – hodnotí zapamatování si slov a čísel, jejich následné vybavení, převedení číslic do slov, verbální plynulost
 - Mini-Cog – se skládá ze vštípení a vybavení 3 slov a testu kreslení hodin (viz 13 Ošetřovatelská péče v gerontopsychiatrii)

Testy hodnotící nutriční stav:

- a) Body Mass Index (BMI) – index tělesné hmotnosti rozřazuje tělesnou hmotnost na základě výpočtu podílu hmotnosti k výšce² do kategorií:
 - podváha
 - normální tělesná hmotnost
 - nadváha
 - obezita
- b) Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) – provádí se ve dvou fázích:
 - předběžný screening nutričního rizika
 - podrobný screening nutričního rizika se provádí, jestliže předběžné hodnocení vyšlo alespoň v 1 položce pozitivně
- c) Nottinghamský screeningový dotazník – souhrnně hodnotí výsledek BMI, úbytek hmotnosti v posledních 3 měsících, příjem stravy před hospitalizací a základní onemocnění

Hodnocení rizika vzniku dekubitů:

- škála Nortonové – hodnotí fyzický stav, vědomí, aktivitu, pohyblivost a kontinenci
- škála Bradenové – hodnotí smyslové vnímání, vlhkost, aktivitu, mobilitu, výživu, tření
- Watlerowa škála – posuzuje oblasti tělesné hmotnosti, kontinence, typu kůže, mobility, pohlaví, věku, chuti k jídlu, medikace, neurologického deficitu, operace/traumatu, podvýživy a dalších rizikových faktorů

Hodnocení bolesti:

- vizuální analogová škála (VAS) – pacient znázorňuje intenzitu bolesti na úsečce v rozpětí od žádné bolesti po nesnesitelnou
- obličejová škála – pacient vybírá nejvýstižnější obrázek prožívání bolesti dle její intenzity
- průběžný záznam managementu bolesti – přehledná monitorace podávaných analgetik, intenzity bolesti, úroveň sedace a užití nelékových intervencí pro snížení bolesti
- Abby Pain Scale – vhodná pro nekomunikující pacienty nebo pacienty, kteří nejsou schopni verbalizovat své pocity; pozorováním sestry hodnotí vokalizaci, výraz, řeč těla, změny chování, změny fyziologických funkcí a fyzické změny

Hodnotících škál pro různé oblasti medicíny je celá řada. Především v zahraničí je jejich používání v rámci ošetřovatelství velice rozšířené. V našich podmínkách je již rutinní záležitostí snad každé sestry hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, hodnocení rizika pádu pacienta, využívání škál k hodnocení bolesti apod.

Výhodou hodnotících škál je přínos objektivních informací a dat, které jsou využitelné nejen v plánování ošetrovatelského procesu, terapie a k posuzování vývoje onemocnění a závislosti výsledků na léčebných nebo ošetrovatelských intervencích. Jejich nepopiratelným kladem je i fakt, že jsou zdrojem dat pro výzkumnou činnost, která je součástí ošetrovatelství a medicíny jako takové.

V psychiatrickém ošetrovatelství hodnocení pacientova psychického stavu (míru příznaků dané poruchy) pomocí škál není ještě moc rozšířené. Sestry používají tyto škály převážně v rámci klinických studií, ale je patrně otázkou času, kdy se tento hodnotící nástroj, a to nejen v oblasti psychiatrie, stane ve větší míře nedílnou součástí ošetrovatelské péče.

Literatura:

Epileptické grafoelementy (specifické tvary křivek) zaznamenané na EEG.

In: *Wikipedie: otevřená encyklopedie* [online]. Wikimedia Foundation, 2009. Stránka naposledy edit. 13. 08. 2012 v 19:397. [vid. 2012-08-31]. Česká verze. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Neurologie>

HANDREJCHOVÁ, Ivana. *Hodnotící škály jako součást ošetrovatelské dokumentace*. České Budějovice: JCU, 2011. Bakalářská práce. JCU, Zdravotně sociální fakulta.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

PAVLOVSKÝ, Pavel a Lucie MOTLOVÁ. *Psychiatrické vyšetření*. In: RABOCH, Jiří a kol. *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Infopharm, 2006. s. 7–21. ISBN 80-239-8501-9.

Sbírka zákonů České republiky. 2012, částka 39. ISSN 1211-1244.

Ukázkové snímky CT mozku (zobrazující zlomeninou lebky se subarachnoideálním krvácením). In: *Radiology Cases in Pediatric Emergency Medicine* [online]. © 2000 Department of Pediatrics, University of Hawaii John A. Burns School of Medicine. [vid. 2012-08-31]. Dostupné z: <http://www.hawaii.edu/medicine/pediatrics/pemxray/v7c02.html>

Ukázkové snímky MR mozku (zobrazující 5 stupňů mediotemporální atrofie). In: *AD centrum* [online]. Centrum pro výzkum, diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci, 2011. Stránka naposledy edit. 31. 07. 2012. [vid. 2012-08-31]. Dostupné z: http://www.pcp.lf3.cuni.cz/adcentrum/klinicka_cast/klinicka_cast.html

7.1 Klinické vyšetření

Cílem psychiatrického vyšetření je, na základě posouzení somatopsychického stavu pacienta, stanovit diagnózu a navrhnout vhodnou léčbu. Základ psychiatrického vyšetření tvoří rozhovor lékaře a pacienta.

Prvním krokem při setkání lékaře s pacientem je vždy navázání kontaktu a navození důvěry, která je velice důležitým prvkem pro další diagnosticko-terapeutický proces.

Během **komplexního vyšetření**, které se provádí při prvním kontaktu ambulantního psychiatra s pacientem nebo při přijetí pacienta k hospitalizaci, lékař postupuje podle daných oblastí: (PAVLOVSKÝ, MOTLOVÁ, 2006)

1. Základní identifikační údaje – jméno pacienta, adresa, místo a datum narození, národnost, rodinný stav, počet dětí

2. Anamnéza

- rodinná anamnéza – pátrá po genetické či jiné zátěži
- osobní anamnéza – zahrnuje popis psychomotorického vývoje; sociální anamnézu; sexuální a partnerskou anamnézu; popis osobnosti a sebehodnocení pacienta; somatická onemocnění; užívání návykových látek; psychiatrickou anamnézu

3. Nynější onemocnění – popis onemocnění dle pacienta; objektivní anamnéza

4. Přítomný psychický stav (status praesens psychicus, SPP) – objektivní popis příznaků podle následujících kategorií podle rozhovoru s pacientem, pozorování a získaných informací.

Kategorie přítomného psychického stavu:

- vědomí a orientace
- celkový zjev
- postoj pacienta k vyšetření
- psychomotorické tempo
- volní aktivita
- řeč
- emoce a afektivita
- vnímání
- myšlení
- soustředění
- intelekt
- paměť
- náhled pacienta na nemoc
- spolehlivost
- sebeovládání
- suicidální myšlenky

5. Přítomný stav somatický (status praesens somaticus, SPS) – popis somatického nálezu a subjektivních stesků pacienta

6. Psychopatologický rozbor – diferenciální diagnostická rozvaha

7. Psychodynamický rozbor – popis osobnosti pacienta, popř. situací, které se mohly podílet na vzniku onemocnění

8. Diagnóza – stanovení psychiatrické diagnózy dle MKN-10

9. Terapeutický plán – určení dalších potřebných vyšetření a terapie

10. Souhrn – slouží k rychlé orientaci v naléhavých případech

Kontrolní vyšetření probíhá před terapeutickým úkonem; při kontrole průběhu nebo výsledku léčby; při ukončení léčby nebo při ukončení pracovní neschopnosti.

Cílené vyšetření pacienta se provádí při výrazné změně zdravotního stavu pacienta; dále může být zaměřené na subjektivní obtíže pacienta; při propuštění z hospitalizace nebo v případě dispenzarizace pacienta.

Vyšetření mohou probíhat v rámci hospitalizace nebo ambulantně. Rozsah vyšetření je vždy limitován zdravotním stavem pacienta a jeho ochotou spolupracovat. Veškeré relevantní informace lékař zapíše do zdravotnické dokumentace.

Vedení zdravotnické dokumentace je legislativně upraveno Vyhláškou č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Jednotlivá zdravotnická zařízení mají své normy, které v souladu s výše uvedenou vyhláškou popisují náležitosti postupů při práci se zdravotnickou dokumentací.

7.2 Psychologické vyšetření

Psychologické vyšetření, které slouží k doplnění a upřesnění psychiatrického vyšetření.

V kompetenci psychologa je provádění psychologického vyšetření, krizové intervence, psychologického poradenství a psychoterapie.

Příklady psychologických testů:

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) – hodnocení psychopatologie
- IQ testy – testy inteligence
- Rorschach (ROR) - projektivní test pro rozbor osobnosti

7.3 Laboratorní vyšetření

V psychiatrii se používá laboratorní vyšetření krve, moči a mozkomíšního moku.

Při přijetí k hospitalizaci se, dle zvyklostí zdravotnického zařízení, provádí základní biochemické vyšetření krve, moči a krevního obrazu. Další potřebná laboratorní vyšetření se odvíjí od aktuálního zdravotního stavu pacienta. Patří mezi ně např. určení hladiny alkoholu v krvi, toxikologické vyšetření moči k detekci metabolitů farmak nebo psychotropních látek, vyšetření hormonů štítné žlázy, imunologické vyšetření lymeské boreliózy, EB virózy, HIV, syfilis.

Mezi speciální laboratorní vyšetření se řadí určování hladiny užívaných psychofarmak, které je nutné k nastavení terapeutické hladiny (jedná se o některé thymostabilizéry, př. lithémie; před nasazením lithia je nutné provést clearance creatininu); dále prolaktémie při podávání antipsychotik; při užívání některých antiepileptik, např. carbamazepinu, je nutné provádět kontroly krevního obrazu. (PAVLOVSKÝ, MOTLOVÁ, 2006)

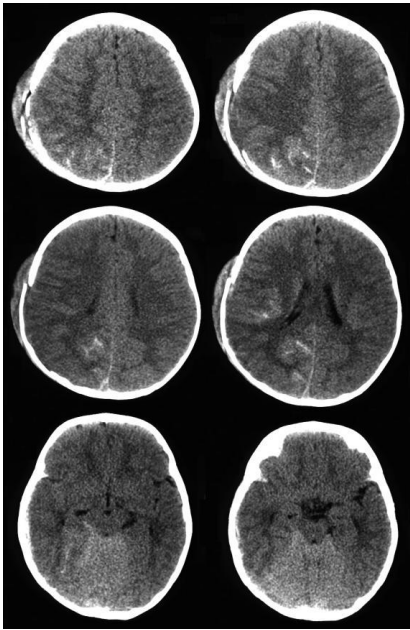
7.4 Zobrazovací metody

Zobrazovací metody umožňují získání obrazu uvnitř těla pacienta. Patří se např. rentgen (RTG), počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR), sonografie, scintigrafie nebo endoskopie.

V psychiatrii se nejčastěji využívá:

- Počítačová tomografie (CT) využívá principu rentgenového záření.

Provádí se jako nativní snímání nebo s kontrastní látkou. Vyšetření zobrazuje atrofie, cévní zásobenění mozku, mozkové nádory apod.



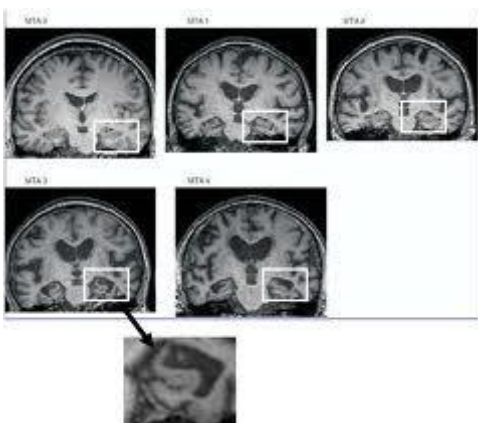
Obr. 1 Ukázkové snímky CT mozku (zobrazující zlomeninou lebky se subarachnoideálním krvácením)

Zdroj: RADIOLOGY CASES IN PEDIATRICS EMERGENCY MEDICINE, 2000

- Magnetická rezonance (MR) pracuje na základě interakce magnetického pole a molekulami vody v lidském těle.

V souvislosti s psychiatrií používá při podezření na cévní nebo nádorová onemocnění mozku, dále k diagnostice roztroušené sklerózy, zánětlivých procesů, edémů, atd. Má lepší rozlišovací schopnosti než CT.

Vyšetření MR je kontraindikováno v případě přítomnosti kovových předmětů v těle (kardiostimulátor, protézy apod.).



Obr. 2 Ukázkové snímky MR mozku (zobrazující 5 stupňů mediotemporální atrofie)

Zdroj: AD CENTRUM, 2011

7.5 EEG

Elektroencefalografie (zkráceně EEG) zaznamenává časové změny elektrického potenciálu způsobené [mozkovou](#) aktivitou. Používá se především pro diagnostiku epilepsie, mozkových nádorů, cévní mozkové příhody nebo při diagnostice poruch spánku.



Obr. 3 Elektroencefalogram - epileptické grafoelementy (specifické tvary křivek) zaznamenané na EEG

Zdroj: WIKIPEDIE: Otevřená encyklopedie, 2009

7.6 Konziliární vyšetření

Jde o cílené vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem. V případě psychiatrických pacientů se nejčastěji setkáváme s neurologickým vyšetřením. Jeho cílem je diagnostika onemocnění na organickém podkladě. Součástí neurologického vyšetření v kontextu psychiatrie bývá EEG (viz výše).

Dalším častým konziliárním vyšetřením je interní vyšetření. Kromě případných somatických obtíží pacienta je toto vyšetření požadováno v rámci přípravy na elektroconvulzivní terapii (ECT), jehož součástí je elektrokardiograf (EKG). Další indikací pro EKG je bolest na hrudi, arytmie nebo elektrolytová dysbalance.

S dysbalancí elektrolytů (v souvislosti s EKG především s hypokalémií) se můžeme setkat u pacientů s poruchou příjmu potravy nebo u alkoholiků.

Při užívání některých psychofarmak může docházet k nežádoucím účinkům projevujícím se změnami srdeční činnosti (např. některá tricyklická antidepresiva, antipsychotika). (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006)

Ve zdravotnických zařízeních zabývajících se somatickou medicínou je zajištěna psychiatrická konziliární služba. V zařízeních, kde není součástí psychiatrické oddělení, jsou tato konzilia zajišťována smluvním psychiatrem nebo převozem na spádové psychiatrické oddělení.

8 Léčebné metody v psychiatrii

Léčebné metody v psychiatrii zaznamenaly od poloviny minulého století velký rozmach, a to především v oblasti farmakoterapie a psychoterapie.

Nové generace psychofarmak se vyznačují především rapidním úbytkem nežádoucích účinků, čímž pozitivně ovlivňují kvalitu života pacientů.

Psychoterapie si vybudovala stabilní a nezastupitelnou pozici v rámci psychiatrického léčebného procesu.

Literatura:

ANDERS, Martin. Biologické metody léčby duševních poruch. In: Postgraduální medicína. 2011, č. 2. s. 215. ISSN 1214-7664.

KROMBHOLZ, Richard, Hana DRÁSTOVÁ, Václav ČERVENKA a Jitka ROUTNEROVÁ. Fototerapie v gerontopsychiatrii. In: Psychiatrie pro praxi. 2009, 10, č. 4. s. 184-187. ISSN 1213-0508.

MALÁ, Eva, Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

PRAŠKO, Ján. Psychiatrie pro bakalářské obory 3.LFUK. Praha: 3. LFUK, 1999.

RABOCH, Jiří, Martin ANDERS a Michal KRYL. Depresivní poruchy u dospělých. In: RABOCH, Jiří a kol. Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II. Praha: Infopharm, 2006. s. 64–71. ISBN 80-239-8501-9.

RABOCH, Jiří, Petr ZVOLSKÝ a kol. Psychiatrie. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-140-8. Terapie v léčbě [online]. Psychiatrická léčebna Bohnice. [vid. 2012-09-25]. Dostupné z: http://www.plbohnice.cz/o_lecebne/terapie_v_lecebne/cz

8.1 Farmakoterapie

Jak bylo v kapitole 2.2 Stigmatizace uvedeno, postupně dochází k odtabuizování psychiatrie. Přesto je však stále na tento obor pohlíženo s určitou nedůvěrou, někdy despektem a z řad pacientů a jejich blízkých se strachem. Jako důvod můžeme považovat, zvláště mezi laiky, obraz psychiatrie z různých filmových zpracování (např. Přelet nad kukaččím hnízdem, Čistá duše, Prokletý ostrov apod.) a také počátky psychiatrické farmakoterapie, která s sebou nesla řadu zjevných, a pro pacienta nepříjemných, nežádoucích účinků. I když míra nežádoucích účinků je již oproti minulosti minimální a nové generace léků mají vysoký terapeutický účinek, lidé si psychiatrii stále spojují se „slintajícími“ pacienty s poruchou hybnosti, nekontrolovanými pohyby očí, atd.

Pro úspěšnou léčbu, respektive udržení remise, je nutné užívání předepsané medikace. Není v silách lékařů, popřípadě sester, některé pacienty a jejich rodiny přesvědčit, že léky je nutné užívat i po odeznění příznaků. Často se v praxi setkáváme s tím, že pacienti léky přestanou užívat. Téměř ve všech těchto případech dojde k relapsu a pacienti se vrací k hospitalizaci.

Psychofarmaka ovlivňují příznaky duševních poruch. Psychofarmaka rozeznáváme (řazeno abecedně):

- **Antidepresiva** pozitivně ovlivňují náladu, úzkost a tenzi, zvyšují dynamogeni (schopnost vyvíjet energii). Dále se využívají některá antidepresiva při léčbě bolesti. Analgetický účinek se objevuje při přibližně poloviční dávce léku a nastupuje do 1 týdne.

Antidepresiva dělíme podle mechanismu účinku

1) **Inhibitory zpětného účinku** (RUI – Reuptake Inhibitors)

I. generace (tricyklická antidepresiva - TCA a tetracyklická antidepresiva – TeCA)

Příklad: Amitriptilin, Anafranil, Prothiaden, Ludiomil

II. generace

Příklad: Vivalan

III. generace: SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

Příklad: Fevarin, Deprex, Prozac, Portal, Seropram, Cítalec, Seroxat, Apo-Parox, Zoloft, Asentra

NaRI – inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu

Příklad: Endronax

SARI – serotoninoví antagonisté a inhibitory zpětného vychytávání

Příklad: Trittico

IV. generace: SNRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu

Příklad: Efectin, Ixel

NaSSA – noradregerní a specificky serotogerní antidepresiva

Příklad: Remeron, Esprital

DNRI - inhibitory zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu

Příklad: Wellbutrin

2) **Inhibitory monoaminoxidázy (IMAO)**

Příklady: Aurorix, Jumex

3) **Jiná antidepresiva**

SRE – stimulanty zpětného vychytávání serotoninu

Příklad: Coaxil

Jiné RUI

Příklad: Jarsin (třezalka tečkovaná)

Jiná psychofarmaka s antidepresivním účinkem

Thymoprofylaktika (stabilizátory nálady)

Příklad: Lithium Carbonicum, Contemnl

Antiepileptika

II. generace

Příklad: Biston, Tegretol, Neurotop, Everiden, Convulex, Orfiril

III. generace

Příklad: Lamictal, Epiral

Atypická antipsychotika

Příklad: Leponex, Zyprexa, Seroquel (RABOCH, ANDERS, KRYL, 2006)



Obr. 4 Grafické znázornění účinku antidepresiv

Nástup účinku antidepresiv nastává nejdříve po dvou týdnech. Na počátku léčby je nutné pacienta intenzivně sledovat, protože hrozí nebezpečí TS z důvodu úpravy dynamogenie před vlastním antidepresivním účinkem.

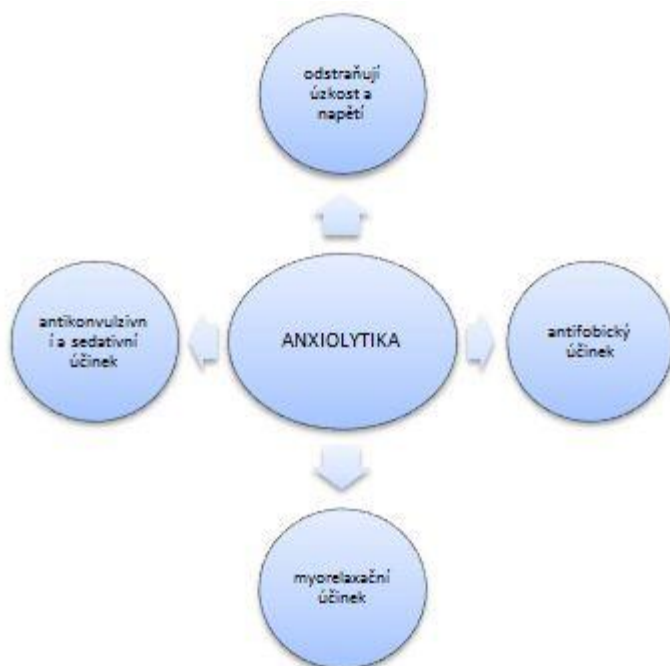
- **Anxiolytika** působí proti úzkosti, napětí, fobiím, stresu, agresivitě a mají myorelaxační, antikonvulzivní a sedativní účinek. (MALÁ, PAVLOVSKÝ, 2002)

Benzodiazepinová anxiolytika

Příklad: Diazepam, Rivotril, Lexaurin, Oxazepam, Neuroleptanalgin

Nebenzodiazepinová anxiolytika

Příklad: Atarax, Guajacuran, Buspiron-EGIS



Obr. 5 Grafické znázornění účinku anxiolytik

Hlavním nežádoucím účinkem benzodiazepinových anxiolytik je jejich návykovost. Z tohoto důvodu by mělo být užívání časově omezené (4-6 týdnů) a vysazování postupné.

- **Hypnotika** snižují bdělost, tlumí centrální nervový systém a navozují spánek.

Benzodiazepinová hypnotika částečně potlačují REM spánek. Při dlouhodobém užívání hrozí nebezpečí návyku.

Příklad: Diazepam, Neurol, Lexaurin

III. generace nezkracují REM spánek

Příklad: Zopiklon, Hypnogen, Stilnox

- **Kognitiva** pozitivně ovlivňují kognitivní funkce.

Nootropika zlepšují prokrvení CNS a metabolismus mozkových buněk

Příklad: Geratam, Nootropil

Další kognitiva se využívají především ke zpomalení průběhu Alzheimerovy choroby.

Příklad: Aricept, Reminyl

- **Antipsychotika** (dříve označovány neuroleptika) ovlivňují psychotické příznaky. Snižují

hladinu dopaminu bloádou dopaminových receptorů, tím odstraňují pozitivní psychotické příznaky (halucinace, bludy, paranoidita, tenze, agrese) včetně zlepšování integrace osobnosti.

Příklad: Haloperidol

Atypická antipsychotika blokují dopaminové i serotoninové receptory. Vykazují méně nežádoucích účinků a působí jak na pozitivní, tak i na negativní psychotické příznaky (oploštěné prožívání, pocit snížené energie, apatie, autismus, poruchy komunikace).

Příklad: Dogmatil, Zeldox, Zoleptil, Zyprexa, Solian, Leponex, Risperdal, Seroquel, Tiapridal, Abilify

Sedativní antipsychotika odstraňují psychomotorický neklid, agitovanost, agresivitu, mají zklidňující a tlumivý efekt.

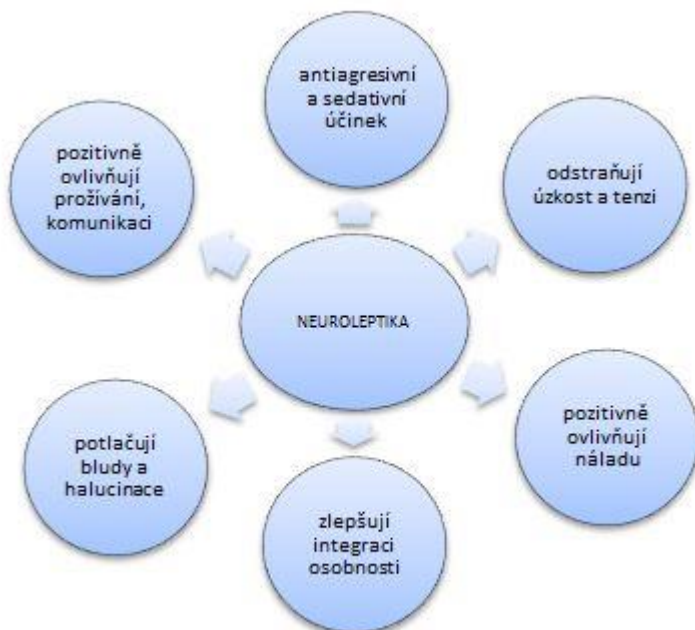
Příklad: Chlorprothixen, Thioridazin

Incizivní antipsychotika odstraňují pozitivní (částečně i negativní) psychotické příznaky.

Příklad: Buronil, Fluanxol, Haloperidol, Orap

Depotní antipsychotika se aplikují v injekční formě do svalu. Účinná látka se postupně uvolňuje během 2-4 týdnů.

Příklad: Fluanxol, Haloperidol dekanóát, Meclopin



Obr. 6 Grafické znázornění účinku neuroleptik (antipsychotik)

Nežádoucí účinky antipsychotik se odvíjí od jejich působení na vegetativní nervový systém. Jde o sucho v ústech nebo naopak zvýšené slinění, snížení krevního tlaku, zácpa. Pacienti užívající antipsychotika by se měli vyhnout přímému slunečnímu záření z důvodu možnosti vzniku pigmentových skvrn.

Antipsychotika mohou vyvolávat **extrapyramidové projevy**: třes, svalové kontraktury, okulogyrické krize (stáčení očních bulbů), bradykineze.

Maligní neuroleptický syndrom (MNS) je život ohrožující komplikace léčby neuroleptiky. MNS se projevuje těžkou svalovou rigiditu, vysokými horečkami, tremorem, hypertenzí, tachykardií, tachypnoí a možnou poruchou vědomí. V laboratorním vyšetření krve se vyskytují zvýšené hladiny jaterních testů, kreatinkinázy a leukocytóza. (RABOCH, ZVOLSKÝ a kol., 2002)

- **Psychostimulancia** mají aktivizující účinky, používají se při léčbě narkolepsie, hyperkinetické poruchy u dětí

Příklad: Ritalin

Při užívání psychostimulancií hrozí nebezpečí vzniku závislosti.

- **Thymoprofylaktika** snižují frekvenci a intenzitu epizod bipolárních poruch.

Příklad: Lithium Carbonicum

Pro svůj thymoprofylaktický účinek se používají **antiepileptika**.

Příklad: Biston, Depakine Chrono, Orfiril, Tegretol

8.2 Biologické léčebné metody

Elektrokonvulzivní terapie (ECT) je léčebná metoda, která využívá elektrického proudu, který se aplikuje pacientovi v celkové anestézii transkraniálně pomocí elektrických výbojů. Elektrody jsou umístovány bilaterálně (na oba spánky) nebo unilaterálně (nad jednu hemisféru). Elektrický proud vyvolává tonicko-klonické křeče, které jsou tlumeny medikamentózní myorelaxací.

ECT je efektivní metoda (85-90 %) indikovaná v případech nízké odezvy na farmakologickou léčbu u depresivní poruchy, agitovanosti, schizofrenie a schizoafektivní poruchy a dále stuporózní stavy, katatonie.

Mezi kontraindikace ECT patří zvýšený nitrolební tlak, akutní centrální mozková příhoda, aneurysma velkých cév, infarkt myokardu (prodělaný v předešlých 3 měsících), srdeční selhávání, závažná osteoporóza, velké zlomeniny, těhotenství.

ECT se provádí obvykle v sérii 6-10 konvulzí v intervalu 48 – 72 hodin. (PRAŠKO, 1999)

Vzhledem k tomu, že ECT probíhá v celkové anestezii, je nutná příprava obdobná předoperační. Provádí se interní vyšetření včetně EKG a laboratorního vyšetření krve. V den výkonu je pacient lačný, provádí se prevence trombembolické nemoci a je podána dle ordinace lékaře premedikace.

Po výkonu pacient zůstává několik hodin na pokoji se zvýšeným dohledem, poté se vrací zpět na oddělení.

Jako nežádoucí účinky se mohou objevit krátké přechodné stavy zmatenosti, krátkodobé poruchy paměti, bolesti hlavy, nevolnost, pocit slabosti a bolest ve svalech.

Fototerapie je léčba jasným světlem (10000 luxů) pomocí fotolampy. Účinek fototerapie je biostimulační, dále analgetický a protizánětlivý.

Fototerapie se využívá při léčbě např. deprese nebo sezónní poruchy nálady (SAD), poruchy biorytmu, ale také k odstranění stresu zdravých osob (především v zimních měsících)

Pacienti jsou vystaveni světlu o intenzitě 10000 luxů na dobu 30 min. nebo 2500 luxů na 120 min. Expozici je nejvhodnější provádět v ranních hodinách (po probuzení), kdy dojde vlivem světla k ukončení vyplavování melatoninu, který má depresogenní účinek. Léčba fotolampou trvá obvykle 1-3 týdny.

Absolutní kontraindikace fototerapie není dosud známá, nedoporučuje se u manických, agitovaných pacientů a u pacientů s rizikem TS, dále pak u pacientů s akutní lupenkou na obličeji (na obnažených částech těla), u pacientů s citlivou pokožkou (zvýšená fotosenzitivita kůže) a u některých onemocnění očí (zánět spojivek apod.) Jako nežádoucí účinky fototerapie byly dosud zaznamenány přechodná bolest hlavy, iritace spojivek, rozmazané vidění. (KROMBOLZ, DRÁSTOVÁ, ČERVENKA, ROUTNEROVÁ, 2009)

Spánková deprivace je metoda, při které se dochází úplné nebo částečné restriktci spánku. Užívá se při léčbě depresivních poruch (u jiných psychiatrických poruch nebyl prokázán její terapeutický účinek).

Spánková deprivace, při které jsou depresivní pacienti bdělí kolem 40 hodin, může ihned dočasně odstranit depresivní symptomy. Dosažený efekt je velice krátkodobý. Relaps příznaků se dostavuje již po první prospané noci.

Spánková deprivace urychluje nástup účinku antidepresivní terapie nebo je využívána jako její doplňující metoda. (ANDERS, 2011)

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) je neinvazivní metoda, využívaná při léčbě depresivních poruch, během které jsou stimulovány neurony mozkové kůry pomocí krátkodobých pulzů silného magnetického pole. Tato metoda je pacienty dobře tolerována, může být praktikována ambulantně, nevyžaduje zvláštní přípravu a nepřináší pacientovi žádné omezení. Jako nejčastější vedlejší účinky jsou popisovány přechodné mírné bolesti hlavy a nepříjemné pocity v místě stimulace. rTMS je kontraindikováno u nemocných s kochleárním implantátem nebo s jinými kovovými předměty (střepiny, svorky po operacích cév apod.) v kraniální oblasti, s kardiostimulátorem, epilepsií nebo při zvýšení nitrolebního tlaku. (ANDERS, 2011)

8.3 Psychoterapie

Psychoterapie je léčba psychologickými prostředky. Během psychoterapie jde především o řešení vnitřních konfliktů a problémů v mezilidských vztazích. Pomocí rozhovoru s pacientem, sugescemi, nácvikem, vyjadřováním emocí atd. se psychoterapeut snaží upravit jeho zdraví, spokojenost a kvalitu života.

Současné době existuje přibližně 250 psychoterapeutických škol. Veškeré směry spojují následující aspekty:

- psychoterapeutický přístup
- prostředí psychoterapie
- výkladový rámec
- metodický přístup

Pro zjednodušení orientace lze psychoterapeutické směry dělit podle:

a) formy

- psychoterapie individuální
- psychoterapie skupinová (psychodrama, psychogymnastika, muzikoterapie, arteterapie)
- terapeutická komunita (léčebné společenství)

b) cíle

- psychoterapie zaměřená na symptomy (užívá se v kognitivně-behaviorální terapii (KBT) a v krizové intervenci)
- podpůrná terapie (zmírnění příznaků nemoci; užívá se v případech, kdy odstranění příčiny vzniku potíží není možné)
- kauzální terapie (odstranění psychické příčiny nemoci nebo změna postoje pacienta korektivní zkušeností)
- terapie rekonstrukční a integrační

c) techniky

- racionální psychoterapie
- sugestivní psychoterapie
- hypnóza
- relaxace

V rámci psychoterapie prochází pacient různými fázemi, během kterých se uplatňuje **emocionální složka**, kde pacient prožívá silné pocity k terapeutovi nebo spolupacientům, což napomáhá k přebudování vztahů pacienta k sobě samému a ostatním lidem. Dále **složka racionální** (náhledová), v níž pacient pochopí svou životní situaci a v neposlední řadě **akční složka**, kde pacient přetváří své postoje a trénuje žádoucí chování. (PRAŠKO, 1999)

8.4 Terapeutické aktivity

Terapeutické aktivity doplňují lékařskou a ošetrovatelskou péči. Napomáhají k osvojení nebo zlepšení sociálních dovedností pacienta a tréninku kognitivních funkcí. Nezastupitelnou roli mají v relaxaci pacienta či náplni volného času během hospitalizace. (RABOCH, ZVOLSKÝ, 2002)

Mezi nejčastěji využívané terapeutické aktivity řadíme:

Arteterapie využívá k léčebným postupům výtvarných technik. Jedná se o alternativní možnost sebevyjádření a projekce negativního zážitku do výtvarného projevu. Vyobrazení problému napomáhá k ujasnění úvah a usnadňuje verbální vyjadřování pacienta.

Arteterapie se využívá také ve skupinové terapii, kdy se provádí společná kresba, v níž se promítají vztahy mezi členy celé skupiny.

Muzikoterapie využívá zvuky a hudbu jako terapeutický prostředek. Pacienti při poslechu hudby zapojují svou fantazii a své prožitky pak sdělují. Aktivní muzikoterapie spočívá ve vytváření hudby (bubnování, vyťukávání rytmů, zpěv atd.)

Hudba je vhodným doplňkem při arteterapii a dalších terapeutických aktivitách.

V psychiatrii se využívá **ergoterapie**, jako prostředek k seberealizaci pacientů. Podporuje psychické i fyzické funkce, napomáhá k návratu dovedností užívaných v běžném životě.

Pastorační terapie umožňuje pacientům vyjádřit své emoce a názory, hovořit o morálních, filosofických, náboženských a jiných problémech. Formuje duchovně-etické stránky pacienta. Tato forma terapie není určena jen pro věřící pacienty, ale i pro nevěřící. Poskytuje pocit bezpečí plynoucí ze statutu duchovních.

Animoterapie, tedy léčba s pomocí zvířat, poskytuje celou řadu možností:

- **Canisterapie** je léčebný kontakt psa a člověka; pes pouze svou přítomností vyvolává pozitivní emoce, které jsou potencovány při přímém kontaktu pacienta se psem (hlazení, podávání pamlsků atd.) Metoda je vhodná zejména při problémech s navazováním kontaktu s pacienty, při obtížné komunikaci, při práci s citově deprivovanými lidmi, na geriatrických odděleních apod.

- **Felinoterapie** je léčebný kontakt kočky a člověka; přítomnost kočky odstraňuje pocity osamění, úzkosti a snižuje stres. Pacienti např. mohou přebrat péči o kočku a tím i pocit potřeby a zodpovědnosti. Očekávaným výsledkem je korekce chování, pozitivní ovlivnění sebehodnocení pacienta.

- **Hipoterapie** využívá přenosu pohybu koně na člověka spolu s psychologickým působením jízdy na koni. Nejčastěji se využívá v pedopsychiatrii v rámci léčby přidružených pohybových poruch nebo u dospělých pacientů lze hipoterapii využít jako ergoterapeutickou péči o koně.

Nácvik sociálních dovedností je soubor terapeutických aktivit, které směřují k navrácení nebo získání potřebných znalostí a dovedností v reálném životě mimo zdravotnické zařízení. Jde např. o nácvik nakupování, jednání s různými institucemi nebo úřady atd.

Kinesiterapie je označení pro pohybové aktivity, které zahrnují prvky např. muzikoterapie, léčebného tělocviku (LTV), sportovních her apod. Účelem kinesiterapie je zlepšení nebo udržení daného duševního stavu pacienta, zvýšení sebedůvěry, zlepšení koncentrace, paměti, komunikace a sociálních vztahů pacientů.

Terapie hrou se uplatňuje nejen u dětských pacientů, ale také v obecné psychiatrii (u dospělých pacientů) a gerontopsychiatrii. Formou kolektivních a individuálních her dochází k úpravě sociální interakce, rozvíjí se komunikace, zlepšuje se koncentrace, paměť a pozitivně je ovlivňováno sebevědomí pacientů.

Činnostní terapie je provozována především na uzavřených psychiatrických odděleních a je určena pacientům, kteří nejsou schopni zúčastnit se jiných terapeutických aktivit z důvodu akutního psychického onemocnění nebo somatického postižení. V rámci činností terapie pacienti pod vedením terapeuta provozují přímo na oddělení např. drobné ruční práce, vyrábějí tematicky aktuální předměty (vánoční ozdoby, velikonoční dekorace apod.) Účelem činnostní terapie je aktivizace pacientů a vhodné využití volného času během pobytu na oddělení. V rámci této terapie dochází k rozvoji komunikace a spolupráce pacientů, pozitivnímu ovlivnění sebevědomí a koncentrace pacientů. (PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA BOHNICE, 2012)

V rámci terapeutických aktivit v některých zdravotnických zařízeních provozují výlety např. na různé kulturní akce, do ZOO, do cirkusu apod.

8.5 Rehabilitace

Rehabilitace v psychiatrii je využívána k úpravě fyzických obtíží, které jsou vyvolány psychickým nebo somatickým onemocněním.

Rehabilitace je indikována u stavů, kde je funkce pohybového aparátu ohrožena nebo narušena vlivem nemoci, úrazem nebo vrozenou vadou.

V rámci rehabilitace je např. využívána elektroléčba, magnetoterapie, ultrazvuk, reflexní terapie (reflexní masáže, měkké techniky), trakční terapie, vodoléčba, zábaly (parafínové) atd. (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006)

V rámci rehabilitace probíhá také individuální nebo skupinový léčebný tělocvik (LTV).

U dlouhodobě ležících pacientů nebo pacientů, kteří nejsou schopni opustit oddělení, probíhá individuální rehabilitace.

9 Zásady ošetrovatelské péče v psychiatrii

V psychiatrické ošetrovatelské péči je stěžejní spolupráce pacienta se zdravotnickým personálem. Z tohoto důvodu je nutné, aby sestry byly vybaveny vědomostmi a dovednostmi vytvořit nebo udržet s pacienty produktivní (založený na spolupráci) vztah. Mnoho pacientů je na psychiatrii hospitalizováno opakovaně. Kromě relapsů onemocnění nebo zhoršení aktuálního stavu pacienta, dochází rehospitalizacím nespolupracujících pacientů, kteří si např. samovolně vysadí medikaci.

I když by sestry měly být schopny pracovat se svými emocemi a zachovat svou profesionální roli, může tato skutečnost vést až k nežádoucímu vztahu personálu vůči pacientům, jak popisuje Karel Chromý: „Negativní postoj zdravotnického personálu k pacientům na psychiatrii je dán jejich zkušeností s duševně nemocnými.“ (CHROMÝ, 1990, s. 84)

Psychiatrickým ošetřovatelstvím se dále věnuje kapitola 2 Specifika psychiatrického ošetřovatelství.

Mezi nejdůležitější **obecné zásady psychiatrické ošetřovatelské péče** patří:

- Respekt k pacientům
- Důraz na důstojnost pacientů
- Individuální přístup
- Prohlubování spolupráce pacienta
- Podpora soběstačnosti pacienta
- Zachovávání profesionálního přístupu (např. nenechat se vtáhnout do manipulací, udržet nastavené mantinely ve vztahu sestra – pacient)

Specifické zásady ošetřovatelské péče o psychiatrické pacienty se odvíjí od příznaků jednotlivých onemocnění a týkají se především přístupu a komunikace sester.

Na psychiatrických odděleních se setkáváme např. s **psychotickým pacientem**, který se může projevovat bizarním chováním, jenž vzniká na základě bludů nebo halucinací. Ošetřovatelskou nebo lékařskou intervencí může vyžadovat sám pacient, aby se vymanil z nepříjemného vlivu bludů či halucinací nebo je třeba zakročit pro ochranu pacienta a jeho okolí z důvodu agresivity.

Přístup k psychotickým pacientům se odvíjí od skutečnosti, že tito pacienti odlišně vnímají realitu. Psychotické příznaky jim narušují veškeré běžné činnosti, mohou být úzkostní, paranoidní a neklidní, vyhýbají se společnosti a dostávají se do sociální izolace.

Pro psychotické pacienty bychom měli zajistit klidné a bezpečné prostředí, nehodnotit je, ze svého pohledu reflektovat skutečnost, hovořit s nimi s respektem, srozumitelně a klást důraz na sladění verbální a neverbální komunikace. U psychotických pacientů je nutné počítat s rizikem TS.

U **depresivních pacientů** se často setkáváme se sníženou spoluprací. Pacienty v depresi nenutíme do žádných činností, ponecháváme jim dostatek prostoru k reakcím (odpovědi na otázky, vyhovění žádosti o fyzický úkon např. při vyšetření či aplikaci medikace), kterých jsou schopni v rámci aktuálního stavu, nevyhýbáme se hovoru na vážné téma, nebagatelizujeme jejich onemocnění, ale také nepolevujeme v nastavených mantinelech.

Během běžné komunikace lze pacientovi dát najevo pochopení a ocenit snahu či pokroky v léčbě. Podle intenzity depresivní nálady je třeba dohled na TS.

Základem péče o **manického pacienta** je jeho usměrnění nebo zklidnění. Mezi projevy mánie patří např. euforická nálada, zvýšená aktivita a sebevědomí, maničtí pacienti mohou pociťovat menší potřebu spánku, často nepociťují sociální zábrany, během komunikace se objevuje myšlenkový trysk.

U těchto pacientů se snažíme, aby v rámci hospitalizace dodržovali společenské konvence, neobtěžovali ostatní pacienty.

Při komunikaci s pacientem v mánii je důležité udržet si odstup a nenechat se vtáhnout do jeho aktivit.

Neurotický pacient většinou budí dojem dobré spolupráce, snaží se zdravotnickému personálu svěřovat, často vyhledává lékaře. Je velmi vnímavý na chování zdravotnických pracovníků, proto je nutné kontrolovat neverbální projevy a striktně zachovávat profesionalitu. V komunikaci udržujeme nosné téma, pacienta neodsuzujeme, respektujeme jeho prožívání.

Mezi neurotické pacienty se řadí mimo jiné i **úzkostný pacient**, který vyžaduje od svého okolí především podporu; má problémy v komunikaci – hovoří nejistě, pochybuje o sobě, nevyjadřuje své názory, odvolává se na ostatní. Je žádoucí poskytnout úzkostnému pacientovi dostatek prostoru, trpělivosti, při rozhovoru oceňovat spolupráci, podávat jasné informace, opakovat nebo shrnout řečené.

Úzkostní pacienti mají tendenci se stylizovat do submisivního postavení, proto v přístupu k těmto pacientům je nutné dbát na rovnocenné postavení na úrovni dospělý – dospělý.

Neklidný pacient vyžaduje respektování jeho osobního prostoru, dále je v rámci komunikace vhodné nezlehčovat situaci, planě neutěšovat, nelhat, nezesměšňovat, jednat autoritativně (s jistotou, ale nedirektivně), vyjadřovat se srozumitelně a jasně, nabídnout pomoc (podání neklidové medikace), korigovat neverbální projevy komunikace. Neklid u pacienta může vyústit v agresi.

Při kontaktu s **agresivním pacientem** je nutné chránit své zdraví. Zdravotník by neměl být s agresivním pacientem v místnosti sám a měl by mít možnost úniku. Z okolí agresivního pacienta je vhodné odstranit veškeré předměty (je-li to možné), které by pacient mohl využít jako zbraň.

V komunikaci s agresivním pacientem je nutné respektovat jeho osobní prostor. Přílišná blízkost může agresi potencovat a dovoluje přímé napadení personálu. Pacienta oslovujeme jménem a snažíme se udržet oční kontakt, neobracíme se k němu zády, korigujeme veškeré neverbální projevy komunikace (př. nedělat prudké pohyby; vyvarovat se stereotypů – netrpělivé/významné poťukávání na prsty na stůl, cvakání tužkou apod.; nezaujímat submisivní postoj, volit přiměřený tón a sílu hlasu, tak aby byla patrná autorita a jistota našeho počínání). Pacientovi nelžeme, nezesměšňujeme ho nebo nezastrašujeme. Informujeme ho, co se děje a jaký je další postup.

Literatura:

Formy odborné krizové pomoci [online]. Portál. (Copyright © 2005 — 2012 Portál, s.r.o.). [cit. 2012_10_15]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=1991>

CHROMÝ, Karel. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0050-4.

KRYZWOŇ, Dan. Síťové lůžko. [fotografie]. ČTK [online]. Dostupné z: http://plzen.idnes.cz/sebevrazdu-pacientky-v-sitovem-luzku-obestira-rada-nejasnosti-pvy-/plzen-zpravy.aspx?c=A120128_085914_plzen-zpravy_pp. Formát: 633 x 455

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

Sbírka zákonů České republiky. 2012, částka 39. ISSN 1211-1244.

ŠVARC, Jiří. Principy krizové intervence. In: *Psychiatrie pro praxi*. 2003, č. 6, s. 277- 279. ISSN 1213-0508.

9.1 Krizová intervence

Krise je stav, kdy se člověk setká s překážkou, kterou není schopen svými obvyklými mechanismy překonat. Je jednou z nejčastějších příčin návštěvy psychiatrického zařízení. Krizový stav se projevuje úzkostmi, obavami, depresivní náladou a nepřiměřeným chováním.

Krise začíná v prvních minutách až dnech (v některých případech až týdnech) po spouštěcím podnětu pocity tenze, které v další fázi střídá labilita a snížená schopnost jednat cílevědomě spolu se snížením pevné vůle. Během této fáze, v důsledku vysoké sugestibility člověka, je nejlepší doba pro intervenci. Následuje mobilizace vnitřních rezerv, trvající měsíce (v některých případech až roky), díky které se v ideálním případě stav stabilizuje. V opačném případě se rozvíjí patologický proces, kdy pacient není schopen racionálního řešení dalších životních situací a dochází k obranným mechanismům, mezi které patří „útek do nemoci“, návykové chování, rozvinutí somatoformní poruchy (přítomnost somatických příznaků bez objektivních organických změn) nebo posttraumatické stresové poruchy (projevující se např. znovuprožíváním traumatického zážitku, sociálním stažením, úzkostí, nepřiměřenými reakcemi). Nejzávažnější řešením nezvládnutí krize je suicidum. (ŠVARC, 2003)

Metoda odborné pomoci pacientům prožívajícím samostatně nezvládnutelnou krizi se nazývá **krizová intervence**.

Jedná se o krátkodobou, většinou jednorázovou formu pomoci, jejímž účelem je poskytnutí pocitu bezpečí a podpory, stabilizace pacienta, odstranění závažných akutních příznaků a především uvědomění si nebo pojmenování podnětu, který krizi vyvolal. Dále je nutné zasadit tento podnět do kontextu celé krizové situace a nastavit plán řešení.

Krizová intervence může být poskytována:

- Ambulantní formou
- Formou hospitalizace – např. krizová centra poskytují krátkodobé hospitalizace (do 7 dnů)
- Formou terénní služby – poskytování pomoci v přirozeném prostředí pacienta
- Formou telefonické krizové pomoci – linky důvěry (př. bez omezení, pro děti), specializované linky na určitou problematiku (př. Protidrogové linky, zaměřené na AIDS, domácí násilí) (PORTÁL, 2012)
- Internetová forma – poskytovateli jsou většinou linky důvěry, komunikace probíhá e-mailovou korespondencí, formou chatu, ICQ, Skypu

Mezi **zásady krizové intervence** patří: využití sugestibilní fáze prožívání krizové situace, důkladný sběr anamnestických dat, pomoc při nastavení vhodné strategie řešení krize, informovat klienta o plánu a pravděpodobném vývoji (včetně problémů/negativ), poskytnutí prostoru pro ventilaci emocí, abreakce a katarze, volba vhodných komunikačních technik – především aktivního naslouchání, zachování profesionální role, zvážení/nabídnutí pomoci členům rodiny, zajištění další odborné a/nebo následné péče. (ŠVARC, 2003)

9.2 Restriktivní metody

Restriktivní, tedy omezovací, prostředky ve zdravotnictví legislativně upravuje zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. Dle tohoto ustanovení se za povolené metody považuje:

- Úchop pacienta personálem
- Užití kurtů, ochranných pásů, ochranného kabátku nebo vesty
- Umístění pacienta do síťového lůžka

- Umístění pacienta do místnosti určené k bezpečnému pohybu (terapeutická izolace)
 - Parenterální aplikace psychofarmak proti vůli pacienta
- Kombinace výše uvedených metod



Obr. 7 Kurty pro omezení končetin
Zdroj: archiv autorky



Obr. 8 Břišní pás k omezení pacienta v lůžku
Zdroj: archiv autorky



Obr. 9 Síťové lůžko

Zdroj: KRYZWOŇ, 2012

Pro **úchop pacienta** je potřeba dostatečný počet personálu. Ideální stav nastává, jestliže každou končetinu pacienta drží jeden člen personálu a další vykonává potřebné činnosti jako např. parenterální aplikaci psychofarmak, kurtování končetin apod.

Terapeutická izolace (TI) je samostatná místnost umožňující bezpečný pohyb pacienta a zároveň jeho separaci od ostatních pacientů.

Využívá se také u pacientů, u kterých je třeba zajistit dodržování léčebného režimu, dále k ochraně před poškozováním zdravotnického zařízení. TI je vybavena jen lůžkem nebo častěji matrací s lůžkovinami. Sociální zařízení je oddělené v samostatné předsíni (v architektonicky starších psychiatrických zařízeních není součástí TI). Personál má možnost pacienta nepřetržitě sledovat kamerovým systémem, popřípadě jsou dveře TI opatřeny panoramatickým kukátkem.

TI se využívá v případech, kdy se předpokládá delší přetrvávání (v rádech dnů) ohrožujícího chování pacienta.

Ochranné kurty a pásy se využívají k omezení pacienta v lůžku s perspektivou časného odeznění důvodu restrikce (v řádu hodin).

K užití **ochranných kabátků**, které omezují pohyb horních končetin pacienta, se přistupuje v případech, kdy psychický stav pacienta nedovoluje jeho volný pohyb a není možné užití jiných metod. Jedná se např. o situace při převozu agresivního pacienta, vyšetření atd.

Ochranné vesty zamezují pohyb pacienta posazeného v křesle nebo ležícího v lůžku. Umožňují však volný pohyb končetin.

Umístění pacienta do **sítového lůžka** je indikováno především stavy zmatenosti spojené s rizikem poranění nebo farmakologicky dlouhodobě neovlivnitelný psychomotorický neklid.

Mezi stavy, které vedou k ohrožujícímu chování pacienta a následnému užití restrikce patří např.:

- Psychotický stav
- Depresivní stav
- Krizový stav
- Intoxikace
- Abstinenční syndrom
- Organický psychosyndrom
- Asociální chování
- Stav zmatenosti a dezorientace s jasným rizikem poranění

K využití restriktivních metod se přistupuje jako k poslední volbě řešení problematické situace, a vždy jen za účelem ochrany zdraví či života pacienta nebo jím ohrožených osob. Omezení pacienta by mělo být co nejkratší, tedy pouze po dobu, kdy trvá výše uvedené ohrožení.

Indikace restrikce je v kompetenci lékaře. V situacích, které vyžadují okamžité řešení, může k omezení pacienta přistoupit sestra samostatně a tuto skutečnost neprodleně lékaři nahlásí. Ten poté potvrzuje v dokumentaci nutnost omezení a také určí maximální intervaly dalšího posouzení stavu lékařem.

Užití jakékoli restriktivní metody u dobrovolně hospitalizovaného pacienta mění jeho dobrovolný vstup (hospitalizaci) na nedobrovolný a tuto skutečnost je nutné hlásit do 24 hodin příslušnému soudu, který následně zahájí detenční řízení (viz kapitola 2 Specifika psychiatrického ošetřovatelství).

Veškerý zdravotnický personál by měl mít na paměti, že omezovací metody vedou k narušení důstojnosti pacienta a proto je nutné zachovávat profesionalitu a k pacientovi přistupovat během restrikce s respektem. Pokud to dovolí provoz oddělení, je vhodné celý proces provést mimo zraků ostatních pacientů.

Pacient je při omezení přiměřeně informován o důvodech užití restrikce. Její celý průběh je zaznamenán do zdravotnické dokumentace pacienta (důvod, metoda, čas počátku a ukončení, kontroly pacienta v průběhu restrikce, atd.)

Během restrikce je pacient sledován. Intenzita dohledu se odvíjí od psychického i somatického stavu pacienta. Personál dbá, aby nedošlo k poškození zdraví pacienta (např. exkoriace nebo hematomy způsobené kurty, dekubity, omezení prokrvení končetin apod.) a aby omezení bylo pro pacienta co nejkomfortnější (např. při omezení v lůžku zajistit vhodnou polohu, uložit pacienta na ustlané lůžko, zajistit přiměřenou okolní teplotu a světelný komfort, zajistit přísun tekutin, apod.).

Omezení pacienta není jednoznačně důvodem k zamezení návštěvy pacienta. Je nutné však návštěvě tuto skutečnost předem oznámit a vysvětlit důvody omezení. Vlastní návštěva by pak měla probíhat zkráceně a pod dozorem personálu. (MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006)

10 Příznaky duševních chorob

Diagnostika duševních poruch se provádí na základě posouzení příznaků, které jednotlivá onemocnění provázejí.

Lékař hodnotí **psychické příznaky** v rámci popisu SPP (status praesens psychicus) – viz kapitola 7 Diagnostika v psychiatrii, a dále při každém vyšetření.

Poruchy vnímání rozlišujeme:

- halucinace – šalebný vjem bez zevního podnětu, vzniká na patologickém podkladě
- iluze – patologická interpretace zevního podnětu

Poruchy myšlení lze rozdělit do následujících skupin:

1. poruchy tempa

- bradypsychismus (útlum myšlení)
- tachypsychismus (zrychlené myšlení) – může vyústit v myšlenkový trysk (nemocný nestihne vyjádřit, co ho napadá)

2. poruchy struktury

- zabíhavé myšlení
- ulpívavé myšlení – setrvávání na jedné představě nebo pojmu
- nevýpravné myšlení – setrvávání na jedné myšlence
- obsedantní myšlení (nutkavé) – vtíravé myšlenky, často doprovázené úzkostí a nutkáním vykonávat opakovaně úkony pro jejich potlačení
- inkohorentní myšlení (nesouvislé)
- paralogické myšlení – sdělení postrádá logické vazby

- magické myšlení – symbolické
- autistické myšlení
- katatymní myšlení – zkreslení emotivitou

3. poruchy obsahu

- bludy – mylná přesvědčení s patologickým podkladem; rozlišujeme
 - expanzivní – např. makromanický až megalomanický - přehánění vlastního významu, extrapotenční – přesvědčení o své výjimečnosti, originární – přesvědčení o vznešeném původu, inventorní – vynálezce, erotomanický – neodolatelný pro opačné pohlaví
 - depresivní – např. mikromanické – přesvědčení o bezvýznamnosti, autoakuační – sebeobviňující, insufisiační – přesvědčení o vlastní neschopnosti, hypochondrický – přesvědčení o své nemoci
 - paranoidní (vztahovačné) – např. perzekuční – přesvědčení o ohrožení nebo pronásledování, emulační – žárlivecký, metamorfózy- pocit změny v jinou bytost (POLÁCH, 2011)

Mezi **poruchy řeči** se řadí:

- afázie - motorická (porucha vyjadřování)
 - senzická (porucha porozumění řeči, pacient je schopen artikulovat, vytváří „slovní salát“)
 - globální (kombinace motorické a senzické afázie)
- poruchy plynulosti řeči - balbuties (kóktavost)
 - tumultus sermonis (breptavost)
- mutismus – oněmění
- monotónní řeč – řeč bez výrazné intonace

Příznaky **poruch vědomí** se dělí na kvantitativní a kvalitativní.

Kvantitativní poruchy vědomí, neboli zastřené vědomí, patří:

- somnolence – pacient budí dojem podřimujícího, reaguje na oslovení a dotyky, myšlení je zpomalené
- sopor – pacient tvrdě spí, reaguje na silné (především bolestivé) podněty
- kóma – bezvědomí, nereaguje na bolest
- synkopa – náhlá, krátkodobá porucha vědomí zapříčiněná nedokrvěním mozku

Mezi kvalitativní poruchy, tedy oblužené vědomí, se řadí:

- delirium
- amence (zmatenost)

Stav vědomí se hodnotí pomocí orientovanosti osobou, místem, časem, dále situací a vlastním tělesným schématem.

Další hodnocenou kategorií je **psychomotorické tempo**, které může být zvýšené nebo snižené.

Poruchy emotivity jsou:

- emoční oploštělost
- anxiety – úzkost, strach bez konkrétního podkladu
- patická nálada - zpravidla dlouhodobá, vysoce intenzivní, podstatně ovlivňuje jednání; druhy patických nálad:

- manická (expanzivní)
- depresivní
- úzkostná
- euforická
- exaltovaná (pocit nadšení)
- apatická
- explozivní (výbušná)
- afekt – krátká silná emoce
- patický afekt – velmi silný afekt, často zakončený mráкотným stavem
- fobie – chorobný strach z konkrétních věcí či situací jako např. arachnofobie – strach z pavouků, klaustrofobie – strach z uzavřených prostor, agorafobie – strach z otevřených prostorů, akrofobie – strach z výšek, xenofobie – strach z cizího, z cizinců

Poruchy paměti:

- hypermnézie – zvýšená výbavnost (často na úkor dalších složek paměti)
- hypomnézie – oslabení paměti (parciální nebo celková)
- amnézie – ztráta paměti (často na určitý časový úsek)
- paramnézie – porucha přesnosti paměti, bývá spojena s dalšími psychickými poruchami; rozlišujeme:
 - pseudologia phantastica (bájná lhavost)
 - konfabulace – poruchy především ve vstřípivosti paměti, nemocný vyplňuje mezery v paměti „domyšlením“ a je přesvědčen o reálnosti, nemocný konfabulace zapomíná – vždy nový příběh
 - vzpomínkový klam – neskutečná událost (např. z knihy, filmu) je zabudována do vyprávění nemocného
 - kryptomnézie – pacient má považuje vzpomínku za svou původní myšlenku
 - ekmnézie – porucha časové lokalizace
- iluze viděného, slyšeného, prožitého (illusion du déja vu)

Pro jednodušší orientaci je nutné si uvědomit, že paměť lze popisovat z několika hledisek a na všech jejích úrovních může dojít k poruše. Příklad dělení paměti:

1. dle času

- okamžitá, krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá paměť

2. dle složek

- deklarativní paměť
 - epizodická (obsahuje veškeré prožitky)
 - sémantická (obsahuje naučené vědomosti)

na obsah se ptáme „Kdo?“, „Co?“, „Kde?“

- nedeklarativní paměť – nelze vyjádřit slovy; zahrnuje např. podmíněné reflexy a procedurální paměť (řeč apod.), na obsah se ptáme „Jak?“

Mezi **poruchy intelektu** se řadí:

- mentální retardace – nedostatečný rozvoj intelektu, IQ < 70 (lehká mentální retardace, IQ 50–69; středně těžká, IQ 35–49; těžká, IQ 20–34; hluboká, IQ < 20)
- demence – získaný defekt intelektu

Poruchy pozornosti: neschopnost přiměřené koncentrace

Poruchy jednání jsou děleny na kvantitativní:

- agitovanost – neklid, často doprovázený úzkostí, psychomotorická excitace
- hypoagilnost – snížená spontánnost a aktivita
- hyperagilnost – zvýšená spontánnost a aktivita

a kvalitativní:

- zárazy jednání
- negativismus
- povelový automatismus
- katatonické poruchy
- katalepsie – ztuhlost svalstva
- manýrování – provádění bizarních pohybů při běžných činnostech
- raptus
- impulzivní jednání
- stereotypie
- kompulzivní jednání
- automatismy
- různé druhy chorobného jednání jako např.: kleptomanie – chorobné krádeže, pyromanie
- chorobná záliba v ohni, oniomanie – chorobné nakupování, apod.

Poruchy vůle:

- abulie – ztráta schopnosti zahájit činnost
- hypobulie – oslabené volní úsilí
- hyperbulie – přebujelé volní úsilí neodpovídající situaci

Poruchy osobnosti:

- degradace osobnosti – ireverzibilní úpadek osobnosti
- deteriorace osobnosti – progredující poškození osobnosti zejména v oblasti sebekontroly
- depravace osobnosti - [reverzibilní](#) porucha osobnosti s potlačením kulturních civilizačních návyků a úpadkem vyšších citů

Poruchy pudů dělíme na:

- poruchy pohlavního pudu
 - poruchy sexuální preference (sadismus, pedofilie)
 - poruchy koitální aktivity
- poruchy sebezáchovného pudu
 - automutilace (sebeпоškození)
 - suicidium
- poruchy příjmu potravy
 - bulimie
 - anorexie

Vedle psychických příznaků mohou duševní poruchy provázet i **somatické příznaky**, které jsou hodnoceny v SPS (status praesens somaticus) - viz kapitola 7 Diagnostika v psychiatrii, a dále dle potřeby.

V případě tělesných obtíží je nutné rozlišit, zda jsou na organickém podkladě či ne. U tělesných příznaků duševních poruch organický podklad chybí, je zde patrná situační návaznost a výrazné prožívání pacientů.

Mezi somatické příznaky patří:

- bolest hlavy
- kardiovaskulární obtíže
 - palpitace
 - tlak za sternem
- zažívací obtíže
 - nechutenství
 - obstipace
 - diarrhoea
- poruchy pohybového aparátu
 - třes
 - svalová ztuhlost, obrny
- pocit únavy, vyčerpanosti
- poruchy spánku
 - 1) dyssomie (narušený spánek)
 - insomnie – nespavost (pacient těžce usíná, spí přerušovaně a krátce)
 - hypersomie – zvýšená spavost
 - narkolepsie – ataky nepřekonatelného krátkodobého spánku
 - syndrom spánkové apnoe
 - 2) parasomie zahrnují abnormální chování během spánku
 - somnambulismus – náměsíčnost
 - noční děs
 - noční strach
 - enuresis nokturna (noční pomočování)

Literatura:

- HÖSCHL, Cyril. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha: H & H, 1996. ISBN 978-80-85787-96-2.
- HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER, Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002. ISBN 978-80-900130-1-5.
- MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-7178-700-0.
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1151-6.
- POLÁCH, Ladislav. Poruchy myšlení. In: *U psychiatra. cz. Psychiatrie jinak*. [online]. 2011. © 2009-2012 MUDr. Ladislav Polách. [cit. 2012_11_25]. Dostupné z: <http://www.upsychiatra.cz/psychicke-poruchy/poruchy-mysleni/>
- RUISEL, Imrich. *Základy psychologie inteligence*. Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-7178-425-7.
- RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
- WHO. *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. – 2. Aktualizované vydání*. Geneva: WHO, 2008. ISBN 92 4 154649 2.

10.1 Ošetrovatelská péče u pacienta s poruchou vnímání

Vnímání je psychická činnost, která pomocí smyslů umožňuje člověku poznávat sami sebe a své okolí.

Poruchy vnímání se mohou manifestovat iluzemi nebo halucinacemi (viz kapitola 10 Příznaky duševních poruch).

V praxi rozlišujeme **pravé iluze**, o kterých je pacient neoblomně přesvědčen (mohou být zrakové, sluchové či iluze zaměňování osob) a **pseudoiluze**, při kterých si člověk uvědomí, že se jedná o zkreslený vjem.

Halucinace dělíme na smyslové a intrapsychické.

Smyslové halucinace se odvíjí od jednotlivých smyslů, jde tedy o zrakové, sluchové, čichové, chuťové, hmatové, tělové, pohybové, útrobní a inadekvátní (pacient např. vidí ušima).

V rámci **intrapsychických halucinací** je pacient přesvědčen, že mu jsou odebírány nebo přenášeny myšlenky.

V některých případech (např. při poruše nervového systému) může dojít ke kvantitativní změně vnímání ve smyslu zesílení nebo zeslabení vjemu.

Příčiny poruch vnímání mohou být kromě psychické poruchy také postižení smyslových orgánů, dostředivých nervových drah nebo mozkové kůry, dále porucha vědomí, pozornosti a v neposlední řadě i únava, vyčerpání či silné afekty.

Ošetrovatelská péče klade důraz na navázání a udržení spolupráce mezi zdravotníky a pacientem. V situacích, kdy pacient sděluje své vjemy, je žádoucí aktivně naslouchat a zdržet se komentářů, především emotivně zabarvených. Patologický vjem nevyvracíme ani nepotvrzujeme. Lze pacientovi sdělit, že realitu vnímáme odlišně.

Sestra stanoví míru sebepéče a soběstačnosti pacienta. Dle stavu pacienta je nutný dohled na užívání léků, stravování, hydrataci, vyprazdňování, spánek a osobní hygienu.

Ošetrovatelský personál hodnotí chování pacienta, míru jeho aktivity a zapojení do chodu oddělení. Pacient je postupně integrován do terapeutických aktivit.

Příklady potenciálních ošetrovatelských diagnóz:

- Porucha sebepojetí vyvolaná útrobními halucinacemi
- Úzkost vyvolaná intrapsychický halucinacemi
- Neproduktivní volný čas vyvolaný poruchou vnímání
- Porucha spánku vyvolaná sluchovými halucinacemi
- Sociální izolace vyvolaná poruchou vnímání

10.2 Ošetrovatelská péče u pacienta s poruchou myšlení

Myšlení je psychická funkce umožňující poznávat vnější prostředí i vlastní organismus. Jedná se o logické, racionální zpracovávání vjemů a paměťových stop v součinnosti s ostatními psychickými funkcemi. Myšlení je proces složený z řady operací, mezi které patří:

- komparace a diferenciacce
- analýza a syntéza
- abstrakce a konkretizace
- indukce a dedukce

K tomu, aby člověk mohl myslet, je nutné být bdělý, udržet pozornost a být schopný pamatovat si.

Myšlení přímo souvisí s inteligencí a manifestuje se řečí, písmem, jednáním.

Ošetrovatelská péče o pacienty s poruchou myšlení se odvíjí od typu poruchy, tedy zda se jedná o defekt tempa, struktury nebo obsahu myšlení (viz kapitola 10 Příznaky duševních poruch).

Společným jmenovatelem péče je navázání a udržení důvěry mezi pacientem a ošetrovatelským personálem. Ve všech případech je nutné klást důraz na profesionální komunikaci. Pacient musí pociťovat dostatek prostoru pro vyjádření svých myšlenek a ochotu personálu pacientovi porozumět.

V případě bludů platí zásada o jejich nevyvracení ani potvrzování. Většina bludů vyvolává u pacientů nepříjemné pocity, některé bludy (zvláště depresivní) mohou vést k úzkosti, neklidu, agresivitě pacienta, případně až k sebevražedným pokusům.

Z výše uvedeného vyplývá, že u pacientů trpících bludy je nutný dohled na jejich chování. Dále se ošetrovatelská péče odvíjí od obsahu konkrétních bludů. Může zahrnovat celou škálu intervencí např. dopomoc v oblasti sebezpečí, dohled na příjem stravy, tekutin a spánek, zajištění klidného prostředí nebo bezpečí pro ostatní pacienty atd.

Příklady potenciálních ošetrovatelských diagnóz:

- Riziko sebepoškození vyvolané bludy
 - Sociální izolace vyvolaná bludy
 - Porucha komunikace vyvolaná zrychleným myšlením
 - Porucha aktivity vyvolaná autistickým myšlením
- Nedodržování léčebného režimu vyvolané bludy

10.3 Ošetrovatelská péče u pacienta s poruchou vědomí

Vědomí je optimální funkční stav mozku, během kterého je člověk současně schopen:

- uvědomovat si sebe sama
- uvědomovat si své okolí
- uvědomovat si své psychické pochody
- správně analyzovat své vztahy k okolí

Bez vědomí člověk není schopen vykonávat ostatní psychické funkce.

Neporušené vědomí se vykazuje **vigilitou** (bdělostí - kvantitativní integrita vědomí), **luciditou** (jasným vědomím – stav vědomí, který umožňuje veškeré další psychické funkce) a **idiognosíí** (uvědomováním si sama sebe).

Vědomí i za fyziologických podmínek kolísá. Např. při únavě dochází k určitému útlumu psychických funkcí nebo během spánku zaznamenáváme generalizovaný útlum mozkové kůry.

Stav pacienta s poruchou vědomí je vždy závažný a veškeré příznaky poruch vědomí je nutné považovat za alarmující.

Ošetrovatelská péče u pacientů se zastřeným vědomím (kvantitativní poruchou vědomí) zahrnuje péči o:

Somnolentního pacienta, který vyžaduje zvýšený dohled, především na fyziologické funkce, dostatečnou hydrataci a také dopomoc při denních činnostech. Je-li pacient schopen přijímat per os, je nutná dopomoc a dohled z důvodu nebezpečí aspirace.

Dále u pacienta zajišťujeme bezpečnou a pohodlnou polohu např. v křesle nebo lůžku s důrazem na prevenci vzniku dekubitů a pádu.

Vzhledem k tomu, že dochází ke zpomalení myšlení, na pacienta hovoříme zřetelně a v krátkých větách. Nezatěžujeme jej dlouhými hovory a poskytujeme dostatek času

k vyjádření. Je vhodnější používat uzavřené otázky, kdy pacient odpovídá jedním slovem, popřípadě gestem.

Pacienta v **soporózním** stavu, se kterým se můžeme v psychiatrii nejčastěji setkat u pacientů v terminálním stádiu, především na odděleních gerontopsychiatrie. Tento stav vyžaduje komplexní ošetrovatelskou péči o ležícího pacienta. Dbáme také na komfort pacienta (přiměřená teplota vzduchu, poloha pacienta, prevence vysychání rtů a dutiny ústní apod.)

Pacienta v **kómatu** vyžadující péči na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

Pacienta se **synkopou**, jehož stav se v řádech desítek vteřin obvykle spontánně upravuje. Pacienti si prodělanou synkopu nepamatují. Z ošetrovatelského hlediska je nutné zkontrolovat fyzický stav pacienta z důvodu možného poranění během pádu a dále jej sledovat.

Ošetrovatelská péče u pacientů s obluzeným vědomím (kvalitativní poruchou vědomí) zahrnuje péči o:

Delirantního pacienta, který se může projevat zvýšenou aktivitou, neklidem či agresivitou. U pacientů v odvykacím stavu nebo po intoxikacích se objevuje třes a horečnaté stavy. U těchto pacientů je nutné zajistit jejich bezpečí, popřípadě i okolí. Důležitým faktorem je dostatečná hydratace pacientů. Dále věnujeme pozornost somatickému stavu, především v případě zvyšující se tělesné teploty.

U pacientů v deliriu se setkáváme s různými projevy poruch dalších psychických funkcí jako např. iluzemi, halucinacemi, bludy, inkohoroncemi, zvýšenou /sníženou afektivitou, neklidem, stuporem atd. Ošetrovatelská péče se tedy odvíjí od konkrétního příznaku. Společným jmenovatelem veškeré poskytované péče je stále bezpečnost pacienta a jeho okolí, přiměřená komunikace a dohled nebo dopomoc se sebezpečím.

Amentního, tedy zmateného pacienta, jehož chování je méně nápadné a projevuje se poruchami myšlení a orientace. Z tohoto důvodu je nutná dopomoc při běžných denních činnostech, včetně doprovodu např. na toaletu, do jídelny atd. I v tomto případě je kladen velký důraz na zajištění bezpečí pacienta. U amentních pacientů je velké riziko, že se (i ve známém) prostředí ztratí.

Obluzené vědomí bývá provázáno zkresleným vztahem ke skutečnosti, což vede u pacienta k neschopnosti reálného náhledu na svůj stav.

Komunikaci s pacientem s obluzeným vědomím je třeba přizpůsobit, to znamená hovořit stručně, srozumitelně, poskytnout pacientovi dostatek prostoru ke svému vyjádření. Je vhodné pacientovi poskytnout informace související s jeho orientací v čase, místě a osobě.

V odborné literatuře se také můžeme setkat s pojmem **obnubilace** (mráкотný stav, vyznačující se náhlým začátkem a koncem s následnou amnézií), který patří mezi kvalitativní poruchy vědomí, ale zahrnuje i poruchy myšlení, emotivity a chování. Jde o krátkodobý stav, v jehož rámci pacient může cestovat, být agresivní apod. Obnubilace se objevuje např. u epilepsie, při patických afektech, v ebrietě, po úrazech hlavy nebo při hypoglykemii.

Vzhledem ke krátkodobosti tohoto stavu (řády minut) je prioritou ošetrovatelské péče zajištění bezpečnosti pacienta a jeho okolí.

Příklady potenciálních ošetrovatelských diagnóz:

- Riziko poruchy kožní integrity z důvodu imobility
- Riziko pádu vyvolané zastřeným vědomím

- Riziko sebepoškození vyvolané deliriem
- Porucha spolupráce vyvolaná zkresleným náhledem na onemocnění
- Riziko dezorientace vyvolané amencí

10.4 Ošetrovatelská péče u pacienta s poruchou emotivity

Emoce jsou subjektivní prožitky, které můžeme rozdělit na:

- **nálady** - déletrvající emoční stavy
- **afekty** - krátké a velice intenzivní emoce
- **vyšší city** - prožitky související se vztahem ke společnosti a okolí (např. láska, nenávisť, estetické citění atd.)

Ošetrovatelská péče o pacienty s poruchou emotivity se odvíjí od jednotlivých příznaků. Mezi hlavní zásady přístupu k těmto pacientům patří především pacienta nehodnotit a nepodporovat porušené emoční naladění. Dále je důležitý dohled z důvodu možného sebepoškození pacientů s depresivní náladou. Dohled na pacienty s manickou, euforickou a exaltovanou náladou z důvodu možného rušení ostatních pacientů, u pacientů s explozivní náladou nebo s afektem z důvodu možné agresivity.

Pacienty s poruchou emotivity je vhodné přiměřeně aktivizovat a zaměstnávat, dbát na dodržování řádu oddělení. V rámci ošetrovatelské péče je kladen důraz na pozorování jejich chování a somatických projevů úzkosti nebo strachu (např. opocením, dušností, zblednutí, ...)

Příklady potenciálních ošetrovatelských diagnóz:

- Sociální izolace vyvolaná emoční oploštělostí
- Únava vyvolaná úzkostnými stavy
- Riziko sebepoškození vyvolané depresivní náladou
- Porucha sebepojetí vyvolaná fobií
- Riziko agresivity vyvolané explozivní náladou

10.5 Ošetrovatelská péče u pacienta s poruchou paměti

Paměť je schopnost **recepce** (zachycení), **retence** (udržení) a **reprodukce** (vybavení) prožitku člověka.

Ošetrovatelská péče u pacientů s poruchami paměti klade často vysoké nároky na trpělivost. V případech, kdy pacient trpí ztrátou paměti, je žádoucí při opakovaném osvětlování nějaké situace sdělovat pravdu a používat stejné výrazové prostředky (alespoň stěžejní pro dané sdělení a přizpůsobené vyjadřování pacienta).

Pro pacienty s oslabením paměti nebo s poruchami např. výbavnosti atd. je vhodné využívat různá cvičení a hry podporující paměť a koncentraci.

V rámci ošetrovatelské péče během hospitalizace, především na gerontopsychiatrických odděleních, podporujeme pacienty např. ve vykonávání pravidelných činností (podle stanoveného harmonogramu – např. určený den v týdnu se zalévají ve společenské místnosti květiny), dále pacienty vedeme k účasti na terapeutických aktivitách (např. v rámci muzikoterapie lze s pacienty vzpomínat na slova známých písniček nebo se učit nové).

V neposlední řadě pacientům umožňujeme sledování televize. Často kritizované telenovely lze, především u pacientek vyššího věku, využívat k trénování paměti. Krátké epizody s pomalým vývojem děje a krátkými intervaly mezi vysíláním umožňují pacientům

zapamatování si postav i linie příběhu. Jejich dalším nezpochybnitelným pozitivem je i fakt, že se právě tyto pořady stávají velice oblíbeným konverzačním tématem.

Příklady potenciálních ošetrovatelských diagnóz:

- Bezmocnost vyvolaná amnézií
- Úzkost vyvolaná paramnézií
- Sociální izolace vyvolaná paramnézií
- Sociální izolace vyvolaná amnézií
- Porucha sebekoncepce vyvolaná amnézií

10.6 Ošetrovatelská péče u pacienta s poruchou intelektu

Intelekt je schopnost myslet, pracovat s novými a abstraktními pojmy, využívat je ke správnému řešení různých, i zcela neznámých, situací.

Intelligence je souhrn vrozených vjemových, psychomotorických a intelektových schopností člověka. Lze ji rozvíjet vzděláváním, řešením nových situací apod.

V odborné literatuře je popsána celá řada konceptů, druhů a složek inteligence. (RUISEL, 2000)

Jako základní dělení inteligenčních schopností lze uvést:

- abstraktní inteligence (měřitelná IQ testy)
- praktická inteligence
- sociální inteligence
- emoční inteligence

Cílem ošetrovatelské péče o pacienty s poruchou intelektu je jejich vedení k co možná nejvyšší možné míře sebezpeče a samostatnosti v denních činnostech. Dále je samozřejmě věnována pozornost přidruženým onemocněním a jejich příznakům (u mentální retardace často např. obezita, diabetes, epilepsie, poruchy smyslových orgánů; u pacientů trpících demencí jsou v popředí např. projevy poruch vědomí, paměti a dále nezávisle vzniklá somatická onemocnění)

Péče o pacienty, jak s nedostatečným rozvojem intelektu, tak i s vrozeným deficitem, je velice psychicky náročná, vyžaduje především empatický přístup a trpělivost.

U všech pacientů s mentální retardací i demencí je třeba klást důraz na zachování jejich důstojnosti. Komunikaci s pacienty je nutné přizpůsobit jejich možnostem a vyjadřovacím schopnostem. Je důležité si uvědomit, že u pacientů s poruchou intelektu se můžeme setkat s projevy agrese nebo sebezpoškození.

Příklady potenciálních ošetrovatelských diagnóz:

- Porucha sebekoncepce vyvolaná sníženou sebeúctou
- Intolerance aktivit vyvolaná poruchou intelektu
- Deficit sebezpeče vyvolaný poruchou intelektu
- Inkontinence stolice vyvolaná kognitivním deficitem
- Riziko pádu vyvolané sníženou mobilitou (související s demencí)

10.7 Ošetrovatelská péče u pacienta s poruchou pozornosti

Pozornost můžeme definovat jako schopnost člověka cíleně zaměřit svou psychickou aktivitu na, pro danou situaci, důležité podněty. Předpokladem pozornosti je bdělost a jasnost vědomí. (POLÁCH, 2012)

S poruchou pozornosti, ve smyslu jejího útlumu, se setkáváme i za fyziologických podmínek, a to při únavě.

Pozornost lze hodnotit z hlediska:

- vytrvalosti
- soustředění
- selektivity
- stability
- kapacity
- intenzity
- oscilace
- distribuce
- přepojování

Ošetrovatelská péče u pacientů s poruchou pozornosti zahrnuje péči o:

- Pacienta s **hypoprossexií**, tedy se sníženou pozorností. Pozornost může být v tomto případě porušena jen částečně (v jedné nebo více vlastností). Do této kategorie se řadí rozržitost (snížené soustředění), rozptýlenost (snížená vytrvalost a soustředění), snížená kapacita.

Z ošetrovatelského hlediska je důležité pacienta nezahlcovat podněty, umožnit mu pobyt v klidném prostředí.

Při pokusech o navázání nebo znovunavázání kontaktu s pacientem je nutné jej pojmenovávat a udržovat oční kontakt, hovořit stručně a srozumitelně.

Snahou je pacienta postupně aktivizovat a cvičit pozornost pomocí drobných úkolů (udržet linii hovoru, přečíst krátký článek a převyprávět jej apod.), vhodné jsou různé druhy terapií jako např. psychogymnastika.

- Pacienta s **aprossexií** – poruchou pozornosti ve všech jejích kvalitách. Pacient obvykle v těchto případech vyžaduje pomoc při běžných denních činnostech. Ošetrovatelský personál by měl přistupovat k pacientovi s trpělivostí, ale zároveň jeho chování usměrňovat a zajišťovat tak klidné prostředí pro ostatní pacienty.

- Pacienta s **hyperprosexií**, tedy zvýšenou koncentrací pozornosti se snížením selektivity a distribuce. Cílem ošetrovatelských intervencí je zaměřit pozornost pacienta na jiný podnět, jde tedy opět o postupné aktivizace a cvičení pozornosti.

- Pacienta s **paraprossexií**, tedy nepřiměřenou pozorností, která se projevuje předčasně nebo naopak pozdější reakci na podnět. S paraprossexií se setkáváme např. u lidí zatížených velkým psychickým napětím; za fyziologických podmínek jde např. o předčasné starty u sportovců. Ošetrovatelská péče v tomto případě se odvíjí od intervencí vedoucích ke snížení psychického napětí. Jde tedy o zajištění klidného prostředí, eliminaci iritačních podnětů, dále je kladen důraz na relaxace, autogenní trénink apod.

Mezi poruchy pozornosti se řadí také **ADHD** (Attention deficit hyperactivity disorder) – porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou a **Adult ADHD** - porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou u dospělých.

ADHD je částečně geneticky podmíněné a mohou k jeho rozvoji přispět i vnější faktory jako např. porodní nebo časně poporodní komplikace. Toto onemocnění se projevuje nepozorností, zbrklostí, nedodržováním instrukcí, vyrušováním, zapomínáním, vnitřním neklidem, poruchami spánku, výbušností, atd.

Z ošetrovatelského hlediska je během hospitalizace důležitá spolupráce s rodiči, především ve smyslu udržení ustáleného režimu dítěte.

Pacienti často velice těžce nesou kritiku, proto je vhodné komentovat a hodnotit vlastní pocity, ne přímo pacienta (př. „Nelíbí se mi, když během vizity běháš po pokoji.“) a nešetřit chválou, třeba i „jen“ za snahu.

V době, kdy potřebujeme, aby se pacient s ADHD soustředil, je nutné eliminovat podněty, které ho mohou rozptylovat. Výhodou mohou být předem domluvená pravidla i s případnou odměnou nebo trestem.

V případě záchvatu vzteku dítěte je často účinné okomentování nevhodnosti jeho chování a následná ignorace (s dohledem na bezpečnost). Bez požadované pozornosti se dítě obvykle rychle samo zklidní. Další metodou může být pevné oběti, které především u malých dětí, saturuje potřebu fyzické blízkosti.

U větších dětí je žádoucí nácvik zvládnání afektu např. relaxačními technikami nebo ventilací napětí fyzickou aktivitou apod.

Ošetrovatelská péče u pacienta s Adult ADHD je zaměřena na jednotlivé příznaky, mezi které např. patří úzkost, výbušnost, nízké sebevědomí, zapomínání, nedochvilnost, poruchy koncentrace, pocit nudy, odkládání povinností, depresivní nálada, abúzus návykových látek.

Obecně je třeba pacienta aktivizovat, dohlížet na dodržování denního režimu a plnění zadaných úkolů, dále je vhodné cvičení na podporu koncentrace, psychogymnastika, arteterapie apod.

Příklady potenciálních ošetrovatelských diagnóz:

- Nedodržování léčebného režimu vyvolané hypoprosexií
- Porucha sebepojetí vyvolaná hyperprosexií
- Sociální izolace vyvolaná ADHD/Adult ADHD
- Poruchy spánku vyvolané ADHD
- Snížená aktivita vyvolaná Adult ADHD

10.8 Ošetrovatelská péče u pacienta s poruchou jednání

Jednání je psychický proces, který směřuje k určitému cíli. Je ovlivňováno **vůlí** a **motivací**. (HÖSCHL, 1996, RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012)

Vůli lze označit za vědomé usměrnění jednání. Motivy jsou podněty, které vedou k uspokojování potřeb, a to od základních k vyšším (viz obr. 10 Hierarchie potřeb dle A. Maslowa).

Jestliže nejsou dostatečně uspokojeny potřeby jedné úrovně, člověk ztrácí motivaci k přechodu na úroveň vyšší.



Obr. 10 Hierarchie potřeb dle A. Maslowa

Projevy jednání jsou:

- chování
- postoje
- mimika
- gestikulace

Z ošetřovatelského hlediska je nutné si uvědomit, že poruchy jednání mohou být příznaky celého spektra duševních poruch. Příklady jednotlivých projevů poruch jednání viz 10 Příznaky duševních poruch.

Ošetřovatelská péče u pacientů s kvantitativní poruchou jednání zahrnuje péči o:

- **Agitovaného** pacienta, který se projevuje především jako psychomotoricky neklidný, excitovaný. Tento stav může předcházet např. **raptu** (kvalitativní porucha jednání, bouřlivé a agresivní chování). Z tohoto důvodu je důležité pozorování chování a projevů psychiatrických pacientů, aby bylo možné včas předcházet nepříjemným a nebezpečným situacím.

Velice důležitým prvkem v péči o agitovaného pacienta je komunikace. Někdy pacient přichází za personálem sám s žádostí o tzv. neklidovou medikaci (př. Rivotril, Apaurin). V opačných případech, kdy sestra (nebo lékař) vidí nutnost aplikace této medikace, se může vyskytnout problém ve spolupráci s pacientem. Zde je nutné mít na paměti riziko jeho agrese a své chování přizpůsobit (při stupňování neklidu ukončit rozhovor, demonstrovat sílu např. přivoláním dalších kolegů, atd. viz 9 Zásady ošetřovatelské péče v psychiatrii)

- **Hypoagilního** pacienta, tedy pacienta se sníženou spontaneitou a aktivitou je třeba aktivizovat, zapojovat do dění na oddělení a podněcovat k samostatné činnosti. Důležitým prvkem je u těchto pacientů vhodná motivace, která je založena na individualitě pacienta.

- **Hyperagilní** pacient, projevující se zvýšenou spontaneitou a aktivitou vyžaduje nastavení jasných pravidel, které musí dodržovat. Jedná se i zdánlivě drobná pravidla, jako je neskákání do řeči, nevyrušování během vizit, nepřebírání činností druhým pacientům nebo korekce pomoci personálu.

Ošetřovatelská péče u pacientů s kvalitativní poruchou jednání zahrnuje např. péči o:

- Pacienta s projevy **negativismu**, který může být pasivní nebo aktivní. V rámci pasivního negativismu pacient nevyhoví požadovanému pokynu. Vykonání přesného opaku požadavku je označováno jako negativismus aktivní. Přístup k těmto pacientům vyžaduje především trpělivost. V těchto případech je velice důležitá diagnostika, včetně ošetrovatelského pozorování, k diferenciaci skutečných příznaků onemocnění od snahy pacienta „přelstít“ ošetrovatelský personál.
 - pacienta s **kompulzivním** jednáním. Kompulze jsou označovány jako nutkavé, opakující se, stereotypní jednání vedené obsedantními myšlenkami. Pacienti mají obvykle náhled na svůj stav a uvědomují si tedy nadbytečnost takového jednání. (HÖSCHL, 1996, RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012)
- V rámci ošetrovatelské péče pacientovi umožňujeme vykonávání kompulzí, protože pouhá představa neprovedení kompulze vyvolává u pacienta obavy, úzkost až neklid.

Příklady potenciálních ošetrovatelských diagnóz:

- Úzkost vyvolaná agitovaností
- Poruchy usínání vyvolané hyperagilitou
- Porucha compliance vyvolaná negativismem
- Sociální izolace vyvolaná kompulzivním jednáním
- Porucha sebekoncepcie vyvolaná kompulzivním jednáním

10.9 Ošetrovatelská péče u pacienta s poruchou osobnosti

V souvislosti s osobností člověka se hovoří o tzv. **biopsychosociální** jednotce, protože je determinována biologickými, psychologickými a sociálními vlivy. (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012)

Během života se osobnost mění, zahrnuje veškeré psychické a tělesné vlastnosti člověka, vrozené dispozice člověka, tedy jeho temperament, je ovlivňován získávanými vlastnostmi, tedy charakterem (způsoby myšlení, jednání). Zevně se osobnost projevuje **povahou**, která je utvářena vlastnostmi jedince a jeho inteligencí.

Vnitřní oblast osobnosti tvoří vědomí vlastního já, tedy **sebeuvědomování**, které je podstatou osobnosti a zahrnuje uvědomování si vlastní jedinečnosti, odlišnosti od druhých a tělesného schématu.

Hodnocení osobnosti je kompetencí klinických psychologů.

Pacienti s poruchou osobnosti mají rozdílný vztah nejen k sobě samému, ale také ke svému okolí. Z ošetrovatelského hlediska je zásadní, že pacienti s poruchou osobnosti často velice špatně spolupracují, což je logickým vyústěním jejich sebeuvědomování. Chyby vidí v okolí, u ostatních lidí a své chování považují za akceptovatelnou normu. Můžeme se však také setkat s opačným postojem pacienta s poruchou osobnosti, který považuje své chování a svou osobu za naprosto nevhodné a za přítěž společnosti.

Důležitým aspektem v posuzování osobnostních norem a abnormalit je kulturní zázemí každého pacienta, které do značné míry ovlivňuje vzorce chování. (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012)

Dle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) je diagnózám poruch osobnosti a chování dospělých přiřazen kód F60-F69.

Ošetrovatelská péče u pacientů s poruchou osobnosti zahrnuje např. péči o:

- pacienta s **paranoidní poruchou osobnosti**, který je velice podezřívavý, patologicky zpracovává veškeré sociální interakce ve smyslu pocitu neustálého útoku na jeho osobu. Obranným mechanismem je pro takového pacienta nepřátelské nastavení vůči okolí. Zdravotnický personál by se měl vyvarovat např. tlumenému hovoru v přítomnosti pacienta s paranoidní poruchou osobnosti, upozornit a vysvětlit mu předem veškeré terapeutické postupy, změny nebo odchylky od původního plánu (např. změna medikace, přeobjednání na vyšetření atd.). S jistou dávkou nadsázky lze říci, že veškeré počínání může takový pacient paranoidně zpracovat. Pro léčbu a celkově pro spolupráci je třeba navození důvěry mezi sestrou a pacientem, což bývá u paranoidního pacienta obtížné, ale zároveň naprosto zásadní.

- pacienta s **emočně nestabilní poruchou osobnosti**, mezi které patří např. **hraniční typ osobnosti**. Typické pro tuto poruchu je nevyjasněná až patologická představa o sobě samém a vztahu k okolí. Selhávání v sociálních interakcích (především partnerských vztazích) často vedou k emočním krizím, které bývají řešeny sebepoškozováním až sebevražednými pokusy. U těchto pacientů je také narušena sebekontrola, proto může být pacient s hraniční poruchou osobnosti zdrojem konfliktních situací. Z ošetrovatelského hlediska je tedy nutný dohled na chování pacienta v souvislosti s rizikem sebepoškozování a dále eliminaci možné agrese.

- pacienta s **anakastickou poruchou osobnosti**, která se vyznačuje poruchou myšlení, chování a nálady. Tito pacienti jsou se sebou nespokojeni, trpí nerozhodností, neustálými pocity pochybností, neadekvátních starostí a jsou více než opatrní. Zaměřují se i v běžném životě přehnaně na detaily, organizování a pravidla, což je následně vyřazuje z normálního bytí.

V rámci ošetrovatelské péče je pacient začleňován do terapeutických aktivit (např. pracovní terapie), kde postupně zvládá zadávané úkoly. V rámci běžné komunikace je důležité zachovat linii hovoru a nenechat u pacienta rozvinout nerozhodný postoj.

Příklady potenciálních ošetrovatelských diagnóz:

- Porucha společenské interakce vyvolaná paranoidní poruchou osobnosti
- Sociální izolace vyvolaná paranoidní poruchou osobnosti
- Riziko sebepoškození vyvolané hraničním typem emočně nestabilní poruchou osobnosti
- Úzkost vyvolaná anakastickou poruchou osobnosti
- Porucha sebekoncepcie vyvolaná anakastickou poruchou osobnosti

10.10 Ošetrovatelská péče u pacienta s poruchou pudů

Pud neboli instinktivní aktivita ovlivněná osobní zkušeností člověka, vede k uspokojení tělesného nebo duševního stavu puzení (potřeby). (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012)

Ošetrovatelská péče u pacientů s poruchou pudů zahrnuje např. péči o:

- pacienta s **poruchou sebezáchovného pudu**, tedy pacienta, který se poškozuje nebo u něhož proběhl sebevražedný pokus, případně u kterého hrozí riziko TS. U těchto pacientů je důležitý dohled a pozorování chování. Je třeba se těmto pacientům intenzivně věnovat, poskytnout jim dostatek času a prostoru na vyjádření veškerých svých myšlenek a emocí. Vzbuzení důvěry a navázání spolupráce je i v tomto případě klíčové.

- pacienta s **poruchami příjmu potravy**, mezi které se řadí **mentální bulimie** a **mentální anorexie**.

Při postižení bulimií dochází k opakovanému přejídání velkým množstvím potravy, které střídá buďto vyvolávání zvracení, užívání např. laxantiv nebo dietní opatření a excesivní cvičení. Typickým znakem pro bulimii je neustálý zájem o jídlo a patologické hlídání váhy.

Při anorexii dochází k cílenému snižování váhy nebo udržování podváhy pomocí dietních opatření, zvracením, excesivním cvičením, užíváním např. laxantiv atd. U pacientek dochází ke změně vnímání vlastního těla, jsou ovládány strachem z tloušťky spojené s vtíravými myšlenkami o nutnosti udržení podváhy, případně snižování váhy.

Typickým znakem poruch příjmu potravy je utajování, popírání problému a odmítání pomoci.

Změny sebepojetí a naprosté zaujetí hlídáním tělesné hmotnosti často vede k narušování sociálních vztahů nejen v rámci rodiny, ale v celé šíři dané komunity.

Při léčbě je velice důležitá ochota pacientky spolupracovat a její aktivní přístup, což je především v počátcích léčebného procesu největší problém. Spolupráce rodiny (i když často proti vůli pacientky, zvláště v době dospívání) hraje při léčbě významnou roli.

Z ošetřovatelského hlediska je zásadní kromě navázání spolupráce také získání náhledu pacientky na svůj stav a v neposlední řadě důsledný dohled na příjem stravy.

Příklady potenciálních ošetřovatelských diagnóz:

- Riziko sebepoškození vyvolané poruchou sebezáchovného pudu
- Snižování výkonnosti vyvolané mentální anorexií
- Porucha sebepojetí vyvolaná mentální anorexií
- Riziko nedodržování léčebného režimu vyvolané mentální anorexií
- Sociální izolace vyvolaná bulimií

11 Syndromy duševních poruch

Syndromy duševních poruch charakterizují daný psychopatologický obraz. O soubory jednotlivých příznaků se opírá nejen diagnostika, ale také terapie, protože psychofarmaka často působí právě na syndromy a ne jen na jednotlivé nozologické jednotky. Diagnostika psychiatrických syndromů umožňuje kromě popisu jednotlivých příznaků především zhodnocení jejich vzájemného vztahu. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005)

V psychiatrii existuje celá řada syndromů, ale pro účely tohoto textu jsou vybrány syndromy duševních poruch, které jsou z ošetřovatelského hlediska nejvýznamnější:

- depresivní syndrom
- manický syndrom
- katatonní syndrom
- deliriózní syndrom
- organický psychosyndrom
- abstinenční syndrom

11.1 Ošetřovatelská péče u depresivního pacienta

Depresivní syndrom patří mezi nejčastější syndromy, a také se v jeho případě setkáváme patrně s nejširší paletou intenzity tohoto syndromu, a to od nejlehčích forem až po skutečně velmi závažné a život ohrožující stavy.

Typické pro deprese je jejich výskyt v jarních nebo podzimních měsících. Rozvoj depresivního syndromu může být jak rychlý, tak i pozvolný. Příčinou deprese mohou být biologické, psychosociální nebo smíšené faktory.

Statistická data související s depresí:

- 10-20 % celosvětové populace onemocní některou z forem deprese
- výskyt depresivních poruch v zemích EU: 2,6-4,5 % u mužů a 7,1-10,4 % u žen
- ženy trpí depresí 2x–3x častěji než muži
- až 50 % pacientů s depresivní poruchou vykoná sebevražedný pokus a 5-15 % ukončí svůj život sebevraždou
- 2/3 pacientů s depresí trpí současně úzkostí (RABOCH, LAŇKOVÁ, 2008)

Projevy depresivního syndromu zahrnují:

- základní trias - chorobně smutná nálada, zpomalené myšlení a utlumená psychomotorika (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005)
- autoakuzace
- pesimismus
- anhedonie
- sebedoceňování
- poruchy paměti
- snížení komunikace až mutismus
- snížení mimiky a celkové pohybové aktivity
- snížená spontaneita
- poruchy spánku (u těžších forem se objevují tzv. ranní pesima)
- úzkost – může vyvolávat neklid
- neupravený až zanedbaný vzhled pacienta
- somatické příznaky - např. nechutenství a váhový úbytek, různě lokalizované bolesti (hlavy, svalů apod.) nebo jiné tělesné příznaky (např. bušení srdce, svírání na hrudníku, těžké polykání, tíha v končetinách), obstrukce, mydriáza.

V některých případech jsou depresivní příznaky skryty tělesnými obtížemi pacienta, tzv. somatizovaná deprese, která je řešena až po neúspěšné somatické léčbě.

U depresivních pacientů je reálné riziko TS.

S depresí se můžeme setkat ve formě izolované deprese nebo jako příznak jiných psychiatrických poruch (např. u pacientů s diagnostikovanou bipolární afektivní poruchou, periodickou depresivní poruchou, dys/cyklotymií, organickou afektivní poruchou, depresivním nebo smíšeným typem schizoafektivní poruchy, dále v rámci poruchy přizpůsobení, odvykacích stavů, psychotických poruch), ale také jako doprovodný fenomén některých somatických onemocnění (např. poruchy štítné žlázy, obezita, diabetes mellitus, mononukleóza, roztroušená skleróza, aj.)

Jako orientační posouzení stavu pacienta (např. na somatických pracovištích), lépe řečeno pro potvrzení nebo vyloučení podezření na depresi, lze využít **SASA** test. Jedná se o zkratku prvních písmen jednotlivých příznaků:

S – spánek: porucha spánku, především v brzkých ranních hodinách, ranní pesima

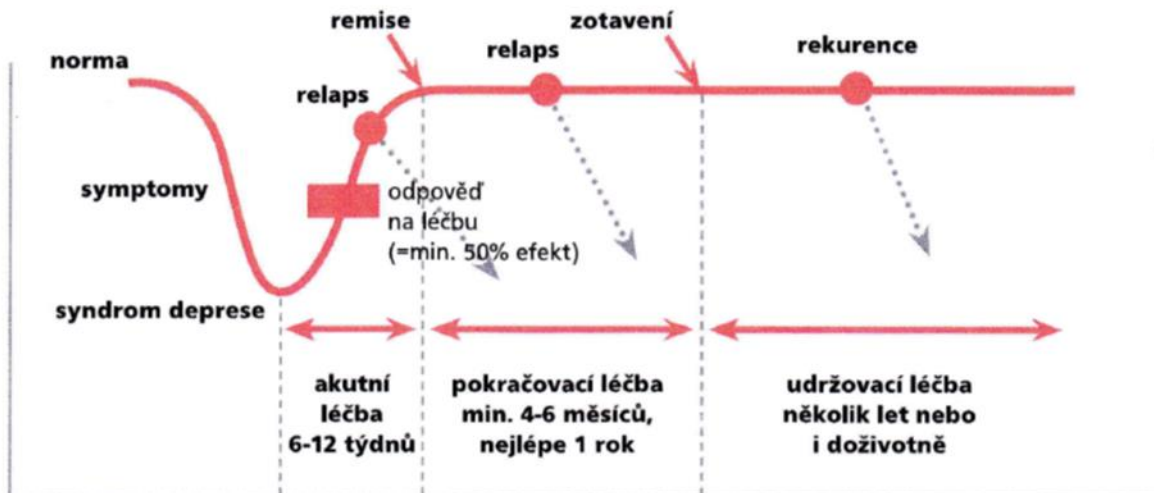
A – anhedonie: neschopnost prožívat radost, pacienti se cítí bez elánu

S – sebehodnocení: snížené, pacienti mají pocit, že jim není pomoci

A – apetit: snížená chuť k jídlu, váhové úbytky (HONZÁK, 2008)

Přítomnost alespoň 3 uvedených příznaků svědčí o depresi.

Léčba deprese se odvíjí od závažnosti stavu a jednotlivých příznaků. Spočívá v psychoterapii (individuální nebo skupinová), farmakoterapii (antidepresiva, anxiolytika, neuroleptika, thymoprofilaktika), dále se využívá ECT, fototerapie, rTMS nebo spánková deprivace.



Obr. 11 Léčebné fáze deprese

Zdroj: RABOCH, LAŇKOVÁ, 2008

Na základě výše uvedených informací lze shrnout základní pravidla pro ošetrovatelskou péči. Pro navázání spolupráce mezi sestrou a pacientem je velice důležité, aby nemocný z přístupu sestry cítil zájem a respekt.

Je důležité mít na paměti, že se jedná o patologicky změněnou náladu, tedy o skutečné onemocnění, v rámci kterého jsou pacienti uzavřeni do sebe, ztrácí zájem o své okolí, často odmítají pomoc, objevují se u nich poruchy spánku, jejich sebepéče je snižena a hrozí nebezpečí sebepoškození až TS.

Z těchto důvodů je nutné pozorování chování nemocného a dohled na jeho bezpečnost (s ohledem na riziko sebepoškození a TS a to především na počátku léčby - viz 8.1 Farmakoterapie), dále je nutný dohled na užívání léků, příjem stravy a tekutin, dopomoc při denních aktivitách v rámci deficitu sebepéče. Pro úpravu spánku je především důležité dodržování předepsané medikace, dále pak zajištění klidného prostředí během noci. Ošetrovatelský personál by měl pacientovi umožnit např. projít se po oddělení, nechat si rozsvícenou lampičku apod. (za předpokladu, že nebude rušit ostatní pacienty).

Pacienta pozvolně aktivizujeme, vždy podle jeho aktuálního stavu, postupně začleňujeme do činností na oddělení a dále do různých terapeutických aktivit.

Během komunikace projevujeme účast a je žádoucí „věřit mu jeho trýzeň, nevymlouvat mu jeho smutek, nezahlcovat příklady typu: Podívejte se ten je slepý, hluchý, ten nemá nohu... a jakou má radost ze života.“ (LINHARTOVÁ, 2007, s. 72) Výroky tohoto typu jsou kontraproduktivní a pacienti mohou naopak zbrzdit v léčebném procesu.

Mezi další chyby vyskytující se v péči o pacienty s depresí patří moralizování, obviňování, bagatelizování a pochybování o jejich obtížích včetně TS proklamací, bránění ve vyjadřování negativních emocí, podpora úniku od povinností (doporučování dovolené, odpočínání si od „všeho“ apod.), slibování brzkého uzdravení. Depresivního pacienta se nesnažíme rozveselovat.

V tomto smyslu je třeba edukovat rodinu a blízké nemocného, aby se ve snaze pomoci, povzbudit a aktivizovat pacienta nedopustili podobných pochybení.

11.2 Ošetřovatelská péče u manického pacienta

Manický syndrom se rozvíjí obvykle pozvolna, což může zapříčinit bagatelizaci prvotních příznaků. Typickým prvotním příznakem je porucha spánku, kdy i přes jeho nedostatek se nemocný cítí vyspaný. Dále se zvyšuje aktivita pacientů, která ale není produktivní (aktivita je chaotická, pacient dělá velké plány, nevydrží u žádné činnosti).

Příčinou mánie jsou, stejně jako u deprese, biologické, psychosociální či smíšené faktory.

V souvislosti s mánií se setkáváme také s pojmem **hypománie**, což je mírnější stav než mánie, který trvá nejméně 4 po sobě jdoucí dny.

Projevy manického syndromu zahrnují:

- základní trias – povznesená nálada, zrychlené myšlení, zrychlené psychomotorické tempo
- objektivní poruchy spánku
- zvýšená aktivita
- zvýšené sebevědomí

Mezi další projevy patří např.:

- moria – neadekvátní vtípkování bez zábrán (vyskytuje se u některých organických poruch)
- rezonantní nálada
- neklid
- agrese
- megalomanské bludy
- zvýšená sexuální aktivita
- ignorace nebo bagatelizace somatických obtíží

V rámci mánie mohou nemocní nadměrně nakupovat, cestovat, rozdávat své věci, snažit se pomáhat (chaoticky, bez efektu), nepřiměřeně se oblékat. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005)

Mánie může probíhat např. v rámci bipolární afektivní poruchy, schizoafektivní poruchy, některých poruch osobnosti nebo některých organických poruch.

Léčba mánie spočívá v první řadě v přesvědčení pacienta o nutnosti léčby, protože manický pacient není většinou schopen svůj stav reálně posoudit.

Maničtí pacienti se dostávají k lékaři v naprosté většině případů až v době plně rozvinutých příznaků, kdy je nutné přistoupit k hospitalizaci (často k nedobrovolné - z důvodu nesouhlasu pacienta s léčbou). Pacientům se podávají neuroleptika, případně neuroleptika

v kombinaci s benzodiazepiny, dále thymoprofylaktika. V případě rezistence na farmakoterapii se přistupuje k ECT.

V rámci hospitalizace jsou pacienti postupně zapojováni do terapeutických aktivit.

V rámci ošetrovatelské péče o manického pacienta je vždy nutné stanovit jasné hranice přípustnosti chování pacienta a zachovávat profesionální přístup (nenechat se vyprovokovat od pacienta a naopak pacienta nevyprovokovat k agresi).

V případě velkého neklidu nebo agrese se přistupuje k restriktivním opatřením (viz 9.2 Restriktivní metody).

Při péči o pacienta v mánii by měl být prováděn dohled na:

- chování, a to z diagnostických důvodů a také s ohledem na jeho bezpečnost; vzhledem ke zvýšenému sebevědomí a zvýšené aktivitě se mohou dostat do situací, kde může hrozit nebezpečí úrazu

- užívání léků, které často odmítají

- příjem stravy - pacienti „nemají čas se najíst“

- příjem tekutin – pacienti „nemají čas pít“ nebo opačně hrozí nadměrný příjem tekutin

- osobní hygienu, pacienti „nemají čas se umýt“, nepocítují potřebu se mýt

- vyprazdňování – pacienti „nemají čas jít na WC“

- oblečení a úpravu – pacienti „nemají čas se obléknout, učesat apod.“ nebo naopak volí naprosto neadekvátní ošacení, ženy líčení

- na somatický stav pacienta – pacienti ignorují příznaky somatických onemocnění, nežádoucích účinků léků atd.

- spánek – monitorace průběhu noci (kdy pacient usnul a kdy se probudil)

Součástí ošetrovatelské péče je i kontrola věcí manických pacientů z hygienických a bezpečnostních důvodů (pacienti často shromažďují různé předměty, potraviny apod.).

Po odeznění akutních příznaků mánie bývá pacient vystaven dopadu svého počínání během mánie (horentní účty za telefon, dluhy na debetních kartách, rozdané vybavení bytu a oblečení, atd.), které je vhodné v rámci ošetrovatelské péče, ve spolupráci se sociální pracovníci, pomoci pacientovi řešit.

Dále by ošetrovatelský personál měl zajistit klidné prostředí ostatním pacientům.

Důraz je kladen na dodržování režimu oddělení, především zachovávání nočního klidu.

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je edukace pacienta, případně i jeho blízkých, především o nutnosti užívání předepsané medikace, včasné rozpoznání a nepodceňování příznaků onemocnění.

(MARKOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, BABIAKOVÁ, 2006)

11.3 Ošetrovatelská péče u katatonního pacienta

Katatonní příznaky se řadí ke kvalitativním poruchám jednání, které jsou provázeny kvantitativními poruchami psychomotoriky (útlumu nebo naopak excitace).

Katatonní syndrom se v současné době vyskytuje sporadicky, přesto však (nebo právě proto) je důležité znát jeho příznaky.

Vývoj katatonního syndromu bývá náhlý, ale můžeme se setkat i s pozvolným rozvojem klinického obrazu.

Katatonního syndrom má dvě formy:

1. neproduktivní (katatonní akinéza)
2. produktivní (katatonní hyperkinéza)

Projevy neproduktivní (stuporózní) formy katatonního syndromu zahrnují:

- psychomotorický útlum
- katalepsie (strnulost, svalová ztuhlost, dlouhodobé udržování polohy)
- flexibilitas cerea (vosková ohebnost), polohu např. končetin lze pasivně změnit přes citelný odpor v kloubech
- negativismus
- mutismus

Projevy produktivní formy katatonního syndromu zahrnují:

- hyperkinéza (zvýšená potřeba pohybu)
- agitovanost
- neklid
- grimasování
- manýrování
- bizarní chování
- stereotypie (opakování určitých pohybů nebo slov)
- echomatismus (opakování činnosti po nějaké osobě)
 - a) echolalie (opakování slov)
 - b) echopraxie (opakování pohybů)
 - c) echomimie (opakování mimiky, napodobování výrazu)
- katatonní rapt (jedenrázový impulzivní projev většinou agrese)
- katatonní agitovanost (déletrvající projevy neklidu, psychomotorické excitace)

Důležitým prvkem, především pro diagnostiku, je skutečnost, že po odeznění akutních příznaků si pacient vše pamatuje.

Katatonní syndrom se vyskytuje např. v rámci schizofrenie (katatonní nebo u některých forem reziduální schizofrenie), organických poruch, posttraumatických stavů nebo jako katatonní epizoda u mentální retrdace. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2011)

Farmakologická léčba se odvíjí od etiologie. U schizofrenie jsou ordinovány antipsychotika, v případě organických poruch jsou antipsychotika kombinovány např. nootropiky. Jako nefarmakologická léčba bývá využívána ECT a rTMS.

Z ošetrovatelského hlediska je nutné mít na paměti, že i u pacienta s projevy neproduktivní formy katatonního syndromu hrozí nebezpečí agrese.

Dále je nutné u pacientů s projevy produktivní formy (např. bizarní chování, echomatismus), stejně jako ve všech ostatních případech, zachovat profesionální přístup a nenechat se pacientovým chováním vyprovokovat.

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je aplikace předepsané medikace a sledování účinku.

Ošetrovatelský personál musí dbát na bezpečnost jak katatonních, tak i ostatních pacientů, a to především zvýšeným pozorováním pacienta z důvodu včasného odhalení příznaků

stoupajícího neklidu či agrese. Dále je vhodné zajistit klid pro pacienty s neproduktivní formou katatonního syndromu.

Pacienti s katatonním syndromem bývají plně odkázáni na ošetrovatelskou péči ve všech denních činnostech (hygiena, oblékání, stravování) včetně dostatečného příjmu tekutin, vyprazdňování (pacienti se mohou pomočit, pokálet). Rozsah pomoci se vždy odvíjí od aktuálního stavu.

11.4 Ošetrovatelská péče u deliriózního pacienta

Deliriózní syndrom souvisí kvalitativní poruchou vědomí.

Delirium se u pacientů rozvíjí rychle, nejčastěji v odpoledních a nočních hodinách.

Průběh bývá bouřlivý a klinický obraz deliriózního syndromu je pestrý.

Po odeznění příznaků se vyskytuje ostrůvkovitá amnézie. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005)

S deliriózními pacienty se v klinické praxi setkáváme často, udává se, že delirium proběhne u 25 % hospitalizovaných pacientů starších 65 let. (PLEVOVÁ, BOLELOUCKÝ, 2000)

Projevy deliriózního syndromu zahrnují:

- amence
- iluze nebo halucinace
- bludy
- dezorientace
- psychomotorický neklid
- excitace
- úzkost
- inkoherence
- agresivita
- porucha spánkového režimu

Deliriózní syndrom se vyskytuje např. u organických psychických poruch, přiintoxikaci, při epilepsii, v rámci některých psychotických poruch, u infekčních nemocí. Mezi rizikové faktory, které mohou ovlivnit propuknutí deliria, kromě výše uvedených nemocí, patří:

- věk nad 65 let
- dehydratace
- imobilizace
- bolest
- spánková deprivace
- polymorbidita
- operační zákrok
- změna prostředí
- emoční stres
- snížení kognitivních funkcí
- smyslové omezení (zraku/sluchu)
- malnutrice
- medikace (např. sedativa, narkotika) (UHROVÁ, KLEMPÍŘ, 2011)

Delirium lze podle příznaků dělit na formy:

1) hyperaktivní delirium, kde převládá psychomotorický neklid, excitace, objevuje se agresivita, dezorientace

- 2) hypoaktivní delirium, při kterém je pacient letargický, somnolentní, dezorientovaný
- 3) smíšená forma deliria (UHROVÁ, KLEMPÍŘ, 2011)

Při léčbě deliria se zaměřujeme na příznaky, tedy především neklid a agresivitu podáváním sedativních antipsychotik. Dále se při farmakologické léčbě v některých případech využívají např. nootropika. Samozřejmostí je léčba primární příčiny deliria (např. infekce). Dále třeba pozornost věnovat dostatečné hydrataci, při bolestech na její tlumení, úpravě spánkového režimu atd.

Deliriózní pacient plně závislý na ošetrovatelské péči ve všech denních činnostech. Ošetrovatelský personál udržuje komfort pacienta (přiměřenou okolní teplotu, dostatečné větrání, čisté lůžko, apod.), pokoj pacienta by měl být i v noci přiměřeně osvětlený (pro snížení dezorientace, prevence iluzí), dále je nutné dbát v případě hyperaktivní formy na bezpečnost pacienta i personálu, při hypoaktivní formě na prevenci imobilizačního syndromu.

Na pacienta je za všech okolností nutné přiměřeně hlasitě a stručně hovořit, vždy pacienta pojmenovávat a komentovat veškeré úkony, které jsou u něho prováděny. Důležitým prvkem v péči o deliriózní pacienty je úprava spánkového režimu. Především v dopoledních a časně odpoledních hodinách, je-li pacient schopen, je žádoucí jej aktivizovat, hydratovat, podávat stravu. Jestliže pacient nosí např. brýle nebo naslouchadlo, je vhodné jejich používání (pro snížení dezorientace).

Dále je třeba se zaměřit na mírnění bolesti, především u pacientů po operačním zákroku. Komunikace, a obecně spolupráce, s deliriózním pacientem je velice problematická, proto je při tišení bolesti aplikovat analgetika, či jiné preparáty tlumící bolest, především dle ordinace lékaře.

11.5 Ošetrovatelská péče u pacienta s organickým psychosyndromem

Organický psychosyndrom je nespecifický syndrom vznikající na základě difúzního poškození mozku.

Rozvoj syndromu je pozvolný. V různé intenzitě postihuje jednotlivé složky psychiky, což se projevuje specifickými příznaky pro danou oblast, a které jsou samostatně pojmenovávány – např. amnestický syndrom, korsakovský syndrom, kortikální demence. (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005)

Počátečním stádiem organického psychosyndromu bývá tzv. **pseudoneurastenický syndrom** (při rychlém rozvoji organického psychosyndromu může toto stádium zcela chybět).

Projevy pseudoneurastenického syndromu zahrnují:

- vyčerpanost
- snížení výkonnosti
- poruchy soustředění
- poruchy paměti
- emoční labilitu
- podrážděnost
- perseverace



- snížení sebekritičnosti
- prodloužený spánek

Dalším stádiem je **korsakovský syndrom**, jehož projevy zahrnují:

- výrazné poruchy paměti v oblasti vstřípivosti (postupně se rozšiřující na starší zážitky)
- konfabulace
- dezorientace
- bradypsychismus
- redukci zájmů

Prohlubování výše uvedených příznaků vede k **dementnímu syndromu**, který se dále projevuje:

- poruchy orientace
- poruchy emotivity - převládá depresivní nálada, ojediněle euforie (kde bývá moria)
- emoční labilita
- emoční inkontinence
- halucinace (většinou sluchové)
- bludy
- tranzitroní zmatenost (především v noci) až delirium
- poruchy sociálního chování
- celkový úpadek osobnosti

Organický psychosyndrom se vyskytuje např. u všech typů demence, po intoxikacích, zánětlivých mozkových onemocněních, při expanzivních nitrolebních procesech, při epilepsii nebo po mozkovém traumatu.

Léčba organického psychosyndromu spočívá především v podávání nootropik, antipsychotik, případně anxiolytik a dále související somatickou terapií.

Ošetrovatelská péče zahrnuje dle stádia syndromu celou škálu ošetrovatelských aktivit. Od aktivizace pacienta, asistenci či lehkou dopomoc při běžných denních činnostech až po komplexní péči o ležícího pacienta.

Důležitým faktorem je vedení pacientů k co největší možné sebekpěči a zachování důstojnosti. Tento přístup klade na ošetrovatelský personál vysoké nároky především v plánování činností, a to tak, aby byl pacientovi poskytnut dostatek času a trpělivé asistence sestry při jednotlivých úkonech.

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je zde také sledování somatických obtíží či symptomů onemocnění z důvodu neschopnosti pacienta si některé příznaky uvědomit nebo verbalizovat své potíže.

11.6 Ošetrovatelská péče u pacienta s abstinenčním syndromem

K abstinenčnímu syndromu dochází po přerušení užívání nebo vysazení návykové látky (drogy, některá farmaka – např. sedativa, hypnotika). Abstinenční projevy mohou být (stejně jako závislosti) psychického, somatického nebo smíšeného rázu.

Rozvoj příznaků abstinenčního syndromu bývá rychlý (do 24 hodin), ale můžeme se setkat i s volnějším rozvojem příznaků. Klinický obraz je velice pestrý, od mírného průběhu až po velice bouřlivý. Také délka trvání se pohybuje v rozmezí řádů hodin až dnů.

Odvykací stav při závislosti na některých látkách bývá spojen s deliriem (např. delirium tremens u alkoholové závislosti). Delirium je charakterizováno triádou:

1. obluzené vědomí a amence
2. halucinace a iluze
3. tremor

Projevy abstinenčního syndromu se liší především dle látky, na které je pacient závislý:

- alkohol: bolesti hlavy, pocit slabosti, poruchy spánku, nesoustředěnost, nauzea, zvracení, pocení, zvýšení krevního tlaku, tachykardie, psychomotorický neklid, iluze, halucinace, třes, epileptoidní křeče
- hypnotika, sedativa: bolesti hlavy, poruchy spánku, pocit slabosti, tachykardie, posturální hypotenze, nauzea až zvracení, třes, psychomotorický neklid, halucinace, iluze, delirium, epileptoidní křeče
- kanabinoidy - odvykací stav se vyskytuje výjimečně (díky pomalému vylučování kanabinoidů z těla): psychomotorický neklid, podrážděnost, úzkost, depresivní nálada, bolesti hlavy
- kokain (přírodní stimulační droga): dysforie, anhedonie, sklíčenost, únava, agitovanost nebo útlum, poruchy spánku, bizarní sny, zvýšená chuť k jídlu, craving; další stimulancia (např. Metamfetamin): únava, útlum, letargie, dysforie, anhedonie, hypersomie, bizarní sny
- opiáty: bolesti hlavy, poruchy spánku, slzení, výtok z nosu, kýchání, bolesti svalů, pocení, tachykardie, nauzea až zvracení, útrobní křeče, rozšíření zornic, zimomřivost, craving
- tabák: craving
- organická rozpouštědla: craving (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012)

Tab. 2 Počet ordinací podle počtu léčených uživatelů alkoholu v roce 2008

Druh zdravotnického zařízení	Počet pacientů								Celkem
	1–10	11–50	51–100	101–150	151–200	201–300	301–400	401 a více	
Fakultní nemocnice	1	-	1	-	-	1	1	3	7
Nemocnice	3	11	8	7	3	1	-	3	36
Psychiatrická léčebna	3	3	1	-	-	1	-	-	8
Ostatní lůžková zařízení	-	1	-	-	-	1	-	-	2
Samostatná ordinace lékaře specialisty - psychiatrie	59	101	53	14	10	7	4	3	251
Zařízení pro léčbu drogových závislostí	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Ostatní ambulantní zařízení	6	6	6	3	1	-	-	1	23
Celkem	72	123	69	24	14	11	5	10	328

Zdroj: NECHANSKÁ, MRAVČÍK, ŠTASTNÁ, BROŽOVÁ, 2011, s. 12

Tab. 3 Počet ordinací podle počtu léčených uživatelů ostatních psychoaktivních látek v roce 2008

Druh zdravotnického zařízení	Počet pacientů								Celkem
	1–10	11–50	51–100	101–150	151–200	201–300	301–400	401 a více	
Fakultní nemocnice	-	1	-	1	1	2	-	1	6
Nemocnice	5	10	5	2	-	2	2	1	27
Psychiatrická léčebna	6	1	-	-	-	-	-	-	7
Ostatní lůžková zařízení	1	-	1	-	-	-	-	-	2
Samostatná ordinace lékaře specialisty - psychiatrie	104	95	16	2	4	1	3	4	229
Zařízení pro léčbu drogových závislostí	-	-	1	2	-	1	-	1	5
Ostatní ambulantní zařízení	6	8	2	2	2	-	1	3	24
Celkem	122	115	25	9	7	6	6	10	300

Zdroj: NECHANSKÁ, MRAVČÍK, ŠTASTNÁ, BROŽOVÁ, 2011, s. 12

Terapie vychází z příznaků odvykacího stavu. Jde především o zvládání neklidu, případně agrese, u některých skupin (např. opioidy, alkohol) se podává substituční léčba. Nedílnou součástí terapie je zvládání somatických příznaků abstinčního syndromu, které mohou mít v některých případech až život ohrožující charakter.

Ošetrovatelská péče je zaměřena na monitorování fyziologických funkcí, zajišťování dostatečné hydratace, dle stavu pacienta sestra sleduje příjem a výdej tekutin, dále je nutné zajistit bezpečnost pacienta i personálu, udržovat pacienta v čistotě a aplikovat předepsanou medikaci.

Během odvykacího stavu dochází k deficitu sebezpečí, z tohoto důvodu je nutné, dle aktuálního stavu pacienta, pomáhat při požadovaných činnostech.

Téměř ve všech případech abstinčního syndromu dochází k poruchám spánku. Sestra proto napomáhá pacientovi k úpravě spánkového režimu.

Během odvykacího stavu je nutné pacienta sledovat, hodnotit jeho chování a zaznamenávat veškeré příznaky (psychické i somatické), které se u něho objeví.

Po odeznění akutních příznaků je třeba pacientovi pomoc s adaptací na běžné činnosti, chod oddělení a terapii.

Literatura:

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0197-9.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-1620-6.

HONZÁK, Radkin. Depresivní pacient. In: *Practicus*. Vol. 7, No. 8, pp. 50-52. ISSN 1213-8711.

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: Pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

NECHANSKÁ, Blanka, Viktor MRAVČÍK, Lenka ŠTASTNÁ a Jana BROŽOVÁ. *Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1959*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. ISBN 978-80-7440-048-3.

PLEVOVÁ, Jarmila a Zdeněk BOLELOUCKÝ. *Psychofarmakoterapie vyššího věku. 2. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-954-4.

RABOCH, Jiří a Jaroslava LAŇKOVÁ. *Deprese. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008. ISBN 978-80-86998-22-0.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

UHROVÁ, Tereza a Jiří KLEMPÍŘ. Delirium – obecný úvod do problematiky. *Neurol. praxi* [online]. Květen 2011, 12(5) 304-306. ISSN 1803-5280. [vid. 9. 2. 2013]. Dostupné z: <https://cs.publero.com/title/neurologie-pro-praxi/5-2011>

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PSYCHIATRII

12 Ošetrovatelská péče v pedopsychiatrii

Pedopsychiatrie je za samostatný obor považována od roku 1871, kdy Karel Slavoj Amerling založil v Praze ústav pro slabomyslné děti.

Pedopsychiatrie má svá specifika, mezi která především patří diagnostika, a to z toho důvodu, že příznaky psychických poruch bývají relativní a je nutné je vždy porovnávat s věkem dítěte, jeho vyspělostí, dále také je třeba brát v úvahu způsob výchovy, osobnosti rodičů, celkové sociální zázemí a v neposlední řadě i jeho projevy ve škole či školce. Jde tedy o komplexní zhodnocení dítěte ve spolupráci s rodinou, psychology, učiteli a případně i sociálními pracovníky.

Pro důkladné poznání dětského pacienta je proto potřebné nejen psychologické vyšetření, ale také se v mnoha případech přistupuje k dlouhodobé observaci dítěte.

Jak již bylo uvedeno, je nutné při diagnostice dětských psychických poruch vztahovat jednotlivé příznaky k biologickému věku dítěte a především k jeho psychomotorickému a sociálnímu vývoji.

Také pro terapii je stěžejní spolupráce s rodinou a školskými institucemi, které dítě navštěvuje. K úspěšné léčbě, která bývá dlouhodobá a náročná především na trpělivost a ochotu spolupracovat jak dítěte, tak především rodičů. Z tohoto důvodu je žádoucí, aby právě rodiče měli dostatek informací, byli motivováni ke spolupráci a měli důvěru v lékaře a ošetrovatelský personál. Je důležité, aby se nebáli pokládat jakékoliv otázky o nemoci dítěte a s tím spojenými záležitostmi a také přiznat pochybení např. v léčebném režimu. (RABOCH, PAVLOVSKÝ et al., 2008)

Obavy z kritiky ze stran zdravotníků mohou vést k poskytování mylných informací o průběhu léčby v domácím prostředí, zvýšených nároků na dítě, případně ventilování frustrace z vlastního selhání na dítěti a obviňování dítěte za komplikace spojené s jeho psychickou poruchou anebo předčasné ukončení léčby.

Vzhledem k faktu, že vznik psychických poruch u dětí a mladistvých zapříčiňují biologické, psychologické i sociální faktory, je třeba terapii pojmout komplexně.

V rámci terapie v pedopsychiatrii se užívá především:

- farmakoterapie
- psychoterapie – v pedopsychiatrii má velký význam, využívá se individuální, skupinová i rodinná psychoterapie
- režimová léčba – závazná pravidla pro pacienty; poskytuje určité mantinely, které korigují chování a jednání dětských i mladistvých pacientů

Mezi dětské diagnózy patří dle MKN (10) soubor poruch psychického vývoje, jejichž začátek je jednoznačně v dětském věku, dochází k postižení vývoje funkcí, které mají vztah ke zrání centrálního nervového systému a projevy poškození jsou rovnoměrné bez remisí a relapsů.

Obvykle dochází k postižení řeči, prostorové orientace a motorické koordinace. Daná porucha se většinou s růstem dítěte mírní. V některých případech dochází k přetrvávání drobnějších poruch do dospělého věku.

Do souboru poruch psychického vývoje (F80 – F89) patří:

Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka – jde o narušení způsobu osvojení řeči od raných stádií; abnormality nejsou vyvolávány senzoryckými, neurologickými poškozeními, mentální retardací, poškozením řečového mechanismu nebo vnějšími faktory; tato porucha řeči není závislá na situaci (např. nemizí v klidném prostředí)

- Specifická porucha artikulace řeči – dítě používá řečových zvuků, které neodpovídají úrovni jeho mentálního věku, přičemž řečová dovednost je odpovídající mentálnímu věku
- Expresivní porucha řeči – při mentální úrovni odpovídajícímu jazykovému chápání je porušena schopnost expresivně mluvené řeči; tato porucha může být spojena s poruchou artikulace
- Receptivní porucha řeči – chápání řeči je pod úrovní mentálního věku dítěte; bývá často spojena s expresivní poruchou a poruchami tvorby zvuku a slov
- Získaná afázie s epilepsií (Landau-Kleffner) – jde o receptivní i expresivní poruchy řeči; začátek poruchy souvisí s abnormalitami EEG a většinou s epileptickými záchvaty
- Jiné vývojové poruchy řeči nebo jazyka – patlavost
- Vývojová porucha řeči nebo jazyka NS (nezařazená jinde)

Specifické vývojové poruchy školních dovedností – tedy kognitivních procesů, jako je poznávání, zapamatování a schopnosti učení; tyto poruchy nejsou následkem mentální retardace nebo onemocněním či poraněním mozku; k poruchám způsobu získávání dovedností dochází již v časných stádiích vývoje

- Specifická porucha čtení – může být postiženo chápání čteného, dovednost hlasitého čtení, odpovídání na čtené otázky; k poruše čtení bývá často přidružena porucha psaní; během školní docházky se objevují v této souvislosti také poruchy chování a emocí
- Specifická porucha psaní a výslovnosti – jde o výrazné specifické poškození dovednosti psát a současně poruchu schopnosti orální výslovnosti bez poruchy čtení
- Specifická porucha počítání – porucha běžného počítání (sčítání, odčítání, násobení, dělení); porucha abstraktnějších početních úkonů bývá porušena v menší míře
- Smíšená porucha školních dovedností – v této diagnóze je výrazně porušena schopnost počítat, číst a psát; nejde o porušení těchto dovedností pouze na základě mentální retardace nebo nedostatečnou výukou
- Jiná vývojová porucha školních dovedností – vývojová porucha expresivního psaní

- Vývojová porucha školních dovedností NS (nezařazené jinde)

Specifická vývojová porucha motorických funkcí – projevující se motorickou neobratností, poruchou prostorového a zrakově pohybového vnímání; objevují se známky postižení jemné i hrubé motoriky; v souvislosti s touto diagnózou se setkáváme s termínem „syndrom nemotorného dítěte“.

Smíšené specifické vývojové poruchy – jde o seskupení projevů poruch řeči a jazyka, školních dovedností a motorické funkce, kde ale žádný z projevů není tak dominantní, aby mohl být charakterizován jako samostatná jednotka; výběr této diagnózy by měl být založen na faktu, že postižení splňuje kritéria nejméně pro dvě z výše uvedených poruch.

Pervazivní vývojové poruchy – kvalitativní abnormality motorické, kognitivní, emoční, řečové a sociální úrovně dítěte, které nejsou závislé na situaci či prostředí

- Dětský autismus – zahrnuje poruchu vývoje manifestující se před třetím rokem dítěte a charakteristickou psychopatologií v oblasti reciproční sociální interakce, komunikace a stereotypní chování; dále se objevují další nespecifické příznaky jako např. fobie, poruchy spánku, návaly zlosti (temper tantrum) a sebeagrese
- Atypický autismus – odlišuje se od dětského autismu tím, že se jeho počátek objevuje později nebo diagnostická kritéria nepokrývají výše uvedenou psychopatologii; vyskytuje se často u retardovaných jedinců nebo u dětí s těžkou vývojovou receptivní poruchou řeči
- Rettův syndrom – objevuje se u dívek v období 7–24 měsíců; dochází ke ztrátě řeči, obratnosti při chůzi a pohybech rukou, je zastaven sociální vývoj; typické jsou kroutivé stereotypní pohyby rukou, spontánní hyperventilace; dochází k těžké mentální retardaci
- Jiná dětská dezintegrační porucha – dochází ke ztrátě získaných dovedností v rámci normálního vývoje; dále je přidružena ztráta zájmu o okolí, porucha sociálních interakcí a komunikace
- Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby – zahrnuje těžkou mentální retardaci (IQ pod 34), hyperaktivitu, poruchy pozornosti, stereotypní chování; často je tato porucha provázena vývojovými opožděními;
- Aspergerův syndrom – kvalitativní porucha reciproční sociální interakce, stereotypní repertoár zájmů a aktivit, objevuje se nemotornost; kognitivní schopnosti a vývoj řeči není porušen
- Jiné pervazivní poruchy
- Pervazivní vývojová porucha NS (nezařazené jinde)

Jiné poruchy psychického vývoje – vývojová agnosie

Neurčená porucha psychického vývoje – poruchy vývoje NS (nezařazené jinde)

Dalším souborem pedopsychiatrických diagnóz jsou poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (F90-F98) kam se řadí:

Hyperkinetické poruchy – jejich počátek bývá v prvních pěti letech dítěte, typická je snížená vytrvalost v činnostech, dezorganizovaná, nadměrná a obtížně regulovatelná aktivita; bývá přítomna neukázněnost, impulzivita

- Poruchy aktivity a pozornosti - nedostatek pozornosti s hyperaktivitou
- syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou

- Hyperkinetická porucha chování – hyperkinetická porucha sdružená s poruchou chování

- Jiné hyperkinetické poruchy
- Hyperkinetická porucha NS (nezařazené jinde)

Poruchy chování – typické pro tyto poruchy je opakované agresivní a vzdorovité chování překračující sociální normu chování pro daný věk, a to po dobu nejméně 6 měsíců; mezi chování, které je určující pro tuto diagnózu patří nadměrné praní, týrání, krutost k lidem či zvířatům, závažné ničení majetku, zakládání požárů, krádeže, opakované lži, záškoláctví, útěky z domova, časté výbuchy vzteku, nekázeň

- Porucha chování vázaná na vztahy v rodině – disociální nebo agresivní chování mířené na rodinu nebo domov
- Nesocializovaná porucha chování – trvalé disociální nebo agresivní chování spojené s pervazivním narušením vztahu dítěte k ostatním dětem
- Socializovaná porucha chování - trvalé disociální nebo agresivní chování dítěte uspokojivě integrovaného mezi vrstevníky; do této skupiny se např. řadí skupinové delikvence, poklesky v souvislosti s členstvím v gangu, krádeže s partou, záškoláctví
- Opoziční vzdorovité chování – u mladších dětí s výrazně vzdorovitým a neposlušným chováním bez delikventních činů
- Jiné poruchy chování
- Porucha chování NS (nezařazené jinde)

Smíšené poruchy chování a emocí – jde o trvale agresivní, disociální nebo vzdorovité chování s jasnými příznaky poruch emocí

- Depresivní porucha chování – porucha chování s trvale výraznou depresí projevující se nadměrným smutkem, nedostatkem zájmu, anhedonií, poruchou spánku a nechutenstvím
- Jiné smíšené poruchy chování a emocí – kombinace poruchy chování s trvalými emočními symptomy (anxieta, obsese, kompulze, depersonalizace nebo derealizace, fobie, hypochondrie)
- Smíšená porucha chování a emocí NS (nezařazená jinde)

Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství – tyto poruchy lze označit jako potencované rysy normálního vývoje dané věkové skupiny

- Separáčnická úzkostná porucha v dětství – strach z odloučení vyvolávající úzkost, která je spjata s poruchou sociálního fungování
- Fobická anxiózní porucha v dětství – vystupňované dětské strachy, které se objevují u většiny dětí
- Sociální anxiózní porucha v dětství – úzkost nebo obava z cizích lidí nebo nepochopení sociální situace vzniklé v útlém dětství a abnormální svou tíží; úniková porucha v dětství nebo dospívání
- Porucha sourozenecké rivality – vystupňovaná emoční porucha např. po narození sourozence; sourozenecká žárlivost
- Jiné dětské emoční poruchy – porucha identity; nadměrná úzkostná porucha
- Dětská emoční porucha NS (nezařazené jinde)

Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání – poruchy v sociálních funkcích, které jsou mnohdy vyvolané nedostatky zevního prostředí

- Elektivní mutismus – mlčení v určitých situacích; často sdružené se sociální úzkostí, citlivostí, odporem
- Reaktivní porucha přichylnosti dětí – poruchy ve vzorci sociálních vztahů spojené s reaktivními emočními poruchami; počátek této poruchy je v prvních pěti letech věku

dítěte; výskyt je podmíněn pravděpodobně nezájmem rodičů nebo špatným zacházením s dítětem

- Porucha desinhibovaných vztahů u dětí – citově chladná psychopatie; syndrom ústavního dítěte
- Jiné dětské poruchy sociálních funkcí
- Porucha dětských sociálních funkcí NS (nezařazené jinde)

Tiky – mimovolní, rychlý, opakující se, nerytmický pohyb obvykle jedné ohraničené svalové skupiny nebo zvukový projev bez zřejmého smyslu; může být potlačen a znovu se objevit např. ve stresu, ve spánku vymizí

- Přečodná tiková porucha – tik nepřetrvávající déle než rok
- Chronické motorické nebo vokální tiky – trvají déle než rok
- Kombinovaná tiková porucha vokální a mnohočetná motorická – tiky se nemusejí objevovat současně; hlasové tiky bývají vícečetné, mohou se objevovat obscénní slova, někdy je přidružena i obscénní gestikulace (kopropraxie); příznaky se zhoršují v dospívání, mohou přetrvávat do dospělosti
- Jiné druhy tiků
- Tiková porucha NS (nezařazené jinde)

Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání – heterogenní skupina poruch; jde o syndromy nebo jen soubory příznaků často sdružených s psychosociální poruchou

- Neorganická enuréza – mimovolní odchod moče během dne i noci; neadekvátní věku; nemusí být spojena s rozsáhlejší poruchou emocí nebo chování; není důsledkem neudržení moči na základě neurologické poruchy či anatomické abnormality
- Neorganická enkopréza – volní nebo mimovolní odchod stolice nepatologické konzistence za sociálně nevhodných podmínek; může být spojena s emoční poruchou nebo poruchou chování
- Poruchy příjmu potravy v kojeneckém a dětském věku – různá symptomatologie pro kojenecký a časně dětský věk; jde o odmítání stravy, akcentovaná vybíravost; může být přidružena ruminace (navracení potravy bez nauzey nebo patologií gastrointestinálního traktu)
- Pika kojenců a dětí – trvalé požívání látek, které nejsou potravou (zemina, barvy,...); často se objevuje u mentálního postižení
- Stereotypní pohybové poruchy – volní, opakované, stereotypní, nefunkční pohyby jako např. potřásání hlavou, pohupování, kroucení vlasů; sebepoškozující stereotypní chování: opakované údery do hlavy, píchání do očí, kousání rtů; často tyto poruchy jsou přítomny u mentální retardace
- Koktavost – zadržování v řeči – časté opakování nebo prodlužování slabik nebo slov
- Breptavost – rychlá řeč s přestávkami, nerytmická, trhavá, často chybné vyjadřování a nesrozumitelná
- Jiné určené poruchy chování a emocí, se začátkem vyskytujícím se obvykle v dětství a v dospívání – nedostatek pozornosti bez hyperaktivity; nadměrná masturbace; kousání nehtů, dloubání v nose; cucání palce
- Neurčené poruchy chování a emocí, se začátkem vyskytujícím se obvykle v dětství a v dospívání

V dětském věku se můžeme setkat s různými diagnózami dospělého věku, které nemají pro dětství diagnostická kritéria, jako např. schizofrenie nebo poruchy příjmu potravy. (UHLÍKOVÁ, 2011)

Mezi tyto psychické poruchy se řadí:

Schizofrenie v dětství a adolescenci (F20) – u dětí a adolescentů se před propuknutím typických příznaků schizofrenních poruch (halucinace, bludy, inkoherentní myšlení atd.) se objevují příznaky jako je zvýšená hloubavost nad smyslem života, únava, depresivní ladění, lhostejnost, suicidální úvahy;

První příznaky schizofrenie se objevují v 70 % mezi 10. a 25. rokem věku pacienta

Afektivní poruchy dětí a dospívajících (F30)

- Depresivní příznaky, které se liší dle jednotlivých vývojových etap dítěte; u menších dětí se jedná např. o zpomalený motorický vývoj, větší plačtivost, zhoršení sociálních dovedností, ztrátu iniciativy, poruchy komunikace; ve školním věku se přidružují stížnosti dětí na bolesti hlavy, břicha, pocity viny, celkovou únavu, dále rozlady, úzkosti, poruchy stravování, zhoršení školních výsledků; u adolescentů se obvykle objevují během dne propady nálad, pocity tenze či apatie často řeší rizikovým chováním (užívání návykových látek, střídání sexuálních partnerů apod.) a setkáváme se také se somatickými příznaky (např. nechutenství);

- Bipolární afektivní porucha – prvotní příznaky se ve 20 % objevují již v adolescenci; dochází k rychlejšímu střídání depresivních a manických fází, oproti dospělosti se v adolescenci častěji vyskytují psychotické příznaky

Neurotické poruchy v dětství a dospívání (F40) – důsledkem neurotických poruch v dětství je především omezení sociálního fungování dítěte a tím i zhoršení vzdělávacího procesu; do této skupiny poruch se řadí:

- Fobické úzkostné poruchy
- Obsedantně-nutková porucha
- Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení
- Disociativní poruchy
- Somatoformní poruchy

Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících (F50) – jde o časté onemocnění, postihující dívky od dětství až do dospělosti; počátky příznaků se objevují již před 12 rokem, poměrně častým doprovodným jevem je sebepoškozování; poruchy příjmu potravy (ve smyslu problémů s jídlem – odmítání, vybíravost apod.) v útlém dětství ovlivňují fyzický, kognitivní, emoční i sociální vývoj dítěte;

mezi poruchy příjmu potravy v dětském věku patří:

- Ruminační porucha – opakovaná regurgitace potravy, její přežvýkání a opětovné polykání provázené příjemnými pocity
- Infantilní mentální anorexie
- Pika – viz Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání; pro diagnostiku psychické poruchy je nutné vyloučit somatické onemocnění (např. nízkou hladinu Fe v krvi)
- Emoční porucha spojená s odmítáním jídla- projevující se strachem z jídla, nevolností až zvracením s důsledkem úbytku hmotnosti
- Syndrom pervazivního odmítání potravy – objevuje se u dívek mezi 8-14 rokem života; doprovodnými příznaky je odmítání komunikace a péče o sebe sama

- Syndrom vybíravosti v jídle – i přes omezený výběr jídel je množství potravy dostatečné; porucha obvykle spontánně mizí v období adolescence
- Posttraumatická porucha krmení, psychogenní dysfagie – jídlo je odmítáno ze strachu např. ze zvracení nebo aspirace; poruchy vznikají na základě nepříjemného zážitku (např. zvracení, vyšetření GIT)
- Syndrom nočního ujídání nebo upíjení (zařazen v poruchách spánku) (PAPEŽOVÁ, 2010)

Poruchy spánku u dětí a dospívajících (F51) – tato skupina je heterogenní, je nutné rozlišovat fyziologické nuance spánkového režimu dle jednotlivých vývojových etap dětského věku a dále i somatické důvody poruch spánku

Poruchy osobnosti (F60) – prvotní příznaky poruch osobnosti lze nalézt v období adolescence, ale vzhledem k nedokončenému zrání jedince se tato diagnostická skupina užívá až v dospělosti (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012)

I z ošetřovatelského hlediska má pedopsychiatrie svá specifika. Kromě obecných znalostí z psychiatrie je nutné, aby sestra znala psychomotorický a sociální vývoj dítěte a to nejen z důvodu znalosti příznaků duševních poruch u dětí a mladistvých, ale zvláště protože pacienti v jednotlivých vývojových fázích vyžadují odlišný přístup.

Je třeba si uvědomit, že i pro dospělého člověka je každá hospitalizace velkou zátěží, natož pak pro dětského pacienta. Sestra v rámci ošetřovatelské péče by měla pomoci dítěti se adaptovat na hospitalizaci pomocí získaných informací od různých zdrojů (oslovování dítěte, oblíbená hračka, oblíbená činnost, zájmy, různé návyky, apod.).

Veškeré ošetřovatelské intervence je nutné vždy přizpůsobit možnostem dítěte tak, aby v co největší míře spolupracovalo, a aby se eliminovaly jeho negativní prožitky.

Literatura:

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ et al. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-586-4.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

UHLÍKOVÁ, Petra. Dětská a dorostová psychiatrie. In: *Postgraduální medicína* [online]. 2011,13, 2, 209-214. ISSN1212-4184. [vid. 15. března 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/detska-a-dorostova-psychiatrie-457931>

WHO. *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. – 2. Aktualizované vydání*. Geneva: WHO, 2008. ISBN 92 4 154649 2.

13 Ošetřovatelská péče v gerontopsychiatrii

Gerontopsychiatrie se začala ČR rozvíjet v polovině 20. století především díky aktivitám doc. MUDr. M. Vojtěchovského, CSc., MUDr. Q. Kümpela, CSc. a doc. MUDr. J. Bašteckého, CSc. (JIRÁK, 2013)

Gerontopsychiatrie řeší diagnostiku, léčbu a rehabilitaci duševních poruch u osob vyššího věku. Hraničním věkem pro rozlišení pacientů spadajících do oblasti gerontopsychiatrie je 65 let.

Geriatric and gerontopsychiatry are currently very developing areas of medicine and nursing, and this is primarily due to the increasing life expectancy of seniors.

The 21st century is often called the century of dementia, which is precisely due to the increasing life expectancy of seniors.

Statistics indicate that 5% of the population suffers from dementia. Most commonly, it is represented by Alzheimer's disease, and it is estimated that in the population aged 65, the probability of developing Alzheimer's disease is 15% (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012).

The complexity of dementia exceeds the expertise of gerontopsychiatry. Nursing staff, who will increasingly encounter patients with dementia in various types and stages, will also have to deal with it in other fields (notably pediatrics, as dementia can also occur in childhood), in all specialties and in all types of health facilities.

This complexity is also very relevant in the field of social work, as it is precisely clients with dementia who represent a high percentage of users of social care.

Manifestations and behavior of seniors, as well as their mental disorders, have their own specificities, among which are:

- polymorbidita
- psychiatrická komorbidita
- neschopnost verbalizovat své pocity nebo problémy
- somatické potíže (duševní poruchy se projevují tělesnými příznaky)
- dekompenzace somatického stavu se projevuje příznaky duševní poruchy
- hypochondrické zpracovávání různých stavů
- neúplné vyjádření klinických příznaků
- modifikované a atypické klinické obrazy
- častější/výraznější nežádoucí účinky psychofarmak
- sociální problematika (finanční zabezpečení, bydlení, nesoběstačnost, rodinné vztahy apod.) (LUŽNÝ, 2012)

Psychopathological manifestations of mental disorders in old age can be divided into three groups:

1. příznaky kognitivních funkcí (paměť, myšlení, intelekt, pozornost, úsudek, schopnost plánovat, organizovat, zpracovávat informace)
2. příznaky nekognitivních funkcí (vnímání, pudy, osobnost, emoce)
3. příznaky integrálních funkcí (vědomí, jednání, chování), které jsou dány součinností kognitivních a nekognitivních funkcí

Mental disorders in the field of gerontopsychiatry can be divided into two groups. One group consists of disorders that the patient brings with them from adulthood. To this group belong, for example, bipolar disorders, substance dependence, psychotic disorders, anxiety disorders, sleep disorders, etc.

Treatment of these disorders is already set, but earlier or later, problems and complications arise, especially due to the characteristics of old age, such as polymorbidity.

And then there are mental disorders that newly arise in old age. These include, for example, organic affective disorders, organic anxiety disorders. In this area, we most often encounter dementia and delirious states (see 11.4 Nursing care of a delirious patient and 11.5 Nursing care of a patient with organic psychosyndrome).

The term **dementia** includes diseases that typically occur in old age (except for toxic, traumatic, etc.). It refers to a "syndrome of usually chronic or progressive course, characterized by a progressive deterioration of cognitive functions (memory, orientation, judgment, etc.)

abstraktní myšlení, počítání, porozumění slyšenému i psanému slovu, úsudek apod.), dále pak deterioraci v emoční oblasti (otupení emocí, výskyt patických nálad i afektů), v motivaci, zhoršení fungování v sociální oblasti.“ (LUŽNÝ, 2012, s. 36)

Typickým znakem demence je její postupný nástup a trvalé zhoršování kognitivních funkcí. (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012)

V rámci demence dochází k postižení v oblasti (ABC schéma):

- **A** (Activity of Daily Living) - aktivit všedního dne
- **B** (Behavioral and Psychological Symptoms) – chování, emocí a psychotické symptomatologie
- **C** (Cognitive Functions) – kognitivních funkcí

Následující schéma (DEMeNTIA) znázorňuje nejčastější příčiny demence:

D (Degenerative Process/Drugs) – degenerativní procesy/farmakogenně navozená demence

E (Endocrinopathy) – endokrinologické poruchy

M (Metabolism) – metabolické poruchy

N (Nutrition/Normothense Hydrocephalus) – výživa/normotenzní hydrocefalus

T (Toxins/Trauma/Tumors) – toxiny/kraniocerabrální poranění/nádory

I (Ischemia/Infections) – ischemické příčiny /infekce

A (Age/Abuse/Autoimmunity/Atrophy) – věk, autoimunitní příčiny, mozková atrofie

Vzhledem k rozsáhlosti problematiky demencí existuje několik možných dělení.

Demence je dle závažnosti příznaků dělena MKN-10 na:

- mírnou – porucha paměti a dalších kognitivních funkcí je evidentní, ale není ještě překážkou pro samostatný život pacienta
- středně těžkou – porucha paměti a dalších kognitivních funkcí vyžaduje pomoc pečujících
- těžkou – porucha paměti a dalších kognitivních funkcí je kritická

Demence dále můžeme dělit dle etiopatogeneze na:

a) atroficko-degenerativní

- Alzheimerova choroba

Začíná nenápadně, plíživě a její průběh bývá plynule progredující. První příznaky této demence se mohou objevit již před 65 rokem života. Nejdříve vždy dochází k poruchám kognitivních funkcí, kdy si pacienti začínají uvědomovat poruchy paměti, především v oblasti vstřípivosti. V dalších stádiích se prohlubuje kognitivní poruchy, pacienti selhávají v činnostech denního života (z počátku v oblasti instrumentálních činností). V terminálním stádiu demence pacienti nepoznávají své blízké, okolí, jsou dezorientováni, plně závislí ve všech oblastech na ošetrovatelské péči.

Doba přežití od prvních příznaků je v průměru 7–10 let.

- demence s Lewyho tělísky

Postihuje většinou seniory (častěji muže) nad 75 let. Pro tuto demenci je typické časté kolísání stavu, je postižena především pozornost. Z ošetrovatelského hlediska je nutné brát v úvahu vysoké riziko pádu, protože bývá porušena chůze (hypertonicko-hypokinetický syndrom), dále se mohou objevovat halucinace, bludy, depresivní symptomatika. U demence s Lewyho tělísky se také častěji setkáváme s rozvojem deliria.

- demence při Parkinsonově chorobě

K rozvoji demence u pacientů trpících Parkinsonovou chorobou dochází v 10–20 %. Pro tyto pacienty je typický nízkofrekvenční třes, šouravá chůze, porucha stability, dále pak bradypsychismus, bradylogie (zpomalená řeč), můžeme se také setkat se stereotypiemi v jednání nebo psychotickou symptomatologií.

- FTD - frontotemporální demence (např. Pickova choroba)

Pro tuto demenci je typický pomalý začátek, první příznaky se mohou objevit před 65 lety věku pacienta. Dochází k úbytku spontaneity, emočním výkyvům, pacient ztrácí přehled o sociální přípustnosti svého chování, objevují se příznaky jako moria, nepřizpůsobivost, hypersexualita, anetičnost, apatie, pika, dále i příznaky v oblasti řeči, jako např. perseverace, echolalie, agramatismy apod. až mutismus.

Pacienti bývají plně inkontinentní, mají poruchy stability a chůze, v terminálních stádiích hrozí nebezpečí aspirace z důvodu poruch polykání.

- demence u Huntingtonovy choroby

Pro Huntingtonovu chorobu jsou typické motorické příznaky ve smyslu choreatických pohybů, dysartrie (porucha artikulace), objevují se i poruchy polykání. V oblasti psychiatrických příznaků se setkáváme např. s agitovaností, impulzivitou, depresivní náladou, úzkostmi, poruchami soustředění, poruchami paměti apod.

Progrese onemocnění je pomalá, ke smrti dochází během 10–15 let. V pokročilých stádiích této demence dochází k imobilizaci pacienta (včetně mutismu), který je tedy plně odkázán na ošetrovatelskou péči ve všech oblastech.

- dále např. demence u multisystémové atrofie, neurodegenerativní demence, demence smíšené etiologie

b) sekundární (symptomatické)

- vaskulární demence

Vzniká na základě cerebrovaskulární poruchy. Demence vzniká při poruše nejméně 100 ml mozkové tkáně (v oblastech strategických pro paměť více než 50 ml). (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012)

Pro příznaky a průběh vaskulárních demencí je rozhodující lokalizace a velikost infarktového ložiska.

Dle MKN-10 jsou rozeznávány 4 podtypy vaskulární demence:

1. vaskulární demence s akutním začátkem
2. multiinfarktová demence
3. subkortikální vaskulární demence
4. smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence

- demence infekční etiologie

Např. demence vzniklé na podkladě HIV/AIDS, Lymeské boreliózy, klíšťové meningoencefalitidy apod.

- demence prionové etiologie

Do této skupiny patří např. demence vzniklé na podkladě Creutzfeld-Jacobovy choroby. Jde o velice progresivní demenci s dominantními neurologickými příznaky. Ke smrti dochází obvykle do 1 – 2 let.

- demence intoxikační etiologie

Mezi demence vzniklé na podkladě intoxikace je řazena také farmakogenní intoxikace, dále např. intoxikace oxidem uhelnatým nebo alkoholová demence.

- metabolicky podmíněné demence

Jde např. demence při Wilsonově chorobě, hepatálním selhávání, při hypovitaminózách, při tyreopatiích nebo po metabolickém rozvratu.

- traumaticky podmíněné demence (demence u kraniocerebrálních traumat)

Ke kraniocerebrálním traumatům může docházet jednorázově nebo opakovaně. Jsou popsány demence sportovců, u kterých docházelo k chronické traumatizaci kraniocerebrální oblasti (typicky u boxu, fotbalu, rugby)

- demence na podkladě normotenzního hydrocefalu

Pro normotenzní hydrocefalus je typická Hackimova triáda:

1. inkontinence
2. poruchy chůze
3. demence

- demence nádorové, paraneoplastické etiologie a vzniklé na základě jiného intrakraniálního expanzivního procesu (meningeomy, astrocytomy, dále např. při bronchogenním karcinomu, karcinomu pankreatu; aneurysma, absces)

Dělení demence dle lokalizace hlavních patologických změn:

- **kortikální demence** postihující především mozkovou kůru, do této skupiny patří např. demence Alzheimerova typu, demence s Lewyho tělísky nebo frontotemporální demence; objevuje se neurologická symptomatologie ve smyslu afázie, agnozie (neschopnost rozpoznávat osoby/předměty), apaxie apod.

- **subkortikální demence**, která zasahuje podkoří, příkladem je demence při Parkinsonově nebo Huntingtonově chorobě; typickým příznakem je bradypsychismus, apatie, extrapyramidové příznaky nebo autonomní dysregulace a dále demence při postižení

- **frontálního laloku**, při které jsou typické poruchy chování a emocí

- **temporálního laloku** s poruchami paměti, řeči a často se objevujícími halucinacemi nebo iluzemi

- **parietálního laloku**

- při postižení dominantní hemisféry může docházet k agnozii, afázii, apraxii

- při postižení nedominantní hemisféry se může objevit neglect syndrom (pacient zanedbává/ignoruje druhou polovinu těla), anozognozie (neschopnost si uvědomovat svůj zdravotní stav)

- **okcipitálního laloku**, pro kterou jsou typické zánikové příznaky postižení asociačních oblastí (např. skotomy – výpadky zorného pole) nebo naopak iritační příznaky (např.

zrakové pseudohalucinace, falešné zrakové vjemy: fosfény – mžitky před očima, scintilace – záblesky nebo dysmorfopsie – pokřivené tvary pozorovaného) (LUŽNÝ, 2012)

Jedním ze základních pilířů diagnostiky v gerontopsychiatrii je kromě např. zobrazovacích metod (CT, MR) i vyšetření kognitivních funkcí.

Mezi orientační škály hodnotící kognitivní funkce patří **MMSE** (Mini-Mental State Examination).

MMSE se skládá z 30 položek – otázek nebo úkolů. Každá správně zpracovaná položka je skórována 1 bodem. Maximální počet bodů při bezchybném provedení celého testu je 30 (viz níže vyhodnocení MMSE).

MMSE měří nespécifický, celkový kognitivní a mnestický (paměťový) výkon pomocí hodnocení:

- orientace
- pozornosti
- recentní paměti
- výbavnosti
- opakování instrukce
- splnění instrukce (třísložkové)
- splnění zapsané instrukce
- čtení
- psaní
- počítání
- pojmenovávání předložených věcí
- překreslení geometrického dvojobrazce dle předlohy

Vyhodnocení MMSE:

- normální nález: 27-30 bodů
- hraniční nález: 26 bodů
- lehká demence: 18–25 bodů
- středně těžká demence: 6–17 bodů
- těžká demence: méně než 6 bodů

Dalším hojně využívaným testem je **CDT** (Clock Drawing Test – **test kreslení hodin**), pomocí kterého se hodnotí nejen paměť, ale i pozornost, představivost, rozhodování a zrakově-prostorové funkce. Hodnotí tedy kognitivní funkce a také exekutivní složku celkového výkonu pacienta.

Tento test je na administraci velice jednoduchý. Pacientovi je dána instrukce, aby na volný list papíru nakreslil ciferník hodin, zakreslil obvyklým způsobem číslice a ručičky hodin dle zadaného času.

V odborné literatuře se můžeme setkat s celou řadou způsobů hodnocení. Nejčastěji se využívá tzv. Schulmanovo hodnocení, při kterém je maximální hodnocení 1 a za patologický nález je považována hranice mezi 2 a 3 body:

- bezchybné nakreslení ciferníku, zakreslení číslic a ručiček dle zadaného času: 1 bod
- drobné chyby v kresbě ciferníku a číslic neovlivňující správné zakreslení ručiček dle zadaného času: 2 body

- správné nebo lehce chybné zakreslení ciferníku a číslic s nesprávným zaznamenáním zadaného času: 3 body
- pacient není schopen zaznamenat zadaný čas, chybně zakresluje číslice (např. nerovnoměrné zakreslení číslic): 4 body
- zvýrazněné konstrukční a prostorové chyby (není možná interpretace zadaného času nebo popis ciferníku): 5 bodů
- nepochopení zadání, neprovedení instrukcí nebo provedení jiných úkonů, absence snahy pacienta: 6 bodů

Mezi další užívané testy kognitivních funkcí, které jsou již náročnější na čas i administraci patří např. **MoCA** (Montreal Cognitive Assessment), **CAMCOG** (Camgrige Cognition Examination), **ACE** (Addenbrook Cognitive Examination) a další.

Pro diferenciaci mezi atroficko-degenerativními demencemi Alzheimerova typu a vaskulárními demencemi se využívá **Hachinského ischemické skóre**. (LUŽNÝ, 2012) Hachinského ischemické skóre se skládá ze 13 položek, kterým jsou přidělovány 1 nebo 2 body. Hodnotí se klinické příznaky a anamnestická data (např. posupují deteriorace kognitivních funkcí, noční zmatenost, deprese, somatické obtíže, hypertenze v anamnéze/v současnosti)

- 0–4 body: pravděpodobně se jedná o atroficko-degenerativní demenci
- 5–6 bodů: nerozlišující skóre (může se jednat o smíšenou demenci)
- 7 a více bodů: pravděpodobně se jedná o vaskulární demenci

V gerontopsychiatrii (ale i v geriatrii) lze hojně využívat i další škály, které představují velice efektivní hodnotící nástroj.

Pro hodnocení psychopatologie se např. užívá (viz 7. Diagnostika v psychiatrii):

- **MADRS**
- **HAM-D**
- **HAM-A**

Z ošetřovatelského hlediska je vhodné hodnotit:

- soběstačnost

Nejužívanějšími testy pro hodnocení soběstačnosti, tedy aktivit denního života (ADL), kde se např. hodnotí stupeň závislosti v základních denních činnostech (např. příjem stravy, osobní hygiena, používání WC, chůze apod.) je **Brthelové index**, **Katzův index nezávislosti**, hodnocení funkční nezávislosti – **FIM** (Functional Independence measure), **IADL** (Instrumental Activities of Daily Living).

Mezi další škály, které se využívají, patří Dotazník soběstačnosti -

DAD (Disability Assesement for Dementia), jehož administrace probíhá rozhovorem s pečujícími. Škála zahrnuje hodnocení základních denních aktivit (činnosti důležité pro sebezpečí jako je např. oblékání, hygiena, stravování), manipulace s přístroji/nástroji/pomůckami při denních činnostech (např. schopnost připravit si jídlo, telefonování, domácí práce, starání se o finance, užívání léků apod.) a trávení volného času (zájmy a činnosti s nimi související).

Dále je k dispozici např. Dotazník funkčního stavu - **FAQ** nebo Bristolská škála denních aktivit – **BADLS**.

- výkonnost/mobilitu

FTSST (Five Times Sit to Stand Test) – při tomto testu pacient sedí na židli bez opěrek, ruce má zkřížené na prsou a 5x co nejrychleji vstane a opět si sedne.

TUG (Timed Up and Go Test): pacient ze sedu vstane, ujde 3 m, otočí se, jde zpět k židli a posadí se.

Hand Grip Test (test ruční dynamometrie - síly stisku ruky): pacient má předloktí opřené o stůl, měří se pomocí dynamometru, který pacient stiskne 2x za sebou dominantní končetinou

MST (screeningový test mobility) obsahuje 9 hodnocených položek ve smyslu normální/abnormální. Jde o sed na židli, vstávání, stoj, stoj při tlaku na sternum pacienta, stoj v mírném záklonu, zdvižení předmětu ze země, chůze a otočení.

- stoj a rovnováha

V **anamnéze** (v rámci sběru informací od pacienta nebo v dokumentaci) hledáme informace o pádech v minulosti včetně jeho souvislostí.

Rombergova zkouška se provádí tak, že se porovnává stabilita pacienta ve stoji s otevřenýma a zavřenýma očima.

BBS (Berg Balance Scale) hodnotí posturální stabilitu pacienta během 14 úkolů s ohledem na míru soběstačnosti

Gaitův funkční test se využívá k hodnocení rovnováhy. Pacient sedí 60 s na židli, postaví se, 30 s stojí, přejde místnost, otočí se, vrátí se k židli a opět se posadí.

Tinetti Test je rozdělen na část hodnotící rovnováhu a chůzi. Hodnotí se sed na židli, stoupnutí ze židle, stabilita po stoupnutí, stabilita při tlaku na sternum pacienta, stabilita při zavřených očích, při otočení se o 360 ° a opětovné sednutí. V rámci chůze se hodnotí započetí chůze, délka a výška kroku, zvedání nohou (šourání), symetrie a kontinuita kroku, dráha pohybu, zapojení těla do pohybu, čas. Výsledné skóre je součet obou testů.

- riziko pádu

K hodnocení rizika pádu lze velice účinně využít výše uvedené testy pro stoj a rovnováhu nebo testy výkonnosti a mobility.

Mnohá zdravotnická zařízení si vytvářejí vlastní hodnotící škály. Častým nástrojem je **Hodnocení rizika pádu** dle Conelyové upraveno Juráskovou 2006, kde se k hodnocení využívají data z anamnézy, dotazů na pacienta nebo jeho blízkých a vyšetření soběstačnosti a schopnosti spolupráce.

Falls Risk Assessment (Stratify) je 5 bodový dotazník, kde se hodnotí, zda je pacient hospitalizovaný primárně pro pád, zda je agitovaný, zda má potíže se zrakem, které ovlivňují jeho denní činnosti, potřebuje-li pacient na toaletu častěji než 1x za 4 hodiny a dále je hodnocena jeho mobilita.

Při péči o nemocné s demencí je nutné vycházet z jeho aktuálního stavu. Jak již bylo uvedeno, demence je progredující onemocnění, tedy i ošetrovatelská péče se musí vyvíjet a reagovat na vzrůstající deficit sebepéče a individuální potřeby pacienta.

Z ošetrovatelského hlediska je třeba v rámci ošetrovatelského procesu brát v úvahu nejen možné výkyvy ve výkonech a spolupráci pacienta, ale při plánování dlouhodobých cílů i progres onemocnění.

Z počátku, ve fázi mírné demence, jsou nemocní téměř soběstační. Vyžadují lékařskou péči ve smyslu např. nastavení farmakoterapie, sledování, stabilizaci somatického stavu. Měl by být kladen důraz na poskytnutí informací o nemoci, jejího průběhu, prognózy apod. Do péče o tyto pacienty by také měli být zahrnuti rodinní příslušníci nebo blízcí pacienta. Také oni potřebují informace o průběhu nemoci, možných komplikacích apod. V této době je

velice důležitá edukace, podpora nejen pacienta, ale také jeho blízkých, pomoc při plánování a hledání možností zajištění péče o pacienta, a to jak zdravotnické, tak i sociální. Ve fázi středně těžké demence, kdy pacient již vyžaduje celodenní péči (sociální/zdravotnickou), se vychází z aktuální symptomatologie. Pečující personál pomáhá pacientovi zvládat stavy se změnami chování (neklid, agitovanost, agresivita, apatie, emoční labilita apod.), dále provádí dopomoc v činnostech, které pacient není schopen plně vykonat sám, přičemž je kladen důraz na zachování maximální možné míry jeho soběstačnosti. Nedílnou součástí péče o tyto pacienty je jejich aktivizace, zapojování do různých terapeutických programů apod.

V rámci aktivizace pacientů s demencí se využívá např.:

- **trénink paměti**

Zaměřuje se spíše na procvičování dlouhodobé paměti formou hry, které mají formu zjednodušených nesoutěživých her (např. skládání obrázků, doplňování slov podle první slabiky, doplňování říkanek, zjednodušené pexeso a jiné stolní hry).

Dále viz 10.5 Ošetrovatelská péče u pacienta s poruchou paměti.

- **psychomotorický trénink**

Využívá se jednoduchých cvičení a rytmizace za doprovodu říkanek apod.

- **podpora naučených postupů**

Tato metoda je často označována pouze jako „postupy“. Pacient v rámci této aktivity/terapie popisuje postup nějaké činnosti, kterou dobře zná tak, jakoby ji právě vykonával nebo jako kdyby ji ostatní pacienti/klienty učil. Nejčastěji jsou vybírány činnosti jako vaření oblíbeného pokrmu, popis cesty (např. z domova na chalupu nebo k dětem), vzory pletení, výroba nějakého předmětu, oprava (např. vodovodní baterie) apod.

- **orientace v realitě**

Při kontaktu s pacientem by měl každý člen zdravotnického/sociálního týmu pacienta informovat o čase, o místě, kde se nachází, představit se mu a připomenout, kdo jsou ostatní lidé, se kterými sdílí prostor; v rámci této strategie je třeba veškeré činnosti, které jsou u pacienta prováděny komentovat a zasazovat do kontextu tak, aby pacient pochopil co nejvíce souvislostí. Velice důležitým aspektem této metody je forma. Veškeré informace jsou sdělovány běžným hovorem. Samozřejmostí je správné oslovení pacienta. Orientace v realitě neslouží ke korekci chybných představ pacienta a je třeba ji provádět citlivě a přirozeným způsobem, protože při násilném způsobu může u pacientů naopak vyprovokovat agresi nebo jiné poruchy chování.

- **senzorická stimulace**

Využívá se hmatová, zraková a čichová stimulace. V rámci hmatové stimulace pacienti osahávají různé struktury, materiály apod. (dle stavu pacienta s nebo bez zrakové kontroly), mohou hledat rozdíly (hladké x hrubé, kovové x dřevěné apod.), vzpomínat, co se z jednotlivých materiálů vyrábí nebo kde se s nimi mohou setkat atd.

Čichovou stimulaci lze pojmout jako kognitivní cvičení, kdy pacienti na základě přičichnutí k sáčku/sklenici poznávají vůně. Je vhodné pro tuto aktivitu vybírat charakteristické vůně jako např. kávu, levanduli, skořici atd. Čichová stimulace se může využívat také jako aromaterapie.

Při zrakové stimulaci se využívá různých nesoutěživých her s barevnými papíry, obrázky nebo tvary (pacienti např. hledají v místnosti a na oblečení určenou barvu nebo tvar atd.)

- validace

Validace je technika, při které personál přijímá aktuální témata pacientů, akceptuje jejich potřeby a motivy a chování, empaticky přistupuje k pocitům pacientů a podporuje jejich sdělování. Jde o individuální přístup a řešení konkrétních situací.

- reminiscenční technika

Reminiscenční technika využívá dlouhodobé paměti pacientů, jejich vzpomínky. Personál navazuje na informace, které o pacientovi zná a vede ho k vyprávění, které napomáhá např. k uvědomění si co dělal, jak pracoval, jak žil, kde žil atd.

V rámci reminiscenční terapie se také využívají různé předměty, které má pacient s sebou. V různých zdravotnických nebo sociálních zařízeních jsou pacientům/klientům vytvářeny tzv. vzpomínkové kufříky nebo alba, kde se ukládají předměty, fotografie, dopisy apod., napomáhající pacientům uvědomit si a připomenout svou minulost a posílit tak uvědomění si sám sebe.

Reminiscenční techniky lze uplatňovat individuálně při každé vhodné příležitosti nebo i skupinově, jako organizovanou terapii/aktivitu.

Reminiscenční technika je také vhodná pro pacienty s pokročilou demencí, neboť pacienti reagují na známé podněty.

- ergoterapie

Ergoterapie poskytuje pacientům možnost seberealizace, zábavy a posílení soběstačnosti. Při ergoterapii je nutné vycházet z přání pacienta a přizpůsobovat jednotlivé činnosti jejich možnostem, vždy tak, aby měli z prováděných aktivit dobrý pocit.

- muzikoterapie

Muzikoterapie zahrnuje celou škálu možností od pasivního poslechu hudby, přes tanec vsedě, tleskání, využívání Orfových nástrojů (dřívka, bubínek, triangl apod.), zpívání, doplňování textů písní, výběr písniček dle určeného tématu až po tanec v párech

- bazální stimulace

Bazální stimulace je komunikační, interakční koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Ošetrovatelská péče je přizpůsobena stavu klienta a podporuje jeho vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti.

Využívá různých technik, např. masážních, rehabilitačních, komunikačních atd.

- **pastorační terapie** (viz 8.4 Terapeutické aktivity)

- **animoterapie** např. canisterapie, felinoterapie (viz 8.4 Terapeutické aktivity)

Ve všech zařízeních, kde se pohybují pacienti s demencí, je žádoucí jasné označení místností (jednotlivých pokojů, jídelny, toalety, koupelny, pracovny personálu apod.). K označení je vhodné využívat obrázků a piktogramů.

Pro snadnější orientaci pacientů na oddělení je efektivní lineární řešení prostoru bez lomení chodeb, zákoutí atd. tak, aby pacient viděl přes celé oddělení a zároveň byl i viděn.

I ve stádiu středně těžké demence je vhodné využívat terapeutické aktivity (viz výše).

V rámci ošetrovatelské péče je kladen důraz na zachování soběstačnosti pacienta, sestra nebo pečující personál tedy dopomáhá pacientovi v činnostech, které sám nezvládne.



Je důležité si uvědomit, že pacient trpící demencí bude jen těžko verbalizovat své problémy, přání nebo potřeby. Sestry, na základě zjištěných informací, pacienta aktivně podporují ke spolupráci a angažovanosti při plánování a provádění péče.

V těžkých stavech demence a v terminálních stádiích je pacient plně odkázán na ošetrovatelskou péči. Postupně se stává pasivním příjemcem péče bez schopnosti, a také snahy, se na ní podílet.

V této fázi se již naprostá většina pacientů dostává do zdravotnického zařízení.

Kromě zvládnutí psychických příznaků, jako je úpadek kognitivních funkcí, rozvoj deliria apod. je třeba pečovat o somatické obtíže pacienta a celkově na jeho fyzický stav. U ležících pacientů je nutné se zaměřit na prevenci imobilizačního syndromu.

V souvislosti s péčí o pacienta s demencí se také setkáváme s tzv. problémovým chováním pacientů. Základní otázkou by vždy mělo být „pro koho je dané chování problémové“ – zda pro pacienta nebo pro ošetřující personál. S tím souvisí i důvod takového chování.

Častým důvodem neklidu pacientů je bolest nebo jinak nepříjemné pocity, které pacient neumí verbalizovat. Sestry a veškerý ošetrovatelský personál nebo pečující by se měli aktivně a opakovaně pacienta ptát na jeho potřeby.

Součástí péče o pacienty s demencí ve všech jejích stádiích je také péče o blízké, kteří o pacienta pečují. Sdílení domácnosti nebo „jen“ péče o dementního člověka je velice náročná, a to nejen fyzicky, ale především psychicky. Kromě neustálé pozornosti, která je především v domácím prostředí těmto lidem věnovat (např. z hlediska aktivizace, rizika pádu, orientace, somatických onemocnění či komplikací atd.), neproduktivní komunikaci apod. jsou domácí pečující vystavováni realitě stavu jejich blízkého, progresi onemocnění. Z tohoto důvodu je vhodné pečujícím nabízet např. edukační programy (jak pečovat o pacienta s demencí apod.), setkávání pečujících, kde mohou sdílet své zkušenosti, dovídat se nové informace, psychologickou podporu atd. a v neposlední řadě respitní péči.

Delirium je charakterizováno jako „... nespecifická diagnostická jednotka, která se projevuje závažnými poruchami funkce mozkové činnosti...“ (LUŽNÝ, 2012, s. 85)

Objevují se poruchy:

- vědomí - kvalitativní porucha vědomí
- zpracování reality - nesprávná interpretace situace a okolí
- orientace – dezorientace (místem, časem, osobou)
- myšlení – paralogie, inkoherece, bludy
- pozornosti – snížená nebo kolísající
- vnímání – iluze, halucinace
- jednání – agitovanost
- chování - neúčelné, agresivní nebo inhibované
- psychomotorika – hypoaktivita nebo hyperaktivita (rychlé přechody)
- emotivity – emoční labilita, excitace nebo apatie
- spánkového režimu (LUŽNÝ, 2012)

Dle MKN-10 jsou pro delirium (jiné než vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami) daná diagnostická kritéria: zastřené vědomí, poruchy kognitivních funkcí, změny psychomotoriky, poruchy spánku a rychlý počátek příznaků a jejich proměnlivost v průběhu dne.

Deliriózní stavy mohou vzniknout na základě celé řady příčin, mezi které patří:

- metabolické příčiny – mozková hypoxie, dehydratace, iontová dysbalance, aj.
- endokrinologické příčiny – tyreopatie, poruchy adenohipofýzy, aj.
- farmakogenní deliria
- infekce – systémové, CNS
- intrakraniální expanzivní procesy, paraneoplazie u tumorů
- autoimunitní onemocnění
- neurologické onemocnění – iktus, epileptický záchvat, intrakraniální krvácení
- negativní vlivy prostředí – hyperstimulace, sensorická deprivace (u katarakty)
- abúzus psychoaktivních látek včetně alkoholu
- toxická deliria
- traumata
- bolest

Deliria mohou vznikat na základě výše uvedených příčin, mohou nasedat na demenci nebo se můžeme také setkat s pooperačními delirií či delirií smíšeného původu.

Z ošetrovatelského hlediska je třeba zajistit klidné a komfortní (teplotně, sensoricky) prostředí pro pacienta a zajistit jeho bezpečí. Dle indikace lékaře je v některých případech nutné přistoupit k omezení pacienta (viz 9.2 Restriktivní metody).

Vždy je třeba volit přiměřený způsob komunikace (užívat jednoduché věty, mluvit srozumitelně a dostatečně hlasitě, komentovat své činnosti, pacienta oslovovat, vhodné je i navázání fyzického kontaktu např. úchopem za ruku, atd.).

Pacient v deliriu vyžaduje komplexní ošetrovatelskou péči. Dále viz 10.3 Ošetrovatelská péče u pacienta s poruchou vědomí.

Přístup sester v rámci ošetrovatelské péče o gerontopsychiatrického pacienta lze shrnout do několika pravidel: zjistit v jakém místě a čase se pacient nachází a využít tuto informaci k hovoru, akceptovat individualitu pacienta a jeho osobnosti, pozitivní přístup, docenění emocí a práce s emocemi a mezilidských vztahů (především v rodinách pacientů), upřímnost a autenticita v péči o pacienty a v neposlední řadě nedirektivní přístup. (CALLAGHAN, WALDOCK, 2006)

Společným jmenovatelem péče o geriatrické pacienty ve všech odbornostech je podpora soběstačnosti, důraz na důstojnost pacienta, respekt, empatie, vlídnost a trpělivost.

Literatura:

CALLAGHAN, Patrick, Helen, WALDOCK. *Oxford Handbook of Mental Health Nursing*. Oxford: Oxford University Press, 2006. ISBN 0-19-856898-3.

DUŠEK, Karel, Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0197-9.

DUŠEK, Karel, Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-1620-6.

JIRÁK, Roman et al. *Gerontopsychiatrie* [online]. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-960-2. [vid. 29. 4. 2013]. Dostupné z:

<http://search.seznam.cz/?q=historie+gerontopsychiatrie&sld=gAjD4h-rwWOS1eSNSidX&aq=-1&oq=historie+gerontopsychiatrie&sourceid=top&thru=&su=e>

LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: TRITON, 2012. ISBN 978-80-7378-573-2.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.



PLEVOVÁ, Jarmila, Zdeněk BOLELOUCKÝ. *Psychofarmakoterapie vyššího věku*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-954-4.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ et al. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-72-62-586-4.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

WHO. *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. – 2. Aktualizované vydání*. Geneva: WHO, 2008. ISBN 92 4 154649 2.