

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

David Bláha

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotních věd

Náročnost péče o pacienty se schizofrenií

David Bláha

Bakalářská práce
2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **David Bláha**
Osobní číslo: **Z11147**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Náročnost péče o pacienty se schizofrenií**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

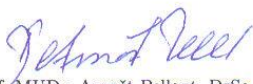
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:


1. **BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie.** Psychoedukace u schizofrenie. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-16-5.
2. **LÁTALOVÁ, Klára.** Agresivita v psychiatrii. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4.
3. **MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ.** Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
4. **MARŠÁLEK, Michal.** Deprese u schizofrenie. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-116-5.
5. **RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ.** Psychiatrie. Universita Karlova v Praze: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
6. **SVOBODA, M., E. ČEŠKOVÁ a H. KUČEROVÁ.** Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Martina Jedlinská**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**
Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2014**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čepmáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 30. 4. 2014

.....
David Bláha

Poděkování

Touto cestou bych chtěl poděkovat Mgr. Martině Jedlinské za konzultace, ochotu a cenné připomínky při zpracování této bakalářské práce.

Zároveň bych chtěl poděkovat všem, kteří se podíleli na provedeném výzkumu, za ochotu, vstřícnost a poskytnutí informací, čímž mi umožnili realizovat tuto práci.

ANOTACE

Tato práce je zaměřena na náročnost péče o pacienty se schizofrenií. V teoretické části popisuje onemocnění z hlediska medicínského i z pohledu ošetrovatelského péče. Věnuje se základní problematice při poskytování ústavní zdravotní péče, jako jsou specifika komunikace včetně přístupu k agresivnímu pacientovi. Pozornost věnuje také závažným komplikacím, zejména depresi a riziku sebevraždy. V praktické části je pomocí dotazníkového šetření zjišťováno subjektivní vnímání zátěže zdravotního personálu při poskytování péče pacientům se schizofrenií a posuzuje jejich schopnost se se zátěží vyrovnat.

KLÍČOVÁ SLOVA

schizofrenie, agrese, péče, suicidium, komunikace, nelékařský zdravotnický pracovník

TITLE

Intensity of care for patients with schizophrenia

ANNOTATION

This thesis is focused on the intensity of care for patients with schizophrenia. In the theoretical part the diseases from medical and also nursing point of view is described. The thesis deals with the basic issues in the providing hospital service as specifics of communication including the access to aggressive patient. It also pays attention to serious complications, particularly depression and risk of suicide. In the practical part the subjective perception of the burden of medical staff in providing care to the patients with schizophrenia is found, using a questionnaire survey and their ability to cope with stress is assessed.

KEY WORDS

schizophrenia, aggression, care, suicidium, communication, non-medical health worker

SEZNAM ILUSTRACÍ

OBRÁZEK 1 <i>Graf pohlaví respondentů</i>	38
OBRÁZEK 2 <i>Graf věku respondentů</i>	39
OBRÁZEK 3 <i>Graf vzdělání respondentů</i>	40
OBRÁZEK 4: <i>Graf pracovního zařazení</i>	41
OBRÁZEK 5 <i>Graf délky praxe</i>	42
OBRÁZEK 6 <i>Graf míry celkové zátěže</i>	43
OBRÁZEK 7 <i>Graf míry fyzické zátěže</i>	44
OBRÁZEK 8 <i>Graf míry psychické zátěže</i>	45
OBRÁZEK 9 <i>Graf citového vyčerpání</i>	46
OBRÁZEK 10 <i>Graf fyzického vyčerpání</i>	47
OBRÁZEK 11 <i>Graf pocitu na konci směny</i>	48
OBRÁZEK 12 <i>Graf stresorů</i>	49
OBRÁZEK 13 <i>Graf reakce na inkohherentní komunikaci s pacientem</i>	50
OBRÁZEK 14 <i>Graf četnosti neklidu a agrese</i>	51
OBRÁZEK 15 <i>Graf typu agrese</i>	52
OBRÁZEK 16 <i>Graf vyrovnání se se zátěží</i>	53
OBRÁZEK 17 <i>Graf účinku mimopracovních aktivit</i>	54
OBRÁZEK 18 <i>Graf znalosti Duševní hygieny</i>	55
OBRÁZEK 19 <i>Graf zdravotních následků</i>	56
OBRÁZEK 20 <i>Graf konzumace alkoholu</i>	57
OBRÁZEK 21 <i>Graf pracovních úrazů</i>	58
OBRÁZEK 22 <i>Graf ovlivnění postoje úrazem</i>	59

OBSAH

ÚVOD	11
CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	14
I. TEORETICKÁ ČÁST	15
1. Schizofrenie.....	15
1.1. Etiologie.....	16
1.2. Příznaky a klinický průběh	18
1.2.1. Bludy	19
1.2.2. Halucinace.....	21
1.3. Léčba schizofrenie	23
1.4. Práce nelékařského zdravotního pracovníka při poskytování péče schizofrennímu pacientovi.....	25
2. Neklid a agrese	26
2.1. Zvládnání agrese	27
2.2. Fyzické omezení	29
3. Komunikace s psychiatrickým pacientem.....	31
3.1. Komunikace s pacientem postiženým schizofrenií.....	31
3.2. Komunikace s agresivním pacientem se schizofrenií	32
4. Deprese jako komplikace schizofrenie.....	32
4.1. Riziko suicidia	33
5. Psychoedukace v léčbě schizofrenie	34
II. EMPIRICKÁ ČÁST.....	36
6. Metodika práce.....	36
6.1. Výzkumné otázky	36
6.2. Metodologie	36
6.3. Charakteristika souboru	37

7. Interpretace výsledků	38
8. Diskuze.....	60
ZÁVĚR.....	68
LITERATURA	71

SEZNAM ZKRATEK

AP	antipsychotika
CNS	centrální nervový systém
ECT	elektrokonvulzivní terapie
EPS	extrapyramidový syndrom
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NZP	nelékařský zdravotnický pracovník
odd.	oddělení
PZP	pomocný zdravotnický pracovník
st.o.	staniční ošetřovatel
st.s.	staniční sestra
SZP	střední zdravotnický pracovník
ZZ	zdravotnické zařízení

ÚVOD

První popisy onemocnění, kterému se dnes říká schizofrenie, se datují už do dob antiky. Po většinu starověku a středověku bývalo toto onemocnění spojováno s posedlostí ďáblem a jako takové bývalo i „vymítáno“. Až od 18. století se začal postupně prosazovat humánní přístup k psychiatrickým pacientům. Autorem pojmu *schizofrenie* je švýcarský psychiatr Eugene Bleuler, který jej poprvé použil v r. 1911. Moderní terapie, tak jak ji známe dnes, se vyvíjí od 20. století, kdy v r. 1952 Jean Delay a Pierre Deniker objevili první neuroleptikum, chlorpromazin, a v r. 1956 objevil Roland Kuhn první antidepresivum, imipramin (Raboch, 2012, s. 13–18).

V současné době je schizofrenie jednou ze závažných a relativně častých duševních nemocí, která vyžaduje ve většině případů také hospitalizaci, a jehož závažnost spočívá v chronicitě, která má dopady jak individuální, tak i celospolečenské. Prevalence schizofrenie je udávána přibližně 1 – 1,5 % celosvětové populace, i když různí autoři uvádějí odlišné údaje. Například Barker udává prevalenci 2 – 3 %, naopak Vágnerová 0,2 – 1 %. Výskyt je stejný v různých zeměpisných oblastech u všech rasových skupin, postihuje stejně muže i ženy. Rozdíl je pouze v počátku onemocnění, u mužů se objevuje dříve kolem 16 – 25 lety života, u žen mezi 22 – 34 lety. Vzácně se však může projevit již v dětském věku nebo u osob starších 40 let (Raboch, 2012, s. 245).

Výskyt tohoto onemocnění značně ovlivňuje zejména sociální fungování a kvalitu života. Podle studie na kterou se v článku odvolává Příkryl, si po jednom roce trvání udrží plný pracovní úvazek asi 10 % pacientů, 30 % postižených pracuje na částečný úvazek. Po pětiletém trvání je již většina nemocných nezaměstnaná a až v 50 % dochází k nepříznivému chronickému průběhu onemocnění. Naopak po pětiletém trvání schizofrenie dosáhne symptomatické remise (nepřítomnost pozitivních a negativních příznaků) přibližně 47 % nemocných, ale pouhých 25 % je schopno sociálně fungovat. Konečné úzdavy dosáhne pouhých 4 – 20 % nemocných (Příkryl, 2012, s. 172–173).

Mohr ve svém článku odkazuje na nedávný celoevropský průzkum, který zjistil, že v celé Evropě trpí tímto onemocněním 5 milionů jedinců s prevalencí 1,2 %. Při vysokém výskytu ztráty zaměstnání a uznání invalidity je tento počet postižených nezanedbatelnou ekonomickou zátěží. Přímé a nepřímé výdaje činí v současné době 94 miliard eur ročně, což v přepočtu na jednoho nemocného představuje přibližně 19 tisíc eur. Již v r. 1991 proběhla podobná studie v USA, kde došli k vynaložené částce 64 miliard dolarů za rok.

V ČR je evidováno přibližně 6000 hospitalizací z důvodu schizofrenie, s průměrnou délkou pracovní neschopnosti přes 100 dní, což opět vede k finanční zátěži zdravotnictví (Mohr, 2012, s. 279).

Schizofrenie je také charakterizována vysokým výskytem relapsů a rehospitalizací, které komplikují průběh choroby. Do pěti let po první epizodě je výskyt prvního relapsu až 86 % a druhého relapsu 76 %. Riziko relapsu také zvyšuje nespolupráce pacientů, kteří si svévolně vysazují antipsychotickou medikaci. Výskyt relapsu je pak až pětinasobné oproti léčené schizofrenii. Navíc čím častěji dochází k relapsům, tím méně je následná terapie účinná a je zapotřebí zvýšení dávek antipsychotik (Mohr, 2012, s. 123).

Aby mohla být těmto lidem poskytována kvalitní ošetrovatelská péče, je nutná nejen souhra celého zdravotnického týmu, ale i dobrá atmosféra, ve které tuto péči poskytují. V psychiatrii je neocenitelná úloha nelékařského zdravotnického personálu, který je v neustálém kontaktu s nemocnými, proto kvalitu poskytované péče nejvíce ovlivňuje právě osobnost jednotlivých členů ošetrovatelského týmu. Zejména od všeobecných sester, ale i od pracovníků bez odborného vzdělání, jako jsou sanitáři či ošetrovatelky, je očekáván citlivý a empatický přístup k nemocnému, zvládání efektivní komunikace, orientace nejen v psychoterapii, ale i v právní a sociální problematice, a znalost symptomatologie a účinků psychofarmak. Jen tak lze poskytovat kvalitní a individuální péči nemocnému, který je ovlivňován patologickými poruchami myšlení a vnímání, nespolupracuje, případně jedná až agresivně. Všechny tyto skutečnosti neovlivňují pouze kvalitu poskytované péče, ale působí současně i na nelékařské zdravotní pracovníky. Nutnost chovat se profesionálně v každé situaci bývá někdy velmi obtížné a vyžaduje značné sebeovládání. Tyto nároky mohou vyvolávat různou míru subjektivně vnímaného stresu, který se může projevit zdravotními následky (Marková, 2006, s. 56–57).

Toto téma je v současné době velmi aktuální. Česká asociace sester provedla průzkum současných pracovních podmínek všeobecných sester na základě podnětů zdravotníků z praxe. Výsledkem bylo zjištění, že více než 80 % zdravotníků je přetíženo administrativou, nestíhají si vybrat bezpečnostní přestávky a na toto konto jde kvalita péče o nemocného směrem dolů. Více než 70 % je po směně vyčerpano. Tyto výsledky podtrhuje ještě fakt, že zdravotníků je ve zdravotnictví stále méně a na zbývající pracovníky jsou nakládány stále větší požadavky, které mají tento nedostatek kompenzovat. Není tedy divu, že u všeobecných sester stoupá subjektivní míra vyčerpanosti. Jak tvrdí sami autoři článku: „*Vyčerpaný*

zdravotník je nebezpečný zdravotník, protože se zvyšuje riziko jeho pochybení“ (Di Cara, 2014, s. 35).

CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Cílem bakalářské práce je poukázat na problematiku péče poskytovanou schizofrenním pacientům se zdůrazněním stěžejních faktorů, které ovlivňují nelékařské zdravotní pracovníky. Ve výzkumné části je cílem zjistit subjektivně vnímanou zátěž personálu při poskytování péče, jak je personál schopen se s touto zátěží vyrovnat a jaké má zátěž dopady na jeho zdraví.

Jednotlivé cíle:

- 1) Posoudit náročnost práce personálu v péči o pacienty hospitalizované se schizofrenií podle subjektivně pociťované míry zátěže.
- 2) Zjistit schopnost personálu vyrovnat se s pracovní zátěží.
- 3) Zjistit dopady subjektivně vnímaného pracovního zatížení na zdraví personálu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Schizofrenie

„Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného vnímat správně podněty z okolí, myslet, jednat a chovat se přiměřeně v běžném životě.“ (Raboch, 2012, s. 244). Tato psychotická porucha zasahuje do osobnosti člověka a do jeho vztahů s okolím a mění jeho prožívání světa i sebe samého. Základními projevy jsou porucha myšlení, vnímání, emotivity a osobnostní integrity. Nemocný má narušené vnímání reality, čemuž se snaží přizpůsobit své chování a jednání. Postupně se do světa bludů a halucinací uzavírá, čímž se odtrhává se od ostatních lidí a prohlubuje se jeho sociální izolace. Onemocnění je obvykle vleklé a často narušuje pracovní a sociální uplatnění nemocného (Raboch, 2012, s. 244).

Slovo schizofrenie pochází z řečtiny. Základ *schizo* znamená rozštěpit a *phren* znamená mysl, rozum. Název poukazuje na rozštěpení mysli emocí a chování, avšak neznamena „rozštěpení osobnosti“, jak jej vnímá laická veřejnost (Raboch, 2012, s. 244).

Schizofrenie se může projevit různou škálou příznaků a podle převažujících symptomů rozlišujeme několik typů schizofrenie:

Paranoidní schizofrenie je nejčastějším typem tohoto onemocnění, který má bouřlivý průběh. Z příznaků jsou dominantní bludy a halucinace, dále neklid a dezorganizace, případně agresivita (Svoboda, 2006, s. 185).

U hebefrenní schizofrenie bývá v popředí pubertální, klackovité chování, manýrování a inkoherenční, neboli nesouvislý, verbální projev. Tato forma je diagnostikována v pubertě a rané dospělosti, má horší průběh i prognózu (Svoboda, 2006, s. 185).

Katatonní schizofrenie se projevuje poruchou hybnosti, která je buď zvýšená, nebo naopak snížena ve formě stuporu. Přítomna může tzv. *flexibilitas cerea* neboli voskové ztuhnutí, kdy pacient udržuje nastavené polohy končetin i celého těla (Svoboda, 2006, s. 185–186).

Simplexní schizofrenie se rozvíjí pozvolna, dochází ke změnám osobnosti, ochuzení myšlení, emoční oploštělosti a redukci volní složky. Tyto příznaky se rozvíjejí nepozorovaně a progresivně, léčba bývá obtížná (Svoboda, 2006, s. 186).

Reziduální schizofrenie je chronickou formou, která pokračuje po odeznění akutní fáze nemoci. Příznakem bývá různý projev podivínství a zanedbávání hygieny a péče o sebe (Svoboda, 2006, s. 186).

Nediferencovaná schizofrenie je směsí různých příznaků odpovídající různým typům schizofrenie, ale nelze s určitostí prohlásit, který typ v klinickém obraze dominuje (Svoboda, 2006, s. 186).

Příkryl ve svém článku tvrdí, že u 20 % nemocných, zejména u těch, kteří byli v předchorobí bez nápadností, a došlo k náhlému projevu choroby, se může jednat pouze o jednu schizofrenní epizodu, která se nemusí během života opakovat. U 1/3 nemocných se onemocnění vrací v epizodách, které většinou mívají příznivou remisi. Avšak téměř polovina postižených je postižena nepříznivým, chronifikujícím průběhem, při kterém postupně dochází k úplnému rozpadu osobnosti s následnou demencí a nutností trvalé ústavní péče (Příkryl, 2012, s. 172).

1.1. Etiologie

Dosud není známa přesná etiologie vzniku schizofrenie. V současné době se vychází z teorie zranitelnosti a stresu. Dispozice jsou často genetického podkladu např. různé variace enzymatických, receptorových nebo proteinových struktur, nebo se může jednat o funkční či morfologické odchylky získané během těhotenství či porodu. Obecně lze však říci, že pokud se takto disponovaný jedinec setká s dostatečnou zátěží (stresem), selžou u něj adaptivní funkce a dojde k rozvoji psychotického onemocnění. Podstatou vzniku tedy není sama zátěž, která je mnohdy normálně přítomna v běžném životě, ale odlišné zpracování či patologická reakce jedince na danou zátěž (Raboch, 2012, s. 245).

Při podrobnějším zkoumání byly prokázány změny v rovnováze neurotransmiterů, které se účastní přenosu nervového vzruchu, zejména dopaminu, glutamátu a serotoninu. (Malá, 2005, s. 83).

Podle dopaminové teorie stoupá koncentrace dopaminu v prefrontální oblasti, jehož následkem je pokles dopaminu ve striatu. Do tohoto systému zasahuje ještě serotonin, který snižuje uvolňování dopaminu ve striatu a prefrontálním kortexu. Při nadbytku dopaminu v limbickém systému dochází k přenosu velkého množství informací, které mozek nedokáže správně odlišit a zpracovat. Naopak serotonin ovlivňuje emoce, agresivitu, spánek

a příjem potravy. Nerovnováha těchto dvou neurotransmiterů pak podmiňuje klinické příznaky psychózy (Malá, 2005, s. 83).

Glutamát je neurotransmitter CNS působící na dva typy receptorů: ionotropní (N-methyl-D-aspartátové = NMDA receptory) a metabotropní. U některých nemocných byla zjištěna nízká hladina glutamátu, která v interakci s dopaminem ovlivňuje excitační a inhibiční funkce. Hypofunkce NMDA receptorů může vést k porušení funkce glutamátergních synapsí, což může vyvolat paranoidní schizofrenii. Všechny neurotransmitterové systémy jsou ve vzájemné interakci tak, že deficit v jedné oblasti může vést k vzestupu v oblasti druhé (Malá, 2005, s. 83).

Další významnou roli při vzniku schizofrenie hrají genetické dispozice. Jak uvádí Motlová-Bankovská, podle studií na dvojčatech byla stanovena míra dědičnosti přibližně 60 %. Pro srovnání ještě uvedla dědičnou míru hypertenze, která se pohybuje mezi 30 – 50 %. Uvažuje se o polygenetickém modelu, ve kterém se sčítají různé genové dispozice až k prahovému efektu vyvolávající onemocnění. K těmto genetickým dispozicím se ještě přičítají dispozice negenetické (Motlová-Bankovská, 2013, s. 43–44).

Mezi negenetické faktory podílející se na vzniku schizofrenie patří např. intrauterinní a perinatální komplikace narušující vývoj mozku, zejména v II. trimestru těhotenství. Jedná se především o virové infekce, malnutrici či abusus drog matky. Dochází k narušení vývoje prefrontální kůry, které se projeví až v adolescentním věku a postupně progredují. K perinatálním komplikacím, zvyšující riziko vzniku tohoto onemocnění až dvojnásobně, řadíme preeklampsii, fetální hypoxii a anoxii, a vakuovou extrakci (Motlová-Bankovská, 2013, s. 46–48).

Motlová-Bankovská dále uvádí, že řady klasických studií testovaly různé vlivy prostředí na vznik schizofrenie. Ukazují na vyšší výskyt onemocnění o 5 – 8 % u osob narozených v zimě a na jaře, nebo korelace nižšího výskytu schizofrenie a vzdálenosti od městských osídlení s vysokou hustotou. Zajímavostí je také zjištění vyššího výskytu v souvislosti vyšším věkem otce. V neposlední řadě se zkoumal i vliv migrací s průkazem vyššího výskytu psychózy (Motlová-Bankovská, 2013, s. 45–46).

Diskuze o možném vlivu drog, a zejména marihuany, jsou potvrzeny nejnovějšími výzkumy, jak tvrdí Motlová-Bankovská. Ty prokázaly škodlivý účinek THC (základní substance marihuany) na vývoj endogenního systému v období adolescence, v jehož důsledku dochází k poruše uvolňování neurotransmiterů, zejména dopaminu. Čím dříve začne jedinec

s užíváním marihuany, tím škodlivější jsou dopady na CNS v podobě rozvoje psychotických příznaků či zhoršení kognitivních schopností (Motlová-Bankovská, 2013, s. 46–47).

1.2. Příznaky a klinický průběh

V průběhu schizofrenie se projevují poruchy téměř všech psychických funkcí. V premorbidním stadiu se onemocnění sice klinicky neprojevuje, ale mohou být přítomny latentní poruchy kognitivních funkcí nebo povahové zvláštnosti. Často se první projevy onemocnění, zvláště v období adolescence, považují za normální projevy dospívání a mohou se překrývat s prodromálními příznaky schizofrenie např. introvertovanost, pasivita, uzavřenost, nedostatek kontaktů s vrstevníky, poruchy pozornosti, spánku, únava apod. Lidé v okolí nemocného takové projevy omlouvají, tolerují, případně připisují nedostatečně vyléčenému somatickému onemocnění, které se marně snaží léčit různými preparáty. Až po delší době si připouštějí, že se nemocný začíná měnit. Objevují se další příznaky, jako je neklid, úzkost, zvláštnosti v oblékání a chování, nápadné zhoršení výkonu, nespavost nebo zabývání se nepodstatnými maličkostmi. Při neléčení nakonec dojde k propuknutí akutního psychotického onemocnění, charakterizované nejčastěji rozvojem bludů, halucinací a v některých případech i projevy agrese (Raboch, 2012, s. 246–247).

Klinické projevy schizofrenie lze rozdělit do několika skupin příznaků. Rozlišujeme příznaky pozitivní, negativní, kognitivní dysfunkce a příznaky afektivní (Svoboda, 2006, s. 184).

Pozitivní příznaky bývají nejčastější příčinou hospitalizace. Patří sem halucinace, bludy, dezorganizaci myšlení a konsekvence v jednání. Vznikají v souvislosti s regionálně zvýšenou dopaminergní aktivitou. Jsou snadněji rozpoznatelné a lépe léčebně ovlivnitelné než příznaky negativní (Svoboda, 2006, str. 184). Vedle stěžejních projevů, jako jsou halucinace a bludy, se pozitivní příznaky manifestují poruchou formy myšlení, které je nesouvislé, nelogické a zabíhavé, tzv. slovním salátem nebo naopak myšlenkovým zárazem, a poruchou chování jako je agitovanost, neklid, zrychlené PM tempo až projevy agrese (Raboch, 2012, s. 249).

Negativní příznaky jsou naopak spojovány s regionálně sníženou dopaminergní aktivitou, avšak v jiné oblasti mozku, než u pozitivních příznaků. Jedná se zejména o oblast části frontálního kortexu. Do této kategorie příznaků spadají ochuzení psychiky, zvláště v emotivitě a vůli, projevující se apatií, ztrátou motivace, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení. Negativní příznaky dělíme na primární a sekundární. Primární se objevují u první epizody schizofrenní poruchy a jsou dané chorobným procesem. Sekundární jsou spojené s pozitivními příznaky, depresí a sníženou motorikou (Svoboda, 2006, s. 184).

Kognitivní dysfunkce zahrnují narušení poznávacích funkcí, nejvíce patrné v postižení paměti, exekutivních funkcí (schopnost plánovat a řešit úkoly) a pozornosti. Kognitivní poruchy se manifestují před začátkem choroby a jsou spojovány s negativními příznaky a abnormitami CNS. Při exacerbacích se dysfunkce prohlubuje a spolu s negativními příznaky stává se trvalým problémem a znesnadňuje nemocným znovuzачlenění do normálního společenského i pracovního života (Svoboda, 2006, s. 184).

Nejčastějším afektivním příznakem je deprese, zejména v iniciální fázi akutní ataky, která v remisi vystupuje do popředí a až v 10 % bývá příčinou suicidálních pokusů (Svoboda, 2006, s. 185).

Mezi další příznaky schizofrenie lze zařadit hypagilnost (snížená aktivita), katalepsie (strnulost svalstva), katatonní stupor (vymizení pohybové aktivity bez poruchy vědomí), echomatismy (opakování pohybů, mimiky apod.), autismus, verbigerace (mechanické opakování slov), raptus (záchvat zuřivosti), automatismy, netaktnost, neomalenost, depersonalizace, transformace a dezintegrace osobnosti, sitofobie (odmítání stravy), automutilace (sebepoškozování), atd. (Svoboda, 2006, s. 106).

Obecně lze říci, že člověk se schizofrenií trpí poruchou myšlení, ambivalencí a poruchou emocí vyplývající z nedostatku jednoty mezi myšlenkovým obsahem a emocemi. Dochází k narušení vztahů k sobě samému, k ostatním lidem i k realitě, k vytvoření svého, imaginárního světa a ke změnám v chování, které nelze pochopit (Malá, 2005, s. 9, 41)

1.2.1. Bludy

Bludy patří mezi poruchy myšlení a jsou významným pozitivním příznakem schizofrenie. Vznikají na základě chorobného procesu a jsou spojeny s individualitou nemocného. Nejvýstižnější definice bludu je, dle Zvolského, v podání profesora Myslivečka: „*Blud je mylné přesvědčení vzniklé z chorobných duševních předpokladů na chorobném psychotickém podkladu, kterému nemocný věří a které má patický vliv na jeho jednání.*“ (Raboch, 2012, s. 113). Blud často výrazným způsobem ovlivňuje myšlení i jednání nemocného, který je o pravdivosti bludu nevyvratně přesvědčen, i když jeho okolí toto přesvědčení nesdílí. I když bludy vycházejí z jeho vnitřního prostředí, mohou odrážet současný vnější svět. Škála bludů je velmi pestrá, proto je nutné je určitým způsobem klasifikovat, nejčastěji dle obsahu (Svoboda, 2006, s. 101). Bludy se u schizofrenie vyskytují u více než 90 % nemocných. Charakteristické jsou zejména bludy bizarní, vztahovačné, paranoidně-perzekuční a invertorní (Motlová-Bankovská, 2013 s. 16).

Přehled bludů:

Bludy makromanické jsou charakterizovány přeceňováním vlastní osobnosti a jejího významu. Dělí se na extrapotenční, které spočívají v přeceňování vlastní síly a schopností, a na megalomanické, kdy nemocný přeceňuje význam vlastní osoby. Megalomanické se dále dělí na bludy originární (přesvědčení o vznešeném původu), inventorní (nemocný je autorem významného objevu), reformátorský (nemocný je předurčen k vykonání převratných změn), religiózní (nemocný je vtělením boha) a kosmický (nemocný pochází z jiné planety) (Svoboda, 2006, s. 101).

Bludy mikromanické vyvolávají přesvědčení o vlastní nevýznamnosti, vině apod. Často bývají doprovázené úzkostmi a depresemi, pacient má sklony podceňovat sám sebe, své schopnosti a síly. Trpí pocity viny, zodpovědnosti za neštěstí či nevyléčitelnou nemocí. Do této kategorie spadají bludy hypochondrické (nemocný trpí různými nevyléčitelnými nemocemi), autoakuační (sebeobviňování za neštěstí), nihilistické (popírání existence např. vlastních orgánů, rodiny i světa), insuficienční (přesvědčení o vlastní neschopnosti, podceňování se), obavný (nemocný trpí pocity nadcházející katastrofy), ruinační (strach z finančního úpadku a chudoby), dysmorfofobický (nemocný je přesvědčen o vlastním znetvoření) a pseudomegalomanické (strach z enormních situací s depresivním nábojem; lze je rozdělit na bludy enormity – nemocný může vyloučit tolik moče, že způsobí potopu světa, a bludy eternity – nemocný je odsouzen k nesmrtelnosti za stálého utrpení) (Svoboda, 2006, s. 102).

Bludy paranoidní vznikají na základě chorobné vztahovačnosti, kdy nemocný spatřuje v různých podnětech a událostech vztah k vlastní osobě, cítí se ublížený, pronásledovaný. Rozlišují se bludy perzekuční (pocity sledování, pronásledování), emulační (přesvědčení o nevěře partnera) a erotomanický (nemocný je přesvědčen, že je žádoucím erotickým objektem) (Svoboda, 2006, s. 102–103).

Bludy se dělí i podle jiných hledisek, např. bludy primární (samostatné) a sekundární (doplňují primární bludy), indukované (sugestivní ovlivnění blízké osoby nemocným; po izolaci bludy u zdravé osoby vymizí), bludy izolované (na jednu oblast) a systematické (několik bludů, které se na sebe vážou), bludy trvalé (zejména primární) a tranzitorní (přechodné, např. u deliria) či reziduální (po zlepšení zdravotního stavu) nebo retrográdní (před vznikem psychózy) (Svoboda, 2006, s. 103).

Nemocný trpící bludy bývá velmi úzkostný, vztahovačný a nedůvěřivý. Má narušenou schopnost logicky myslet, při komunikaci nepřijímá logické argumenty, a pokud je mu něco vymlouváno, zaujímá obrannou pozici a nelékařský zdravotní pracovník (NZP) ztrácí jeho důvěru. Proto je ošetrovatelská péče náročná, zvláště cítí-li se nemocný ohrožen jiným pacientem či zdravotníkem (Marková, 2006, s. 240).

1.2.2. Halucinace

Také halucinace patří mezi výrazné pozitivní příznaky schizofrenie. Jedná se o poruchu vnímání, při které vzniká klamný vjem, který se nezakládá na realitě, ale který nemocný za reálný považuje a je o něm nevyvratně přesvědčen. Z velké části také pod vlivem halucinace i jedná a může se stát nebezpečným buď sám sobě, nebo svému okolí. Halucinacemi mohou být postiženi všechny smysly, nejčastěji sluch. „*U schizofrenie se nejčastěji vyskytují sluchové halucinace, a to asi u 50 % pacientů, zrakové halucinace má 15 % nemocných a taktilní 5 %.*“ (Motlová-Bankovská, 2013, s. 16). Stejně jako bludů i halucinací je velké množství a dělení je obtížné. Nejčastěji se rozdělují na jednoduché a komplexní, nebo podle příslušného smyslu (Svoboda, 2003, s. 89).

Přehled halucinací:

Halucinace elementární představují hlavně klamné počítky. Jednoduché zrakové halucinace jako jsou záblesky, jiskry apod. se nazývají fotony. Akoasmata jsou naopak jednoduché sluchové halucinace např. nárek, skřípění, praskání, hukot ohně nebo vody apod. Čichové klamné počítky se nazývají olfakce či odorace, např. různé zápachy, chuťové jsou gustace, tělocitné se projeví brněním či pícháním na různých částech těla (Svoboda, 2003, s. 89).

Halucinace komplexní jsou již složité počítky jednoho smyslu nebo kombinace více smyslů (Svoboda, 2003, s. 89).

Halucinace zrakové nepatří mezi nejčastější halucinace, ale jejich paleta je velmi různorodá. Halucinující nemocný může vidět různé barvy, tvary či osoby, při složitějších halucinacích vidí celé barevné scény. Dále se mohou halucinace týkat změn velikostí. Pokud vnímá postavy a předměty menší, než ve skutečnosti, mluvíme o mikropsii. Pokud je vnímá větší, nazýváme to makropsií. Halucinace menších zvířat, nejčastěji hmyzu, se nazývá mikrozoopsie. Ta je však typická spíše pro intoxikace a delirium tremens, než pro schizofrenie. Pokud vidí nemocný sám sebe, mluvíme o autoskopických halucinacích. Zrakové halucinace můžeme dále dělit dle lokalizace ve zrakovém poli. Hemianopické jsou lokalizovány do slepé části

zorného pole, extrakampinní mimo oblast zorného pole, respektive mimo dosah zrakového smyslu (Svoboda, 2003, s. 90).

Halucinace sluchové se vyskytují u většiny schizofrenních pacientů. Při zjišťování potíží jako první udávají „hlasy“, které jim nadávají, vyčítají, křičí na ně, radí jim, nařizují, navádějí apod. Pacienti toto vnímají velmi nepříjemně, nemohou se soustředit, později často hlasům podléhají, komunikují s nimi a jednají podle nich. Podle obsahu můžeme sluchové halucinace rozdělit na imperativní, teologické a antagonistické. Imperativní halucinace nemocnému nařizují, co mají udělat, a bývají velmi nebezpečné. Největší riziko hrozí při navádění k suicidii. Teologické halucinace nemocnému radí nebo ho kritizují. Při antagonistických halucinacích slyší nemocný větší množství hlasů, které si protiřečí, některé s ním sympatizují, jiné jsou antipatické. Vzácně může slyšet hudbu nebo zpěv (Svoboda, 2003, s. 90).

Halucinace čichové spočívají ve vnímání různých zápachů či plynů, nemocný často trpí pocitem, že jej chce někdo otrávit. Přidruženě vznikají také halucinace chuťové, kdy vnímá jídlo jako zkažené, opět s možností vzniku bludu, že jej chtějí otrávit (Svoboda, 2003, s. 90).

Halucinace tělové, nebo také hmatové či taktilní, vyvolávají v nemocném pocit, že se jej někdo dotýká, případně cítí nepříjemné pocity jako štípání, škrábání nebo pálení. Součástí tělových halucinací jsou halucinace cenestetické, neboli útrobní, kdy pacient vnímá různé změny či chybění orgánů. V diferenciální diagnostice jsou velmi podobné hypochondrickým bludům, od kterých je lze jen obtížně odlišit (Svoboda, 2003, s. 91).

Halucinace pohybové vyvolávají u nemocného klamný dojem, že létá, padá, vznáší se apod. Může mít také pocity, že jej někdo ovládá, že hýbe s jeho tělem nebo hovoří jeho ústy. Tomu je přizpůsobeno i chování nemocného, které je šroubované, časté jsou změny v hloubce a tempu řeči, psaném projevu atd. (Svoboda, 2003, s. 91).

Kromě smyslových existuje také řada mimosmyslových halucinací. Patří sem halucinace reflektorické, kdy nemocný sice vnímá realitu, ale halucinuje v jiné smyslové oblasti (např. při pohledu na jehlu cítí bodnutí apod.), halucinace inadekvátní, při kterých nemocný vnímá smyslové počitky v jiné části těla (např. čichá kůží, vidí jazykem apod.) či halucinace intrapsychické, při kterých má nemocný pocit, jakoby mu někdo manipuloval s myšlenkami. Vkládal mu je do hlavy či naopak odebíral, případně sám dovede ovládat myšlenky jiných (Svoboda, 2003, s. 91–92).

Mimo patologickou oblast existují ještě tzv. pseudohalucinace, kdy si člověk uvědomuje neskutečnost vnímaného a je schopen je odlišit od reality. Vznikají nejčastěji při usínání

nebo probouzení a jsou navozeny sníženou luciditou vědomí. Lze se s nimi setkat u hypnózy, kdy pacient přestane vnímat realitu okolo sebe (Svoboda, 2006, s. 92).

Ošetrovatelská péče o halucinujícího nemocného je obtížná a vyžaduje laskavý a trpělivý přístup. Nemocný má narušený obraz reality, špatně odlišuje skutečnosti a na základě těchto zkreslených informací je ovlivněno jeho chování. Často má pocit ohrožení a neadekvátně reaguje na vzniklé situace (Marková, 2006, s. 236).

1.3. Léčba schizofrenie

„Doba neléčené psychózy je podle současného názoru zřejmě pro mozek toxická a časná intervence může zlepšit dlouhodobou prognózu.“ (Malá, 2005, s. 122).

Proto by mělo být sestavení léčebného plánu individuální, rychle reagující na změny zdravotního stavu pacienta. První metodou v moderní léčbě schizofrenie bylo používání elektrokonvulzivní terapie, která přetrvávala dodnes. Prvním psychofarmakem byl chlorpromazin, zavedený do praxe v r. 1952 a který se užíval až do nedávné doby. V 60. letech se vyvíjeli další moderní farmaka – haloperidol, levomepromazin, flufenazin, chlorprothixen. Nověji vznikají také léky 2. generace – klozapin, risperidon, olanzapin, quetiapin, které významně ovlivňují i kognitivní dysfunkce negativní příznaky schizofrenie. Na druhou stranu však Příkryl uvádí: *„...studie poměrně konzistentně poukazují na skutečnost, že v současnosti dostupná farmakologická léčba negativních příznaků schizofrenie má poměrně malou míru účinnosti ... dostatečná úzdrava z negativních příznaků schizofrenie není v současnosti dosažitelná.“* V současné době se vývoj zaměřuje na ovlivnění kognitivní dysfunkce, která spolu s negativními příznaky rozhoduje o prognóze (Příkryl, 2012, s. 8).

I v současné moderní medicíně je základním pilířem v léčbě schizofrenie používání psychofarmak. Avšak vedle farmak je důležitá také psychosociální pomoc, zejména s cílem zlepšit kvalitu života. Proto léčba v různých fázích, kterými onemocnění prochází, vyžaduje odlišný přístup a strategii. V akutní fázi je třeba potlačit a odstranit pozitivní příznaky, tj. agitovanost, agresi a hyperaktivitu, pomocí farmakoterapie a psychosociální intervencí minimalizovat stres a povzbudit pacienta. Ve fázi stabilizace, kdy již nemocný začíná opět normálně fungovat, se léčba zaměřuje na udržení současného zlepšení a zabránění relapsu. V léčbě stále dominují psychofarmaka, psychosociálně se snažíme o edukaci zejména ohledně compliance (spolupráce a dodržování medikamentózní léčby). Ve stabilní fázi je cílem terapie zabránění relapsu a udržení remise. Nutností je dlouhodobé dodržování pravidelné medikace,

ale velkou roli zde hraje psychosociální intervence, která je cílena na rodinu a opětovné zapojení nemocného do společnosti a pracovního procesu (Svoboda, 2006, s. 195–196).

Vedle medikamentů lze při léčbě schizofrenie využít i psychologických prostředků, tzv. psychoterapii, kterými se snažíme podpořit zdravé části osobnosti. Psychoterapie nastupuje až po odeznění akutních příznaků psychózy se snahou obnovit pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami, představami, emocemi a chováním. Příkladem může být kognitivně-behaviorální terapie, která se zaměřuje na přijetí nemoci a úpravu způsobu myšlení a chování, zejména u nemocných s dlouhodobým postižením. Trénuje u nich dovednosti potřebné pro samostatný život a zlepšuje sociální adaptaci. U pacientů se schizofrenií je velmi dobře účinná a tolerovaná (Raboch, 2012, s. 255–256).

Vedle behaviorálně-kognitivní terapie lze provádět i jiné metody psychoterapie, např. interpersonální psychoterapie, která se zaměřuje na změnu mezilidských vztahů, psychoanalytické metody, které se zaměřují na osobnost pacienta a opakování obsahů zkušeností v terapeutickém vztahu, humanistické přístupy s cílem růstu osobnosti nemocného s podporou vztahu s terapeutem, relaxační metody k navození příjemného stavu nebo sociální terapie s cílem naučit pacienta soběstačnosti a samostatnosti nemocného (Svoboda, 2006, s. 74–79).

Dále můžeme rozlišovat psychoterapii individuální, která pomáhá obnovit důvěru v okolí. Naproti tomu skupinová psychoterapie pomáhá uvědomit si vztahy k druhým, že i oni mohou mít podobné problémy a že se může od druhého učit, jak se s psychózou vyrovnat a jak zvládat běžné problémy. Při rodinné psychoterapii jsou zainteresováni i rodinní příslušníci, kteří potom vytvářejí nemocnému zázemí a usnadňují mu snadnější zapojení do společnosti (Raboch, 2012, s. 255–256).

Při psychoterapii se využívají různé metody. Od psychoterapeutického rozhovoru přes ergoterapii (schopnější pacienti se mohou realizovat v různých dílnách), arteterapii (umělecké práce, dramatizace apod.), animoterapii (hipoterapie využívající koní či canisterapie používající speciálně cvičené psi), až po nácvik dovedností (Raboch, 2012, s. 255).

Součástí psychoterapie je také psychoedukace, která poskytuje pacientovi a jeho blízkým dostatečné množství informací o nemoci a léčbě (Raboch, 2012, s. 256).

1.4. Práce nelékařského zdravotního pracovníka při poskytování péče schizofrennímu pacientovi

Psychiatrická všeobecná sestra i obyčejný sanitář či ošetřovatelka jsou členem ošetřovatelského i celého zdravotnického týmu, který poskytuje komplexní péči nemocnému se schizofrenií. Každý zajišťuje různou část poskytované ošetřovatelské péče. Zodpovědnost za kontinuitu, efektivitu a kvalitu poskytované péče nese primární zdravotní sestra. Nejčastěji se jedná o zkušeného NZP, od kterého se očekává značná profesionalita. Těžiště jeho práce spočívá v celodenním kontaktu s pacientem, navázání blízkého vztahu a využití tohoto vztahu při terapeutickém působení. Velmi důležitá je právě osobnost zdravotníka a jeho vyzrálost, která může značně ovlivnit poskytovanou ošetřovatelskou péči (Marková, 2006, s. 53–57).

Marková také uvádí, že: *„V lůžkové péči mají důležité místo sestry, protože s pacienty tráví neporovnatelně více času ve srovnání s jinými profesemi, které pečují o pacienty.“* (Marková, 2006, s. 82). Péče o psychiatrického pacienta v současné době spočívá v ošetřování, pozorování, zaměstnávání a vykonávání lékařských ordinací. NZP se vedle základní ošetřovatelské péče věnuje zejména péči o duši a obnově psychického zdraví, které se stává těžištěm jeho práce. Často se setkává s neklidným či agresivním pacientem a tyto situace musí být schopen zvládnout. Vedle těchto situací musí mít také přehled o ostatních pacientech, o jejich aktuálním duševním stavu, aby mohl předcházet různým incidentům a komplikacím (Petr, 2003, s. 70–71).

Dále si NZP musí na základě terapeutické komunikace vytvořit terapeutický vztah a terapeutické prostředí s pacientem. Získat si důvěru pacienta je důležité pro další spolupráci, sociální integraci, snadnější úzdravu a lepší prognózu. Terapeutické prostředí je charakterizováno zejména důrazem na mezilidské vztahy, uspokojováním bio-psycho-sociálních potřeb a respektováním pacienta a jeho práv. Terapeutická komunikace se skládá z 3 fází: „počáteční“ fáze, kdy se budují vztahy mezi personálem a pacientem a určují se problémy a cíle, „pracovní“ fáze, kdy se vztah udržuje a probíhá spolupráce na dosahování cílů, a „konečná“ fáze, kdy se péče vyhodnocuje a ukončuje. V terapeutické komunikaci je třeba dodržovat 3 základní prvky: empatii, respekt a autentičnost (Šlaisová, 2004, s. 9).

Každý pacient, s ohledem na jeho osobnost, vnímá svou nemoc situaci jinak, proto vyžaduje také různý přístup při poskytování péče. Jak uvádí Šlaisová, *„Každé přízpusobení si vyžaduje velké přemáhání a mnoho energie.“* (Šlaisová, 2004, s. 9). V podobném smyslu se vyjadřuje i Neubauerová, která píše: *„Práce na psychiatrickém oddělení je náročná po fyzické*

i psychické strážce.“ (Neubauerová, 2007, s. 49). Neubauerová dále tvrdí, že psychiatrická všeobecná sestra musí být často zručnější a pohotovější, než ostatní všeobecné sestry z jiných oborů, aby mohla poskytovat ošetrovatelskou péči rychleji a bezpečněji, zvláště pak u neklidných či agresivních pacientů. Dále musí sledovat příjem stravy, tekutin a léků, hodnotit míru neklidu, sociability, chování a kvalitu spánku. Musí se umět orientovat v symptomatologii, psychopatologii a psychofarmakologii. Musí mít schopnost komunikovat, edukovat a být trpělivá, zejména pokud se pacient projevuje manipulativně, lže, nedodržuje společenské normy, porušuje režim oddělení nebo se dokonce projeví až agresivně (Neubauerová, 2007, s. 49 – 50). Naopak by se měla vyhnout bagatelizaci, ironii, projevům nervozity, neklidu, negativismu až agrese, soukromým vztahům, neosobnímu vztahu nebo naopak přehnané péči a rezignaci (Marková, 2006, s. 88). Pokud však dojde k narušení její psychické odolnosti např. přetížením, bývá často obtížné udržet si profesionalitu a může vzniknout syndrom vyhoření (Neubauerová, 2007, s. 49–50).

Syndrom vyhoření vzniká nejčastěji při poskytování péče problematickým skupinám pacientů s poruchami chování a osobnosti, kteří kladou velké nároky na sebeovládání zdravotního pracovníka. V krátké době vzniká velká emocionální zátěž vedoucí ke vzniku stresu a frustrace s následnými psychosomatickými a funkčními poruchami (Marková, 2006, s. 92).

2. Neklid a agrese

Agitovanost a agrese jsou jedním z problematických projevů schizofrenního onemocnění. Podle Vevery se tyto příznaky vyskytují u 7 % pacientů trpících tímto onemocněním (Raboch, 2012, s. 154). Látalová uvádí prevalenci agrese 7 – 14 % u hospitalizovaných pacientů (Látalová, 2013, s. 46). Mnozí nejsou schopni nebo ochotni podílet se na léčbě, zejména odmítáním užívání léků nebo současným zneužíváním psychoaktivních látek. Je potřeba pacienta k léčbě motivovat nebo legálně „donutit“. Proto je třeba zvážit, kdy je vhodné ponechat pacientovi autonomii a kdy jej naopak podrobit donucovací léčbě (Látalová, 2013, s. 52).

Donucovací léčbou se rozumí hospitalizace bez souhlasu nemocného, který je zjevně nebezpečný sobě nebo okolí. Tento způsob hospitalizace je však třeba do 24 hodin nahlásit soudu. Nehlásí se pouze v případě, že se do 24 hodin zajistí dodatečný souhlas. Příslušný soud musí ve lhůtě 7 dnů vydat vyjádření, zda je hospitalizace oprávněná a určit její délku. Účinnost tohoto soudního rozhodnutí je 1 rok. Pokud by hospitalizace trvala déle, je nutné vyšetření soudním znalcem v oboru. V rámci tohoto rozhodnutí je možné z ordinace lékaře použít i omezovací prostředky bez souhlasu nemocného. Nedobrovolné přijetí může

u pacienta vyvolat nepříjemné pocity, a pokud je ještě nucen přizpůsobit se režimu odd., hrozí tu riziko nevole a nesouhlasu, které může vyústit až v hostilitu, případně agresivní chování (Sbírka zákonů, 2013, zák. č. 66/2013).

Podle velké švýcarské studie (Abderhalden et al., 2007) nebyl zjištěn vztah mezi věkem pacientů se schizofrenií a agresivitou, ani souvislost mezi násilím a pohlavím. V 38 % pozorovaných případů vzniklo násilí v prvních 7 dnech po přijetí. Podle americké studie (Krakowski a Czobor, 2004) byla pozorována podobná absence spojitosti, ale zaznamenali vyšší podíl mužů než žen, kteří svým obětem způsobili zranění. Velkým problémem agresivity je také její recidiva. V kanadské studii (Joyal et al., 2008) bylo sledováno 106 pacientů po dobu půl roku, z nichž 15 % bylo odpovědné za 57 % násilných událostí. V české retrospektivní kohortové studii sledující násilí ve vzorcích z let 1949, 1969, 1989 a 2000 (Veveřa et al., 2005) je celková prevalence násilí 41,8 % u mužů a 32,7 % u žen (Látalová, 2013, s. 38–39).

Jak uvádí Petr, na psychiatrických odděleních, zejména na akutních příjmových odděleních, je riziko výskytu agitovanosti, neklidu a agrese podstatně vyšší, než na jiných typech oddělení. NZP se zde může setkat s různými formami agrese, od hostility přes verbální agresi až po agresi brachiální, kdy již hrozí zvýšená možnost poranění pacienta i personálu. S výskytem agrese by měl zdravotní personál při poskytování péče počítat a měl by být schopen vyhodnocovat rizikové situace a hrozbu agrese v konkrétních případech, a rozpoznávat a zneškodňovat potenciální násilí dříve, než dojde ke skutečnému projevu (Petr, 2007, s. 327).

Vývoj agresivity prochází několika stadii. V první řadě dochází ke vzniku neklidu, který se projeví zvýšenou pohybovou aktivitou, gestikulací či bezcílnou aktivitou. Pokud dojde k projevu velkého motorického neklidu a pohybové aktivitě, mluvíme o agitovanosti. Při další progresi již dojde k násilnému chování a agresi, která se může projevit buď hostilitou, neboli nepřátelstvím, verbální agresi s nadávkami a urážkami, nebo agresi brachiální čili fyzickou, která se může zaměřit na předměty v okolí nebo proti jiné fyzické osobě (Petr, 2003, s. 69).

2.1. Zvládání agrese

„Agitovanost je u pacientů se schizofrenií akutním stavem, který vyžaduje rychlou intervenci, protože může přerůst v agresivitu a násilné chování.“ (Látalová, 2013). Příčiny vzniku agrese mohou být různé: od biologických, sociálních a situačních faktorů přes užívání drog

a alkoholu až po obyčejnou změnu prostředí, která může vyvolat úzkost s následnou agresivní reakcí. Tímto chováním ohrožují jak své domácí okolí, tak i zdravotnický personál psychiatrických oddělení. Protože neklidní pacienti ohrožující sebe či své okolí jsou ke svému chování a jednání nekritičtí a odmítají se ve vlastním zájmu nechat hospitalizovat, je zavedena forma péče bez souhlasu nemocného. Jedná se o detenční hospitalizaci, která však vyžaduje povolení soudu, viz kapitola Neklid a agrese (Dušek, 2005, s. 73).

V první fázi je možné pokusit se o zklidnění situace pomocí rozhovoru. Doporučuje se nedělat žádné unáhlené pohyby, nepohybovat se v pacientově dosahu, nepopouzet pacienta, naopak je třeba mluvit klidně, neoponovat, hlídat si únikovou cestu a snažit se získat dostatek času pro sehnání dalšího zdravotnického personálu (Dušek, 2005, s. 51).

V případě, že tato metoda selže a pacient jeví nadále známky vzrůstající agresivity, je nutné shromáždit dostatek personálu a demonstrovat tak sílu. Ideální poměr je jedna osoba na jednu končetinu, nejlépe mužský personál, a jeden k aplikaci psychofarmak, což činí 5 osob ke zvládnutí neklidu. (Petr, 2003, str. 71) Vzhledem k personálnímu osazení v praxi a nutnosti okamžitého jednání, je tento poměr většinou nereálný. Jak uvádí Petr: „*Za současných finančních podmínek není možné a ani efektivní, aby byl na oddělení přítomen takový počet personálu, který by byl schopen vyřešit všechny potenciálně nastalé situace.*“ (Petr, 2011, s. 109).

Základem léčby agitovanosti a agrese je použití psychofarmak se sedativním účinkem formou intramuskulárních injekcí, čímž se sníží riziko poranění. Nejvhodnější je aplikace atypických AP, jako je ziprasidon či olanzapin, v klinické praxi se však nejčastěji užívá kombinace haloperidolu a levopromazinu, případně diazepamu (Látalová, 2013, s. 56 – 57). Jak uvádí Vorlová, po útlumu je třeba zajistit monitoraci psychického i somatického stavu. Vždy je třeba zdokumentovat účinnost podaného psychofarmaka, případně jeho nežádoucí projevy. Proto by měla zdravotní sestra znát účinky psychofarmak, popřípadě jejich antagonisty (Vorlová, 2008, s. 16). V některých případech je nutné použít restriktivní postupy v podobě ochranného kabátku, omezení v síťovém lůžku, omezení v lůžku pomocí kurtace, separace v terapeutické izolaci, v širším pojetí sem také spadá aplikaci farmak bez souhlasu nemocného (Látalová, 2013, s. 56–57).

V případě obtížné ovlivnitelnosti či dlouhodobějšího trvání agrese je další možností k jejímu potlačení elektrokonvulzivní terapie neboli ECT. Podle studie (Hirose et al., 2001) došlo k vymizení agresivního jednání v 90 %. Při obvyklé sérii 6–12 aplikací 2 – 3x týdně

se zlepšení stavu dostaví již po 3 – 4 aplikaci. Pokud se ECT provádí správně, je bezpečná a s minimem vedlejších účinků (Marková, 2006, s. 97–101).

S agresivním chováním se lze setkat i na klinických odděleních, i když ne v takové míře, jako na odděleních psychiatrických. Personál na klinických odd. však tyto situace neočekává, bývá překvapen a vzhledem k nedostatku zkušeností je také neschopen je adekvátně řešit. Naopak psychiatrický NZP musí rozpoznat varovné signály neklidu a agrese, a ve většině případů je také rozpozná, a vhodným přístupem a volbou opatření zajistit bezpečí pacienta i jeho okolí. Návodem ke zjištění potencionálního rizika vzniku agrese může také posloužit rychlý dotazník Glynis Breakwellové obsahující 15 otázek (viz příloha A) (Marková, 2006, s. 106–112).

Situace spojené s agresivitou jsou pro NZP zdrojem nadměrné psychické zátěže, která se může projevit nežádoucími důsledky, např. strachem z dalšího napadení, zvýšenou ostražitostí i mimo zaměstnání, pocity viny z nezvládnuté situace, ztrátou jistoty, únavou apod., s možností rozvoje až posttraumatické stresové poruchy (Venglářová, 2006, s. 87).

2.2. Fyzické omezení

V případě akutního zhoršení duševního stavu pacienta s masivním neklidem a hrozcí či již propuknuvší agresí, ať již vůči sobě nebo převážně vůči okolí, je nutné přistoupit k fyzickému omezení pacienta. Podle §38 – 40 zákona č. 372/2011 Sb., nyní novelizován zákonem č. 66/2013 Sb., je možné použít omezovacích prostředků a neklidové medikace pouze u pacientů, kteří jsou hospitalizováni nedobrovolně. Toto opatření se provádí jen v krajním případě, kdy selžou všechny ostatní dostupné zklidňující metody a kdy hrozí zvýšené riziko poranění samotného pacienta, ostatních pacientů, personálu či škodám na majetku. Nesmí však být použito jako korektivní opatření k nápravě chování pacienta či k usnadnění péče o pacienta. Vždy volíme ten omezující prostředek, který bude účinný s co nejmenšími riziky pro pacienta (viz příloha B, s. 3).

Samotné omezení se provádí pouze na nezbytně nutnou dobu vedoucí ke zklidnění pacienta. Opět je důležitý dostatek zdravotního personálu, nejlépe mužského, k zajištění co nejvyšší bezpečnosti jak personálu, tak i pacienta. Při omezování je třeba dbát na důstojnost pacienta i na jeho soukromí. Po celou dobu použití omezovacího prostředku je pacientovi poskytována vysoce specializovanou ošetrovatelskou péčí spočívající v eliminaci rizik vedoucích k poškození jeho zdravotního stavu (viz příloha B, s. 3).

Pacient je pod nepřetržitým dohledem, kdy jsou pravidelně po 10 minutách kontrolovány životní funkce a hodnotí se psychický stav. Zdravotní personál zajišťuje jeho hydrataci, výživu, toaletu a osobní hygienu, dále zajišťuje, aby nedošlo k podchlazení, proleženinám, otlakům, omezení prokrvení apod. Při jakémkoli kontaktu s neklidným či agresivním pacientem, u kterého je použit omezující prostředek, je nutná přítomnost co největšího počtu personálu k zajištění bezpečnosti. Nikdy by neměl chodit zdravotnický pracovník k takovému pacientovi sám (viz příloha B, s. 6).

Vedoucí NZP zodpovídá za správné provedení omezovacího prostředku, za informování lékaře, za vedení dokumentace po dobu omezení, i za následné sledování stavu po ukončení omezení. Během omezení je třeba zaznamenávat veškeré údaje, hodnocení a změny stavu pacienta do dokumentace. O nutnosti použití omezovacího prostředku rozhoduje pouze lékař, proto je nutné jej vždy informovat o hrozícím nebezpečí vzniku agrese, popřípadě, pokud situace vyžaduje okamžité použití omezujícího prostředku, jej o tom co nejdříve informovat. Lékař po posouzení psychického stavu svým zápisem do dokumentace rozhodne o oprávněnosti fyzického omezení. Tímto rozhodnutím je možné pacienta fyzicky omezit na dobu 15 hodin, po této době je opět nutné posouzení psychického stavu lékařem, který rozhodne o prodloužení omezení. Vždy je však nutné adekvátně posoudit, zda je omezovacího prostředku nadále skutečně třeba. NZP provádějící nepřetržitý dohled musí provést záznam o každé změně v pacientově stavu, eventuálně provede souhrnný zápis o chování každých 5 hodin trvajících omezení nebo po jeho ukončení. Po ukončení je nadále sledováno pacientovo chování a hodnoceny jakékoli změny, které by mohly vyústit v opětovnou agresivní reakci, a k vyloučení somatických či psychických komplikací plynoucích z omezení (viz příloha B, s. 6).

Možnosti využití restriktivních postupů jsou upraveny zákonem (Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách, novelizace. č. 66/2013 Sb., zákon č. 140/1961 Sb. Trestního zákoníku, zákon č. 40/1964 Sb. Občanského zákoníku, novelizace č. 89/2012 Sb. a zákon č. 99/1963 Sb. Občanského soudního řádu, novelizace č. 293/2013 Sb.) a jejich použití se musí řídit určitými zásadami dle Věstníku MZ ČR č. 1/2005, jehož obsahem jsou metodická opatření k použití omezovacích prostředků (Marková, 2006, s. 113–117).

Výskyt neklidu či agrese v menší či větší míře je na psychiatrickém oddělení poměrně častý jev, se kterým se musí ošetřující personál neustále vyrovnávat. Po celou dobu, co je nucen čelit agresivnímu pacientovi, zajišťovat jeho potřeby a léčbu s vědomím rizika možného

poranění, je zdravotní personál vystaven značnému psychickému stresu, který se může negativně projevit na jeho zdravotním stavu. Snadno totiž může dojít při neustálém konfliktu schizofrenního pacienta a personálu k vyčerpání a k psychickému přetížení, které přispívá k rozvoji syndromu vyhoření u NZP (Neubauerová, 2007, s. 49).

3. Komunikace s psychiatrickým pacientem

Komunikace ve zdravotnictví zaujímá velmi důležitou úlohu. NZP je díky této dovednosti schopen nejen navázat a rozvíjet kontakt s nemocným, ale lze ji použít také jako terapeutického prostředku a přispět ke zmírnění starostí a problémů pacienta. Každá komunikace je vždy aktivní, i když druhý mlčí, a má svůj cíl i účel. Je dobré vědět, co je třeba říci, a odhadnout situaci, kde a kdy předat informace předat pacientovi a jakým způsobem (Čermáková, 2010, s. 20–21).

Komunikace s psychiatrickým pacientem může být považován za jistý druh psychoterapie. Při rozhovoru se lze nejen dozvědět některé důležité informace, ale při správném vedení je možné navodit důvěryhodnou atmosféru, což hraje důležitou roli při léčbě. Naopak pokud bude rozhovor veden nesprávně, výsledkem může být ztráta důvěry pacienta, který již nebude nadále spolupracovat a jeho psychický stav se bude negativně vyvíjet (Kučerová, 2010, s. 33).

3.1. Komunikace s pacientem postiženým schizofrenií

Komunikace s psychotickým pacientem je značně náročná. Takto postižený jedinec může mít sníženou, opožděnou nebo vymizelou schopnost reagovat na okolí. Není schopen porozumět sdělovaným informacím, chová se neadekvátně a odmítavá reakce okolí může zvyšovat jeho úzkost a sociální izolaci (Venglářová, 2006, s. 96).

Pro úspěch komunikace s takto postiženými nemocnými je nutné navázání důvěry ve vztahu sestra - pacient. Je třeba umožnit mu vyjádřit svá přání a potřeby a pomoci mu navázat kontakt s okolím. Při jednání je vhodné zaujímat empatický postoj, nezlehčovat okolnosti, nenaléhat a nepřesvědčovat jej. Naopak je možné pacienta povzbudit projevením pochopení, nasloucháním bez přerušování, snahou pochopit situaci nemocného s ohledem na jeho onemocnění (Venglářová, 2006, s. 97–98).

V komunikaci se používají jednoduchá sdělení, kterým je pacient schopen porozumět, a zaměřujeme se také na jeho neverbální komunikace, neboť při produkci tzv. slovního salátu nám nemusí sdělit žádné podstatné informace. Ty lze získat pozorováním jeho chování

a jednání. Spíše však může od tématu odbíhat, mluvit inkoherentně, nebo se může rozhovoru s nejasných příčin bránit. (Venglářová, 2006, str. 98).

3.2. Komunikace s agresivním pacientem se schizofrenií

Komunikace s agresivním pacientem je značně náročná. Nemocný může nevhodnými komunikačními chybami nejen ztratit důvěru ve zdravotníka, ale může se jen utvrdit ve svém bludném přesvědčení a vyprovokovat ho k brachiální „obraně“. Komunikačně zdatný NZP může pomocí individuálního přístupu zmírnit neklidný projev nemocného a vyhnout se tak projevu fyzického násilí (Dušek, 2005, s. 13).

Spektrum agresivních projevů může být od slovních útoků přes agresivitu vůči věcem až po vyústění agrese vůči sobě nebo ošetřujícímu personálu. Při verbální agresi je cílem zastrašit protějšek a prosadit své požadavky a přání. K tomu je využíváno zejména křik a nadávky. Poškozováním věcí se může snažit nemocný „vybít“, aniž by někomu způsobil újmu na zdraví. V této fázi však již hrozí reálné riziko napadení jiné osoby, nejčastěji spolupacienta nebo personálu. K útoku může použít i různých předmětů jako zbraň. Při fyzické agresi dochází ke skutečnému útoku na druhou osobu. Automutilace neboli sebepoškozování je agrese vůči vlastní osobě, která se může projevit buď demonstrativními projevy s cílem upoutat pozornost, nejčastěji se jedná o škrábance a povrchní řezné rány, nebo vážnější poškození, kdy si pacient pod vlivem halucinací působí hlubší řezná poranění, pálí se apod. Takovéto jednání může vyústit do suicidálního pokusu (Venglářová, 2006, s. 83).

Při verbálním konfliktu je potřeba celou situaci zklidnit. Rychlými otázkami je třeba zjistit příčinu neadekvátních emocí a získat čas na rozmyšlenou. Ošetřující by měl zachovat klid, chovat se vlídně a vyjádřit empatii, aby pacienta zbytečně neprovokoval. Nehodnotí jeho chování ani ho neodsuzuje, naopak projeví zájem o jeho situaci. Nesmí se nechat vyprovokovat, případně se nebát třeba omluvit, je-li rozhořčení a zloba pacienta oprávněná (Čermáková, 2010, s. 20–21).

4. Deprese jako komplikace schizofrenie

Deprese je u schizofrenie jednou z nejzávažnějších zdravotních i sociálních komplikací. Výrazně ovlivňuje prognózu a postupně vede ke zhoršování kvality života s možností náhlého suicidia. Výskyt deprese u schizofrenie je vysoký. Celoživotní prevalence u schizofrenie se podle studií pohybuje mezi 60 – 80 % (Johnson, 1988, Fenton, 2000). Kromě možnosti

suicidia zodpovídá deprese také za vyšší výskyt relapsů, farmakorezistenci, delší hospitalizace a zhoršování kognitivních funkcí. Navíc komplikuje diagnostiku, neboť se často překrývá s extrapyramidovým syndromem (Maršálek, 2007, s. 8–10).

V diagnostice depresivního syndromu při schizofrenii je třeba nejdříve vyloučit primární deprese různého původu. Obtížné je odlišit také depresivní příznaky od negativních příznaků schizofrenie, které jsou si velmi podobné a v některých příznacích se překrývají, např. poruchy pozornosti, spánku, apatie, hypobulie, anhedonie, apod. K tomuto odlišení se využívají škály určené pro hodnocení deprese u schizofrenie, např. Calgarská škála deprese u schizofrenie (viz příloha C) nebo Beckův dotazník (viz příloha D), neboť klasické škály pro hodnocení depresí nejsou schopny příznaky správně odlišit. Přitom toto odlišení je velmi důležité, neboť výskyt deprese zvyšuje riziko suicidality, kdežto více negativních příznaků riziko sebevraždy naopak snižují. Podle zjištěných výsledků se volí správná léčba (Maršálek, 2007, s. 26).

V léčbě je možné použít několik možných postupů. První možností je využití antipsychotik v monoterapii. 12 ze 13 studií, provedených v letech 1993 – 2000, prokázalo, že lepší antidepresivnější účinek mají atypická antipsychotika, než klasická. Konkrétně se jedná o risperidon, olanzapin, ziprasidon a později ještě o quetiapin, zotepin, amisulprid a aripiprazol. Tato monoterapie antipsychotiky 2. generace je vhodná u akutní exacerbace schizofrenie. Lze také AP kombinovat, ale k těmto pokusům zatím nejsou žádné adekvátní studie. Druhou možností je přidání antidepresiv k antipsychotikům. Zde však hrozí riziko farmakodynamických a farmakokinetických interakcí. Navíc existuje málo publikovaných prací zabývajících se správnými postupy. Při podezření na EPS lze přidat do léčby také anticholinergní antiparkinsonika, při neúspěchu farmakoterapie je možné provést elektrokonvulzivní terapii. Ve stadiu experimentů je podávání nenasycených Ω -3 mastných kyselin nebo neurosteroidu dehydroepiandrosteronu a spekuluje se i o využití repetitivně transkraniální magnetické stimulace. Součástí léčby by také měla psychoedukace, psychoterapie a sociální rehabilitace (Maršálek, 2007, s. 30–42).

1.4.1. Riziko suicidia

Při selhání léčby hrozí riziko sebevraždy, která je u osob se schizofrenií nejčastější příčinou úmrtí, u mužů až v 50 %, u žen v 35 % (Mortensen a Juel, 1993). Problém sebevražedného jednání spočívá v pozdní diagnostice, neboť tyto úmysly mohou být zakryty projevy schizofrenie. Je nutné s touto možností u nemocných se schizofrenií počítat a pátrat po ní.

Důležitá je neustálá kontrola pacienta, jeho chování, NZP by si měl všimnout i těch nejmenších změn v jednání, které by mohli vyústit v suicidální pokus. Další opatřením je odstranění veškerých předmětů z okolí pacienta, které by ke svému pokusu mohl využít. Riziková jsou období nastupující psychózy a období krátce po propuštění z hospitalizace, kdy by měl být nemocný v relativně stabilním stavu (Maršálek, 2007, s. 53).

„Sebevražedný pokus je vlastně pacientovo volání o pomoc.“ (Marková, 2006, s. 126). Pro NZP však není jednoduché pečovat o suicidálního pacienta. Musí být s tímto problémem sám vyrovnán, bez předsudků, neměl by moralizovat, situaci zlehčovat či poučovat. Naopak by měl s jistotou provádět bezpečnostní opatření a minimalizovat příležitosti k vykonání hrozícího suicidia (Marková, 2006, s. 126–127).

Nemocní postižení schizofrenií mají tendence neplánovat suicidium moc dopředu, proto může být její provedení nečekané a překvapující. K tomu může ještě přispívat, pokud zdravotnický personál podcení toto riziko a není důsledný v poskytování ošetrovatelské péče, jejíž součástí je i sledování a hodnocení stavu pacienta. Varovat by nás mělo zjištění tzv. presuicidálního syndromu, který je charakterizován 4 položkami: beznadějí, ruminací myšlenek, sociálním stažením a sníženou aktivitou (Maršálek, 2007, s. 56).

5. Psychoedukace v léčbě schizofrenie

„Psychoedukace u schizofrenie je účinnou metodou v prevenci relapsu schizofrenie, protože zajistí pacientovi i jeho blízkým relevantní, dostatečně hluboké, široké a aktuální informace.“ (Motlová-Bankovská, 2012, s. 8).

Pojem edukace lze také definovat jako *„... proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“* (Juřeníková, 2010, s. 9).

Jednou z podmínek úspěšné léčby schizofrenie a zabránění relapsu je spolupráce pacienta. Ta se dá zajistit poskytnutím dostatečného množství informací nejen o léčbě, ale také o příznacích, rizicích, prevenci, průběhu onemocnění, atd. Tato spolupráce se označuje termínem „kompliance“, který určuje rozsah, v jakém chování nemocného odpovídá doporučení lékaře. Podle toho rozlišujeme compliance jako velmi dobrou, dobrou a nonkompliance, kdy již pacient téměř nespolupracuje. Nejzávažnější je nedodržování až samovolné vysazení medikace, které vedou k častějším relapsům. Opakované relapsy

zvyšují farmakorezistenci a tím zhoršují celkový dlouhodobý průběh onemocnění a kvalitu života (Svoboda, 2006, s. 196–197).

V edukačních programech získávají nemocní ucelené informace o onemocnění, o důležitosti léčby, o podpůrných a rizikových faktorech, komunitních službách a sociálních vztazích. Psychoedukace by měla začít již po odeznění akutní fáze 1. ataky. Je výhodné, aby informační část psychoedukace absolvovali nemocní i se svými příbuznými, navazující část by však měla probíhat odděleně, aby bylo zachováno soukromí či nevznikaly případné konflikty. Důležitou součástí edukace je interakce mezi lektorem a nemocným, nejedná se jen o monologický, statický výklad. Stěžejním tématem celé edukace je prevence relapsu, kdy se nemocní učí rozeznávat časné varovné signály a jak by měl dále postupovat. Mezi časné příznaky patří nespavost, nervozita, nechutenství, zhoršení paměti, ztráta zájmu o společenský kontakt, netrpělivost apod. Pokud nemocný zaregistruje tyto příznaky, měl by ihned navštívit svého lékaře k včasné korekci farmakoterapie (Motlová-Bankovská, 2013, s. 9–11).

Z tohoto pohledu je velmi důležitá role zdravotníků, aby nemocného motivovali k dodržování předepsané terapie, i když se sami nemocní budou cítit dobře a budou mít pocit, že již léky nepotřebují. Jak dále Motlová poznamenává, psychoedukace by se měla pokračovat v denních stacionářích, ale pro jejich nedostatek a geografickou nedostupnost je počet takovýchto center omezen (Motlová-Bankovská, 2013, s. 10).

Možná, že s navrhovanou reformou psychiatrické péče, která počítá s rozšířením komunitní péče právě v takovýchto centrech, bude možné zpřístupnit psychoedukační činnost pro větší množství pacientů, čímž se sníží množství hospitalizací a s tím spojených negativních projevů a nespolupráce.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

6. Metodika práce

6.1. Výzkumné otázky

1. Jak hodnotí respondenti náročnost práce nelékařského zdravotnického pracovníka v přímé péči o hospitalizované pacienty se schizofrenií?
2. Jak jsou respondenti schopni vyrovnat se s náročností péče poskytované schizofrennímu pacientovi?
3. Jaké následky na zdravotní stav má náročnost práce nelékařských zdravotnických pracovníků v přímé péči o pacienta se schizofrenií na respondenty?
4. Jaké jsou rozdíly mezi muži a ženami v subjektivním vnímání pracovní zátěže při poskytování ošetrovatelské péče a při vyrovnávání se s touto zátěží?

6.2. Metodologie

Výzkum byl prováděn kvantitativní metodou sběru dat pomocí nestandardizovaného, anonymního dotazníku vlastní konstrukce (viz příloha A). Jedná se o nejrozšířenější metodu, která je jednoduchá, časově nenáročná, s relativně přesvědčivou anonymitou, a kterou lze získat velké množství informací během krátkého času a při nízkých nákladech. Výrazným negativem této metody je však riziko nízké návratnosti, které může zkreslit výsledky. K eliminaci tohoto negativa byla použita jedna z metod zajišťující návratnost srovnatelnou s rozhovorem, tedy osobní distribuce a sběr dotazníků samotným výzkumníkem (Disman, 2002, s. 141–142). Anonymita byla zajištěna krabicovým boxem s otvorem pro vhození vyplněného dotazníku. Získaná data byla po sběru anonymně zpracována.

Před vlastním výzkumem byla provedena pilotáž pro ověření přijatelnosti formulace dotazníku. Pilotáže se účastnilo 11 respondentů, kteří velmi dobře přijali předložený dotazník a otázkám dostatečně porozuměli. Pilotní sondáž proběhla v době předcházející vlastnímu výzkumu, tedy během měsíce září.

Využitý dotazník vlastní konstrukce v konečné podobě byl tvořen celkem 21 otázkami. 8 otázek bylo uzavřených a 3 otázky polouzavřené. V 5 otázkách byla použita bipolární numerická stupnice s hodnotami 0 – 10, kde 0 značí minimum a 10 maximum,

ve všeobecnějším pojetí lze klasifikovat 0 jako hodnotu „žádné“, rozmezí 1 – 3 jako „nízké“, 4 – 6 jako „střední“ a 7 – 9 jako „vysoké“, hodnota 10 značí „maximální“.

Všechny tyto otázky byly zaměřeny na získání informací k výzkumným otázkám. Na závěr dotazníku bylo zařazeno 5 otázek k získání demografických a identifikačních informací. Údaje byly shromažďovány v období od 11. 11. 2013 do 31. 12. 2013.

6.3. Charakteristika souboru

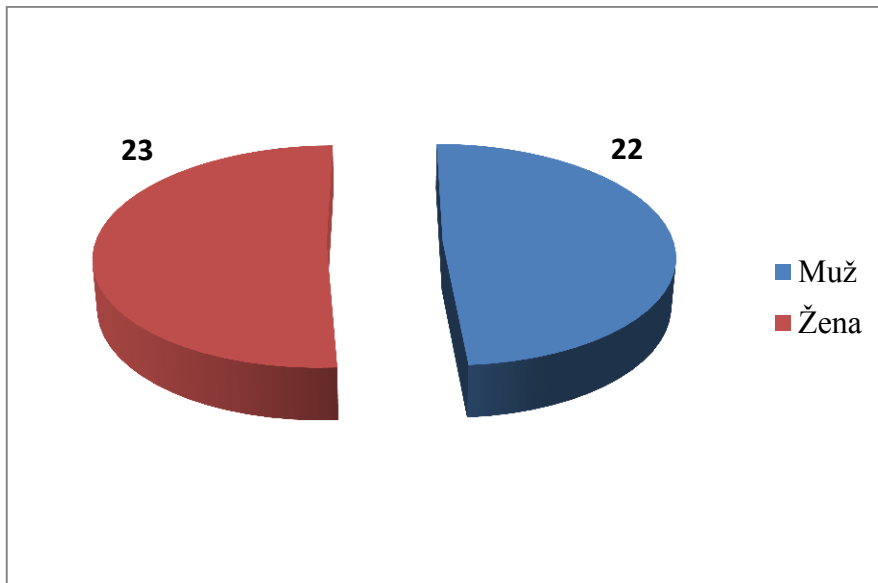
Sběr dat probíhal v psychiatrické nemocnici regionálního typu s kapacitou 710 lůžek a celkovým počtem 453 nelékařských zdravotnických pracovníků. V této nemocnici na vybraných odd. také probíhá praktická výuka pro studenty zdravotnických škol a pomaturitního specializačního studia. Výzkum probíhal na odděleních akutního neklidu pro muže (24 lůžek, 18 NZP), doléčovacím oddělení pro muže (40 lůžek, 15 NZP), oddělení pro chronické pacienty muže (26 lůžek, 15 NZP) a na oddělení pro chronické pacienty ženy (27 lůžek, 15 NZP). Kritériem pro zařazení respondentů do výzkumu bylo právě jejich zaměstnání na těchto odděleních na pozici NZP, který přichází denně do kontaktu s pacienty se schizofrenií a který je ochoten se prováděného výzkumu účastnit. Kritériem pro vyřazení z výzkumu byla neochota účastnit se výzkumu a neúplné vyplnění dotazníku.

Na uvedených odděleních je na pozici NZP zaměstnáno celkem 63 zaměstnanců. Na tato pracoviště tedy bylo rozdáno 62 dotazníků. Zpět se jich vrátilo 47, návratnost byla tedy přibližně 76 %. Z tohoto počtu musely být 2 dotazníky vyřazeny pro neúplnost dat, takže výsledný zkoumaný vzorek tvořilo 45 respondentů, tedy 72,5 %.

Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Excel.

7. Interpretace výsledků

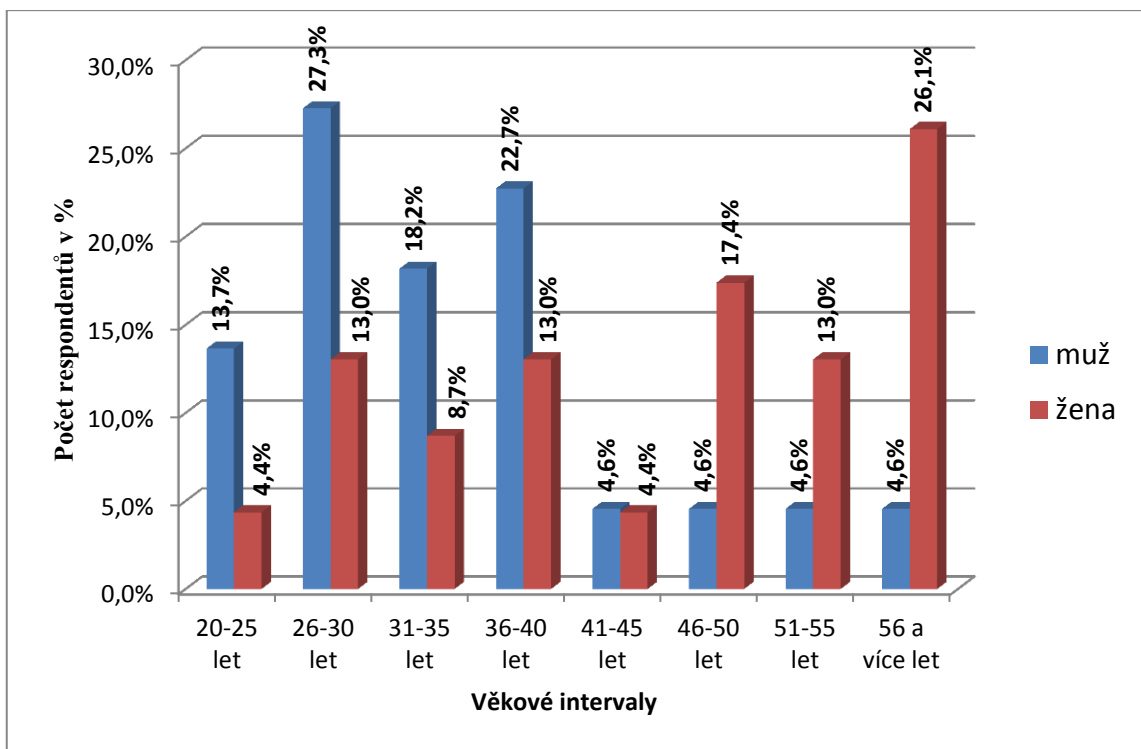
1) Pohlaví respondentů



Obrázek 1. Graf pohlaví respondentů (Zdroj: autor)

Podle obrázku 1 je patrné, že výzkumný soubor byl dle pohlaví rozdělen rovnoměrně, kdy 49 % (n=22) bylo mužů a 51 % (n=23) bylo žen.

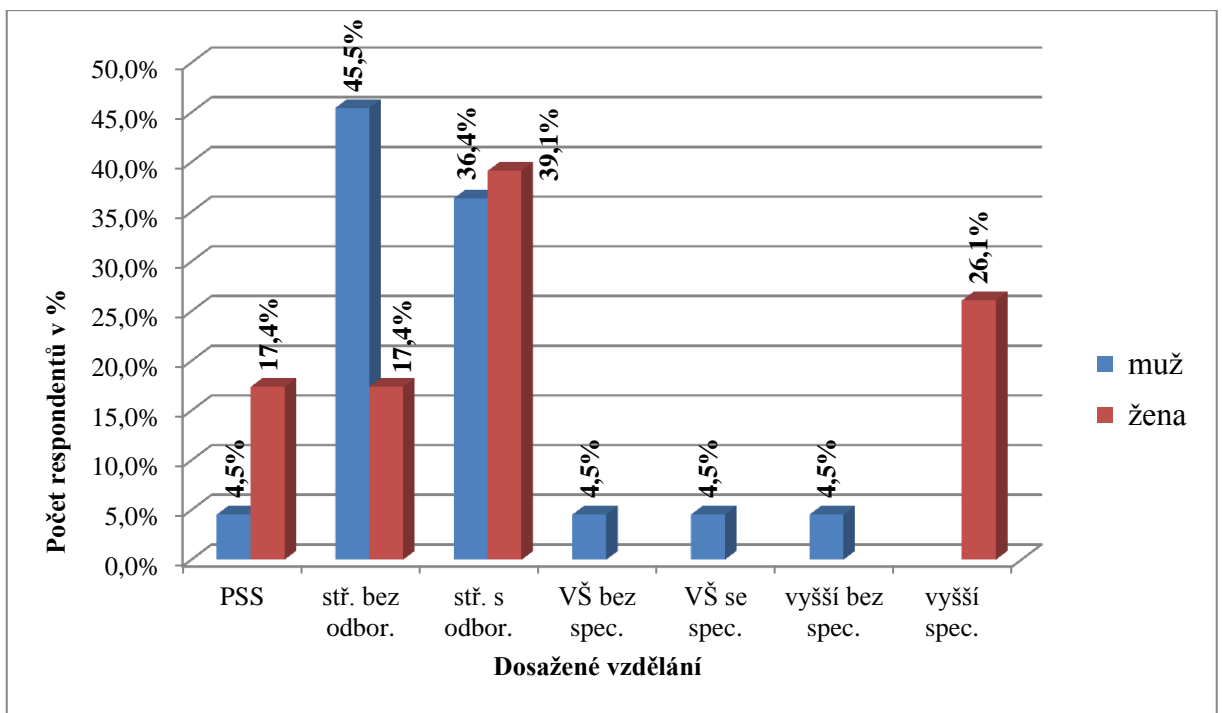
2) Věk respondentů



Obrázek 2. Graf věku respondentů (Zdroj: autor)

Na grafu znázorňující věk respondentů (obrázek 2) je zřetelné, že mužská část zkoumaného vzorku je mladší než část ženská. Nejvíce mužů je ve věku 26-30 let, celých 27,3 % (n=6). Ženy mají největší zastoupení na opačném konci věkového spektra, nad 50 let je 26,1 % žen. Průměrný věk všech oslovených respondentů je 39,5 let. Z grafu na obrázku 2 tedy vyplývá, že většina mužů je mladší 40 let, naopak většina žen je starší 40 let.

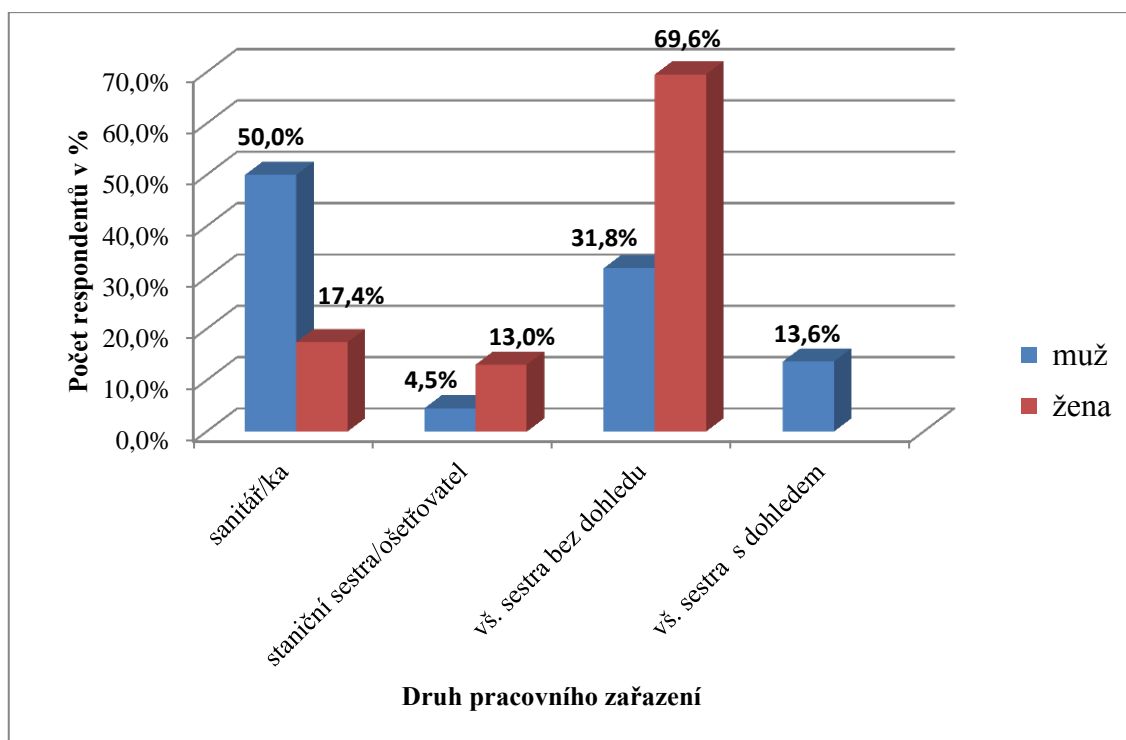
3) Vzdělání respondentů



Obrázek 3. Graf vzdělání respondentů (Zdroj: autor)

Rozdělení respondentů podle vzdělání ukazuje obrázek 3. Největší zastoupení má dosažené středoškolské odborné vzdělání, kterého dosáhlo 37 % všech respondentů (n=17). Z dotázaných mužů je takto vzděláno 36,4 % (n=8), z dotázaných žen 39,1 % (n=9). Naopak středoškolského vzdělání bez odbornosti dosáhlo 31 % všech respondentů (n=14), avšak podstatnou část tvoří muži. Takto vzděláno je z dotázaných 45,5 % mužů a 17,4 % žen. Z grafu také vyplývá, že se ženy častěji specializují v oboru oproti mužskému vzorku respondentů. Specializováno je celkem 43,5 % žen oproti 9 % mužů.

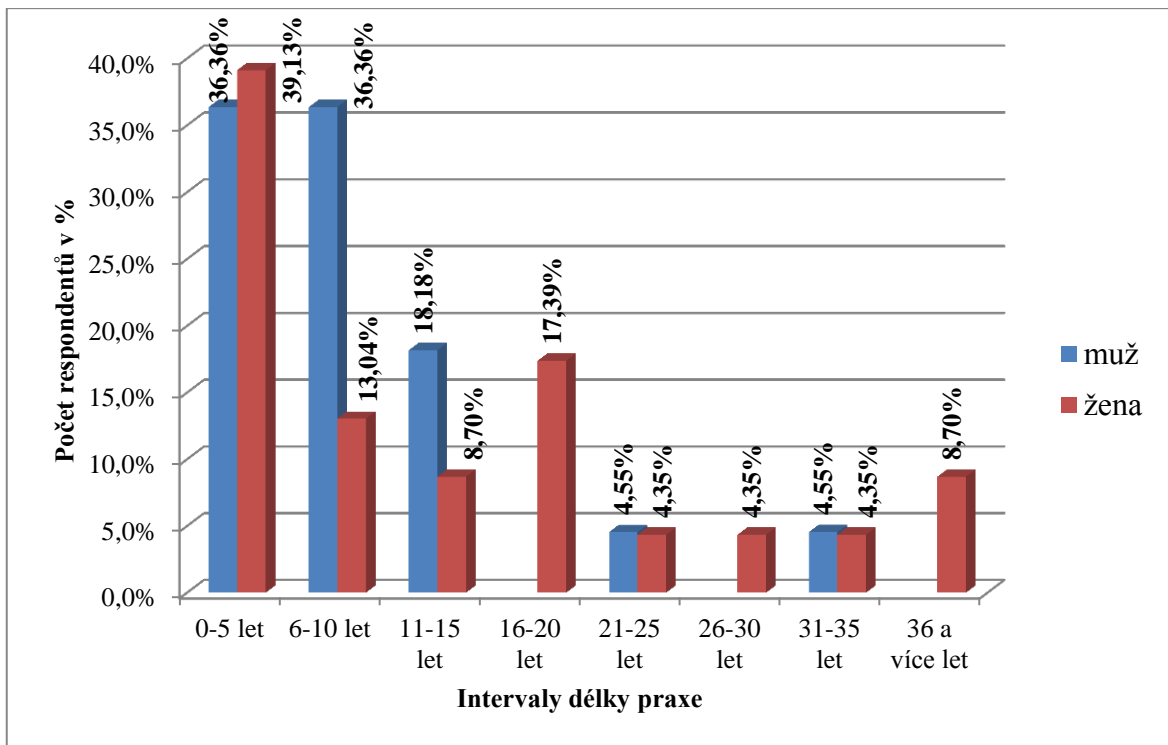
4) Pracovní zařazení



Obrázek 4. Graf pracovního zařazení (Zdroj: autor)

Jak je patrné z obrázku 4, na pozici všeobecné zdravotní sestry bez nutnosti odborného dohledu je zaměstnáno 51,1 % všech dotázaných respondentů (n=23), z toho je přibližně 2x více žen než mužů. Naopak polovina dotázaných mužů pracuje na pozici sanitáře (n=11), jako sanitářek je zaměstnáno 17,4 % žen (n=4). Čtyři vedoucí pracovníci odpovídají čtyřem oddělení, kde byl výzkum prováděn. Z těchto čtyř zdravotníků byl 1 muž. U 13,6 % respondentů (n=3) je vyžadován odborný dohled jiné osoby. Všechny 3 osoby jsou muži.

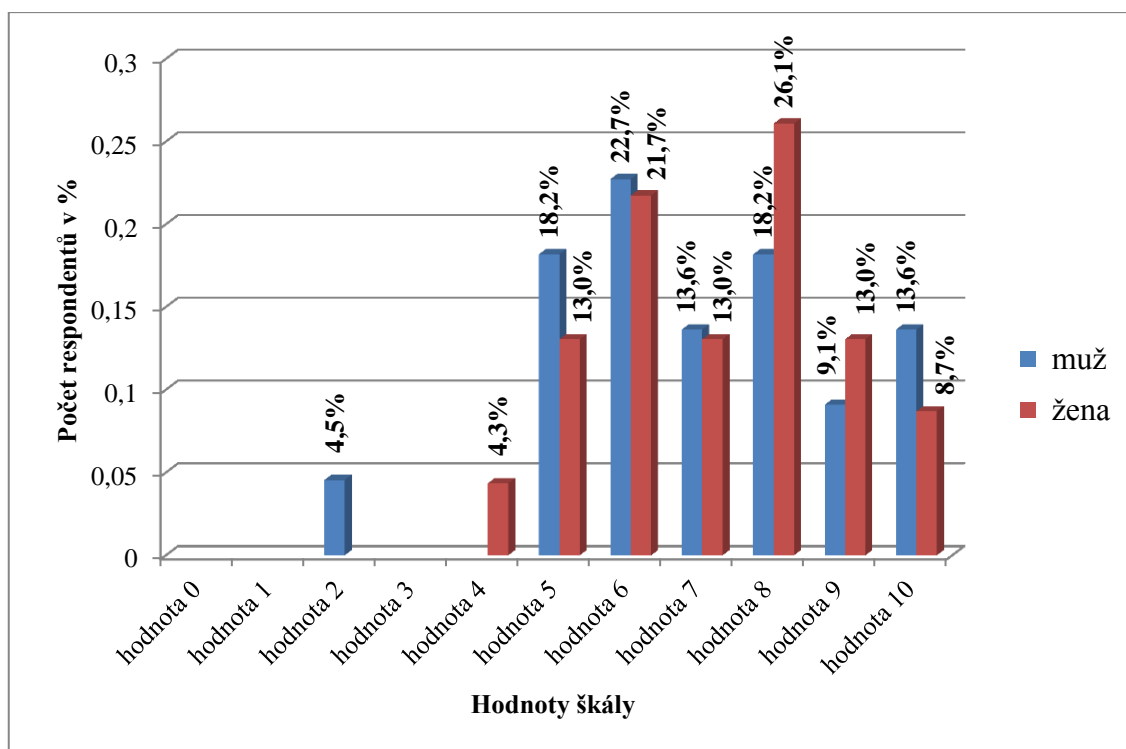
5) Délka praxe



Obrázek 5. Graf délky praxe (Zdroj: autor)

Z grafu délky praxe, který nám ukazuje obrázek 5, je patrné, že nejvíce dotázaných pracuje na oddělení určené pro schizofrenní pacienty relativně krátce. S kratší než 15 - letou praxí je zaměstnáno 90,9 % mužů (n=20) a 60,9 % žen (n=14). Naopak delší praxi nad 15 let má pouze 9,2 % mužů (n=2), ale 39,1 % žen (n=9). Tyto výsledky odpovídají věku respondentů, kde bylo zjištěno větší podíl mladších mužů a starších žen.

6) Subjektivní míra celkové zátěže



Obrázek 6. Graf míry celkové zátěže (Zdroj: autor)

Zjišťovanou subjektivní míru celkové zátěže na personál nám poukazuje obrázek 6. K hodnocení bylo použito stupnice 0 – 10, kde 0 značí žádnou zátěž a 10 maximální zátěž. Téměř všichni respondenti (95,5 %, n=43) označili hodnoty v druhé polovině stupnice, tedy jako vyšší zátěž. Nejvíce žen pociťuje náročnost hodnocenou stupněm 8 (n=6), nejvíce mužů hodnotí zátěž stupněm 6 (n=5). Nejvyšší možnou míru zátěže, hodnocenou stupněm 10, pociťuje při péči 11,1 % ze všech dotázaných respondentů (n=5), tedy 13,6 % všech dotázaných mužů (n=3) a 8,7 % všech žen (n=2).

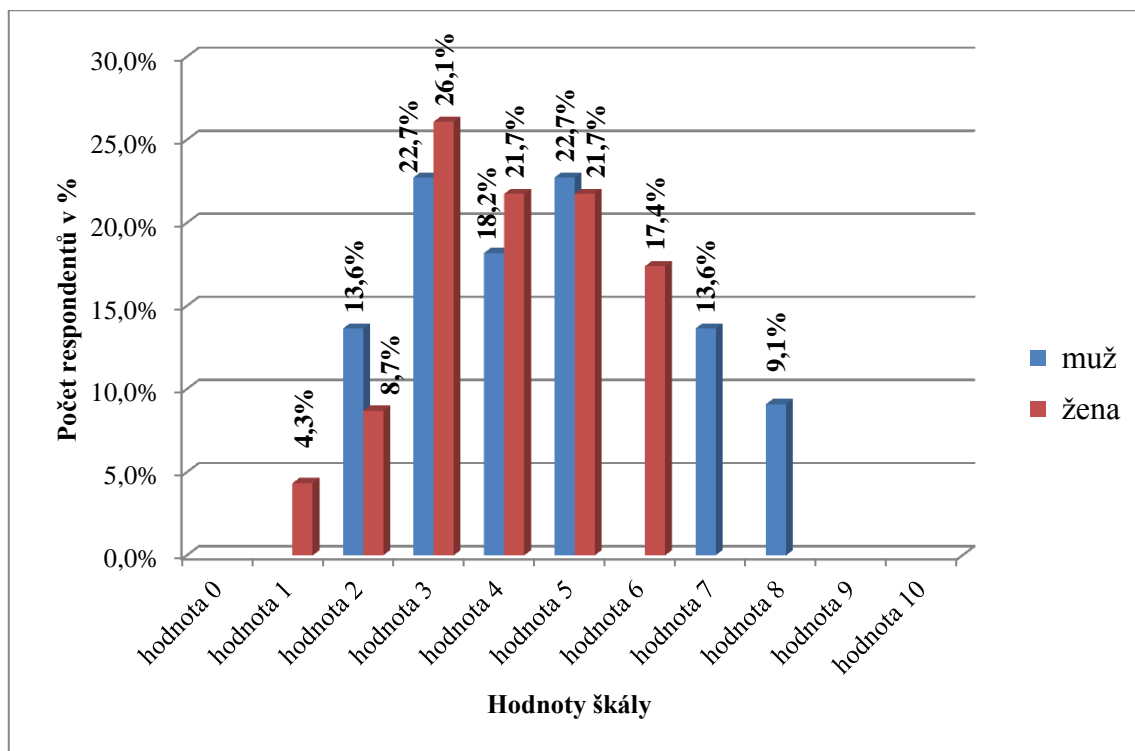
Vzhledem k číselnému charakteru výsledků lze určit nejen průměr, který je 7,1, ale i medián a modus. Medián má hodnotu 7, modus je v tomto případě vícenásobný. Nejčastěji byly označeny hodnoty 6 a 8.

Pokud se modus porovná se vzděláním respondentů a délkou praxe, tak výsledkem je skutečnost, že z celkového počtu 22,2 % respondentů (n=10), kteří hodnotili míru celkové vnímané zátěže hodnotou 6, jich celých 70 % (n=7) dosáhlo středního odborného vzdělání (SZP) s průměrnou délkou praxe 20,3 let. Ze stejného počtu 22,2 % respondentů (n=10), kteří hodnotili míru celkové zátěže hodnotou 8, bylo 50 % dotázaných (n=5) specializováno

v oboru psychiatrie s délkou praxe 23,8 let a 40 % dotázaných (n=4) mělo ukončené střední vzdělání bez zdravotnické odbornosti (PZP) s délkou praxe 7,4 let.

Z tohoto srovnání je patrné, že vysokou náročnost pocítují pracovníci s odborností, spíše ženy.

7) Subjektivní míra fyzické zátěže



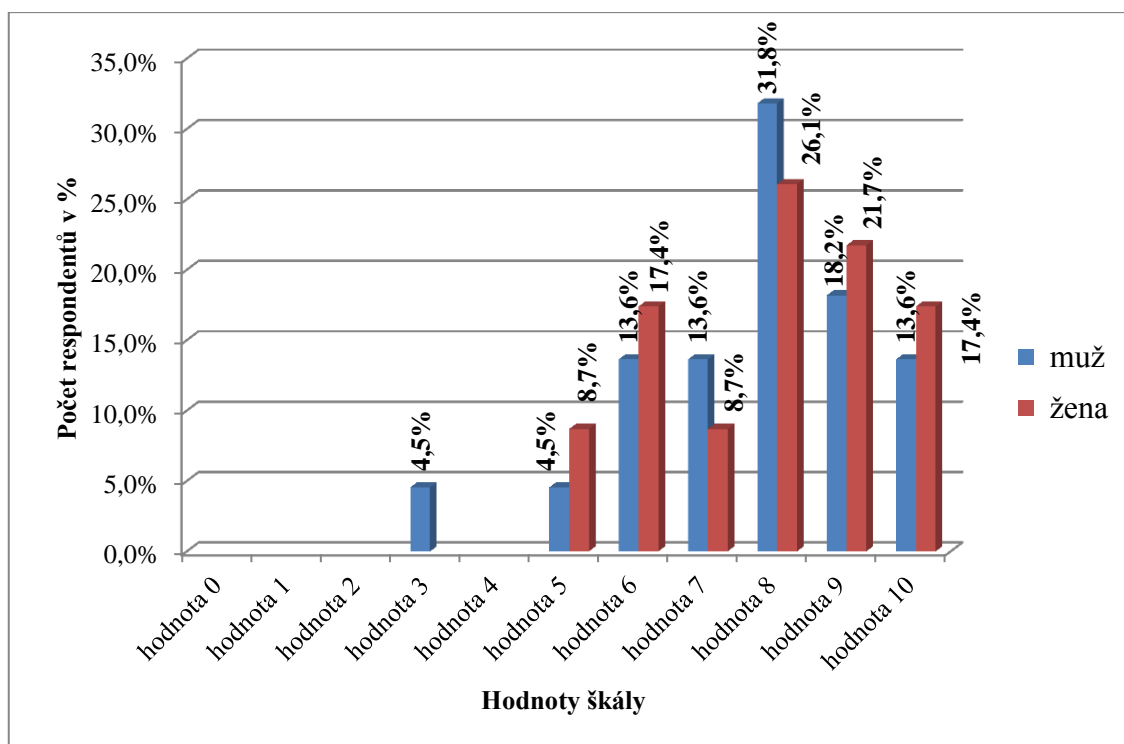
Obrázek 7. Graf míry fyzické zátěže (Zdroj: autor)

Na obrázku 7 je znázorněn graf vyjadřující subjektivní vnímání fyzické zátěže při poskytování péče schizofrennímu pacientovi. 66,7 % dotázaných respondentů (n=30) hodnotí fyzickou zátěž v rozmezí 3 – 5 stupně škály na stupnici 0 – 10, kdy 0 značí žádnou zátěž a 10 maximální zátěž. Největší počet žen, 26,1 % (n=6), hodnotilo zátěž stupněm 3, největší počet mužů, 22,7 % (n=5) hodnotilo zátěž shodně stupněm 3 a 5.

Opět zde můžeme definovat průměr, který má hodnotu 4,2, medián má hodnotou 4 a modus 3.

Porovnáním s pracovním zařazením respondentů jsou maximální hodnoty u žen i mužů rovnoměrně rozdělené mezi SZP a PZP.

8) Subjektivní míra psychické zátěže



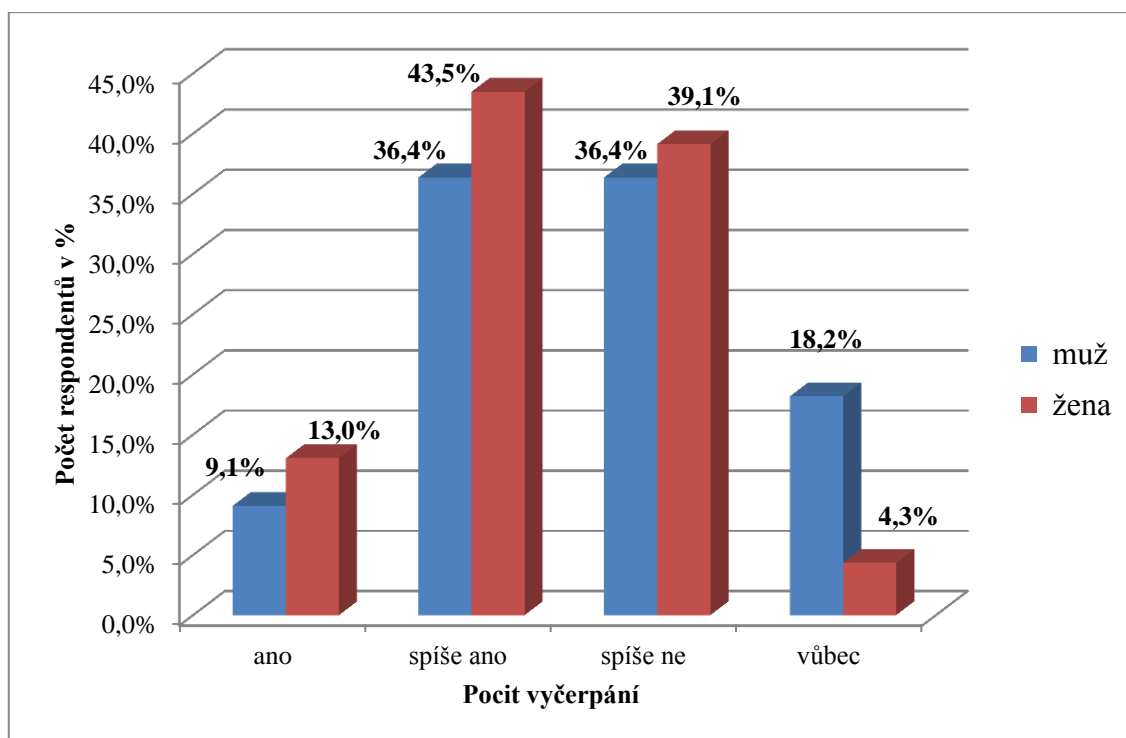
Obrázek 8. Graf míry psychické zátěže (Zdroj: autor)

Pro hodnocení psychické míry zátěže byla opět použita stupnice se stejnými parametry, kdy 0 značí žádnou zátěž a 10 maximální zátěž. Jak nám napovídá obrázek 8, respondenti hodnotí psychickou zátěž jako vysokou a nejčastěji označovali nejvyšší stupně škály. 64,4 % respondentů (n=29), s průměrnou délkou praxe 12,5 let, pociťuje psychickou zátěž v rozmezí 8 – 10 stupně škály. Z tohoto počtu je 62,1 % zaměstnáno jako SZP. Maximální míru psychické zátěže pak pociťuje 15,6 % oslovených respondentů (n=7) s průměrnou délkou praxe 14,9 let, častěji ženy než muži, a 71,4 % z těchto respondentů (n=5) má odborné vzdělání. Zajímavé je, že průměrný věk respondentů, kteří označili maximální možnou míru zátěže, je 40,7 let.

Obecně lze říci, že vysokou psychickou zátěž při poskytování péče pociťují muži i ženy rovnoměrně a se stoupajícím věkem také stoupá i míra zátěže.

V této otázce byl stanoven průměr ve výši 7,8, modus i medián jsou shodně vyjádřeny hodnotou 8.

9) Subjektivní míra citového vyčerpání



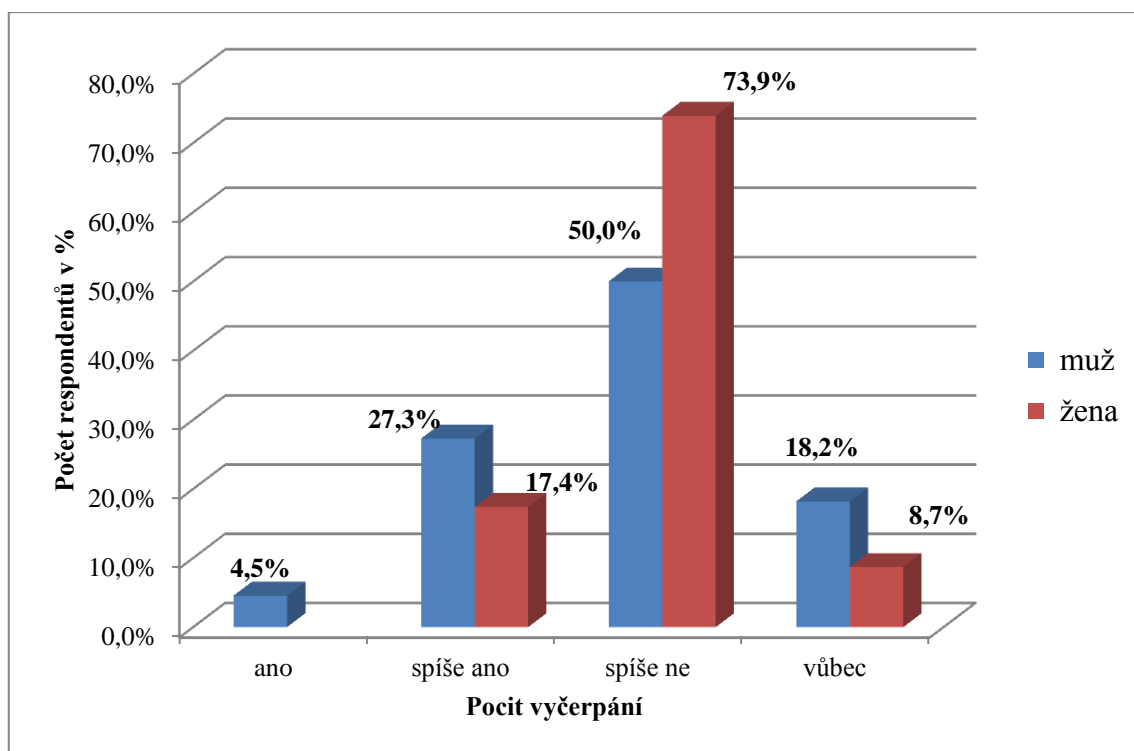
Obrázek 9. Graf citového vyčerpání (Zdroj: autor)

Výsledky zjišťující, zda respondenti pociťují při poskytování péče citové vyčerpání, nám předkládá obrázek 9. Z grafu vyplývá, že 40 % respondentů (n=18) se spíše cítí citově vyčerpáno, kdežto 37,8 % respondentů (n=17) citové vyčerpání spíše nepociťuje. V obou případech takto odpovědělo více žen. Jistotu citového vyčerpání má 11,1 % respondentů (n=5), opět více žen. Naopak více mužů citové vyčerpání vůbec necítí.

Porovnáním výsledků lze zjistit, že s rostoucím věkem i délkou praxe, také vzrůstá míra citového vyčerpání.

Při porovnání těchto výsledků s výsledky na obrázku 8 je závěr takový, že respondenti, kteří jsou citově vyčerpáni, udávají průměrnou míru psychické zátěže číslem 8 na příslušné stupnici 0 – 10. Ti respondenti, kteří spíše pociťují citové vyčerpání, také hodnotí průměrnou psychickou zátěž číslem 8 na téže stupnici. Avšak zde již existuje určitá nejednotnost, neboť někteří respondenti, kteří pociťují citové vyčerpání, nepociťují vyšší míru psychické zátěže.

10) Subjektivní míra fyzického vyčerpání

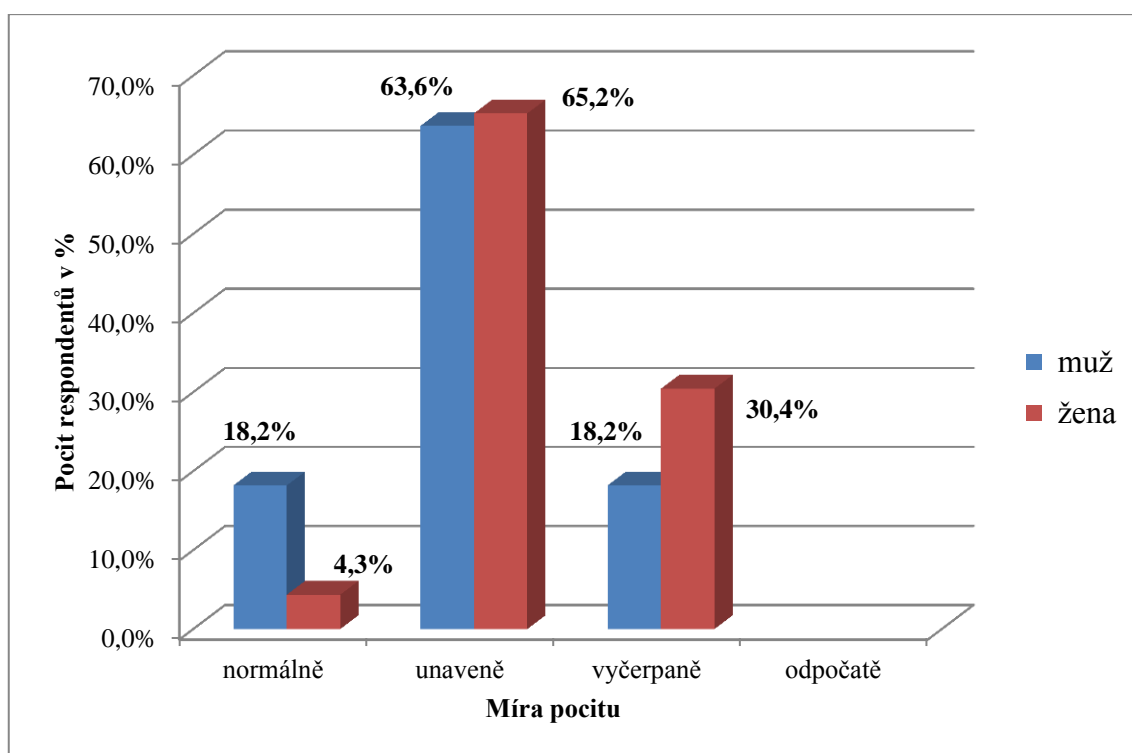


Obrázek 10. Graf fyzického vyčerpání (Zdroj: autor)

Obrázek 10 zobrazuje graf subjektivně vnímané fyzické vyčerpanosti při poskytování péče. Na první pohled je patrné, že většina respondentů se spíše necítí fyzicky vyčerpano. Takto odpovědělo 62,2 % respondentů (n=28), častěji ženy (n=17). Spíše vyčerpaní se cítí 22,2 % respondentů (n=10), častěji muži (n=6). Vůbec se necítí vyčerpano 13,3 % respondentů (n=6). Fyzické vyčerpání pocítují častěji SZP nežli PZP.

Opět lze výsledky porovnat s ověřující otázkou týkající se subjektivní míry fyzické náročnosti. Z tohoto srovnání vyplývá, že respondenti, kteří se cítí spíše fyzicky vyčerpaně, hodnotí fyzickou náročnost průměrem 5,2. Muž, který udává fyzické vyčerpání, však nepotvrzuje fyzickou náročnost. Náročnost hodnotí jako nižší, číslem 3 na příslušné stupnici 0 – 10, ačkoli celkovou míru náročnosti i psychickou míru náročnosti udává naopak vysokou, tedy číslem 9.

11) Pocit na konci směny



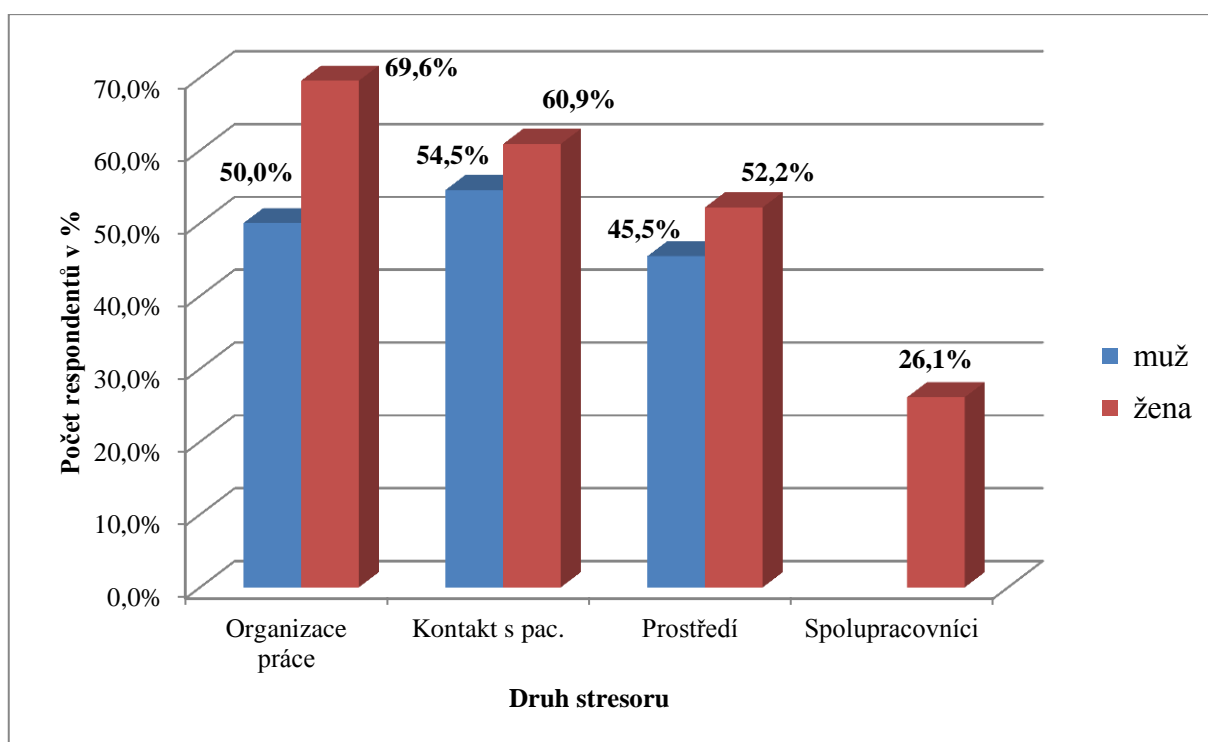
Obrázek 11. Graf pocitu na konci směny (Zdroj: autor)

S vysokou mírou subjektivně vnímané psychické zátěže a citového vyčerpání (viz obrázek 8 a 9) může korespondovat i výsledky průzkumu, jak se respondenti cítí na konci směny. Z grafu (obrázek 11) je patrné, že nejvíce respondentů se cítí unaveně. Takto odpovědělo 64,4 % dotázaných (n=29), rovnoměrně muži i ženy. Vyčerpaně se po směně cítí 24,4 % respondentů (n=11), většinou ženy (n=7). Bez pocitu únavy končí směnu 11,1 % respondentů, častěji muži (n=4). Nikdo se necítí odpočatě.

Respondenti, kteří se na konci směny cítí vyčerpaně, udávají vysokou míru jak celkové tak i psychické subjektivně vnímané zátěže, hodnocenou číslem 9. Ti respondenti, kteří se cítí unaveně, udávají celkově vnímanou subjektivní zátěž průměrně číslem 7. A ti respondenti, kteří se cítí normálně, udávají stejnou zátěž číslem 6. Obě otázky tedy navzájem korespondují odpovídajícími výsledky.

Porovnání s výsledky pracovního zařazení poukazuje na vysokou míru zátěže, která je kladena na psychiatrický nelékařský zdravotní personál. Únavu pociťuje 65,5 % SZP a 62,5 % PZP, vyčerpání 24,1 % SZP a 25 % PZP.

12) Stresory při péči



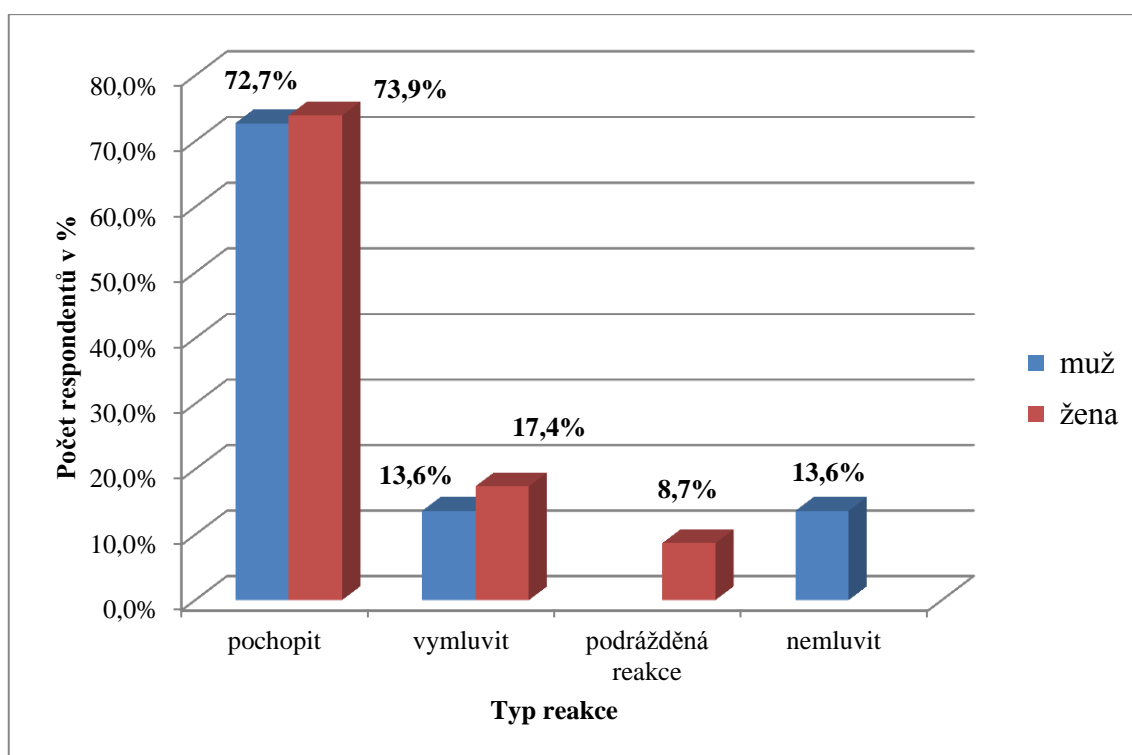
Obrázek 12. Graf stresorů (Zdroj: autor)

V dotazníku měli respondenti odpovědět na otázku, ze kterých oblastí pocházejí stresory, které ovlivňují jejich pracovní činnost. Podle obrázku 12 je výskyt stresoru poměrně vysoký. 60% dotázaných (n=27) uvedlo stresory z organizace práce, 57,8 % respondentů (n=26) uvedlo stresory z kontaktu s pacientem a 48,9 % respondentů (n=22) uvedlo stresory z prostředí. Jak je na grafu patrné, častěji působí stresory na ženy., které také uvedly stresující vztahy se svými kolegy a kolegyněmi. 26,1 % žen (n=6) také uvedlo stresující vztahy se spolupracovníky. Muži potíže se svými spolupracovníky neuvádějí.

Ve všech případech, ať už respondenti uváděli jakýkoli druh stresoru, vždy pociťovali výrazně vyšší psychickou zátěž oproti zátěži fyzické. Avšak vzhledem k tomu, že respondenti mohli označit více druhů stresorů, je pravděpodobné, že se účinky stresorů násobí a s tím koreluje i výše psychické zátěže.

Stresory vyplývající z prostředí a ze vztahů se spolupracovníky, jsou dle pracovního zařazení rovnoměrně rozděleny mezi SZP a PZP. Avšak u ostatních stresorů je vyšší incidence u SZP. Stresory z oblasti organizace práce ovlivňuje 44,8 % SZP oproti 25 % PZP, stresory vyplývající z kontaktu s pacientem ovlivňuje 48,3 % SZP oproti 31,3 % PZP.

13) Reakce na inkoherentní komunikaci



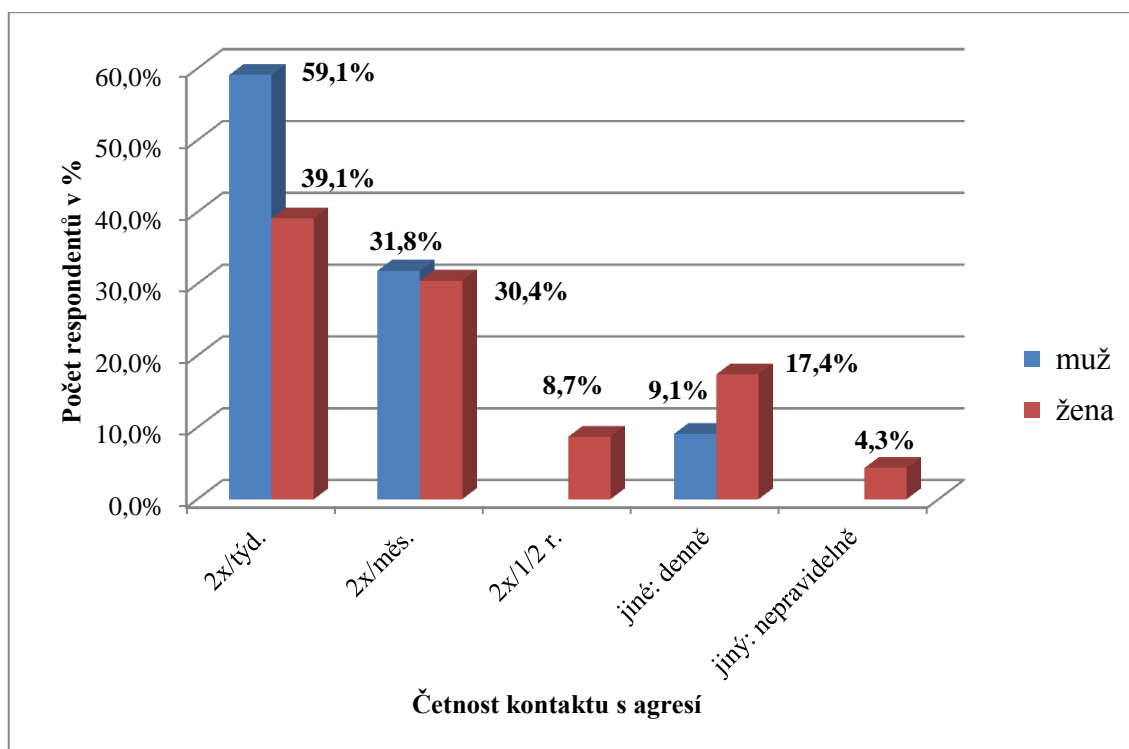
Obrázek 13. Graf reakce na inkoherentní komunikaci s pacientem (Zdroj: autor)

Obrázek 13 nám ukazuje, jak personál reaguje na inkoherentní komunikaci s nemocným se schizofrenií. Většina z dotázaných se zachová empaticky a snaží se nemocného pochopit. Tento přístup k nemocnému volí 73,3 % respondentů (n=33), rovnoměrně muži i ženy. Vymluvit nemocnému jeho patologický náhled na realitu se snaží 15,6 % respondentů (n=7). Podrážděně reaguje 8,7 % žen a komunikaci s nemocným se vyhýbá 13,6 % mužů.

V porovnání se subjektivně pocíťovanou zátěží hodnotí empatictí respondenti psychickou zátěž průměrem 7,8 na dané stupnici a citové vyčerpání udává 48,5 % z nich. Respondenti, kteří se komunikaci vyhýbají, sice hodnotí psychickou zátěž průměrem 8, ale citové vyčerpání pocíťuje pouze 33,3 % z nich. Naopak ti respondenti, kteří reagují podrážděně, hodnotí psychickou zátěž průměrem 9,5 a citově vyčerpání jsou všichni.

Ačkoli počet respondentů reagujících pochopením a empatií je z pohledů pohlaví vyrovnaný, z pohledu vzdělání má odborné vzdělání 66,7 % (n=22) z těchto dotázaných, z toho 36,4 % (n=8) je v oboru specializováno. Naopak z respondentů, kteří se snaží vymluvit pacientův náhled na realitu, má 57,1 % dotázaných (n=4) odborné vzdělání a polovina z nich má specializaci.

14) Četnost neklidu a agrese



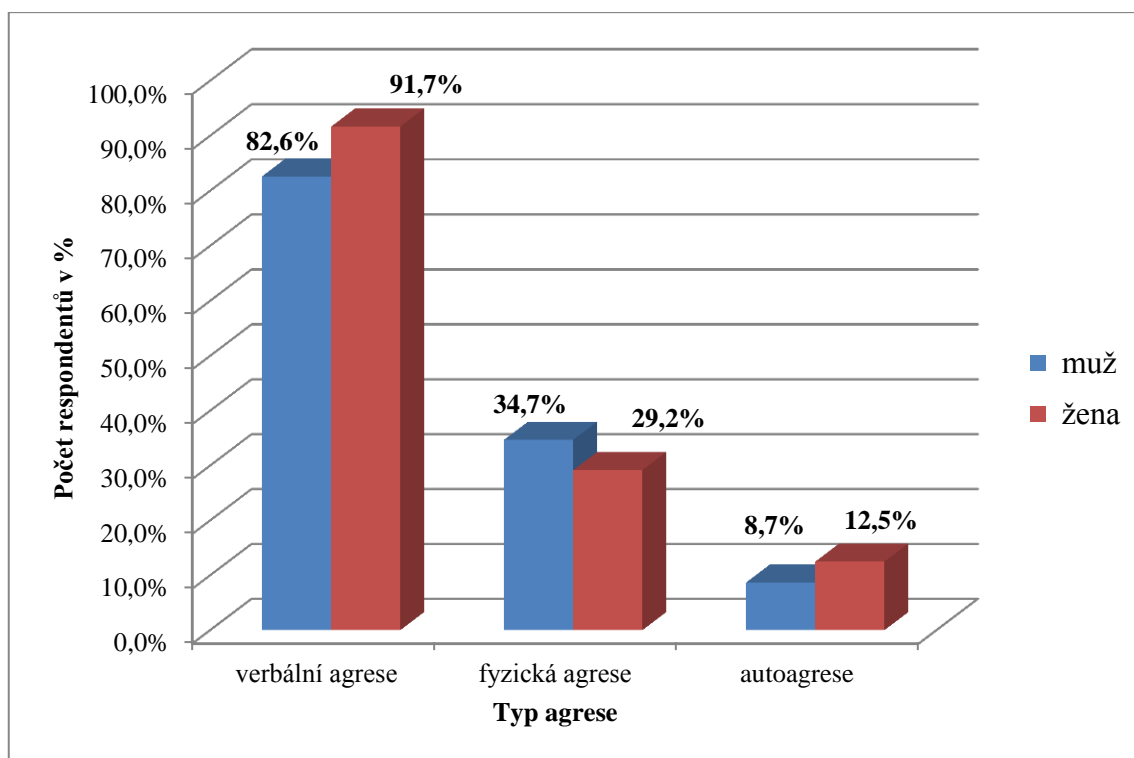
Obrázek 14. Graf četnosti neklidu a agrese (Zdroj: autor)

Zkušenosti s agresivním či neklidným pacientem má většina dotázaných respondentů. Jak je vidět na obrázku 14, s častým výskytem neklidu či agrese se v průměru 2x týdně setkává 48,9 % všech respondentů (n=22), častěji muži (n=13), což je opět dáno bezpečnostním opatřením spočívající v pacifikaci neklidného pacienta mužským personálem. 2x do měsíce se setkává s těmito projevy 31,1 % respondentů (n=14), rovnoměrně rozděleno mezi obě pohlaví. 8,7 % žen se setkává s neklidným pacientem ojedinelé, průměrně 2x během půl roku.

Respondenti, kteří udávají kontakt s agresí denně, 2x do týdne či 2x do měsíce, tedy 93,3 % všech respondentů, hodnotí psychickou i fyzickou míru zátěže shodně. Psychická zátěž je průměrně 7,6 na použité stupnici, fyzická zátěž je průměrně 4,3.

64,3 % respondentů, kteří se setkávají s agresí denně či 2x do týdne, uvádějí nejčastějším stresorem právě kontakt s pacientem.

15) Forma agrese



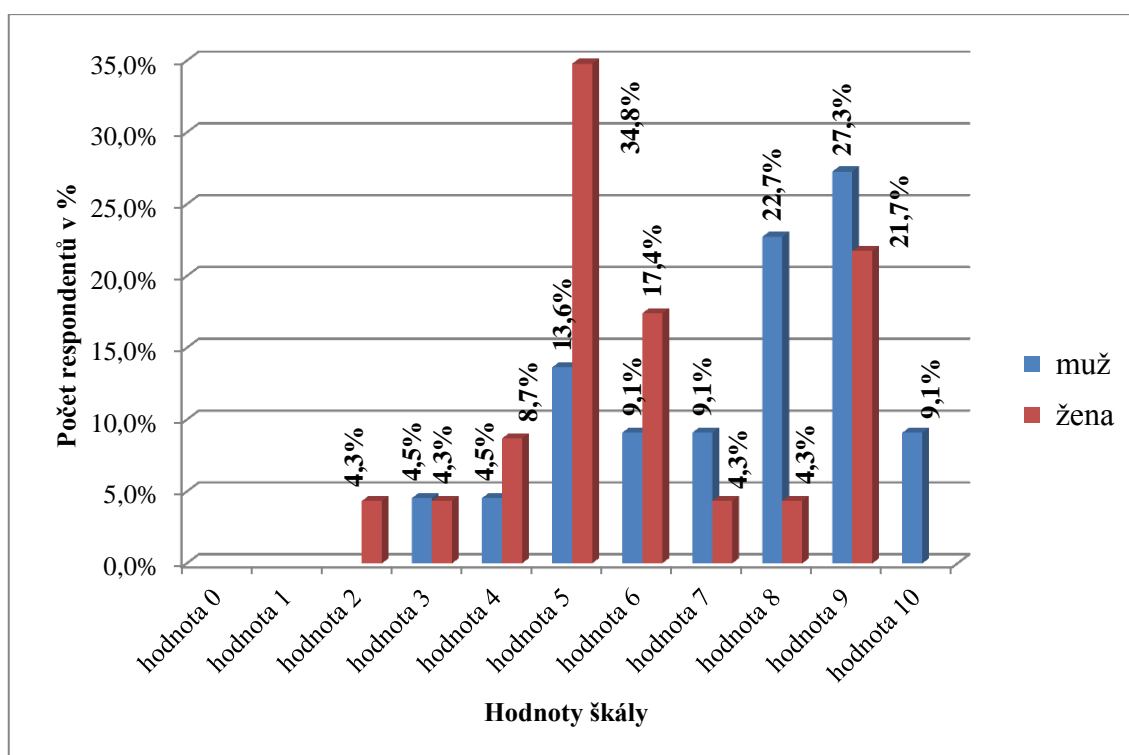
Obrázek 15. Graf typu agrese (Zdroj: autor)

Zdravotní personál se během své praxe setkává s různou formou agrese. Zkušenosti s agresivními pacienty u sledovaného souboru respondentů nám ukazuje graf na obrázku 15. S verbálním typem agresivity se setkala 91,1 % všech respondentů (n=41), podle grafu častěji ženy (n=22). Naopak s fyzickou agresí se o něco častěji setkávají muži (n=8) než ženy (n=7). Celkem se s fyzickou agresí potkala 1/3 respondentů, tedy 33,3%. Se sebepoškozením u pacienta se častěji setkává pouhých 11,1 % dotázaných respondentů.

48,8 % respondentů (n=20), kteří uvedli kontakt s verbální agresivitou ze strany pacienta, se s ní setkávají během svého zaměstnání 2x do týdne, dalších 19,5 % (n=6) se s touto formou agrese setkává denně. S brachiální agresí, čili fyzickým napadením, se ve své praxi setkává 33,3 % respondentů. Z toho 60 % (n=9) z nich udává kontakt 2x do týdne a 6,7 % (n=1) udává kontakt denně.

Respondenti, kteří se častěji setkávají s verbální agresí, hodnotí průměrnou psychickou zátěž číslem 7,8 na použité stupnici. Ti respondenti, kteří udávají častější kontakt s agresí fyzickou, hodnotí psychickou zátěž výše, průměrně 8,2. Fyzický útok tedy zatěžuje NZP více než pouhé slovní napadení.

16) Vyrovnání se se zátěží



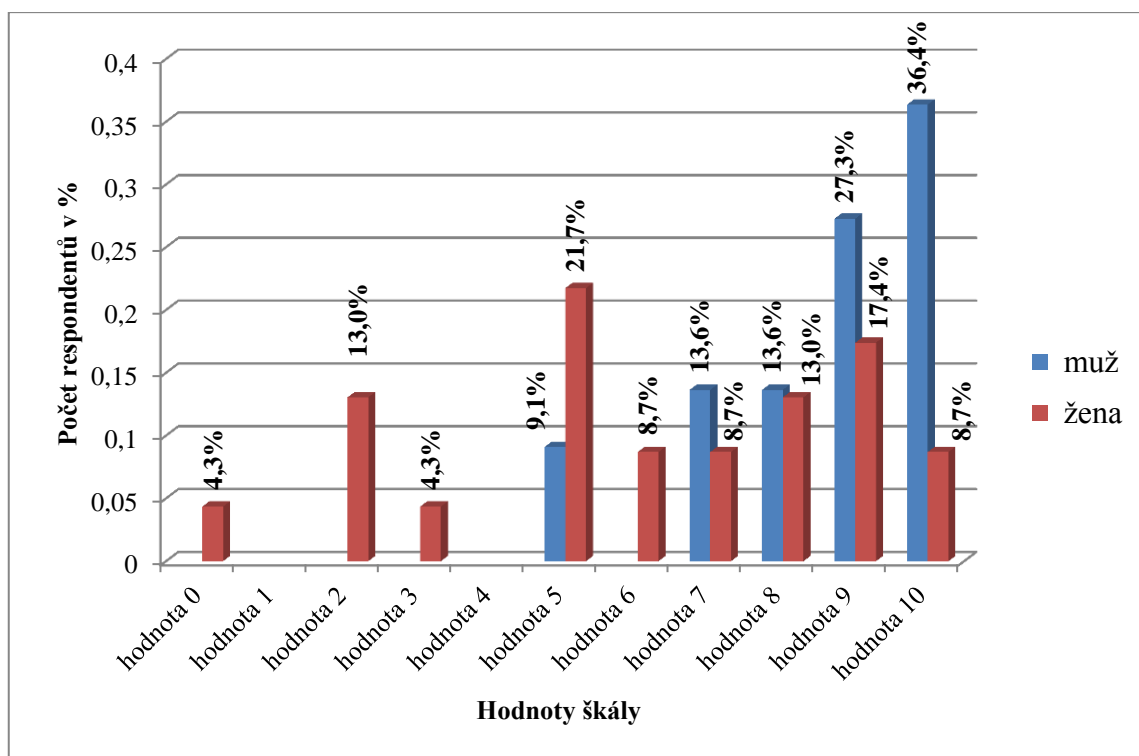
Obrázek 16. Graf vyrovnání se se zátěží (Zdroj: autor)

Každý člen zdravotního týmu má různou schopnost, jak se vyrovnat s pracovní zátěží. Tuto subjektivně vnímanou schopnost nám ukazuje graf na obrázku 16, na kterém je patrné, že muži se subjektivně vyrovnávají se zátěží lépe než ženy. Nejvíce mužů, 27,3 % (n=6) hodnotí vlastní schopnost stupněm 9, naopak maximální počet žen, 34,8 % (n=8) hodnotí svou schopnost stupněm 5. Z celkového pohledu tedy ženy hodnotily schopnost nižšími hodnotami, muži naopak vyššími.

V této otázce byl stanoven průměr ve výši 6,6 a hodnota mediánu 6. Modus je zde opět vícenásobný, respondenti nejčastěji označovali hodnoty 5 a 9.

Z počtu respondentů, kteří hodnotili svou schopnost vyrovnávat se se zátěží vysoko, tedy hodnotou 9 či 10, se jich 53,9 % řídí zásadami duševní hygieny. Z respondentů hodnotící tuto schopnost hodnotou 5, se těmito zásadami řídí pouze 27,3 % z nich.

17) Mimopracovní aktivity



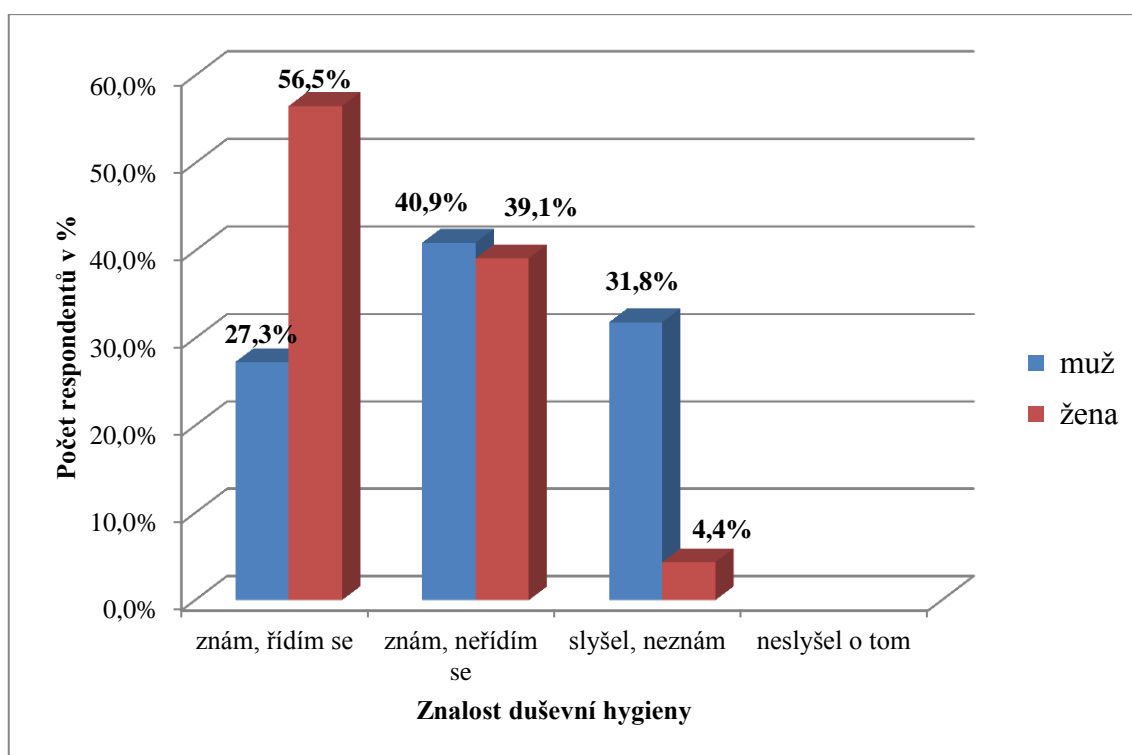
Obrázek 17. Graf účinku mimopracovních aktivit (Zdroj: autor)

S předchozím zjištěním korespondují výsledky další otázky, znázorněné na obrázku 17, zaměřené na účinek mimopracovních aktivit. Hodnocení opět probíhalo na stupnici 0 – 10, kde 0 značila žádnou účinnost a 10 maximální účinnost. Muži zde opět hodnotili vyššími stupni než ženy. Nejvíce mužů udává maximální hodnotu 10 ($n=8$), maximální počet žen ($n=5$) hodnotilo stupněm 5. Muži tedy hodnotili své mimopracovní aktivity velmi kladně, některé ženy je hodnotily jako málo účinné, 4,3 % žen ($n=1$) dokonce jako neúčinné.

Nejvíce mužů, kteří hodnotí své mimopracovní aktivity jako maximální, tedy hodnotou 10, udává průměrnou psychickou zátěž 7,9. Nejvíce žen, hodnotící své mimopracovní aktivity hodnotou 5, udává průměrnou psychickou zátěž 8,6.

V této otázce byl stanoven průměr ve výši 7,3 a hodnota mediánu 8. Modus je zde opět vícenásobný, respondenti nejčastěji označovali hodnoty 9 a 10.

18) Duševní hygiena



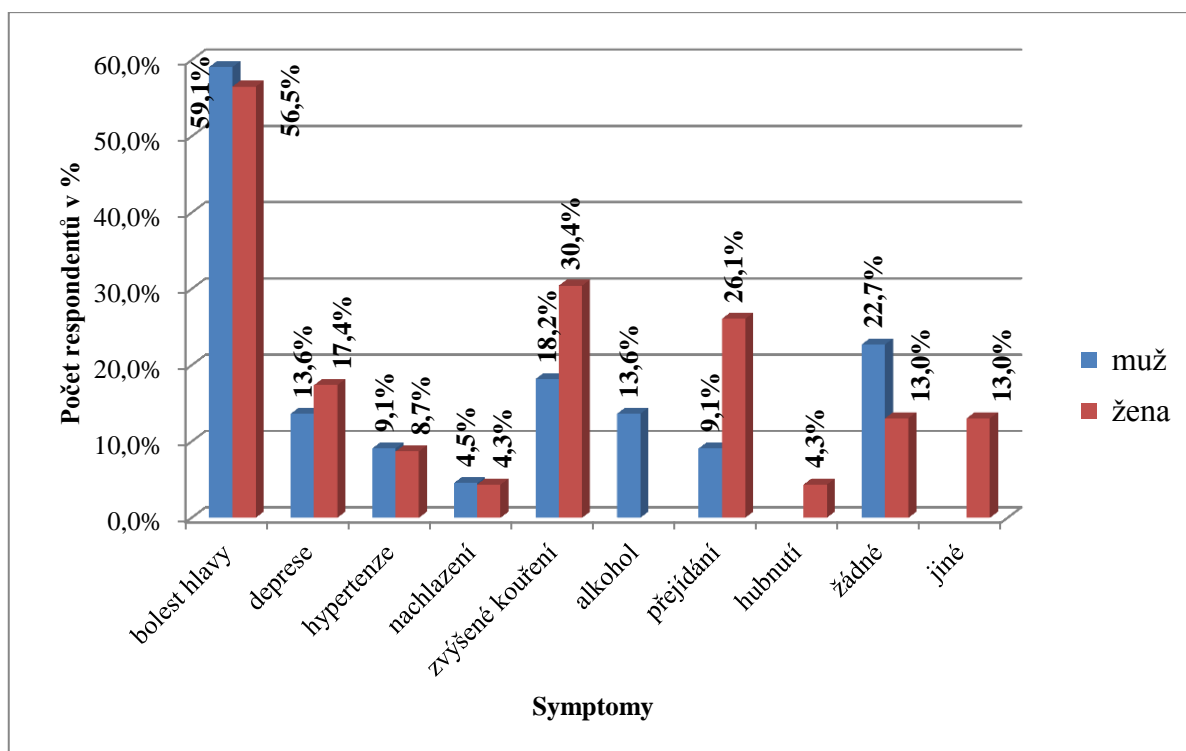
Obrázek 18. Graf znalosti Duševní hygieny (Zdroj: autor)

V oblasti znalosti duševní hygieny byly zjištěny značné rozdíly mezi muži a ženami, jak je patrné z obrázku 18. Zatímco zásady duševní hygieny zná a řídí se jimi více 56,5 % žen (n=13), mužů těchto poznatků využívá pouze 27,3 % (n=6). Naopak více neznalosti projevili právě muži, když jich 31,8 % (n=7) slyšelo tento výraz, ale naznačí význam či zásady tohoto životního stylu. Z žen se jedná o 4,4 % (n=1). Překvapující je vysoký počet respondentů, kteří sice znají zásady duševní hygieny, ale těmito zásadami se neřídí. Tuto vyrovnanou skupinu tvoří 40,9 % mužů (n=9) a 39,1 % žen (n=9).

Zatímco ti respondenti, kteří se řídí zásadami duševní hygieny, udávají průměrnou schopnost vyrovnat se zátěží hodnotou 7, respondenti, kteří se zásadami neřídí nebo je neznají, uvádějí průměrnou schopnost vyrovnání se se zátěží hodnotou 6,4, tedy nižší.

Celkovou subjektivní míru náročnosti uvádějí obě skupiny přibližně stejnou, zajímavé však je, že respondenti řídící se zásadami duševní hygieny uvádějí vyšší průměrnou psychickou zátěž (8,1) než respondenti, kteří se zásadami neřídí nebo je neznají (7,6).

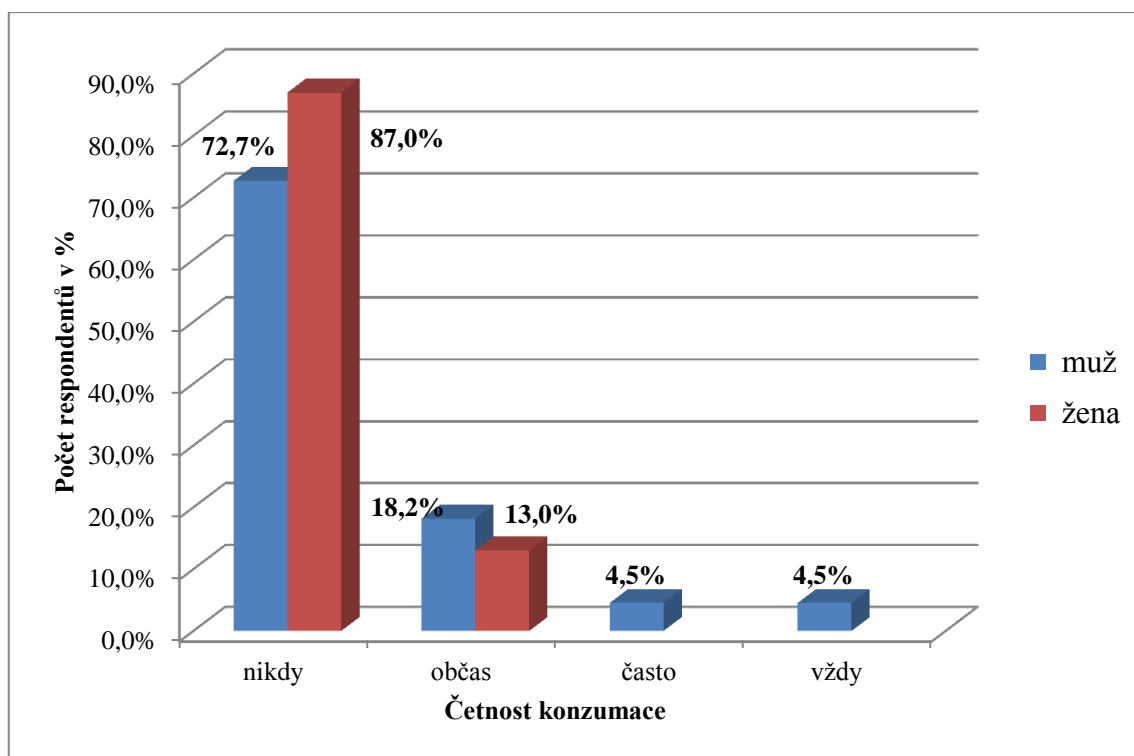
19) Následky stresu



Obrázek 19. Graf zdravotních následků (Zdroj: autor)

Graf na obrázku 19 znázorňuje četnost výskytu různých zdravotních potíží, které vznikají v důsledku nadměrné pracovní zátěže dotázaných respondentů. Nejčastějším projevem pracovní zátěže byla podle respondentů bolest hlavy, a to celkem v 57,8 % (n=26). 24,4 % respondentů (n=11) pozorovali zvýšenou inhalaci nikotinu, častěji ženy (n=7). Zvýšenou konzumaci potravin udává 17,8 % respondentů (n=8), opět více žen (n=6). Stejný počet respondentů naopak nepozoruje žádné následky zátěže, v tomto případě odpovědělo více mužů (n=5). Depresemi trpí 15,6 % respondentů (n=7). 13 % žen (n=3) označilo možnost jiné následky a uvedly únavu, úzkost a atopický ekzém.

20) Alkohol

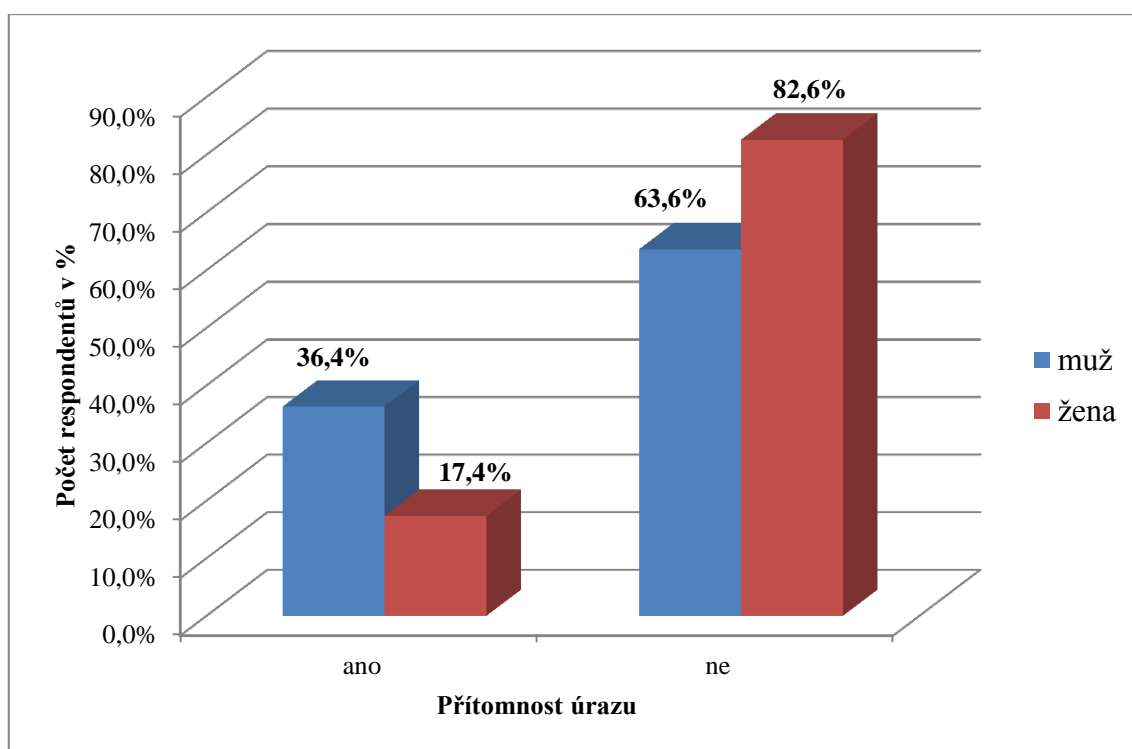


Obrázek 20. Graf konzumace alkoholu (Zdroj: autor)

Po zhodnocení odpovědí na otázku zjišťující vztah konzumace alkoholu k pracovní zátěži je podle obrázku 20 patrné, že 80 % dotázaných respondentů (n=36) nikdy neřeší pracovní stres alkoholem. Takto odpovědělo více žen (n=20) než mužů (n=16). Zajímavé je, že občasnou konzumaci alkoholu jako reakci na pracovní stres přiznává 15,6 % respondentů (n=7), rozdělení je dle pohlaví rovnoměrné. Častější konzumaci alkoholu udávají již pouze muži. Častou konzumaci alkoholu pak udává 1 muž a shodně 1 muž kompenzuje pracovní zátěž alkoholem vždy.

Muž, požívající alkohol často, hodnotí celkovou míru i psychickou míru pracovní zátěže jako maximální, stejně vysoce však hodnotí i subjektivní schopnost se s touto zátěží vyrovnat a účinnost mimopracovních aktivit. Naopak muž, užívající alkohol vždy, hodnotí míru pracovní zátěže středními hodnotami, avšak účinnost mimopracovních aktivit vnímá jako vysokou.

21) Pracovní úraz



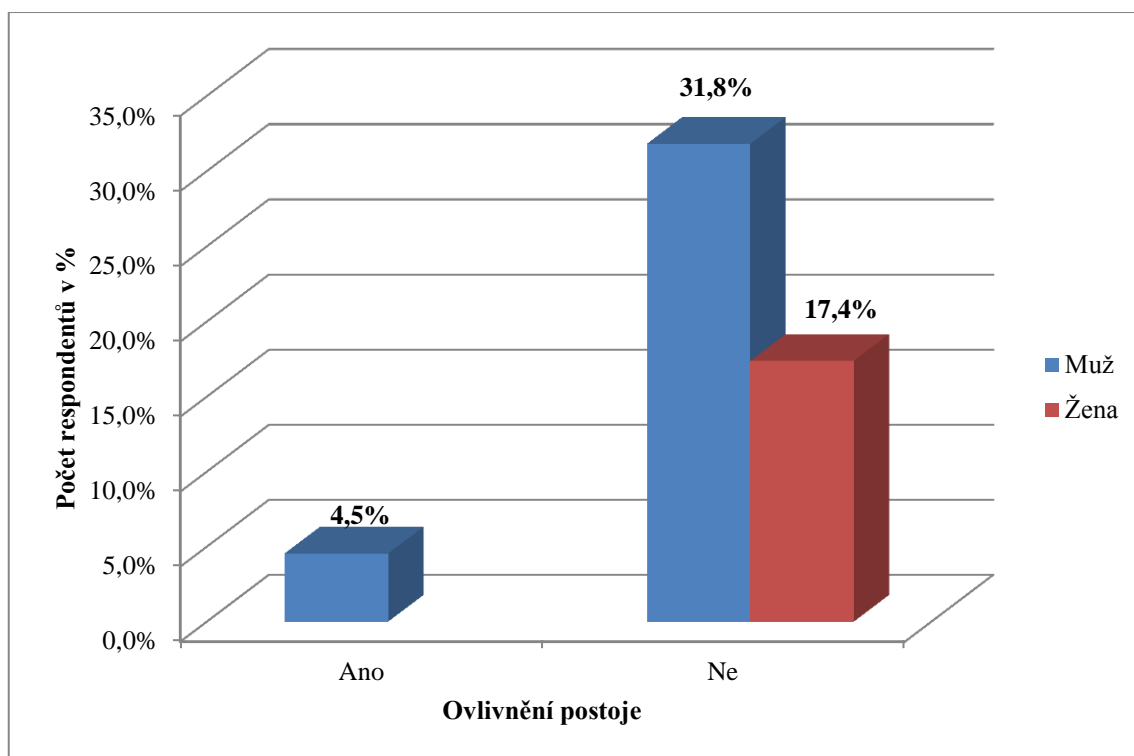
Obrázek 21. Graf pracovních úrazů (Zdroj: autor)

Při poskytování péče schizofrennímu pacientovi bylo podle průzkumu zraněno či mělo nemoc z povolání související s přímým poskytováním péče 26,7 % respondentů (n=12). Z celkového počtu mužů jich bylo zraněno 36,4 % (n=8), což je pravděpodobně spojené s jejich nutnou přítomností při zvládnání neklidného pacienta. Ženy byly zraněny pouze v 17,4 % (n=4). Tyto výsledky ukazuje obrázek 21.

50 % respondentů, kteří utrpěli pracovní úraz, udává zkušenost s fyzickou agresí. 66,7 % z nich se pak setkává s agresivitou 2x do týdne.

75 % respondentů, kteří byli zraněni, pracují na pozici SZP.

22) Ovlivnění postoje úrazem



Obrázek 22. Graf ovlivnění postoje úrazem (Zdroj: autor)

Ke zjištění četnosti výskytu pracovního úrazu patřila i podotázka dotazující se na možnost ovlivnění postoje respondentů k nemocnému vlivem způsobeného poranění. Odpovědi jsou graficky znázorněné na obrázku 22. Jak již bylo psáno výše, při poskytování péče bylo zraněno 26,7 % dotázaných respondentů. Z grafu je patrné, že většinu ze zraněných respondentů úraz nijak neovlivnil v jejich následném poskytování péče. Takto odpovědělo 91,7 % dotázaných (n=11), kterých se tato podotázka týkala, tedy 17,4 % všech žen (n=4) a 31,8 % všech mužů (n=7). V jednom případě, tvořící 4,5 % všech mužů (n=1), bylo výsledkem pozitivní ovlivnění.

8. Diskuze

Cílem výzkumu bylo zjistit míru pracovní zátěže, kterou subjektivně pociťuje nelékařský zdravotní personál psychiatrické nemocnice při péči o schizofrenního pacienta. Výzkum byl proveden dotazníkovou formou na 4 odděleních různého typu dle fáze onemocnění a pohlaví pacienta. Výzkum byl shrnut do 3 tematických okruhů, které se vztahovaly k výzkumným otázkám.

Z provedeného výzkumu vyplývá, že se schizofrenními pacienty pracují na pozici SZP častěji ženy, muži naopak častěji pracují na pozici sanitáře. Výjimkou je akutní neklidové oddělení pro muže, kde je z bezpečnostních důvodů personál pouze mužský. Průměrná délka praxe je u mužů přibližně 8,5 let, u žen přibližně 14 let. Tyto výsledky potvrzuje výzkum Veroniky Ječné, která ve své diplomové práci srovnávala psychiatrické a nepsychiatrické všeobecné sestry, a zjistila, že psychiatrické všeobecné sestry jsou starší, mají častěji VOŠ a mají delší praxi, což může být dáno potřebou sociální zralosti, ale i lokálními faktory na základě zájmu o obor (Ječná, 2008, s. 40).

1. Jak hodnotí respondenti náročnost práce nelékařského zdravotnického pracovníka v přímé péči o hospitalizované pacienty se schizofrenií?

Konečné výstupy průzkumu ukázaly, že je subjektivní vnímání pracovní zátěže u obou pohlaví téměř shodné. Muži i ženy, pracující zejména na pozici SZP pociťují poskytování péče schizofrennímu pacientovi za značně zatěžující, hodnocenou průměrně hodnotou 7,1 na stupnici 0 – 10, tedy jako vysoce zatěžující. K porovnání můžeme použít výsledek měření zátěže chirurgických a interních všeobecných sester, které provedla Kamila Szlauerová v rámci své bakalářské práce v roce 2009 (Szlauerová, 2009, s. 38). Klinické všeobecné sestry tehdy hodnotily míru zátěže, bez rozdělení na psychickou a fyzickou, průměrnou hodnotou 7,1 na stupnici 1 – 10, kde 1 značila minimum a 10 maximum. Výsledky fyzické i psychické zátěže v tomto výzkumu se ve výsledném hodnocení u obou pohlaví liší jen minimálně. Muži i ženy hodnotí fyzickou zátěž spíše jako nižší, naopak psychickou zátěž hodnotí jako vysokou. Je tedy zřejmé, že na psychiatrický NZP jsou kladeny vyšší nároky na psychickou stránku osobnosti než u jiného typu všeobecných sester, což může být podmíněno nejen klinickým projevem pacienta se schizofrenií, ale také celkově oborem psychiatrie, kde je nutný jiný přístup k pacientovi než v oboru klinickém (Marková, 2006, Neubauerová, 2007), viz kapitola 1.4. *Práce nelékařského zdravotního pracovníka při poskytování péče schizofrennímu pacientovi.*

K ověření informací stran subjektivně pociťované míry fyzické i psychické zátěže byly do dotazníku zařazeny kontrolní otázky dotazující se na citové vyčerpání, která měla korespondovat s otázkou zaměřenou na zjištění psychické zátěže, a na fyzickou vyčerpanost, která měla korespondovat s otázkou zaměřenou na zjištění fyzické míry zátěže. Citové vyčerpání je 9,1 % mužů a citové vyčerpání spíše pociťuje 36,4 % mužů. Tyto výsledky do jisté míry korespondují s výsledkem míry psychické zátěže, kde 63,6 % mužů hodnotilo zátěž jako vysokou. Ženy se jsou citově vyčerpány ve 13 % a spíše vyčerpány v 43,5 % (n=10), což odpovídá výsledkům psychické zátěže, kde 65,2 % žen (n=15) hodnotilo zátěž jako vysokou. S těmito výsledky lze porovnat také výsledek výzkumu Renáty Špičákové, která v otázce: „Práce mě citově vysává“ zjistila, že největší počet respondentů (20 %) hodnotí zátěž číslem 3 na stupnici 0 – 7 (Špičáková, 2010, s. 40).

V případě fyzického vyčerpání výsledky odpovídají nižšímu hodnocení fyzické zátěže. Avšak vyšší fyzickou vyčerpanost hodnotí více muži než ženy. Příčinou může být častější nasazení mužů v případech neklidu či projevů agrese u schizofrenního pacienta, kdy je nutná přítomnost mužského personálu při pacifikaci pacienta, nebo neklidové oddělení s mužským personálem, kde hrozí vyšší výskyt těchto incidentů. Petr ve svém článku tvrdí, že minimální počet 5 mužů k pacifikaci agresivního pacienta by byl ideální, avšak v praxi zatím nereálný (viz kapitola Zvládání agrese). Příčinu lze hledat v ekonomických podmínkách zdravotnických zařízení, kdy postavení většího množství mužů do směny klade nároky jak na personální tak na finanční stránku zařízení.

Szlauerová také testovala míru vyčerpání v rámci syndromu vyhoření, kde došla k výsledkům, že 44 % zdravotních sester je ohroženo syndromem vyhoření, 14 % zdravotních sester prožívá syndrom vyhoření a 3 % jsou v akutní krizi (Szlauerová, 2009, s. 55). Také Špičáková se ve své práci zabývá syndromem vyhoření. Ve svém průzkumu došla k závěru, že subjektivní pocit vyhoření na stupnici 0 – 7 hodnotí číslem 6 a 7 shodně po 7,55 % dotázaných respondentů (Špičáková, 2010, s. 47). Pokud tyto výsledky připodobníme k výsledkům tohoto výzkumu, vyjde nám, že celkovou míru náročnosti hodnotí respondenti jako vysokou v 44,5 % a psychickou zátěž hodnotí jako vysokou v 64,5 %. Lze se domnívat, že i zde hrozí vyšší míra vyčerpání a vzniku syndromu vyhoření. Jak tvrdí Szlauerová ve své práci, zdravotnické povolání je povolání náročné jak výkonnostně, tak i emocionálně a hrozí zde vysoké riziko rozvoje právě syndromu vyhoření (Szlauerová, 2009, s. 13). Tomu odpovídají i další výsledky, kdy po skončení směny se cítí 64,5 % respondentů unaveně a 24,5 % respondentů vyčerpaně. Tyto hodnoty jsou v porovnání s výsledky Szlauerové

stejně. Také Ječná došla ve svém výzkumu k závěrům, že po službě pociťuje psychické vyčerpání 51,8 % psychiatrických sester (Ječná, 2008, s. 48). Musíme však vzít v úvahu, že v případě výzkumu Szlauerové, která prováděla výzkum pouze u klinických všeobecných sester, působí více jiné stresové faktory než na nelékařský zdravotní personál pracující na psychiatrii.

Stresovými faktory se zabývala také jedna z otázek předkládaného výzkumu. Stresory byly rozděleny do 4 skupin podle oblastí vzniku. Podle Ječné mezi nejčastější a nejzávažnější stresory patří nárůst administrativy, což je fenomén moderní doby, nízké finanční ohodnocení, které je také často diskutovaným jevem, a vysoká zodpovědnost (Ječná, 2008, s. 41). Všechny tyto faktory spadají v rámci předkládaného výzkumu do skupiny stresorů vyplývajících z organizace práce. Ačkoli výsledky tohoto výzkumu toto tvrzení v obecné rovině potvrzují, stresory z organizace práce uvedlo 60 % respondentů, což je nejvíce z dotázaných, další výzkum se zaměřil i na stresory vyplývající z kontaktu s pacientem, zejména na specifické zátěžové situace v psychiatrii jako je agrese či zhoršená komunikace. Tyto stresory uvedlo jako zatěžující 58 % respondentů. K podobnému výsledku 57,2 % se dopracovala ve své studii také Ječná (Ječná, 2008, s. 42).

Dalším velmi nežádoucím stresujícím faktorem je agresivita pacienta, ať už je hospitalizován na jakémkoli oddělení. V psychiatrii se s tímto jevem setkáváme častěji než na klinických odděleních (Petr, 2007, s. 327). Z výzkumu je patrné, že každý respondent se již setkal s různou formou agrese. Dokonce i respondent, který uvádí délku praxe pouhé 2 měsíce, se již setkal s verbální i fyzickou agresí. Vysoký výskyt zkušenosti s agresivitou potvrzuje i výzkumná práce Jana Čapky, který uvádí 99% četnost kontaktu s verbální agresí a 92% četnost kontaktu s agresí brachiální (Čapka, 2013, s. 65–68). Studie Gabriely Vorlové zabývající se agresí ve třech různých psychiatrických zařízeních udává kontakt s agresivním pacientem u 90,5 % respondentů (Vorlová, 2008, s. 48). Některé zjištěné výsledky jsou velmi alarmující. Petr však uvádí, že nelze úplně vymýtit projevy agrese v psychiatrickém oboru, ale je potřeba takovýmto patologickým projevům v co nejvyšší míře předcházet a rizika eliminovat (Petr, 2011, s. 106).

Z výzkumu dále vyplývá, že nejčastější formou agrese je forma verbální, se kterou se setkalo 91 % respondentů, z toho 44,5 % dotázaných 2x týdně a 26,5 % dotázaných 2x do měsíce. K podobným výsledkům došel také Čapka ve své práci, kdy z jeho průzkumu vychází, že s verbální agresí se velmi často setkalo 52 % respondentů a méně často 38 % respondentů (Čapka, 2013, s. 38). Také Vorlová uvedla výsledky svého průzkumu, kde kontakt s verbální

agresí mělo 85,7 % respondentů (Vorlová, 2008, s. 33). Z předkládaného výzkumu lze také dokázat, že verbální agrese je častější na odd. pro ženy a na doléčovacím odd., na chronickém odd. a odd. akutního neklidu jsou častější projevy agrese fyzické.

U měření četnosti fyzické agrese jsou výsledky poněkud nižší. V průzkumu se setkala s fyzickou agresí 33 % respondentů, z tohoto počtu však 60 % udává četnost 2x týdně. Vorlová ve své studii uvádí o něco vyšší čísla. Podle ní se s fyzickou agresí setkala 81% respondentů, 47,6 % respondentů uvádí, že jim hrozí napadení každou směnu (Vorlová, 2008, s. 33–38). Čapka uvádí, že velmi častý kontakt s agresí mělo v jeho studii jen 15 % respondentů, ale méně častý kontakt už uvedlo 51 % dotázaných (Čapka, 2013, s. 44). Také Ječná potvrdila, že s fyzickým napadením se ze strany pacienta setkala 92 % respondentů, z toho 74,1 % vícekrát. (Ječná, 2008, s. 49).

Látalová ve své knize odkazuje na studie, prováděné opakovaně v letech 1949 - 2000 v našich podmínkách, a zaměřené na projevy agrese u schizofrenie. Výsledkem je průkaz prevalence agrese v 41,8 % u mužů a 32,7 % u žen, avšak Látalová již zde neuvádí, o jaký typ agrese se jedná (Látalová, 2013, s. 38–39).

Projevy verbální agrese mohou být sice nepříjemné, avšak s tímto stavem by měl být zdravotní personál schopen se snáze vyrovnat než s agresivitou fyzickou. Proto je vhodné zdravotní pracovníky, pracující s těmito pacienty, průběžně školit ve zvládnání těchto situací. O schopnosti nelékařských zdravotních pracovníků předvídat potenciaální riziko agrese pojednává Petr ve svém článku *Rizika násilí na oddělení akutní psychiatrické péče* (Petr, 2003, s. 69).

Nemalým zatěžujícím faktorem bývá také komunikace, která je se schizofrenním pacienta, žijícího ve svém bludném přesvědčení, velmi obtížná. Zejména u chronicky nemocných, kde trvale přetrvávají zvláště negativní příznaky a kognitivní deficit, agresivních a neklidných pacientů, je komunikace, a také edukace, náročná. Zásady komunikace byly popsány v teoretické části v kapitole *Komunikace s pacientem postiženého schizofrenií*. V dotazníkovém šetření se zjišťovala reakce NZP na inkoherentně myslícího a komunikujícího pacienta. Výsledkem je, že 73,3 % respondentů zachovávají empatický přístup a snaží se pacienta pochopit, z toho 48,5 % mužů a 51,5 % žen. Naopak 8,7 % žen reaguje podrážděně, pravděpodobně jako důsledek působící zátěže, protože hodnotily psychickou zátěž jako velmi vysokou a přiznávají citové vyčerpání. Muži se naproti tomu komunikaci raději vyhýbají. Tuto možnost uvedlo 13,6 % mužů. Opět můžeme porovnat

s jiným výzkumem, tentokrát Lenky Kohoutové. Ta ve své práci došla k závěru, že potíže komunikovat se schizofrenním pacientem měli 3 % respondentů (Kohoutová, 2009, s. 36). Za předpokladu, že budeme brát podrážděné reakce a vyhýbání se komunikaci za komunikační problém, vychází v tomto průzkumu 11 % respondentů s potíží komunikovat. Pokud bychom uznali podrážděnost za určitou schopnost komunikovat, sníží se nám výsledek na 6 %.

Komunikace v psychiatrii je velmi důležitá, terapeutický rozhovor může být součástí léčby, ale klade na personál značné komunikační nároky. Podle výsledků však není každý schopen tyto nároky splňovat a dodržovat již zmíněné zásady komunikace. Dalším faktem může být potřeba navázání bližšího terapeutického vztahu s pacientem, který může u části personálu vést k silnějšímu pocitu vyčerpání, zvláště pokud je pacient agitovaný nebo má-li stálou potřebu s personálem komunikovat či být v jeho blízkosti (Neubauerová, 2007, s. 50). K tomu je potřeba přičíst i fakt, že na psychiatrickém oddělení se pohybuje 25 – 40 takto nemocných jedinců, z nichž každý vyžaduje individuální přístup, a NZP tráví s pacienty podstatnou část své pracovní doby (Marková, 2006, s. 82).

2. Jak jsou respondenti schopni vyrovnat se s náročností péče poskytované schizofrennímu pacientovi?

Také zde byla použita metoda škálování na stupnici 0 – 10. Z průzkumu vyplynulo, že se s pracovní zátěží snáze vyrovnávají muži než ženy. Muži tuto schopnost hodnotí jako vysokou, ženy pouze jako střední.

S tímto také korespondovala otázka, jak personál pocítuje vliv mimopracovních aktivit na subjektivní vnímání pracovní zátěže. Opět výsledky dokazují, že muži jsou na tom lépe než ženy. Nejvíce mužů hodnotilo své aktivity jako maximálně účinné, naopak ženy uváděly účinnost pouze poloviční. V tomto směru však musíme opět brát v úvahu, že zejména na ženský personál nepůsobí pouze pracovní stresory, ale také stresory jiné. Ženy se např. více starají o děti a domácnost, a s tím bývá spojen také nedostatek času na relaxační aktivity. Naopak, pokud se k nim dostanou, tak podle Ječné účinkují více než u všeobecných sester nepsychiatrických (Ječná, 2008, s. 56–57).

Další otázka zjišťovala, zda psychiatrický personál využívá znalostí psychologie a zásad duševní hygieny k eliminaci vlivu stresorů. Ječná ve své práci tvrdí, že psychiatrické zdravotní sestry lépe čelí pracovnímu stresu než zdravotní sestry z klinických oborů, neboť jsou na ně kladeny vyšší nároky v oblasti komunikace, zvládnutí agresivních

a neklidných pacientů, navazování důvěrnějších terapeutických vztahů s pacienty a jejich častější kontakt. Také relaxační techniky jsou u psychiatrických zdravotních sester účinnější (Ječná, 2008, s. 56–57). Podle předkládaného průzkumu zná zásady duševní hygieny značná většina z celkového počtu dotázaných. Z tohoto počtu se těmito zásadami řídí pouze polovina z nich, druhá polovina se zásadami neřídí. Tyto metody využívají častěji ženy, avšak nelze říci, že by významnou roli hrál jejich věk či délka praxe, neboť obě skupiny jsou v obou směrech průměrné stejné. Výsledky u mužů jsou obdobné. V tomto směru by se mohl zaměřit další výzkum, zjišťující, proč někteří zdravotní pracovníci nevyužívají znalosti zásad v rámci prevence pracovního přetížení. Výsledky by mohli být zajímavé a přínosné zejména pro instituce, které mají zájem na zkvalitnění péče o zaměstnance.

3. Jaké následky na zdravotní stav má náročnost práce nelékařských zdravotnických pracovníků v přímé péči o pacienta se schizofrenií na respondenty?

Jedna z otázek sondovala výskyt somatických projevů, které byly rozděleny na přímé a nepřímé. Přímé následky uvedlo 86,7 % respondentů, kteří nejčastěji uváděli: *bolesti hlavy* 66,7 % a *deprese* 18 %. Nepřímé následky uvedlo 51,1 % respondentů. Z nepřímých důsledků bylo nejčastější *nadměrné kouření* 47,8 % a *přejídání* 34,8 %. Žádné následky pracovní zátěže nepocítuje 34,8 % respondentů. Z hlediska pohlaví trpí bolestmi hlavy stejný počet respondentů, ženy častěji nadměrně kouří a přejídají se. Muži naopak častěji konzumují alkohol. Celkově udává 77,3 % mužů 29 přímých i nepřímých následků stresu, 87 % žen udává 34 zdravotních potíží. Z toho vyplývá, že ženy jsou ohroženy zdravotními následky pracovní zátěže více než muži. Ječná se též zabývala psychosomatickými potížemi, které vyplývají z náročné profese nelékařských zdravotníků. Z jejího šetření můžeme uvést, že občasné psychosomatické potíže udává 59,8 % oslovených všeobecných sester, dalších 20,5 % udává výskyt jako velmi častý (Ječná, 2008, s. 47–48).

Nadměrný a dlouho trvající stres je jedním z rizikových faktorů zvýšené konzumace alkoholu. Popov ve svém článku píše že: „ Podle údajů WHO má ČR nejvyšší průměrnou spotřebu alkoholu mezi všemi evropskými zeměmi“ (Popov, 2013, s. 6). Tato nadměrná spotřeba zvyšuje riziko požívání alkoholu jako reakci na pracovní zátěž. V tomto průzkumu 80 % respondentů odmítá alkohol jako „lék“ na stres či pracovní přetížení. Z tohoto počtu je 55,6 % žen a 44,4 % mužů. Avšak ostatních 20 % respondentů užívá alkoholické nápoje v různé míře jako kompenzační prostředek. 13 % žen a 18,2 % mužů jej užívá občas, 4,6 % mužů často a 4,6 % mužů vždy. Jak je patrné z průzkumu, většina respondentů, kteří takto řeší pracovní přepjetí, jsou muži. Nutno však podotknout, že účinky alkoholu jsou v působení na stresovou

zátěž pouze subjektivní a přechodné. Ačkoli má jedinec po požití sklenky alkoholu pocit větší pohody, jeho organismus se chová, jakoby reagoval na vyšší stresovou zátěž (Nešpor, 2003).

V přímé souvislosti s častým výskytem fyzické agrese ze strany nemocného hrozí také vysoké riziko zdravotního dopadu v podobě pracovního úrazu či nemoci z povolání. Pracovní úraz v tomto průzkumu potvrdilo 26,7 % respondentů, z toho bylo 66,5 % mužů. Vysoký podíl mužů s úrazem je zřejmě dán spojitostí příjmového odd. pro neklidné muže a ryze mužského personálu na tomto odd. Z poraněných respondentů jich 91,5 % uvedlo, že to nijak neovlivnilo jejich vtaž k pacientům. Výsledky lze porovnat s průzkumem Čapky, který ve své práci uvádí četnost poranění až v 55 % (Čapka, 2013, s. 69). Vysoký výskyt úrazů může být zapříčiněn akutním stavem nemocného, který vyžaduje hospitalizaci, případně může být příčina na straně personálu, který není dostatečně proškolen ve zvládnání agrese nebo podceňuje možná rizika. Zajímavé výsledky by také mohly přinést výzkumy zjišťující četnost výskytu pracovních úrazů za určité období. Každé ZZ si v rámci vnitřních auditů vede svou evidenci těchto nežádoucích událostí, avšak případná studie, která by porovнала spojitost příčin a dopadů pracovních úrazů by mohla přinést více možností, jak tato rizika více eliminovat.

4. Jaké jsou rozdíly mezi muži a ženami v subjektivním vnímání pracovní zátěže při poskytování ošetrovatelské péče a při vyrovnávání se s touto zátěží?

Situaci žen v pracovním procesu se zabývala Tomšíková. Ve své diplomové práci poukazuje na skutečnost, že stále větší počet pracujících žen má ještě zodpovědnost za domácnost a starost o děti, nebo žijí v „dvojkariérových domácnostech“, a musí čelit vyšším nárokům na výkonnost či delším pracovním dobám. Tato skutečnost může zvýšeně ženy stresovat. Odkazuje na studii Frankenhaeusera z r. 1993, ze které vyplynulo, že v rámci pracovní zátěže jsou na tom ženy hůře a zátěž stoupá s každým narozeným dítětem. Nejvyšší míra zátěže bývá ve středním věku, kdy přichází ještě starost o rodiče. Dále odkazuje na studii Karaska a Thorella z r. 1990, kteří prokázali, že ženy častěji vykonávají stresogenní povolání a mohou být více zranitelné vůči stresu (Tomšíková, 2007, s. 30).

V otázce vypořádání se se stresem Tomšíková dále uvádí, že ženy jsou při zvládnání pružnější a více vyhledávají sociální podporu. Muži naopak více své pocity skrývají, bývají uzavření a inklinují ke škodlivým vzorcům v chování, jako je zvýšený příjem alkoholu, patologické hráčství apod. (Tomšíková, 2007, s. 31).

Na první pohled nejsou rozdíly mezi muži a ženami v subjektivním pocíťování zátěže nijak velké. Vlastní subjektivní vnímání náročnosti ovlivňuje mnoho individuálních faktorů, které způsobují drobné odchylky ve výsledcích. Není však v možnostech této práce ani jejím cílem zabývat se jednotlivými individuálními faktory, avšak pro případný následný výzkum by to mohl být jeden ze směrů, kterým se může ubírat.

Z pohledu celkové míry zátěže lze z výsledku zjistit, že z celkového počtu respondentů označují nejvyšší hodnoty zátěže více ženy. Ženy také udávají vyšší psychickou zátěž a citové vyčerpání. Zde lze uvažovat, která z uvedených oblastí stresorů je odpovědná za vyšší míru zátěže, neboť ženy ve vyšší míře všechny uvedené oblasti stresorů. Muži naopak pocíťují vyšší zátěž po stránce fyzické, což může být způsobeno, jak bylo popsáno výše, jejich nutnou přítomností při pacifikaci agresivního pacienta, či jsou častěji využíváni k manipulaci s pacientem, neboť imobilní či částečně imobilní pacient je považován za břemeno. Ženy také udávají vyšší výskyt stresorů ze všech uvedených oblastí, čemuž také odpovídá vyšší výskyt zdravotních následků.

Podstatně větší rozdíly ve výsledcích byly zjištěny při posuzování vyrovnávání se se zátěží. Subjektivně hodnotili tuto schopnost daleko lépe muži, což je možná právě ten důvod, proč posuzovali poskytování péče za méně zatěžující než ženy. Podobně hodnotili i mimopracovní aktivity.

Sumárně lze tedy říci, že v předkládaném výzkumu ženy subjektivně vnímají poskytovanou péči jako náročnější, hůře se s ní vyrovnávají a objevují se u nich častěji zdravotní následky než u mužů. Vzhledem k tomu, že i přes vzrůstající tendenci pracuje stále ve zdravotnictví podstatně méně mužů než žen, se mi nepodařilo objevit literaturu srovnávající pracovní zátěž u obou pohlaví v péči u lůžka. Výzkumy se většinou týkají všeobecných sester žen, a pokud jsou ve zkoumaném vzorku muži, jedná se buď o nevýznamné procento, případně nebyl výzkum veden v tomto dělení. Výjimku tvoří výzkumy z oblasti záchranných služeb, kde je v poslední době zaměstnáváno stále více mužů. Avšak tento obor je natolik specifický, že jej nelze srovnávat s péčí u lůžka.

Bylo by však zajímavé dalšími výzkumy zjistit rozdílnost subjektivního vnímání pracovní zátěže u mužů a žen, pracujících v oboru psychiatrie u lůžka, se zaměřením na příčinu, proč jsou ženy v tomto povolání více ohroženy.

9. ZÁVĚR

Z uvedených výsledků vyplývá, že povolání všeobecné zdravotní sestry je velmi náročné a klade na jednotlivce značné nároky. Psychiatrické všeobecné sestry jsou působením stresorů zatěžovány častěji a více než všeobecné sestry somatické. Možná také proto, že jsou nuceny čelit vyšší expozici psychického stresu, jsou schopny se s ním lépe vyrovnávat (Ječná, 2008, s. 52). Vysoká pracovní zátěž může ohrožovat nejen zdravotní stav samotného zdravotníka, ale může také ohrožovat péči o nemocné, respektive může ohrozit i zdraví pacienta. (Kopecká, 2014, s. 22). Proto je důležité sledovat míru zátěže, hodnotit stresogenní faktory a snažit se o jejich minimalizaci či eliminaci, čímž se pozitivně ovlivní nejen zdravotní stav pracovníků, ale zkvalitní se i péče o nemocné. V tomto směru by mohla přispět svým dílem i tato práce.

Analýzou získaných dat a studiem odborné literatury bylo zjištěno, že na nelékařský zdravotnický personál, stejně jako na zdravotní sestry v jiných oborech, působí značné množství stresových faktorů, které bývají specifické pro pomáhající profese. Avšak dále je nutné uvést, že oproti zdravotní sestře v klinickém oboru musí psychiatrický zdravotní personál být neustále v pozoru, mít přehled o všech pacientech, vytvořit si bližší terapeutický vztah, být více trpělivý, zvláště při komunikaci a edukaci, neboť psychiatrickí pacienti často trpí kognitivním deficitem, musí se vyrovnávat s častějšími projevy neklidu a agrese, případně s následky napadení, musí se orientovat jak v sociální oblasti, tak i v právní apod. (Neubauerová, 2007, s. 49–50). Přes všechny tyto faktory však část zdravotního personálu trpí stigmatem, neboť jejich náročnou práci kolegyně ze somatických oborů dostatečně neocenojí. Ve výzkumu z r. 2004 se umístila na 11. místě z 18 nelékařských profesí. Bývají vnímány jako méně schopné a neobratné, přitom dobrá psychiatrická sestra je vyzrálou osobností, často s nástavbovým vzděláním. Stejný náhled mají zdravotníci i laici na celý obor psychiatrie. (Marková, 2006, str. 23 – 24).

Tyto stresory následně negativně ovlivňují nejen zdravotní stav sestry, ale i její pracovní výkon. V tomto směru by bylo možné doporučit zavedení pravidelných seminářů se školenými lektory, jejichž obsahem není jen teoreticko-instruktažní část, ale zejména praktické nácviky např. komunikace s psychiatrickými pacienty, různé deeskalační techniky při neklidu, praktický nácvik postupu při zvládnání agrese atd. Většina personálu je vybavena pouze teoretickými znalostmi získaných během školního studia nebo četbou literatury. Praktické znalosti a dovednosti si postupně utvářejí v praxi metodou pokus-omyl,

což ve zdravotnictví není metoda zrovna nejlepší. Mnohem účinnější je provést metodu již ovládanou, s mnohem větší jistotou. Tyto praktické nácviky lze také využít i v běžném životě, což může být dalším pozitivem a důvodem, proč se organizováním těchto seminářů reálně zabývat.

Výzkum se také zabýval vlivem stresorů na zdravotní stav. Výsledek, že 82 % zdravotníků s různě dlouhou praxí trpí minimálně jedním zdravotním problémem vyvolaným pracovní zátěží, je poněkud alarmující. Nejen sám zdravotník by se však měl zabývat relaxačními a protistresovými metodami, aby eliminoval rozvoj zdravotních potíží. Také zaměstnavatel by měl vedle prostředků vycházející ze zákona (Zákoník práce, §88 - §104), jako jsou např. bezpečnostní přestávky, omezování přesčasových hodin či vytváření pracovních podmínek, sám aktivně přispívat k ochraně zdraví svých zaměstnanců nad rámec svých povinností. Častější pořádání kulturních akcí typu táboření v přírodě, divadelní či promítací akce, sportovní soutěže nebo poznávací zájezdy, kde by zaměstnanec měl stále pocit, že je součástí ZZ, ale nemusel by se stresovat pracovními povinnostmi, by jistě mělo pozitivní vliv na jeho nervovou soustavu i celkový zdravotní stav. Pokud by byly kulturní akce pořádány i pro děti zaměstnanců, určitě by to zvýšilo zájem.

V posledních letech dochází spolu s rozvojem péče ve zdravotnictví také k nárůstu administrativy a zodpovědnosti, tak také ve vzájemné korelaci stoupá psychická zátěž, kterou musí zdravotnický personál snášet. Podle rozsáhlého průzkumu ČAS, který organizovala v r. 2013, byly zjištěny výsledky, že nevhodné pracovní podmínky, které ohrožují péči o pacienty, mohou působit stresogenně a v důsledku přetížení všeobecných zdravotních sester nebo prožíváním negativních emocí v důsledku empatie, může dojít ke vzniku syndromu vyhoření. (Kopecká, 2014, s. 22). Situace v psychiatrii je obdobná jako u jiných klinických oborů. Z této i z jiných prací vycházejí závěry, že všeobecné zdravotní sestry nejen na psychiatrii stále více a častěji pociťují vysokou míru zátěže.

Uvedená doporučení lze využít nejen na odděleních pracujících s pacienty se schizofrenií, ale na všech typech zdravotnických a sociálních zařízení, které poskytují psychiatrickou péči, potažmo je lze částečně využít na jakémkoli typu ZZ. Naopak veřejnosti by tato práce měla přiblížit některé aspekty psychiatrické ústavní péče, které kladou na nelékařský zdravotní personál značné nároky a pomoci tak destigmatizaci nejen psychiatrie jako oboru, ale i zdravotníků poskytující péči lidem, na které společnost stále podvědomě pohlíží skrze prsty.

Nezbývá než doufat, že si nejen vedoucí pracovníci, ale i zřizovatelé ZZ a stát uvědomí situaci ve zdravotnictví a přetížení sester, a přijme vhodná opatření, aby se zdravotní následky pracovního stresu minimalizovali. Avšak také nelékařský personál by měl vzít v úvahu, že některé nevhodné aspekty jejich životního stylu nepříspěvají k minimalizaci pracovní zátěže a jejich důsledků, a měl by se snažit o jejich nápravu. Nebude-li totiž o sebe zdravotník pečovat, rychle vyhoří. Pokud si však rychle uvědomí, že je v krizi a začne ji včas řešit, může se stát lepším člověkem i zdravotníkem. A pokud bude dodržovat zásady duševní hygieny a zdravého životního stylu, může být šťasten nejen v pracovním, ale i soukromém životě (Kopecká, 2014, s. 23). Vždyť jde přece jen o jeho zdraví.

LITERATURA

Tištěné zdroje:

1. ČERMÁKOVÁ, Jitka. Komunikace s duševně nemocným pacientem. *Florence*. Praha: Galén, 2010, roč. 6, č. 3, s. 20–21. ISSN 1801-464X.
2. DI CARA, Veronika, Petra CHARVÁTOVÁ a Tomáš PETR. Pracovní podmínky zdravotníků v ČR. *Florence*. Praha: Ambit Media, a.s., 2014, roč. 10, č. 1–2, s. 35–36. ISSN 1801-464X.
3. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0197-9.
4. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
5. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
6. KOPECKÁ, Ester. Duševní hygiena sester a umění odpočívat. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s., 2014, roč. 24, č. 4, s. 22–23. ISSN 1210-0404.
7. KRISTOVÁ, Jarmila. Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s., 2008, roč. 18, č. 12, s. 23–24. ISSN 1210-0404.
8. KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6.
9. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4.
10. MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0737-3.
11. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
12. MARŠÁLEK, Michal. *Deprese u schizofrenie*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-116-5.
13. MOHR, Pavel, Klára LÁTALOVÁ a Jiří MASOPUST. Varovné příznaky relapsu schizofrenie a bipolární poruchy. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén, 2012, roč. 108, č. 3, s. 122–130. ISSN 1212-0383.
14. MOHR, Pavel a kol. Funkční schopnosti a spokojenost s léčbou pacientů se schizofrenií v České republice: průřezová studie. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén, 2012, roč. 108, č. 6, s. 279–285. ISSN 1212-0383.

15. MOTLOVÁ-BANKOVSKÁ, Lucie. O čem, proč a jak edukovat pacienty se schizofrenií a jejich blízké. *Psychiatric News*. Praha: 2013, roč. 2, č. 1, s. 8–10. ISSN 1805-3912.
16. MOTLOVÁ-BANKOVSKÁ, Lucie. *Psychoedukace u schizofrenie*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012. ISBN 978-80-87142-16-5.
17. MOTLOVÁ-BANKOVSKÁ, Lucie. Psychosociální postupy v léčbě psychotických onemocnění. *Psychiatric News*. Praha: We Make Media s.r.o., 2012, roč. 1, č. 1, s. 14–17. ISSN 1805-3912.
18. MOTLOVÁ-BANKOVSKÁ, Lucie. *Schizofrenie – Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta a.s., 2013. ISBN 978-80-204-2993-3.
19. NEUBAUEROVÁ, Kateřina. Práce sestry na psychiatrickém oddělení. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s., 2007, roč. 17, č. 10, s. 49–50. ISSN 1210-0404.
20. PETR, Tomáš. Rizika násilí na oddělení akutní psychiatrické péče. *Sestra*. Praha: Sanoma Magazines s.r.o., 2003, roč. 13, č. 7–8, s. 69–71. ISSN 1210-0404.
21. PETR, Tomáš. Úskalí akutní psychiatrické péče. *Florence*. Praha: Galén, 2007, roč. 3, č. 7–8, s. 327. ISSN 1801-464X.
22. PETR, Tomáš. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén, 2011, roč. 107, č. 2, s. 106–109. ISSN 1212-0383.
23. POPOV, Petr. Problematika alkoholu v ČR z pohledu adiktologie (a krátce o historii přístupů k alkoholismu). *Revue České lékařské akademie*. Praha: Česká lékařská akademie, o.s., 2013, č. 9, s. 6–7. ISSN 1214-8881.
24. PŘIKRYL, Radovan. Problematika léčby negativních příznaků schizofrenie. *Psychiatry News*. Praha: We Make Media s.r.o., 2012, roč. 1, č. 1, s. 8. ISSN 1805-3912.
25. PŘIKRYL, Radovan a Miroslava KHOLLOVÁ. Prevalence remise a úzdravy u schizofrenie v ČR. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén, 2012, roč. 108, č. 4, s. 171–176. ISSN 1212-0383.
26. RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol. *Psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
27. SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
28. ŠLAISOVÁ, Ivana, Ladislav HOSÁK a Věra MICHÁLKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2004. ISBN 80-86225-51-8.

29. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

Zákon:

30. ČESKO. Předpis č. 262/2006 Sb. Zákon zákoník práce, §88 – §104 [online]. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2006, částka 84, s. 3163-3169 [cit. 2014-04-08]. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=262&r=2006>.
31. ČESKO. Zákon č. 66 ze dne 19. února 2013, kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů [online]. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2013, částka 31, s. 634-636 [cit. 2014-04-08] ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?O=6&T=700>.
32. ČESKO. Zákon č. 89 ze dne 3. února 2012 občanský zákoník [online]. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2012, částka 33, s. 1026-1365 [cit. 2014-04-09] ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?r=2012&cz=89>.

Závěrečné VŠ práce:

33. ČAPKA, Jan. *Agresivita pacientů v psychiatrické praxi z pohledu ošetrovatelského personálu*. [online]. Brno: 2013, 89 s. [cit. 2014-01-14]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/388552/fsps_b/. Bakalářská práce. Masaryková Univerzita, Fakulta sportovních studií. Vedoucí práce PhDr. Michal Vít, Ph.D.
34. JEČNÁ, Veronika. *Stres v povolání psychiatrické sestry*. [online]. Pardubice: 2008, 83 s. [cit. 2014-03-18] Dostupné z: <http://dspace.upce.cz/handle/10195/29656?mode=full>. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce doc. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.
35. KOHOUTOVÁ, Lenka. *Problematika ošetrovatelské péče o pacienta se schizofrenií*. [online]. České Budějovice: 2009, 61s. [cit. 2014-02-16]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/pkzdfc/?furl=%2Fid%2Fpkzdfc%2F;lang=en>. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.
36. SZLAUEROVÁ, Kamila. *Náročnost povolání zdravotní sestry*. [online]. Brno: 2009, 97 s. [cit. 2014-01-14]. Dostupné z:

- http://is.muni.cz/th/214708/lf_b/BAKALARSKA_PRACE. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Hedvika Borýsková.
37. ŠPIČÁKOVÁ, Renáta. *Psychická zátěž všeobecných sester pracujících v Psychiatrické léčebně v Brně*. [online]. Brno: 2010, 88 s. [cit. 2014-01-25]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/258402/lf_b/. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Dana Dolanová.
38. TOMŠÍKOVÁ, Eva. *Analýzy pracovní zátěže*. [online]. Brno, 2007, 80 s. [cit. 2014-03-07]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/26132/ff_m/Analyza_pracovni_zateze.doc?lang=en;so=nx;info=. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Zuzana Slováčková, Ph.D.
39. VORLOVÁ, Gabriela. *Náročnost a rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče agresivnímu klientovi*. [online]. České Budějovice, 2008. 88 s. [cit. 2014-02-05]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/46fved/?furl=%2Fid%2F46fved%2F;lang=en>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

Elektronické zdroje:

40. NEŠPOR, Karel. *Alkohol, jiné návykové látky a stres*. [online]. Praha: 2003 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: www.drnespor.eu/nlstres2.doc.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A. <i>Dotazník Glynis Breakwellové - Riziko napadení</i>	76
Příloha B. <i>Ošetrovatelský standard "Pravidla pro používání omezovacích prostředků a pro akutní parenterální aplikaci psychofarmak"</i>	77
Příloha C. <i>Calgarská škála deprese u schizofrenie</i>	87
Příloha D. <i>Beckův dotazník deprese</i>	90
Příloha E. <i>Dotazník</i>	95

Dotazník Glynis Breakwellové - Riziko napadení

1. Je člověk, se kterým právě jednám, pod vlivem výrazného stresu?
2. Je podnapilý či pod vlivem drog?
3. Projevil se již v minulosti jako násilník?
4. Byl v minulosti již soudně trestán pro agresivně zabarvenou trestnou činnost?
5. Trpěl nebo trpí duševní chorobou, která snižuje přičetnost?
6. Má zdravotní problémy snižující sebekontrolu?
7. Napadl nás ten člověk v minulosti nebo nám vyhrožoval?
8. Vyhrožoval nám již v minulosti konkrétním násilím?
9. Zaútočil na mě již někdy?
10. Myslí si ten člověk, že ohrožuji jeho děti nebo jiné jemu blízké osoby, nebo jsem tak či onak spojován s institucí, jež by něco podobného mohla činit?
11. Myslí si dotyčný, že ohrožuji jeho svobodu nebo že nějakým způsobem patřím mezi ty, kteří by jeho svobodu mohli ohrozit?
12. Má onen člověk nereálné představy o tom, co pro něj mohu udělat?
13. Je přesvědčen, že mu úmyslně nechci pomoci?
14. Měl jsem z tohoto člověka již v minulosti strach?
15. Má diváky, kteří jsou zaměřeni proti mé osobě a kteří by mohli buď přímo, nebo zprostředkovaně, jeho agresivní chování vůči mě podporovat, obdivovat nebo oceňovat?

Čím více je odpovědí ANO, tím větší je riziko agresivního napadení. Po pěti odpovědích ANO je riziko dosti výrazné, 10 odpovědí činí následný útok dosti pravděpodobný. Vyhodnotíme-li situaci na 15 krát ANO, lze útok považovat za prakticky jasný.

(Zdroj: Sestra, 2003, s. 69)

Pravidla pro používání omezovacích prostředků a pro akutní parenterální aplikaci psychofarmak

I. ÚVOD, VYMEZENÍ POJMŮ:

- 1. Standard stanoví druhy omezovacích prostředků používaných v psychiatrické nemocnici (dále jen „nemocnice“), obecná pravidla pro jejich používání a specifické postupy při používání jednotlivých druhů omezovacích prostředků. Standard dále stanoví pravidla pro akutní parenterální aplikaci psychofarmak mimo pravidelnou denní lékovou ordinaci při akutním zhoršení psychického stavu pacienta. Standard je vydán v návaznosti na metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR (MZd) zn. 37800/2009 vydaný ve Věstníku MZd č. 7/2009.**

- 2. Zajištění aplikace standardizovaných postupů pro užívání omezovacích prostředků a pro akutní parenterální aplikaci psychofarmak v konkrétních specifických podmínkách jednotlivých lůžkových oddělení nemocnice je povinností primářů, kteří na svých odděleních odpovídají za dodržování pravidel a kontrolu činností stanovených Standardem.**

- 3. Omezovací prostředky jsou specifická režimová opatření ošetrovatelské péče a jejich používání u hospitalizovaných pacientů podléhá v nemocnici zvláštním pravidlům, evidenci a kontrole. V nemocnici jsou používány tyto omezovací prostředky:**
 - a) umístění pacienta v síťovém lůžku,
 - b) umístění pacienta v izolační místnosti,
 - c) omezení pacienta v lůžku pomocí kurtů,
 - d) zamezení pohybu horních končetin pacienta pomocí ochranného kabátku.

4. Podání psychofarmaka v jakékoli lékové formě hospitalizovanému pacientovi není v nemocnici používáno jako omezovací prostředek – **psychofarmaka jsou v nemocnici podávána výhradně jako léčivý přípravek za účelem zmírnění nebo odstranění příznaků duševní choroby nebo poruchy. Pro akutní parenterální aplikaci psychofarmaka (APAP) pacientovi mimo pravidelnou denní lékovou ordinaci platí v léčebně zvláštní pravidla stanovená v článku IV. Standardu.**

5. **Lehká fixace k lůžku nebo křeslu a užití postranic nebo zábran u lůžka nebo křesla pro zabránění pádu a zranění u pacienta trpícího demencí, deliriózním stavem nebo jinými závažnými zdravotními komplikacemi projevujícími se poruchami hybnosti nejsou omezovací prostředek** - jedná se o běžná režimová opatření ošetřovatelské péče, o jejichž použití v rámci ošetřovatelského procesu rozhoduje staniční sestra nebo vedoucí směny ošetřovatelského personálu na oddělení (dále „vedoucí směnová sestra“).

6. **U právně způsobilého pacienta** může být použit omezovací prostředek, pokud je pacient v nemocnici hospitalizován v právním režimu ústavního ochranného léčení nebo tzv. detence (hospitalizace bez souhlasu pacienta podle § 23 odst. 4 a § 24 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění) - jinak je použití omezovacího prostředku u právně způsobilého pacienta důvodem k hlášení soudu o jeho dodatečném omezení ve volném pohybu (detenci) - nevyjádří-li alespoň dodatečně tento pacient během následujících 24 hodin souhlas (stačí ústně) s použitím omezovacího prostředku. O změně právního režimu hospitalizace na detenci rozhoduje lékař a nemocnice o ní do 24 hodin musí písemně informovat Okresní soud. („Hlášení o dodatečném omezení ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem“).

U pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům a u pacienta mladšího 18 let zákonný zástupce (rodič, opatrovník) vyjadřuje souhlas s užitím omezovacích prostředků podpisem písemného „Prohlášení zákonného zástupce o souhlasu s přijetím nemocného do ústavní péče a s vyšetřovacími a léčebnými výkony“.

7. Zrušuje se Standard pro používání omezovacích prostředků a pro parenterální aplikaci psychofarmak při stavu neklidu u pacienta platný od 1. 4. 2007.

II. OBECNÁ PRAVIDLA PRO POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ:

1. Použití omezovacích prostředků při poskytování zdravotní péče za účelem omezení volného pohybu pacienta je vždy krajním řešením v případech, kdy je nezbytně nutné bezodkladně dosáhnout zklidnění hospitalizovaného pacienta, který svým nebezpečným chováním bezprostředně a zjevně ohrožuje sebe nebo své okolí. Omezovací prostředky lze v nemocnici u pacienta použít tehdy, pokud je to nezbytně nutné pro ochranu pacienta samotného, ostatních pacientů, zaměstnanců léčebny nebo majetku. Omezovací prostředky nikdy nesmí být použity pouze z důvodu usnadnění péče o pacienta pro zdravotnický personál nebo z indikace výchovné (korektivní).
2. Omezovací prostředek lze použít až poté, co byly za účelem zklidnění pacienta bezúspěšně použity jiné ošetrovatelské nebo léčebné postupy (např. slovní domluva pacientovi zdravotnickým pracovníkem, akutní parenterální aplikace psychofarmaka) a jestliže nelze bezprostředně zjistit a odstranit příčinu pacientova nebezpečného chování (bolest, nepohodlí, vedlejší účinky léků, stres, problém ve vztahu s jinými pacienty nebo personálem, tělesné onemocnění). Vždy je použit takový omezovací prostředek, který povede s co nejmenšími riziky pro pacienta k jeho účinnému omezení a zklidnění.
3. Při použití omezovacího prostředku musí být ze strany ošetrovatelského personálu v maximální možné míře dbáno o zachování lidské důstojnosti a soukromí pacienta:
 - a) Omezovací prostředek je vždy použit pouze po nezbytně nutnou dobu, po kterou trvají na straně pacienta důvody k jeho použití.
 - b) Umožňuje-li to stavební dispozice oddělení, organizačně-provozní opatření na oddělení a druh omezovacího prostředku, umísťují se pacienti, u nichž jsou použity omezovací prostředky, mimo přímý kontakt s ostatními pacienty na oddělení.
 - c) Ošetrovatelský personál je povinen při použití omezovacího prostředku zajistit pacientovi s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav lidsky důstojné provádění všech

základních osobních potřeb (osobní hygiena, vyprazdňování, stravování) – i mimo omezovací prostředek, pokud tomu použitý omezovací prostředek brání.

4. O použití omezovacího prostředku u pacienta rozhoduje vždy lékař, který je povinen učinit o tom do zdravotnické dokumentace (dekursu) zápis, který vždy obsahuje:
 - a) stručný popis aktuálního zdravotního stavu pacienta
 - b) důvod použití omezovacího prostředku u pacienta
 - c) druh použitého omezovacího prostředku
 - d) čas zahájení použití omezovacího prostředku
 - e) čas ukončení použití omezovacího prostředku (lze-li jej dopředu stanovit)
 - f) jméno, příjmení a podpis lékaře

5. V jednotlivých situacích, které mohou při používání omezovacích prostředků nastat v souvislosti s provozem léčebných oddělení, jsou lékaři a ošetřovatelský personál povinni postupovat takto:
 - a) Vedoucí směnová sestra musí před případným použitím omezovacího prostředku podat (alespoň telefonicky) informaci o zhoršení zdravotního stavu pacienta ošetřujícímu lékaři (v běžné pracovní době lékařů) nebo pohotovostnímu psychiatrovi (v mimopracovní době lékařů), který rozhodne (může i telefonicky) o (ne)použití omezovacího prostředku. Pokud je ošetřující lékař nebo pohotovostní psychiatr osobně přítomen na oddělení, tak ihned, pokud ordinuje po telefonu, tak bez zbytečného odkladu po telefonické ordinaci (ne)použití omezovacího prostředku musí provést kontrolu stavu pacienta na oddělení a učinit příslušný zápis do zdravotnické dokumentace (dekursu).
 - b) Rozhodnutí lékaře o použití omezovacího prostředku lze zajistit dodatečně pouze tehdy, vyžadují-li to akutní bezpečnostní důvody na oddělení. V takovém případě služba ošetřovatelského personálu podle pokynů vedoucí směnové sestry nejdříve provede omezení pacienta a poté vedoucí směnová sestra bezodkladně informuje lékaře (ošetřujícího lékaře nebo pohotovostního psychiatra), který bez zbytečného odkladu provede kontrolu stavu pacienta na oddělení a učiní příslušný zápis do zdravotnické dokumentace (dekursu).
 - c) Pokud dojde ze strany služby ošetřovatelského personálu k použití omezovacího prostředku u pacienta před příchodem lékaře na oddělení, vedoucí směnová sestra o

tom bezodkladně učiní zápis do zdravotnické dokumentace (dekursu), který musí minimálně obsahovat:

- stručný popis pacientova zdravotního stavu z hlediska ošetrovatelské péče
- důvod použití omezovacího prostředku
- druh použitého omezovacího prostředku,
- čas, kdy bylo použití omezovacího prostředku zahájeno,
- jméno lékaře, který použití omezovacího prostředku (i dodatečně) schválil,
- jméno a podpis vedoucí směnové sestry, která zápis provedla.

6. Vedoucí směnová sestra odpovídá za to, že **po celou dobu použití omezovacího prostředku je pacientovi poskytována vysoce specializovaná ošetrovatelská péče** (podle § 2 odst. 1. písm. d) vyhl. č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků) **a pacient je pod nepřetržitým dohledem** (podle Standardu č.16 - Kategorie pacienta v ústavní péči a ošetrovatelský dohled), aby bylo zabráněno poškození zdraví a bylo zajištěno bezpečí jak pacienta, u kterého je použit omezovací prostředek, tak ostatních pacientů i zdravotnického personálu a jiných osob přítomných na oddělení:

- a) Sledování pacienta ošetrovatelským personálem musí být nepřetržité (viz Standard č.16 – Kategorie pacienta v ústavní péči a ošetrovatelský dohled).
- b) Musí být zajištěno, aby se pacient nezranil, aby nedocházelo k jeho dehydrataci, nedostatečné výživě, podchlazení, proleženinám a aby měl zajištěnu osobní hygienu a toaletu.
- c) Přímou v době aplikace omezovacího prostředku nejsou pacientovi umožněny návštěvy - výjimku v konkrétní situaci může povolit pouze lékař.
- d) Pokud u pacienta v době použití omezovacího prostředku dojde k poruše nebo zástavě základních životních funkcí (dech, krevní oběh), ošetrovatelský personál musí vždy okamžitě zahájit kardiopulmonální resuscitaci a přivolat lékaře, případně záchrannou zdravotní službu.

7. Na základě rozhodnutí vedoucí směnové sestry může pacient zůstat umístěn v omezovacím prostředku i nezbytně nutnou dobu po zklidnění nebo usnutí, pokud by jeho okamžité přemístění mimo omezovací prostředek mohlo znamenat obnovení stavu, který vedl k jeho umístění do omezovacího prostředku (neklid, agresivita apod.).

V takovém případě pacient zůstává pod nepřetržitým dohledem ošetrovatelského personálu, který musí pravidelně (nejméně každých 10 minut) kontrolovat pacientovy základní životní funkce (dech, krevní oběh).

8. Veškeré zápisy ve zdravotnické dokumentaci související s použitím omezovacího prostředku u pacienta musí být přehledné, srozumitelné a přesné. Každé použití omezovacího prostředku u pacienta musí být elektronicky evidováno v nemocničním informačním systému léčebny (Registru pacientů) s uvedením data a času zahájení a ukončení použití omezovacího prostředku, typu použitého omezovacího prostředku, jména lékaře, který o jeho použití rozhodl, a okolností, za nichž byl omezovací prostředek u pacienta použit. Za správnou elektronickou evidenci každého použití omezovacího prostředku na oddělení odpovídá vedoucí směnová sestra.

9. O možnosti použití omezovacích prostředků jsou pacienti informováni v domácím řádu oddělení. Pokud je pacient po zklidnění schopen chápat smysl a důvody předchozího použití omezovacího prostředku, lékař je s ním následně projedná a vysvětlí mu je.

10. Zdravotničtí pracovníci jsou o postupech při užívání omezovacích prostředků pravidelně proškoleni primáři a staničními sestrami. Pravidla používání omezovacích prostředků jsou také nedílnou součástí pravidelného školení zdravotnických pracovníků o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci.

III. POSTUP OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU PŘI POUŽITÍ OMEZOVACÍHO PROSTŘEDKU U PSYCHIATRICKÉHO PACIENTA

1. **Proved'te** pokus o zklidnění akutně nebezpečně se chovajícího psychiatrického pacienta nejprve slovní domluvou a následně akutním parenterálním podáním psychofarmak, pokud je má pacient pro akutní zhoršení psychického stavu ordinované od ošetřujícího lékaře. Použití omezovacího prostředku je krajním specifickým režimovým opatřením ošetrovatelské péče u akutně nebezpečně se chovajícího psychiatrického pacienta.

2. **Kontaktujte** lékaře a informujte ho o nastalé situaci, která si velmi pravděpodobně vyžádá použití omezovacího prostředku - pokud nebylo u akutně psychicky zhoršeného pacienta z bezpečnostních důvodů nutné okamžité použití omezovacího prostředku.
3. **Vysvětlete** pacientovi pro něho srozumitelnou formou (pokud to je s ohledem na jeho aktuální psychický stav možné a užitečné) důvody pro použití omezovacího prostředku, informujte ho o dalším postupu, event. i časové perspektivě délky použití omezovacího prostředku.
4. **Zhodněte** aktuální závažnost pacientova nebezpečného chování a **zvolte** pro pacienta použití nejvhodnějšího a nejbezpečnějšího druhu omezovacího prostředku. Volbu konkrétního omezovacího prostředku vždy konzultujte s lékařem.
 - Nejšetnější je umístění pacienta do izolační místnosti nebo do síťového lůžka, což mu umožňuje relativně volný pohyb.
 - V krajním případě, zejména hrozí-li u pacienta závažné sebepoškození, lze použít omezovací kurty, kterými je pacient znehybněn v lůžku připoutáním za obě horní i dolní končetiny.
 - Ochranný kabátek, který pacientovi zamezí v pohybu horních končetin, je používán jen ve zcela výjimečných případech – zejména hrozí-li u pacienta manuální sebepoškození nebo polykání nebezpečných předmětů, anebo při transportu nebezpečně se chovajícího pacienta.

Zvláštní pravidla a postupy při použití jednotlivých druhů omezovacích prostředků:

a) **izolační místnost a síťové lůžko:**

- **Prohlédněte** pacienta před umístěním do izolační místnosti nebo do síťového lůžka a odeberte mu vše, čím by se mohl poškodit (pozor zejména na zápalky, zapalovače, ostré předměty, provázky apod.!!!). Prohlédněte také pro pacienta dosažitelná místa, kde by tyto předměty mohly být ukryty.
- **Proved'te** umístění pacienta do izolační místnosti nebo do síťového lůžka za pomoci ostatních zdravotnických pracovníků - větší počet zasahujících snižuje riziko úrazu pacienta i zdravotnického personálu. Je-li potřebná pomoc mužského zdravotnického personálu z jiného oddělení, jednejte podle Pokynu hlavní sestry č.

b) kurty v lůžku:

- **Přiložte** kurty ke kůži distálních částí horních i dolních končetin pacienta.
- **Utáhněte** jemně, ale dostatečně pevně kurty kolem všech končetin pacienta.
- **Přípevněte** vázačky kurtů bezpečně a pevně k rámu postele.
- **Zkontrolujte** puls na končetinách hned po přiložení kurtů a dále **průběžně**, vždy se **zápisem** obsahujícím i hodnocení stavu pacienta - nejdéle po každé 1 hodině.
- **Uvolňujte** průběžně jednotlivé pacientovy končetiny při ohledu na zajištění své vlastní bezpečnosti – každou končetinu jednotlivě procvičte a ověřte, že kůže končetin pod kurty a v jejich okolí nejeví známky poranění nebo podráždění.

c) použití ochranného kabátku:

- **Oblékněte** ochranný kabátek na oděv pacienta, protáhněte rukávy kabátku kapsou na přední straně kabátku a zavažte rukávy jemně, ale dostatečně pevně na zádech pacienta – tím dojde k zamezení pohybu (fixaci) horních končetin pacienta.
- **Procvičujte** pravidelně obě pacientovy horní končetiny (po rozvázání kabátku) - vždy nejdéle po 2 hodinách jejich nepřetržité fixace.

- 5. Sledujte** psychický i tělesný stav pacienta. **Hodnotěte** projevy chování pacienta s ohledem na nutnost dalšího trvání nebo ukončení použití omezovacího prostředku. **Ukončete** použití omezovacího prostředku bez zbytečného časového odkladu po zklidnění pacienta.
- 6. Poskytujte** pacientovi po celou dobu použití omezovacího prostředku komplexní ošetrovatelskou péči s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav - soustřeďte se zejména na dostatečnou hydrataci (příjem tekutin a potravy – vždy zápis), prevenci dekubitů, možné důsledky omezení končetiny (oděrky, hematomy) a prevenci podchlazení.
- 7. Zajistěte** pacientovi v době použití omezovacího prostředku pravidelné, dostatečné a lidsky důstojné vykonávání všech jeho základních osobních potřeb (hygiena, vyprazdňování, příjem stravy a tekutin) – v nezbytných případech i mimo omezovací prostředek.

- 8. Zavolejte** lékaře, aby znova posoudil odůvodněnost trvání použití omezovacího prostředku, pokud by nepřetržité trvání jednoho umístění pacienta do izolační místnosti nebo do sítového lůžka a nepřetržité trvání jednoho použití ochranného kabátku mělo přesáhnout 15 hodin a pokud by doba jednotlivého použití kurtů v lůžku měla přesáhnout 3 hodiny.

- 9. Zapisujte** do dekursu všechny údaje o sledování, hodnocení a změnách stavu pacienta v době použití omezovacího prostředku. Souhrnný zápis o vývoji stavu pacienta a o poskytované komplexní ošetrovatelské péči musí být proveden vždy po skončení nebo přerušení použití omezovacího prostředku, anebo nejdéle po každých 5 hodinách nepřetržitého trvání jednoho použití omezovacího prostředku u pacienta (neurčil-li lékař kratší intervaly pro zápisy ošetrovatelského personálu).

- 10.** Za dodržení správného postupu ošetrovatelského personálu v každém jednotlivém konkrétním případě použití omezovacího prostředku u psychiatrického pacienta na oddělení odpovídá vedoucí směnová sestra. Za průběžnou kontrolu postupů ošetrovatelského personálu při používání omezovacích prostředků na oddělení odpovídá primář a staniční sestra oddělení.

IV. PRAVIDLA PRO AKUTNÍ PARENTERÁLNÍ APLIKACI PSYCHOFARMAK

(APAP):

- 1.** Lékař je oprávněn předepsat hospitalizovanému pacientovi pro případ akutního zhoršení jeho psychického stavu (psychomotorický neklid, nespavost, intrapsychické napětí, úzkost apod.) akutní parenterální aplikaci psychofarmaka, nebo kombinace psychofarmak (dále jen „APAP“) mimo celkovou pravidelnou denní lékovou ordinaci. Lékař o tom musí pacienta s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav vhodným způsobem informovat. Vedoucí směnová sestra na každém oddělení léčebny je odborně způsobilá posoudit akutní zhoršení psychického stavu pacienta a v případě potřeby je oprávněná bez další konzultace s lékařem rozhodnout o APAP u pacienta.

2. Lékařem ordinovaná možnost APAP při akutním zhoršení psychického stavu pacienta platí pouze jednorázově pro časové období mezi dvěma následujícími lékařskými vizitami (24 hodin), neuvede-li lékař v dekursu jinak. Maximální možná frekvence APAP akutně psychicky alterovanému pacientovi bez další konzultace vedoucí směnové sestry s lékařem je 3x za 24 hodin - lékař to musí jasně uvést v písemné ordinaci APAP ve zdravotnické dokumentaci (dekursu): max. 1xD, max. 2xD, max. 3xD.
3. APAP provede vedoucí směnová sestra, nebo jiná jí pověřená směnová všeobecná sestra (ošetřovatel) na oddělení. Vedoucí směnová sestra do zdravotnické dokumentace (dekursu) zapíše bezprostřední důvod APAP u pacienta, přesný název a dávku podaných psychofarmak, přesný čas jejich aplikace a jejich účinek.
4. Vedoucí směnová sestra musí vždy neprodleně informovat ošetřujícího lékaře (v mimopracovní době lékařů pohotovostního psychiatra) o nedostatečném efektu jednorázové APAP u pacienta. Lékař potom musí bezodkladně rozhodnout (alespoň telefonicky) o dalším postupu. Pokud lékař u pacienta rozhodne o další APAP nad rámec jejich původní maximální ordinace pro daných 24 hodin, nebo rozhodne o jiné neodkladné léčebné intervenci (např. překlad pacienta na jiné léčebné oddělení, použití omezovacího prostředku), musí následně bez zbytečného odkladu provést kontrolu pacienta na oddělení a vše zaznamenat do zdravotnické dokumentace (dekursu): čas kontroly pacienta, stručný popis psychického stavu pacienta, zdůvodnění a ordinaci akutních léčebných opatření, další důležité související skutečnosti. Vedoucí směnová sestra jednak zajistí bezodkladné splnění akutní lékařské ordinace a jednak musí zaznamenat do zdravotnické dokumentace (dekursu): stručný popis pacientova zdravotního stavu z hlediska ošetřovatelské péče, jméno lékaře, se kterým byl telefonicky konzultován další postup a jeho případnou telefonickou ordinaci, způsob a čas splnění akutní lékařské ordinace, další důležité související okolnosti.
5. Veškeré zápisy lékařů i ošetřovatelského personálu ve zdravotnické dokumentaci v souvislosti s APAP mimo pravidelnou denní lékovou ordinaci při akutním zhoršení psychického stavu pacienta musí být přehledné, srozumitelné a přesné. Za kontrolu vedení zdravotnické dokumentace odpovídá primář a staniční sestra každého léčebného oddělení.

Příloha C. *Calgarská škála deprese u schizofrenie*

Pro tazatele: Položte první otázku jak je napsaná. Další doplňující otázky klad'te podle svého uvážení.

Časový rámec představuje poslední dva týdny, pokud není stanoveno jinak.

Pozn.: Poslední položka č. 9 je založena na pozorování v průběhu celého pohovoru.

1. **DEPRESE:** Jak byste popsal/a svou náladu v průběhu posledních dvou týdnů? Měl/a jste přiměřeně dobrou náladu nebo jste se v poslední době cítil/a velmi depresivní nebo skleslý/á? Byl/a jste v průběhu posledních dvou týdnů (termín respondenta pro depresi) každý den? Celý den?
 0. Nikdy.
 1. Mírná – vyjadřuje určitý smutek nebo skleslost, když je tázán.
 2. Střední – zřetelná depresivní nálada přetrvávající až polovinu doby posledních dvou týdnů; denně přítomná.
 3. Těžká – výrazně depresivní nálada přetrvávající denně po více než polovinu doby a narušující běžné motorické a sociální funkce.

2. **BEZNADĚJ:** Jak vidíte svou budoucnost? Vidíte nějakou budoucnost nebo se vám život zdá docela beznadějný? Vzdal/a jste to nebo je ještě důvod, abyste se o něco snažil/a?
 0. Ne.
 1. Mírná – během posledního týdne měl/a občas pocity beznaděje, ale stále ještě věří v budoucnost.
 2. Střední – měl/a trvalý, středně silný pocit beznaděje během posledního týdne. Lze ho/ji přesvědčit, aby připustil/a, že se situace může zlepšit.
 3. Závažná – trvalý a tíživý pocit beznaděje.

3. **SEBEPODCEŇOVÁNÍ:** Co si o sobě myslíte v porovnání s ostatními? Máte pocit, že jste lepší, ne tak dobří nebo asi tak stejní jako ostatní? Máte pocit, že jste horší nebo dokonce k ničemu?
 0. Žádný.
 1. Mírná - určité sebepodceňování, ale nedosahuje pocitu naprosté zbytečnosti.
 2. Střední – respondent se cítí zbytečný, ale méně než 50 % času.

3. Závažná – respondent se cítí zbytečný více jak 50 % času. Lze ho přesvědčit, aby připustil něco jiného.

4. VZTAHOVAČNÉ PŘEDSTAVY VINY: Máte někdy pocit, že vám něco vyčítají nebo jste dokonce neprávem obviňován/a? Za co? (Nezahrnujte sem oprávněné výčitky nebo obviňování. Vylučte bludné přesvědčení o vině.
 0. Není.
 1. Mírná – respondent má pocit, že mu něco vyčítají, ale ne že je obviňován – méně než 50 % času.
 2. Střední – trvalý pocit, že mu něco vyčítají a/nebo příležitostný pocit, že je obviňován.
 3. Závažná – trvalý pocit, že je obviňován. Když je vyzván, připouští, že to tak není.

5. PATOLOGICKÝ POCIT VINY: Máte sklon se obviňovat za nepodstatné věci, které jste udělal/a v minulosti? Myslíte, že je třeba, abyste se tím tak trápil/a?
 0. Není.
 1. Mírná – respondent má někdy přehnaný pocit viny kvůli nepodstatným prohřeškům, ale méně než 50 % času.
 2. Střední – respondent má obvykle (více než 50 % času) pocit viny kvůli jednání v minulosti, jehož význam přehání.
 3. Závažná – respondent má obvykle pocit, že se musí obviňovat za vše, co je špatné, i když to není jeho vina.

6. RANNÍ DEPRESE: Když jste se cítil/a během posledních dvou týdnů depresivní, všiml/a jste si, zda je deprese v určité denní dobu horší?
 0. Není – žádná deprese.
 1. Mírná – deprese se vyskytovala, ale během dne nekolísá.
 2. Střední - respondent sám uvádí, že deprese je dopoledne horší.
 3. Závažná - deprese je výrazně horší dopoledne, narušuje celkové fungování, které se odpoledne zlepšuje.

7. ČASNÉ PROBUZENÍ: Probouzí se ráno dříve, než je pro vás obvyklé? Kolikrát se to během týdne stane?

0. Není – nebudí se předčasně.
 1. Mírná – příležitostně (ne více než 2x týdně) se probudí alespoň o hodinu dříve, než se běžně budí nebo mu zvoní budík.
 2. Střední – často (až 5x týdně) se probouzí alespoň o hodinu dříve, než se běžně budí nebo mu zvoní budík.
 3. Závažná – každodenně se probouzí alespoň o hodinu dříve než normálně.
8. SEBEVRAŽDA: Měl/a jste pocit, že život nemá cenu? Měl/a jste někdy chuť to vše skončit? Co jste chtěl/a udělat? Skutečně jste se o to pokusil/a?
0. Není.
 1. Mírná – časté myšlenky na to, že by bylo lepší být mrtev nebo příležitostné myšlenky na sebevraždu.
 2. Střední – vážně přemýšlí o sebevraždě včetně plánu, ale nedošlo k pokusu.
 3. Závažná – sebevražedný pokus se zřejmým záměrem zemřít (tj. náhodné objevení nebo použití nedostatečných prostředků)
9. POZOROVANÁ DEPRESE: Založené na pozorování tazatele během celého rozhovoru. Otázka „Je vám do pláče?“, kterou položíte ve vhodnou chvíli rozhovoru, vám může přinést užitečné informace pro pozorování.
0. Není.
 1. Mírná – respondent vypadá smutně a zarmouceně i během části rozhovoru, kdy jde o citově neutrální téma.
 2. Střední – respondent vypadá smutně a zarmouceně během celého rozhovoru, hovoří stísněným, monotónním hlasem a občas má v očích slzy nebo je na pokraji pláče.
 3. Závažná respondentovi se při rozrušujících tématech zadržává hlas, často hluboce vzdychá a otevřeně pláče nebo je trvale ve stavu strnulého utrpení.

Translated by: MAPI Research Institute
 27 rue de la Villette - 69003 Lyon, France
 Tel. +33 (0) 472 13 66 67 Fax +33 (0) 472 13 66 68
 E-mail: institut@mapi.fr
 Internet: www.mapi-institute.com

(Zdroj: <http://www.ucalgary.ca/cdss/czech.html>[5/8/2012 5:02:31 PM])

Beckův dotazník deprese

Beckova posuzovací škála deprese je dotazník, který se vyhodnocuje **1x za týden**. Ukazuje celkovou míru deprese. Porovnává se změna intenzity deprese v průběhu doby a její jednotlivé příznaky.

1.

- necítím se smutný(-á)
 - cítím se posmutnělý(-á), sklíčený(á)
 - jsem stále smutný(-á) a smutku se nedokážu zbavit
 - jsem tak nešťastný(-á), že to nemohu snést
-

2.

- příliš se budoucnosti neobávám
 - budoucnosti se obávám
 - vidím, že se už nemám na co těšit
 - vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit
-

3.

- nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly
 - v životě jsem měl(-a) více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé
 - vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů
 - vidím, že jsem jako člověk (otec, matka, manžel(-ka)) plně selhal(-a), zklamal(-a)
-

4.

- nejsem nijak zvlášť nespokojený(-a)
 - věci mě už tak netěší jako dříve
 - nic mi již nepřináší uspokojení
 - ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mě sebemenší potěšení
-

5.

- netrpím pocity viny
 - často mívám pocity viny
 - hodně mívám pocity viny
 - stále trpím pocity viny
-

6.

- nemám pocit, že budu za něco potrestán(-a)
 - mám pocit, že bych mohl být potrestán(-a)
 - očekávám, že budu nějak potrestán(-a)
 - vím, že budu nějak potrestán(-a)
-

7.

- necítím se příliš zklamán sám sebou
 - zklamal(-a) jsem se v sobě
 - jsem dosti znechucen(-a) sám(-a) sebou
 - nenávidím sebe sama
-

8.

- necítím se horší než kdokoli jiný
 - mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb
 - stále si vyčítám všechny své chyby
 - za všechno špatné mohu já
-

9.

- nepřemýšlím o sebevraždě
 - někdy pomýšlím na sebevraždu
 - často přemýšlím o sebevraždě
 - kdybych měl(-a) příležitost, tak bych si vzal(-a) život
-

10.

- nepláču více než obvykle
 - pláču nyní častěji než předtím
 - pláču nyní stále, nedokážu přestat
 - předtím jsem mohl(-a) plakat, nyní to nejde i kdybych chtěl
-

11.

- nejsem nyní podrážděný (-á) více než obvykle
 - jsem často podrážděný(-á) a rozladěný(-á)
 - jsem stále podrážděný(-á) a rozladěný(-á)
 - nemohu se již rozčílit ani věcmi, které mě dříve obvykle rozčilovaly
-

12.

- neztratil(-a) jsem zájem o ostatní lidi
 - mám menší zájem o ostatní lidi
 - ztratil(-a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi
 - ztratil(-a) jsem všechnen zájem o ostatní lidi
-

13.

- dokážu se většinou rozhodnout v běžných situacích
 - odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve
 - mám značné potíže v rozhodování
 - vůbec se nedokážu rozhodnout
-

14.

- nemám větší starosti se vzhledem než dříve
 - mám starosti, že vyhlížím už dost staře a neatraktivně
 - mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
 - mám pocit, že vypadám hnusně a odpudivě
-

15.

- práce mi jde jako dříve
 - musím se nutit, když chci začít něco dělat
 - dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal(-a)
 - nejsem schopen(-a) jakékoli práce
-

16.

- spím stejně dobře jako dříve
 - nespím již tak dobře jako dříve
 - probouzím se o 1-2 hodiny dříve než obvykle a nemohu spát
 - denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin
-

17.

- necítím se více unaven(-a) než obvykle
 - unavím se snáze než dříve
 - téměř všechno mě unavuje
 - únava mi zabraňuje cokoli dělat
-

18.

- mám svou obvyklou chuť k jídlu
 - nemám takovou chuť k jídlu jakou jsem míval(-a)
 - mám mnohem menší chuť k jídlu
 - zcela jsem ztratil(-a) chuť k jídlu
-

19.

- v poslední době jsem nezhubnul(-a)
 - ztratil(-a) jsem v poslední době více než 2,5 kg
 - ztratil(-a) jsem v poslední době více než 5 kg
 - ztratil(-a) jsem v poslední době více než 7,5 kg
-

20.

- nestarám se o své zdraví více než obvykle
 - dělají mi nyní starosti různé bolesti v těle, mám citlivý žaludek, trpím zácpou, bušením srdce apod.
 - velice často myslím na své tělesné obtíže
 - moje bolesti a těžkosti mě plně vyčerpávají
-

21.

- nepozoruji snížení zájmu o sex
 - mám menší zájem o sex než dříve
 - mám o hodně menší zájem o sex než dříve
 - ztratil(-a) jsem úplně zájem o sex
-

Součet bodů udává celkový skór deprese. Odpověď A=0 bodů, B=1 bod, C=2 body, D=3 body)

osoby	průměrný skór
akutní deprese těžká	50
akutní deprese středně těžká	40
akutní deprese lehká	25
v době propuštění z nemocnice	20
po odeznění deprese	14
zdraví lidé	6

O návštěvě psychiatra antidepresivní medikaci je nutné uvažovat, když se objeví již mírná deprese a trvá kontinuálně déle než 14 dní. Pokud cítíte, že svůj stav už dále nedokážete snášet, neváhejte vyhledat ihned odborníka.

(Zdroj: <http://www.help24.cz/index.php?page=beckova-stupnice>)

Příloha E. Dotazník

Vážení a milí kolegové a kolegyně,

v současné době studuji na Pardubické univerzitě bakalářský obor Všeobecné sestry a tímto bych Vás chtěl požádat o vyplnění dotazníku, který je anonymní a slouží pouze k výzkumu mé bakalářské práce.

Celá práce je zaměřena na posouzení náročnosti ústavní péče o pacienty se schizofrenií s cílem případného využití poznatků v praxi.

Vyplněné dotazníky vhodte, prosím, do schránky, která bude připravena u staniční sestry.

Předem Vám děkuji za Váš čas, ochotu a spolupráci.

Případné dotazy směřujte na e-mailovou adresu: *davidbl@seznam.cz*

S pozdravem

Bláha David, odd. 11A

DOTAZNÍK

1) V tabulce označte míru náročnosti práce, jakou pociťujete při péči o pacienta se schizofrenií.

(0 – žádná zátěž, 10 – max. zátěž)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2) Které stresory Vás při poskytování péče nejvíce zatěžují?

(lze označit více možností)

- Stresory vyvolané organizací práce (např. přetížení množstvím práce, časový stres, velká odpovědnost, noční směny, nedostatečné přestávky ...)
 - Stresory vyvolané faktory prostředí (např. kontakt s dezinfekcí, hluk, kontakt s biologickým materiálem, exkrementy ...)
 - Stresory vyvolané vztahy se spolupracovníky (např. vzájemné vztahy, šikana, mobbing, konflikty, ...)
 - Stresory vyvolané kontaktem s pacientem (např. agrese, komunikace s pacientem s narušeným náhledem na realitu, ...)
 - Jiné (stručně definujte)
-

3) V tabulce prosím vyznačte míru fyzické náročnosti, jakou pociťujete při výkonu svého současného povolání.

(0 – žádná zátěž, 10 – nejvyšší zátěž)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4) V tabulce prosím vyznačte míru psychické náročnosti, jakou pociťujete při výkonu svého současného povolání.

(0 – bez stresu, 10 – max. stres)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5) Jak často se setkáváte v práci s projevy neklidu a agrese u pacienta se schizofrenií?

- Zatím jsem s tím neseťkal/a
- Alespoň 2x za ½ roku
- Alespoň 2x do měsíce
- Alespoň 2x do týdne
- Jiný interval, uveďte: _____

6) S jakým typem agrese se nejčastěji setkáváte?

- Verbální agrese
- Fyzická agrese
- Autoagrese
- Jiné

7) Jak byste subjektivně zhodnotili svou schopnost vyrovnat se s pracovní zátěží?

(0 – žádná, 10 – výborná)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8) Řešíte pracovní stres a zátěž alkoholem?

- Nikdy
- Občas
- Často
- Vždy

9) Jak účinně Vám pomáhají vaše mimopracovní aktivity vyrovnávat se s pracovní zátěží?

(0 – vůbec nepomáhají, 10 – jsem po nich uvolněný/á)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10) Jak reagujete na komunikaci s pacientem s narušeným náhledem na realitu?

- Snažím se ho pochopit
- Snažím se mu jeho špatný náhled na realitu vymluvit
- Reaguji podrážděně, zejména pokud nemám na komunikaci čas
- Vůbec se s ním nebavím

11) Znáte pojem „Duševní hygiena“?

- Ano, řídím se jejími zásadami
- Ano, ale neřídím se jejími zásadami
- Už jsem tento pojem slyšel/a, ale nevím, co znamená
- Ne, nikdy jsem to neslyšel/a

12) Na konci pracovní směny se cítíte:

- Odpočatě
- Normálně
- Unaveně
- Vyčerpaně

13) Měli jste někdy v práci pracovní úraz, případně nemoc z povolání, který vznikl v přímé souvislosti s poskytováním péče o pacienta se schizofrenií?

- Ano

Ovlivnila vaše nemoc z povolání či úraz Váš postoj k pacientům se schizofrenií?

- Ano pozitivně negativně
- Ne
- Ne

14) Cítíte se citově vyčerpáni/y v souvislosti s poskytováním péče o pacienta se schizofrenií?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Vůbec

15) Cítíte se fyzicky vyčerpáni/y v souvislosti s poskytováním péče o pacienta se schizofrenií?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Vůbec

16) Jakým způsobem se u Vás projevují následky stresu?

(Pokud lze uvést i interval, prosím, uveďte jej)

Přímé:

- Hypertenze
- Nachlazení nebo chřipka.....
- Bolesti hlavy.....
- Deprese.....
- Jiné: _____
- Žádná z uvedených možností

Nepřímé:

- Kouření Kolik? _____
- Alkohol ...Jak často a kolik? _____
- Přejídání ...
- Hubnutí (ztráta chuti k jídlu)

17) Jakého jste pohlaví?

muž

žena

18) Kolik je Vám let?

19) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Střední bez zdravotnické odbornosti
- Střední s maturitou se zdravotnickou odborností
- Pomaturitní specializační studium
- Vyšší odborné vzdělání bez specializace
- Vyšší odborné vzdělání se specializací
- Vysokoškolské vzdělání bez specializace
- Vysokoškolské vzdělání se specializací

20) Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- Sanitář/ka
- Všeobecná sestra/ všeobecný ošetřovatel
 - s odb. dohledem bez odb. dohledu
- Staniční sestra/ staniční ošetřovatel
- Vrchní sestra

21) Jak dlouho pracujete na psychiatrickém oddělení poskytující péči pacientům se schizofrenií?

(Zdroj: autor)