

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Rok 2025

Lenka Šimková

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Sestra na psychiatrickém oddělení

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Lenka Šimková**
Osobní číslo: **Z21304**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Sestra na psychiatrickém oddělení**
Téma práce anglicky: **Nurse in the psychiatric ward**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Michal Kopecký**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 10. března 2025

Prohlašuji:

Práci s názvem *Sestra na psychiatrickém oddělení* jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 25.6.2025

Lenka Šimková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce Mgr. et Mgr. Michalu Kopeckému za odborné vedení práce, cenné připomínky, trpělivou pomoc a podporu.

Dále chci poděkovat všem respondentům výzkumu za to, že mi výzkum umožnili a odpověděli na moje výzkumné otázky.

V neposlední řadě chci poděkovat mé rodině, za jejich trpělivost, za podporu po celou dobu mého studia a také v době vypracovávání bakalářské práce.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zaměřuje na komplexní analýzu role sestry působící na psychiatrickém oddělení, s důrazem na její pracovní náplň a specifická rizika spojená s výkonem této profese. Hlavním cílem studie je detailně popsat charakteristiku práce zdravotnického personálu v psychiatrii se zvláštním zřetelem na frekvenci a povahu napadení, kterým jsou sestry vystaveny v průběhu své každodenní praxe. K získání dat byla využita kvalitativní metoda rozhovorů, vedených se sestrami pracujícími na různých psychiatrických odděleních. Analýza těchto rozhovorů odhalila, že sestry jsou pravidelně konfrontovány s verbální i fyzickou agresí, což klade značné nároky na jejich psychickou odolnost, emoční inteligenci a schopnost efektivního zvládnutí krizových situací. Výsledky práce zároveň zdůrazňují nezbytnost systematické podpory, pravidelného školení a dalšího profesního rozvoje zdravotnického personálu s cílem minimalizovat rizika a zlepšit kvalitu péče o pacienty v psychiatrickém prostředí. Práce tak přispívá k hlubšímu porozumění náročnosti práce sester na psychiatrických odděleních a poskytuje podněty pro zlepšení pracovních podmínek a bezpečnostních protokolů.

KLÍČOVÁ SLOVA

Role sestry, psychiatrické oddělení, rizika profese, frekvence napadení, povaha napadení, kvalitativní metoda, rozhovory

TITLE

The role of a nurse in a psychiatric ward

ANNOTATION

This bachelor's thesis focuses on a comprehensive analysis of the role of nurses working in psychiatric wards, emphasizing their duties, job responsibilities, and specific risks associated with this profession. The main objective of the study is to provide a detailed description of the nature of healthcare personnel's work in psychiatry, with particular regard to the frequency and nature of assaults that nurses face during their daily practice. Qualitative data were collected

through interviews revealed that nurses are regularly confronted with verbal and physical aggression, which places significant demands on their psychological resilience, emotional intelligence, and ability to effectively manage crisis situations. The results also highlight the necessity of systematic support, regular training, and ongoing professional development of healthcare personnel to minimize risk and improve the quality of care for patients in psychiatric settings. The thesis thereby contributes to a deeper understanding of the challenges nurses face in psychiatric wards and provides suggestions for improving working conditions and safety protocols.

KEYWORDS

Role of a nurse, psychiatric ward/deparment, professional risks, frequency of assaults, nature of assaults, quatative method, inetrvIEWS

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle a metody práce	13
1.1 Hlavní cíle práce	13
1.2 Dílčí cíle výzkumné části práce	13
1.3 Metody k dosažení cíle	14
2 Teoretická část	15
2.1 Vymezení pojmu psychiatrie	15
2.2 Historie psychiatrie	15
2.3 Organizace psychiatrické péče.....	17
2.4 Nejčastější psychiatrická onemocnění podle dělení MKN-10.....	18
2.4.1 F00 – F9 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických.....	18
2.4.2 F10 – F19 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek	19
2.4.3 F20-F29 – Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy.....	21
2.4.4 F30-F39 – Afektivní poruchy (poruchy nálady).....	22
2.4.5 F40 – F48 – Neurotické stresové a somatoformní poruchy	23
2.4.6 F50-F59 – Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	24
2.4.7 F60-F69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých	26
2.4.8 F70-F79 – Mentální retardace.....	27
2.4.9 F80 – F89 Poruchy psychického vývoje.....	27
2.5 Vymezení kompetencí sester pracujících na psychiatrickém oddělení	29
2.6 Komunikace ve zdravotnictví	30
2.7 Omezování pacientů	32
2.8 Indikace a druhy omezovacích prostředků	32
3 Výzkumná část.....	34

3.1	Cíl práce a výzkumné otázky	34
3.2	Výzkumné otázky	34
3.3	Metodika	35
3.3.1	Metody sběru dat	35
3.4	Výběr respondentů a jejich charakteristika.....	35
3.5	Vyhodnocení výsledků rozhovorů.	40
3.6	Specifičnost práce sestry na psychiatrickém oddělení.....	42
3.7	Frekvence setkávání se sester s neklidnými a agresivními pacienty	44
3.8	Metody ke zklidnění neklidného a agresivního pacienta.....	45
3.9	Komunikace s neklidným pacientem jako metoda ke zklidnění neklidného pacienta 47	
3.10	Vliv práce sestry na psychiatrickém oddělení na psychiku sestry	48
4	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ.....	51
5	DISKUSE.....	55
6	NÁVRHY DO PRAXE	57
6.1	Doporučení pro samotnou instituci, která provozuje psychiatrické oddělení.....	57
6.2	Doporučení pro sestry pracující na psychiatrickém oddělení	58
6.3	Doporučení pro staniční sestru a další nadřízené osoby	58
7	SILNÉ A SLABÉ STRÁNKY VÝZKUMU	59
8	ZÁVĚR	60
9	POUŽITÁ LITERATURA	62
10	PŘÍLOHY	67

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Závislost kategorií	41
Obrázek 2: Ukázka barevného schématu přidělování kódů.....	68
Tabulka 1:- Charakteristika respondentů I1 – I4	36
Tabulka 2: Charakteristika respondentů I5 – I8.....	37
Tabulka 3: Kategorizace dat	40
Tabulka 4: Kategorizace dat tématu Specifičnost práce sestry na psychiatrickém oddělení....	43
Tabulka 5: Kategorizace dat k tématu Frekvence setkávání sester s neklidným a agresivním pacientem	45
Tabulka 6: Kategorizace dat k tématu Metody ke zklidnění neklidného a agresivního pacienta	46
Tabulka 7: Kategorizace dat k tématu Komunikace s neklidným pacientem	48
Tabulka 8: Kategorizace dat k tématu Vliv práce sestry na psychiatrickém oddělení na psychiku sestry	50

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

EKT – elektrokonvulzivní terapie

JIP – jednotka intenzivní péče

MHD – městská hromadná doprava

TMS – transkraniální magnetická stimulace

TZN – to znamená

TZV – takzvaně

ÚVOD

Téma duševního zdraví se v posledních desetiletích dostává stále více do popředí zájmu i laické veřejnosti. Jochmannová, Kimplová a kolektiv (2022) uvádějí, že duševní zdraví je proměnlivý stav vnitřní harmonie, který člověku umožňuje uplatňovat své schopnosti v souladu s obecně uznávanými hodnotami společnosti. Psychická pohoda a její význam pro celkové zdraví jedince jsou dnes chápány jako stejně důležité jako zdraví fyzické. Společenské klima se postupně mění, lidé otevřeněji hovoří o psychických potížích, roste povědomí o možnostech prevence, terapeutických postupech a důležitosti odborné pomoci. Navzdory tomuto pokroku však v oblasti duševního zdraví přetrvávají určité stereotypy, předsudky a mylné představy, a to jak vůči osobám trpícím duševním onemocněním, tak i vůči odborníkům, kteří jim poskytují péči. Jedním ze stereotypů je například tvrzení, že nemocní s duševní poruchou „nejsou normální“. Nováková (2018) ve své bakalářské práci uvádí: Kdo vlastně patří do kategorie „normální“? přestože se názory odborníků mohou lišit, většina se shodne na určitých znacích duševně zdravého jedince. Takový člověk má realistický pohled na sebe sama, přijímá své silné i slabé stránky, projevuje zájem o ostatní, jedná převážně na základě vlastního přesvědčení, nikoli podle tlaků okolí, a dokáže naplňovat své potřeby, aniž by ubližoval druhým. Zároveň zvládá adekvátně reagovat na různé životní situace.

Jednou z profesních skupin, která je v rámci psychiatrické péče zcela klíčová, jsou zdravotní sestry. Jejich úloha je často opomíjená, přesto právě ony stojí v přímém každodenním kontaktu s pacienty, sledují jejich psychický i fyzický stav, reagují na změny chování, podílejí se na terapeutických intervencích a zajišťují komplexní ošetrovatelskou péči. Zdravotní sestra na psychiatrickém oddělení je osobou, která pacientovi pomáhá zajišťovat prostředí, poskytuje podporu v krizových situacích a zároveň plní řadu odborných, organizačních i komunikačních úkolů. Tato práce je náročná nejen odborně, ale především psychicky a emočně.

Sestry působící v oblasti psychiatrie často čelí specifickým výzvám, které jsou odlišné od jiných zdravotnických oborů. Kromě klasických ošetrovatelských činností musí zvládat složité mezilidské interakce, orientovat se v náročných životních situacích pacientů a umět reagovat na krizové či agresivní chování. Komunikační dovednosti, schopnost navázat důvěru, současně se však v rámci terapeutického týmu účastnit při vytváření hranic, empatie a psychická odolnost patří k základním předpokladům pro tuto profesi. Navzdory významu této role není práce sester v psychiatrii vždy dostatečně reflektována – v očích veřejnosti může být stále zatížena negativními stereotypy a stigmatem, které psychiatrii dlouhodobě provází.

Cílem této bakalářské práce je přiblížit profesi zdravotní sestry v kontextu psychiatrického oddělení a poukázat na její význam a komplexnost. Práce se zaměří na každodenní náplň práce sester, nejčastější výzvy, se kterými se setkávají.

V teoretické části bude nejprve nastíněn historický vývoj psychiatrie jako medicínského oboru, následně budou popsána nejčastější psychiatrická onemocnění, s nimiž se zdravotní sestry v praxi setkávají. Dále bude pozornost věnována specifikům ošetrovatelské péče na psychiatrickém oddělení, včetně citlivé problematiky používání omezovacích prostředků.

Výzkumná část bakalářské práce bude postavena na kvalitativním výzkumu formou rozhovorů se zdravotními sestrami pracujícími na psychiatrických odděleních. Cílem výzkumu je zachytit jejich osobní zkušenosti, názory, prožívání této specifické profese. Výsledky výzkumu mohou přispět k hlubšímu pochopení reálné podoby práce sestry v oblasti psychiatrie a současně nabídnout doporučení pro její další rozvoj, zkvalitnění a systematickou podporu.

Raboch, Pavlovský (2020) zmiňují, že i když dochází k pozitivním změnám a oduševním zdraví se mluví otevřeněji, cesta k úplné destigmatizaci je stále před námi.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Hlavní cíle práce

Hlavním cílem teoretické části práce je poskytnout odborný základ, který slouží jednak jako úvod do zkoumané problematiky, a zároveň jako východisko pro sestavení výzkumných otázek do výzkumné části práce.

Hlavním cílem výzkumné části práce je zjistit obecně systém práce a prožívání náročných situací sester.

1.2 Dílčí cíle výzkumné části práce

- Zjistit, jaká je frekvence setkávání sestry při své práci s neklidnými a agresivními pacienty.
- Zjistit, v čem sestry vidí rozdíl v práci na psychiatrickém oddělení a práci na standardním oddělení.

- Zjistit jaké prostředky jsou používány na psychiatrickém oddělení pro zklidnění neklidného pacienta.
- Popsat, jaký vliv má specifická práce na psychiatrickém oddělení a péče o neklidného pacienta na psychiku sestry?

1.3 Metody k dosažení cíle

Teoretická část práce byla zpracována na základě studia a analýzy odborné literatury, která se zaměřuje na nejčastější psychiatrická onemocnění, dále na používání omezovacích prostředků na psychiatrickém oddělení. Také byla analyzována literatura, která se zabývá komunikací ve zdravotnictví.

Ve výzkumné části byly použity rozhovory se sestrami, pracujícími na psychiatrickém oddělení. Rozhovory byly nejdříve zaznamenány do hlasového souboru v mobilním telefonu. Později byly pořízené záznamy důkladně přepsány do písemné podoby. Následně byly podrobeny analýze prostřednictvím metody otevřeného kódování, která umožňuje identifikaci opakujících se vzorců v odpovědích informantů.

Stručně o metodě v teoretické části a výzkumné (praktické) části (podrobněji v úvodních odstavcích uvedených částí) s objasněním tematické provázanosti teoretické a praktické části.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Tato část bakalářské práce se zaměřuje na historický vývoj psychiatrie, klasifikaci psychiatrických zařízení, nejběžnější onemocnění, se kterými se sestry ve své praxi setkávají a na metody, jakými se tato onemocnění obvykle léčí.

2.1 Vymezení pojmu psychiatrie

Psychiatrie (řecky psyché – duše, iatreia – lékařství) je vědní a klasická disciplína zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou duševních poruch. Její medicínský i společenskoekonomický význam v moderních společnostech významně narůstá (Raboch, Pavlovský, 2020, s.14).

2.2 Historie psychiatrie

Hosák a kolektiv (2022) píše, že péče o jedince trpící duševními poruchami a jejich léčba představují nedílnou součást lékařské praxe již od jejích prvopočátků ve starověkých civilizacích. V počátcích, medicíny zastával lékař roli prostředníka mezi pacientem a přírodními či nadpřirozenými silami, které byly tehdy považovány za možné příčiny a prostředky léčby nemocí. Lékařská činnost ve starověku zahrnovala jak přímou péči o nemocného, tak využívání různých magických a rituálních praktik. Léčebné postupy byly založeny jak na síle vztahu mezi lékařem a pacientem a očekávání pozitivního výsledku (dnes označovaného jako placebo efekt), tak na předávaných zkušenostech a osvědčených metodách. Významný vliv na rozvoj medicíny obecně, včetně psychiatrie, měly události ve starověkém Řecku. Podle Rabocha a Pavlovského (2020) lékařství bylo tradičně spojováno s kultem boha Asklépia. U jeho chrámů vznikaly léčebné ústavy známé jako asklepeiony, kde se nemocní mohli uchýlit k péči. Léčba zde probíhala pod dohledem kněží v rámci chrámové medicíny.

Dušek, Večeřová-Procházková (2015) uvádějí, že období středověku a raného novověku bylo pro osoby trpící duševními nemocemi mimořádně nepříznivé. Evropská společnost byla v té době hluboce ovlivněna křesťanským náboženstvím, které se prolínalo s místními pověrami a magickým myšlením. Jedinci s odlišným psychickým projevem byli často stigmatizováni jako čarodějnice nebo čarodějové. Léčba těchto osob se postupně přesouvala z kompetence lékařů do působnosti církevních institucí, které duševní poruchy vnímaly jako projev posedlosti zlými silami nebo jako důkaz spříznění s ďáblem. S takto označenými jedinci bylo zacházeno podle církevních nařízení a příruček, často velmi krutým způsobem. Mnoho žen, zejména mladých, které trpěly sluchovými halucinacemi či se chovaly nestandardně, bylo obviněno z čarodějnictví a následně upáleno, případně podrobena tzv. božím soudům (ordálům), například

zkoušce vodou. Obžalované byly ponořeny do vody se závažím. Pokud vyplávaly na hladinu, byly považovány za nevinné – avšak většinou končily utonutím. Francouzský filozof a historik Michel Foucault ve svém díle *Dějiny šílenství* zmiňuje historický fenomén tzv. „lodě bláznů“ – plavidel, na která byli vyhošťováni duševně nemocní, aby byli odstraněni z městského prostoru a ponecháni svému osudu mimo společnost (Florence plus, 2019, s.2). Ve druhé polovině 18. století došlo k výrazným změnám v přístupu k péči o duševně nemocné. V tomto období začínají být stále více uplatňovány psychologické a rehabilitační metody. Ve Francii se významně prosadil Filip Pinel (1745-1826), který v pařížském Bicitru zavedl nové léčebné postupy. Jeho humanistický přístup zahrnoval odstranění pout z pacientů, zavedení terapeutických aktivit a dalších inovativních opatření. V Pinelově filozofii pokračoval jeho žák J.E.D. Esquiroll. Podobné iniciativy se objevily také v dalších zemích, jako v Itálii, kde se o ně zasloužil Vincenzo Chiarugi (1759–1820), v Anglii John Connolly (1759–1820), v Rusku V.F. Sabler (1790-1870), v Německu Johann Langermann (1768–1832), v Americe Benjamin Rush (1745–1813) a v Čechách Theobald Held (1770–1851). v českých zemích sehrál klíčovou roli v péči o duševně nemocné řád Milosrdných bratří, který od druhé poloviny 18. století zakládal nemocnice v několika městech. V roce 1784 byla v nemocnici u sv. Alžběty zřízena samostatná sekce pro ženy s duševními poruchami. V roce 1790 byl v rámci Všeobecné nemocnice v Praze otevřen první „ústavů pro duševně nemocné (Tollhaus) s kapacitou 60 lůžek. V roce 1821 byla na pražské lékařské fakultě zahájena výuka „choromyslností“.

Raboch a Pavlovský (2020) dále uvádějí, že další vývoj evropské psychiatrie byl tragicky ovlivněn obdobím nacionálního socialismu, který se vyznačoval krutým přístupem k osobám považovaným na „méněcenné“, včetně duševně nemocných. V roce 1933 byl v nacistickém Německu přijat zákon o prevenci dědičných chorob, který vedl k násilné sterilizaci přibližně 400 000 osob, včetně pacientů s duševními poruchami. O šest let později, v roce 1939, byla legalizována eutanazie, což vedlo k zavraždění 10 000 dětí na dětských odděleních. V letech 1939–1940 probíhala tzv. akce T4, nazvaná podle adresy Tiergartenstrasse 4, kde sídlil dr. Karl Brandt (11904–1948, Hitlerův osobní lékař, který akci vedl. Během této akce bylo v Německu usmrceno 70 000 pacientů psychiatrických ústavů, přičemž do roku 1945 celkový počet obětí dosáhl 180 000. Příčinou této vražedné politiky byla i cynická argumentace, která tvrdila, že „zavražděním 70 273 pacientů Německá vláda ušetří 22 731 040 vajíček a 3 710 414 německých marek a 40 feniků za období deseti let“. I přes značný pokrok v oblasti psychiatrické péče se stigma spojené s duševními onemocněními stále projevuje. I dnes se lidé často obávají vyhledat psychiatra nebo o svých duševních problémech či léčbě veřejně hovořit. Na druhou

stranu je třeba poznamenat, že se situace postupně zlepšuje, například deprese již není považována za společenskou hanbu. S pokračujícím výzkumem příčin duševních poruch a zdokonalováním léčby lze doufat, že dojde k dalšímu zlepšení postavení lidí trpících psychickou nemocí.

2.3 Organizace psychiatrické péče

Podle Hosákové (2019) se v současnosti psychiatrické péče poskytuje jak ve zdravotnických zařízeních, tak v zařízeních sociálních služeb. Péči zajišťují multidisciplinární týmy, které tvoří lékaři, sestry, ošetrovatelé, psychologové, sociální pracovníci a pečovatelé. Veřejná i soukromá zdravotnická zařízení hradí péči ze zdravotního pojištění, zatímco sociální služby bývají zpoplatněny podle ceníku konkrétního zařízení. Hosáková (2019) dále uvádí, že psychiatrická péče se dělí na tři hlavní formy: ambulantní, lůžkovou a intermediální. **Ambulantní péči** poskytují psychiatrické ambulance, které nabízejí obecnou péči, ale mohou být i specializované, například na dětskou psychiatrii, péči o seniory, závislosti nebo sexuologii. Podle Medical Tribune (2022) **Lůžkovou péči** zajišťují psychiatrické nemocnice (dříve léčebny). Tyto nemocnice zajišťují komplexní hospitalizační péči pro pacienty se všemi typy psychiatrických diagnóz a pro všechny věkové kategorie. Nabízejí různé terapeutické přístupy, včetně farmakoterapie, biologické léčby jako je např. elektrokonvulzivní terapie (EKT), transkraniální magnetická stimulace (TMS) skupinové a individuální psychoterapie, rehabilitační, ergoterapeutické a arteterapeutické léčby a další. Kromě toho poskytují nezbytné sociální služby, jako je pomoc při správě financí, jednání s úřady nebo zajišťování ubytování, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. V psychiatrických nemocnicích se také realizují specializované programy zaměřené na léčbu závislostí na alkoholu, nealkoholových drogách, patologického hráčství a dalších poruch. Tyto programy, které probíhají na specializovaných odděleních, trvají několik měsíců a jsou vedeny vyškoleným terapeutickým týmem (Česká a Slovenská psychiatrie, 2022, 173-174). Hosáková (2019) ve své knize dále uvádí, že v těchto nemocnicích existují uzavřená oddělení (s omezeným pohybem pacientů) a otevřená oddělení (s volnějším režimem). pro pacienty, kteří již nemohou samostatně v komunitě, existují pobytová zařízení pro duševně nemocné, která ale spadají pod sociální nikoli zdravotní služby. Některá lůžková zařízení mají i protialkoholové stanice, které neslouží k léčbě, ale k akutnímu zajištění osob pod vlivem alkoholu, které jsou nebezpečné sobě nebo ostatním. Tato stanice obvykle zřizuje stát. **Intermediální péče** zahrnuje zařízení, která stojí mezi ambulantní a lůžkovou péčí. Jsou to například denní stacionáře, chráněné dílny, chráněné bydlení, terapeutické kluby a svépomocné skupiny. Denní stacionáře nabízejí pacientům strukturovaný

program během dne, vedený týmem odborníků. Chráněné dílny umožňují lidem s duševním onemocněním pracovat, rozvíjet dovednosti a udržovat sociální kontakt. Chráněné bydlení je určeno osobám se sníženou soběstačností, které nejsou schopny samostatně žít. Pro pacienty s vážnou diagnózou a bez podpory rodiny jsou k dispozici domovy se zvláštním režimem, kde mohou zůstat dlouhodobě (Hosáková,2019, s.14-15).

2.4 Nejčastější psychiatrická onemocnění podle dělení MKN-10

Slovák a kolektiv (2018) uvádějí, že podle MKN se psychiatrická a duševní onemocnění dělí do těchto kategorií:

- F00-F09 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10-F19 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20-F29 – Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- F30–F39 – Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50–F59 – Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60-F69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70-F79 – Mentální retardace
- F80-F89 – Poruchy psychického vývoje
- F90-F98 – Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání
- F99-F99 – Neurčená duševní porucha

2.4.1 F00 – F9 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických

Demence – je to vážné duševní onemocnění, které se projevuje celkovým zhoršením intelektu, paměti a osobnosti, a to v průběhu života. To vede k významným problémům, zvláště co se týče jejich schopnosti pracovat, studovat a žít nezávisle (EUC a.s.,2021, s.1).

Demence dělíme na několik hlavních typů:

1.Atroficko-degenerativní demence:

- Alzheimerova choroba: toto v současnosti nevyléčitelné onemocnění, které postupně zhoršuje intelekt a další kognitivní funkce. Rozlišujeme dvě formy – s časným nástupem (před 65. rokem) a s pozdním nástupem (po 65. roce) (EUC. a.s., 2021, s.3).

- Demence při Parkinsonově chorobě – tato forma demence postihuje hlavně výkonné funkce mozku. Pacienti jsou spíše pomalí, hůře se jim přemýšlí a působí nešikovně, než že by byli zapomnětliví (EUC, a.s.,2021, s.4).
- Frontotemporální demence: ovlivňuje především čelní oblast mozku, která je zodpovědná za chování a některé povahové rysy. Je to druhé nejčastější degenerativní onemocnění mozku a objevuje se dříve než Alzheimerova choroba, obvykle kolem 50.roku života. Mezi příznaky patří problémy se čtením a psaním, potíže s vybavováním slov, neschopnost tvořit gramaticky správné věty, komolení slov a často i vulgární či nevhodné chování (EUC, a.s.,2021, s.4).
- Huntingtonova choroba: jde o vzácné dědičné neurovegetativní onemocnění, které se typicky projevuje v dospělosti. Pacienti trpí nekontrolovatelnými rychlými pohyby různých částí těla (EUC.a.s.,2021, s.5).

2. Sekundární (symptomatické) demence:

- Ischemicko-vaskulární demence: vzniká kvůli poškození mozkové tkáně v důsledku infarktů (nedostatečného prokrvení). To může být způsobeno akutní cévní mozkovou příhodou nebo dlouhodobým poškozením mozku kvůli nedostatku kyslíku při cévních onemocněních či mikroemboliích (EUC.a.s.,2021, s. 5).

3. Ostatní demence:

Sem patří demence způsobené infekcemi (např. AIDS, Creutzfeldt-Jakobova nemoc), normotenzním hydrocefalem, metabolickými poruchami a otravami (např. alkoholová demence, demence způsobená léky, otravou oxidem uhelnatým nebo drogami) (EUC.a.s.,2021, s.5).

•

2.4.2 F10 – F19 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

Podle Hosáka, Hrdličky, Libigera (2021), mezi nejčastější psychoaktivní látky patří alkohol. Alkoholová závislost se vyznačuje silnou potřebou pít, neschopností ovládat množství vypitého alkoholu a pokračováním v jeho užívání i tehdy, když to má jasně škodlivý dopad na zdraví a

život jednotlivce. Typické je, že závislý člověk dává přednost alkoholu před každodenními povinnostmi a zájmovými činnostmi. Často dochází ke zvýšení tolerance, takže k dosažení stejného účinku je třeba větší množství alkoholu, a při náhlém vysazení se mohou objevit abstinenční příznaky. U osob, které pijí dlouhodobě (tzv. chronických alkoholiků), se však může tolerance paradoxně snížit. V případech těžké formy závislosti může náhlé přerušování pití vést k rozvoji život ohrožujícího stavu známého jako delirium tremens. Tento stav se obvykle dostavuje v průběhu 14 až 48 hodin po posledním požití. Dvořák (2022) mezi psychoaktivní látky zařazuje marihuanu. Její hlavní účinnou složkou je THC. Samotná droga se vyrábí ze sušených květů samičích rostlin konopí a jejich horních listů. THC se tvoří v malých chloupkách zvaných trichomy, které pokrývají květenství rostliny. Marihuana je v České republice nejčastěji užívanou drogou. Nejběžnější způsob užívání je kouřením, obvykle ve formě ručně ubalené cigarety (tzv. jointu). Účinky se začnou projevovat během několika minut, dosahují vrcholu zhruba po půl hodině a odeznívají za dvě až čtyři hodiny. V poslední době však výrazně roste obliba orálního užívání – marihuana se často konzumuje v podobě jídla. Mezi populární formy patří například koláčky nebo máslo s obsahem konopí, protože THC se dobře rozpouští v tucích. Při požití se THC vstřebává v horní části tenkého střeva. Nástup účinků je v tomto případě pomalejší, může to trvat až dvě hodiny, ale vydrží výrazně dlouho než při kouření. Národní zdravotní ústav (2023) uvádí, že dále do psychoaktivních látek zařazujeme opiáty, které tvoří skupinu silně návykových látek s tlumivým účinkem na centrální nervový systém. Získávají se z nezralých makovic opiového máku, z nichž se vyrábí surové opium – základní surovina pro syntézu zhruba 25 různých drog a psychotropních látek. Mezi ně patří například morfin, kodein, heroin, metadon, fentanyl a další. Po požití těchto látek dochází k útlumu organismu, zpomalení reakcí, zhoršené pohybové koordinace a k výraznému zúžení zornic (tzv. „špendlíkové oči“). Účinky opiátů zahrnují jak tělesné, tak psychické uvolnění, pocit klidu, euforii a výrazné tlumení bolesti i negativních emocí. Působí i na základní životní funkce – zpomalují metabolismus, činnost nervové soustavy a především dýchání, což může vést v krajních případech vést k zástavě dechu a smrti. Po odeznění účinků dochází k nepříjemným projevům, jako je zácpa, zpomalené dýchání, pocení a nástup silného abstinenčního syndromu. Podle České a Slovenské psychiatrie (2020) do psychoaktivních látek patří stimulantia která jsou skupinou drog, které povzbuzují činnost mozku. Lidé, kteří je užívají, často zažívají pocit zvýšené energie, euforie (nadměrné radosti) a celkové nabuzení. Mezi nelegální stimulanty patří hlavně kokain, amfetamin a metamfetamin. Mezi léky, které se někdy zneužívají a jsou u nás dostupné, patří např. metylfenidát, běžně používaný při léčbě poruch pozornosti. K výrobě metamfetaminu se někdy používají volně prodejné léky obsahující (pseudo)efedrin. Na hranici

mezi povzbuzujícími drogami a halucinogeny pak stojí látka MDMA, známá jako extáze. Dlouhodobé užívání drog jako je metamfetamin, může dokonce změnit strukturu mozku, hlavně kvůli narušení chemické rovnováhy v mozku. To se může projevit zhoršenou pamětí, menší schopností soustředit se nebo řešit složitější. Mezi další psychoaktivní látky Substituční léčba.cz (2025) řadí benzodiazepiny což jsou léky, které patří mezi tzv. sedativa – tedy látky, které zklidňují tělo i mysl. Lidé je často znají pod označením „prášky na spaní“, ale ve skutečnosti se používají i k léčbě úzkosti, napětí nebo různých poruch spánku. Pokud se užívají tak, jak předepsal lékař, a po omezenou dobu, bývají tyto léky považovány za bezpečné. Vedlejší účinky jsou většinou malé nebo žádné. Problém ale nastává tehdy, když je člověk začne brát dlouhodobě nebo ve větších dávkách, než by měl. V takovém případě může dojít k rozvoji závislosti. Závislost na benzodiazepinech postupně zhoršuje kvalitu života. Mezi běžné příznaky závislosti patří úzkost, nespavost, nechutenství, bolesti hlavy nebo pocit celkové slabosti. Paradoxem je, že právě kvůli těmto potížím se tyto léky obvykle předepisují, což zatěžuje rozpoznání, jestli jde ještě o nemoc nebo už o závislost. Lidé závislí na těchto lécích svůj problém tají, a pro lékaře je velmi těžké poznat, co se skutečně děje. Když si není jistý, může pacient odejít domů s dalším receptem a tím se závislost dál prohlubuje.

2.4.3 F20-F29 – Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Do těchto poruch Ocisková, Praško (2015) řadí schizofrenii, která představuje závažné onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného se srozumitelně chovat, jednat a uplatnit se v životě. Schizofrenie je typicky procesuální choroba se začátkem v pubertě nebo rané dospělosti. Je to závažné psychotické onemocnění charakterizované významnými poruchami v oblasti myšlení (formálními a obsahovými), vnímání, emocí, chování a kognitivních funkcí. Jde tedy o poruchu téměř všech psychických funkcí. Průběh schizofrenických poruch je buď trvalý, nebo epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem, anebo může být jedna nebo více atak s úplnou nebo neúplnou remisí.

ApolloHospitals.cz (2025) na svých stránkách k těmto poruchám zařazuje schizotypální poruchu osobnosti. Je to typ poruchy chování, která se projevuje narušeným myšlením, pesimistickým uvažováním, paranoiou (tedy nepřiměřenou podezřívavostí) s výraznou sociální úzkostí. Lidé s touto poruchou se často chovají neobvykle nebo výstředně. Pokud není tato porucha včas diagnostikována a léčena, může vést k vážným, život ohrožujícím důsledkům – například ke chronické depresi, sníženému sebevědomí nebo dokonce k sebevražedným tendencím. Přesná příčina jejího vzniku není známa, ale na rozvoj poruchy může mít vliv celá řada faktorů. Mezi ně patří například sociální tlak, stresové životní události, fyzické či

neurologické potíže, genetická predispozice, traumatické zážitky v dětství nebo výchově, nežádoucí účinky některých léků či závislosti. Dušek, Večeřová-Procházková (2015) ve své knize mezi tyto poruchy řadí poruchy s bludy mezi které patří hlavně duševní onemocnění, které se dříve nazývalo paranoia. Tato porucha se vyvíjí pomalu a bludy, které člověk má, dávají na první pohled smysl a jsou promyšlené. Pokud se u člověka objeví víc různých bludů, bývají propojené do jednoho uceleného systému. Lidé s touto poruchou jsou o svých myšlenkách naprosto přesvědčeni, nevnímají je jako něco nenormálního a často se snaží přesvědčit i ostatní, že mají pravdu. Tyto bludy jsou velmi odolné vůči léčbě. Nejčastější způsob, jak s tím pracovat, je naučit tyto pacienty své přesvědčení skrývat, aby se kvůli nim nedostávali do problémů s okolím. Existují různé typy bludů – například bludy o pronásledování, žárlivosti, reformování společnosti, vynalézání, náboženství nebo i bludy o tom, že je do nich někdo zamilovaný. Tento typ poruchy není příliš častý.

2.4.4 F30-F39 – Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Kulhánek do těchto poruch zařazuje bipolární afektivní poruchu, což je duševní porucha, která byla v minulosti označována jako maniodepresivní psychóza, dnes je známa pod názvem bipolární afektivní porucha. Charakterizuje ji opakované střídání manických a depresivních epizod. V období mánie pacient vykazuje celkové psychomotorické zrychlení, nadměrné množství energie, sníženou potřebu spánku (často nespí i několik dní), a zažívá euforii, která může přecházet v podrážděnost. Objevuje se také zhoršená koncentrace, impulzivní chování, sklon k neuváženému utrácení nebo zvýšená sexuální aktivita. Přestože může být manická fáze zpočátku subjektivně příjemná, často přerůstá v chaos, úzkost, neklid a fyzické i psychické vyčerpání, které následně přechází do deprese. Zatímco manická epizoda zpravidla trvá přibližně týden, depresivní fáze může přetrvávat i několik měsíců. Bipolární porucha má chronický průběh s tendencí k návratnosti, a proto vyžaduje dlouhodobou a odbornou léčbu. Klíčovou roli zde hraje jak farmakoterapie, tak psychoterapie, ideálně pod vedením psychiatra nebo psychoterapeuta. Nemoc výrazně ovlivňuje nejen samotného pacienta, ale také jeho rodinu, a to v obou fázích onemocnění – během mánie i deprese. V období stabilizace, kdy je psychický stav pacienta vyrovnaný, je důležité nepřerušovat léčbu, protože právě v tomto čase je možné účinně předcházet dalším epizodám nebo zmírnit jejich dopad na nemocného i jeho okolí.

Depresivní porucha – je to vážné onemocnění, které lékaři diagnostikují, pokud člověk pociťuje alespoň dva hlavní a dva vedlejší příznaky po dobu minimálně 14 dnů. Mezi hlavní příznaky patří trvalý smutek nebo ztráta zájmu, neschopnost prožívat radost, únava i po malé námaze,

celkové zpomalení. K vedlejším příznakům patří problémy se soustředěním, nízké sebevědomí, pocit viny, pesimistický pohled na budoucnost, poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu, myšlenky na sebepoškození nebo sebevraždu. Depresi obvykle provází kombinace těchto příznaků. Dnes existuje řada účinných způsobů léčby, kterou indikuje lékař (uLékaře.cz, 2017).

2.4.5 F40 – F48 – Neurotické stresové a somatoformní poruchy

Grosmannová (2024) mezi tyto poruchy řadí agorafobii, která se projevuje strachem z otevřených, veřejných nebo přeplněných míst. Agorafobie patří mezi tzv. fobie, tedy chorobné strachy z určitých situací. Agorafobie nutí člověka vyhýbat se místům, která v něm vyvolávají silnou úzkost. Mezi situace, které mohou spustit úzkostnou reakci, patří například jízda MHD, návštěva obchodního centra, kina, divadla nebo pobyt na pláži, na poli či na louce. Agorafobie vniká jako reakce na stres a úzkost. Projevuje se například závratěmi, bušením srdce a bolestí na hrudi, suchem v ústech, silným pocením, návaly horka či zimy, pocitem na omdlení nebo nevolností, vnitřním neklidem nebo napětím. K léčbě se nejčastěji využívá kognitivně behaviorální terapie (KBT). V některých případech mohou být krátkodobě nasazeny léky proti úzkosti nebo antidepresiva. Ocisková, Praško (2015) mezi tyto poruchy dále zařazují generalizovanou úzkostnou poruchu (GAD), která se projevuje silnými a trvalými obavami, které se týkají různých oblastí každodenního života – například práce, zdraví, rodiny nebo financí. Tyto starosti jsou přehnané a člověk je jen těžko zvládá. Často má pocit, že ho jeho úzkosti ovládají, a ne naopak. Kromě psychických obtíží se přidávají i fyzické příznaky – například napětí ve svalech, třes, bolest nebo tlak na hrudi a v břiše, pocity neklidu, bušení srdce, závratě, nevolnost, pocení nebo zažívací problémy jako je průjem. Lidé s touto poruchou bývají vyčerpaní, podráždění, špatně se soustředí a mají problém se uvolnit. Často se jim nedaří odpočívat ani spát, hlavně mají potíže s usínáním. Jejich stav se může dokonce zhoršit v době, kdy mají volno. Například o víkendu nebo na dovolené nebo když jsou sami. Aby byla tato porucha diagnostikována, musí příznaky trvat alespoň šest měsíců a nesmí být způsobeny jiným zdravotním problémem. Praško, Látalová, Kamarádová (2016) mezi tyto poruchy dále zařazují panickou poruchu, která je jednou z nejčastějších forem úzkostných poruch. Typickým projevem jsou panické ataky – náhlé epizody, které se rozvíjejí velmi rychle, často během několika vteřin až minut. Během těchto záchvatů lidé pociťují extrémní strach, například obavy ze smrti, ztráty kontroly nebo zešilení. K fyzickým příznakům patří tlak na hrudi, silné bušení srdce (palpitace), stažení v krku, potíže s dýcháním, třes, návaly horka či bolest hlavy. Tyto příznaky bývají tak výrazné, že pacienti často vyhledávají akutní lékařskou pomoc. Účinným způsobem, jak panickou ataku zvládnout, je metoda a technika řízeného dýchání pomalé

nadechování s krátkým zadržením dechu na jeho vrcholu. Pomoci může i dýchání do papírového sáčku, které většinou přináší úlevu do jedné minuty.

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

Řezníčková, Petřík (2016) uvádí, že mezi tyto syndromy patří poruchy příjmu potravy, do kterých spadají mentální anorexie, která je charakterizována intenzivním strachem z přibírání na váze a snahou neustále redukovat tělesnou hmotnost. Tento stav často vede k závažné podvýživě, hormonálním a metabolickým poruchám a narušení základních tělesných funkcí. Nejčastěji postihuje dospívající dívky, mladé ženy, ale i dospívající muže. Mezi příčiny vzniku patří například silný vliv médií a společenský tlak na dosažení „dokonalého“ vzhledu, negativní poznámky o tělesné váze, nebo přehnané očekávání ze stran rodičů. Postižené osoby mívají tělesný index BMI nižší než 17,5. Vyhýbají se kalorickým jídlům, nadměrně sportují a mohou zneužívat projímadla, diuretika či přípravky potlačující chuť k jídlu. Často mají zkreslené vnímání vlastního těla, opakující se myšlenky na tloušťku a silné obavy z přibírání na váze. Raboch, Pavlovský (2020) uvádějí, že mezi poruchy příjmu potravy dále patří mentální bulimie, která se vyznačuje opakovanými epizodami nadměrného příjmu kalorická jídla a narušenou kontrolou nad tělesnou hmotností. K jednoznačnému stanovení diagnózy je nutné, aby byly přítomny všechny klíčové znaky: neustálé myšlenky na jídlo, silné nutkání se najíst a epizody přejídání, během nichž je ve velmi krátkém čase zkonzumováno velké množství jídla. Následuje snaha kompenzovat přijaté kalorie např. vyvolávaným zvracením, hladověním, užívání projímadel či diuretik, případně úmyslné ovlivnění léčby inzulínem u diabetiček. Z psychologického hlediska je typický intenzivní strach z přibývání na váze a snaha udržet tělesnou hmotnost pod zdravou nebo doporučenou hranicí.

Pugnerová, Kvintová (2016) k těmto syndromům dále řadí poruchy spánku, které se mohou objevit již v raném věku. Uvádějí, že mezi poruchy spánku patří náměsíčnost (somnabulismus), což je stav narušeného vědomí, který vzniká kvůli nedostatečnému útlumu během spánku. Člověk v tomto stavu vstává z postele a bez jasného cíle se pohybuje po bytě nebo domě. Po probuzení si na tuto událost většinou nevzpomíná. Dále Pugnerová a Kvintová (2016) k těmto poruchám spánku zařazují somnilogii, což je mluvení ze spaní. Má podobnou příčinu jako náměsíčnost, a to nedostatečné utlumení mozkové aktivity. Dále sem řadí narkolepsii, která projevuje náhlými epizodami spánku, které se podobají běžnému nočnímu spánku. Nemocní mívají i sny. Záchvat začíná i končí nečekaně a může nastat v jakékoli situaci, například při řízení auta nebo během konverzace. Jako další poruchu spánku Pugnerová a Kvintová (2016)

uvádějí insomnii neboli nespavost. Může být způsobena různými faktory jako například: hladem, přeplněným žaludkem, hlukem, chladem, extrémní únavou nebo psychickými vlivy (stres, hádky nebo pocity viny). V extrémní formě (totální nespavost) může ohrozit zdraví i život. Dále k těmto poruchám řadí spánkovou opilost, která se projevuje zmateností po probuzení, jedinec se chová podle snových představ a jeho chování postrádá logiku. Jde o částečné probuzení, kdy se vědomí vrací pomaleji než motorické schopnosti. Tento stav patří mezi poruchy vědomí. Jako další porucha spánku se v jejich knize objevuje porucha spánkového rytmu, která zahrnuje potíže s usínáním nebo předčasným probouzením. Může být způsobena špatnou adaptací na směnný provoz, ale vyskytuje se také u lidí s neurotickými nebo depresivními rysy.

K syndromům poruch chování, spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory se dále řadí i sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí. Weiss, Koliba, Němec a Dibonová (2019) ve své knize uvádějí, že k nim patří sexuální dysfunkce, které se týkají nejen mužů, ale i žen. Projevují se různými obtížemi v oblasti sexuální schopnosti, aktivity a potřeby. U mužů jsou nejběžnější poruchy erekce a předčasné vyvrcholení, zatímco u žen častěji dochází ke snížené sexuální touze nebo k potížím při dosažení orgasmu. Mezi mužské sexuální dysfunkce autoři řadí erektilní dysfunkci, která může mít příčiny fyzické, ale i psychologické. U organicky podmíněných problémů chybí nejen erekce během pohlavního styku, ale také ranní a masturbační erekce. Psychologické příčiny zahrnují úzkost, obavy z neúspěchu, přehnaná očekávání, problémy ve vztahu, ale i skrytou odlišnou sexuální orientaci nebo přítomnost sexuální deviace. Jako další sexuální dysfunkci Weiss, Koliba, Němec a Dibonová (2019) do své knihy zařazují priapismus. Při tomto stavu dochází k prodloužené a neustupující erekci, která není spojena se sexuální stimulací a obvykle je velmi bolestivá. Erekcí trvající déle než čtyři hodiny, vyžaduje okamžitý lékařský zásah, buď tlakem na penis a mechanickým odtokem krve, nebo aplikací noradrenalinu přímo do topořivého tělesa. Jako další sexuální dysfunkci autoři zmiňují ejaculatio praecox, Tento jev bývá označen jako předčasná ejakulace a nastává tehdy, když muž vyvrcholí dříve, než by si on nebo jeho partnerka přáli. Tento problém je častější u mladších, snadno vzrušivých mužů, kteří však většinou dokáží pohlavní styk opakovat. K dalším sexuálním dysfunkcím u mužů autoři řadí bolest při pohlavním styku, která může být způsobena anatomickými problémy, jako je zúžená předkožka nebo krátká uzdička. V těchto případech je vhodná chirurgická léčba.

Jak bylo uvedeno výše, sexuální dysfunkce se vyskytují i u žen. Gesundheit.gv.at (2022) se zmiňuje o dysfunkcích jako je vaginismus. Jedná se o stav, kdy dochází k nechtěnému a

reflexnímu stažení svalstva pánevního dna v okolí poševního vchodu. Svaly pánevního dna a dolní části pochvy a při pokusu o zavedení jakéhokoli objektu (tamponu, prstu) se automaticky stáhnou. V některých případech je kvůli tomu problematické provést i běžné gynekologické vyšetření. U některých žen se vaginismus vyskytuje už při první snaze o pohlavní styk, u jiných se rozvine až po určité době, kdy předtím pohlavní styk probíhal bez potíží. Pastor (2017) se zmiňuje o další sexuální dysfunkci, a to o nedostatku sexuální touhy. Při této poruše žena nemá zájem o sex, nemyslí na něj a necítí potřebu jeho realizace. Nízká chuť na sex se může objevit v různých obdobích života, například po porodu nebo v menopauze. Často za tím stojí problémy v partnerském vztahu. Pokud tyto problémy nejsou, hledáme příčinu v těle nebo v psychice. Z primárních příčin to mohou být například špatná sexuální výchova, špatné zážitky z dětství, problémy s vlastní sexualitou, některé zdravotní stavy nebo nemoci. Ze sekundárních příčin to často bývají deprese, nemoci, užívání léků, gynekologické problémy nebo následky operací.

2.4.7 F60-F69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Sedláčková a kolektiv (2015) uvádějí, že k těmto poruchám patří schizoidní porucha osobnosti – projevuje se tím, že člověk má potíže navazovat a udržovat blízké vztahy s lidmi. Nemocní se často vyhýbají společnosti, raději jsou sami a uzavírají se do svého vnitřního světa. Často působí neprakticky, ale bývají velmi přemýšliví, logicky uvažující i originální (Sedláčková a kolektiv, 2015, s. 91). Kubešová (2023) uvádí jako další poruchu, paranoidní poruchu osobnosti. Při této poruše člověk velmi těžko důvěřuje druhým, bývá velmi podezřívavý a často si myslí, že mu ostatní chtějí ublížit nebo jej využít. Nemívá k tomu žádný skutečný důkaz. Lidé s touto poruchou jsou často uzavření, vznětliví a velmi citliví na kritiku. Mají tendenci všechno si brát osobně, dlouho si pamatují křivdy a často se hádají. I běžné poznámky si mohou vyložit jako útok. Sami si ale většinou neuvědomují, že jejich vnímání je zkreslené, a proto často odmítají odbornou pomoc. Pokud ji vyhledají, je léčba náročná, ale vhodnou terapií a trpělivostí je možné stav zlepšit. Státní zdravotní ústav (2020) mezi tyto choroby dále řadí patologické kradení neboli kleptomani, při níž má člověk neodolatelné nutkání krást nepotřebné a obvykle bezcenné věci, jakou jsou kancelářské potřeby. Na rozdíl od běžných zlodějů, kleptomani většinou nemají z krádeží žádný finanční prospěch a často mezi nimi najdeme i osoby, které jsou finančně zajištěny. Jedná se o spontánní jednání, které je vyvolané silným vnitřním napětím, po kterém následuje krátká chvíle uspokojení. Poté se často objevují výčitky svědomí, pocity viny či strach z trestu. To vede k dalšímu napětí a opakování tohoto cyklu. Kleptomani často doprovázejí další psychické poruchy, jako je deprese, úzkosti, závislost na alkoholu nebo drogách. Dávidová (2020) k těmto chorobám řadí i patologické hráčství, který definuje jako

dlouhodobý a zhoršující se problém. Člověk nedokáže odolat pocitu nutkání zapojit se do hazardních her. Z hlediska psychologie i medicíny se jedná o poruchu ovládní impulsů, která se označuje jako návyková impulzivní porucha. Člověk bývá hraním silně posedlý, často zvyšuje sázky, aby dosáhl stejného vzrušení jako dříve, a opakovaně se snaží přestat, ale neúspěšně. Když nemůže hrát, bývá podrážděný a nervózní. Často sahá po hazardu jako způsobu, jak se vyrovnat s nepříjemnými pocity nebo uniknout z reality. Někdy se kvůli financování sázení dopouští i nezákonných činů.

2.4.8 F70-F79 – Mentální retardace

Jako mentální retardaci označujeme poruchu vývoje, která se projevuje oslabením rozumových schopností. Zahrnuje především zhoršené myšlení, řeč, pohyb a sociální dovednosti. Příčiny této poruchy mohou vznikat před narozením, během porodu nebo krátce po něm a negativně ovlivňují schopnost člověka přizpůsobit se běžnému životu (Valenta, Michalík, Lečbych a kolektiv ,2018, s.83).

Valenta, Michalík, Lečbych a kolektiv ve své knize uvádějí, že stupeň mentální retardace se stanovuje na základě hodnocení struktury inteligence a schopnosti jednotlivce přizpůsobit se běžným životním situacím. Pomocným ukazatelem může být i inteligenční kvocient (IQ) a úroveň zvládní sociálně-kulturních požadavků prostředí. Podle těchto autorů rozlišujeme tyto stupně mentální retardace:

- Lehká mentální retardace – IQ v rozmezí 50-69, dříve označována jako debilita
- Středně těžká mentální retardace – IQ v rozmezí 35–49, dříve označována jako imbecilita
- Těžká mentální retardace – IQ 20-34, dříve se používaly pojmy idioimbecilita nebo prostá idiocie
- Hluboká mentální retardace – IQ po 20, dříve označována jako idiocie nebo vegetativní idiocie

2.4.9 F80 – F89 Poruchy psychického vývoje

Mezi tyto poruchy zařazujeme specifické vývojové poruchy školních dovedností. Podle autorského týmu APIV B (2020) představují specifické poruchy učení různorodou skupinu obtíží, které se obvykle projevují problémem při osvojování a využívání základních školních dovedností, jako je čtení, psaní nebo počítání, a to i u žáků s běžnou úrovní intelektu. Patří sem dyslexie, porucha, která se týká kvality dyslexie. Žáci čtou příliš pomalu, nebo naopak zbrkle, často se dopouštějí chyb, zaměňují podobně vypadající

písmena (například b-d), anebo si části textu domýšlejí. Při psaní mají tendenci zaměňovat písmena, chybují v délce samohlásek a nerozlišují správně slabiky. Dále se autorský tým APIV (2020) zmiňuje o dysgrafii která ovlivňuje schopnost psát čitelně a přesně. Žák má problém napodobit tvary písmen, což vyžaduje velké soustředění a energii, kterou pak nemůže věnovat správnému používání gramatiky. Autoři dále zmiňují další poruchu, dysortografii, která se týká potíží s pravopisem. Dítě s touto poruchou sice zná pravidla pravopisu, ale nedokáže je aplikovat například během diktátu. Autoři také zmiňují méně častou poruchu, dyskalkulii, která zasahuje matematické dovednosti. Objevuje se například při záměně číslic při počítání z paměti nebo v neschopnosti provádět základní matematické úkony (Autorský tým APIV B,2020).

Podle Cigánkové (2020) mezi poruchy psychického vývoje patří i pervazivní poruchy. Tyto poruchy představují skupinu závažných vývojových obtíží, které zasahují celou osobnost člověka. Termín „pervazivní“ znamená pronikavý či všeprostupující, což vystihuje rozsah těchto poruch – ovlivňují více oblastí psychických funkcí a mají trvalý charakter. V současnosti se předpokládá, že hlavní příčinou těchto poruch je biologická podstata. Stanovení diagnózy i odlišení od jiných poruch je v kompetenci dětského psychiatra.

Hrušková (2023) k těmto poruchám řadí autismus, který představuje celoživotní vývojovou poruchu, která ovlivňuje jedince ve všech věkových etapách. Typickými znaky této poruchy jsou obtíže v sociálních vztazích a narušená schopnost komunikace verbální i neverbální. Lidé s autismem mají často potíže navázat a udržet oční kontakt, jen těžko vedou delší rozhovor a bývají silně zaměřeni na své zájmy. Mívají také problém pochopit běžné sociální situace nebo narážky. To pak vede ke zmatku a nedorozuměním. Autisté často trpí také úzkostmi a depresi.

Podle Kubešová (2022) můžeme k těmto poruchám přiřadit i Aspergerův syndrom, může mít různorodé příznaky, které se liší u každého jedince. Někteří s tímto syndromem dokáží být úspěšní, zatímco jiní mají výraznější potíže se sociálními vztahy. Mezi hlavní příznaky Aspergerova syndromu patří obtíže v komunikaci, omezená představitost, zvýšená citlivost na emoce, problémy ve společenském chování, potíže s porozuměním běžným situacím, potíže s navazováním a udržováním vztahů, motorická neobratnost, stereotypní chování a potřeba rituálů. Emoce často projevují příliš nevhodně a výrazně. Jedinci s tímto syndromem mají i kladné vlastnosti jako například spolehlivost, přesnost, čestnost a smysl pro detail.

2.5 Vymezení kompetencí sester pracujících na psychiatrickém oddělení

Z rozhovoru Koksteinové a Škubové (2015) vyplývá, že kompetence psychiatrické sestry jsou ve značné míře determinovány individuálním pochopením a aplikací odborných dovedností a znalostí. Ačkoliv se psychiatrická sestra nestane psychiatrem, klíčovou doménou její praxe je efektivní komunikace s pacienty, klienty a členy multidisciplinárního týmu. Základním předpokladem pro výkon této profese je přítomnost duchovního a lidského rozměru. Profesní neúspěch je pak spojen s motivací založenou na vnější nutnosti nebo na volbě profese z důvodu perceived comfortu oproti jiným oborům, jako je například práce na operačním sále. Nezbytnou součástí profesní výbavy psychiatrické sestry je také schopnost sebereflexe a rozvinutá emoční inteligence.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve svém Věstníku č.4 v příloze 10 (2020) zveřejnilo Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru s názvem Všeobecná sestra – Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Pro zařazení do tohoto programu je nutné nejprve získat odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry. Tato podmínka vychází ze zákona č.96/2004Sb., který upravuje pravidla pro získávání a uznávání kvalifikace nelékařských zdravotnických profesí a jejich činností ve znění pozdějších předpisů.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky v tomto Věstníku č.4 v příloze 10 (2020) dále uvádí, že po absolvování tohoto programu má sestra specializaci pro péči na psychiatrickém oddělení. Sestra pro péči v psychiatrii může u dospělých pacientů vykonávat činnosti dle §54 vyhlášky č.55/2011 Sb. Navíc je oprávněna samostatně, bez indikace lékaře:

- poskytovat odbornou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči lidem s duševními poruchami
- přizpůsobit komunikaci a přístup podle individuálních potřeb psychicky nemocných
- zvládat obtížné pacienty (například agresivní či nespolupracující) včetně použití speciálních metod a prostředků
- sledovat psychický stav a včas rozpoznat nástup krizového stavu
- využívat podpůrné psychoterapeutické metody včetně individuálních rozhovorů
- poskytovat poradenství zaměřené na prevenci psychických problémů a podporu resocializace
- vykonávat péči v komunitním nebo terénním prostředí
- podílet se na vzdělávání v oboru psychiatrického ošetrovatelství
- koordinovat práci týmu odborníků ve prospěch pacienta

- provádět základní psychologické vyšetření pacienta a hodnotit rizika
- vést terapeutický rozhovor a využívat vhodné terapeutické techniky

2.6 Komunikace ve zdravotnictví

Zacharová (2016) ve své knize uvádí, že komunikace představuje univerzální aspekt lidské společnosti a funguje jako klíčová regulátor kvality mezilidských vztahů. Její role je nepostradatelná pro existenci jakéhokoli sociálního systému, neboť žádná sociální skupina nemůže bez efektivní komunikace fungovat. Komunikace přispívá k uspokojování potřeby sociálního kontaktu a slouží jako primární prostředek sociální integrace jednotlivce do skupiny. Nejčastěji užívané dělení komunikace, vycházející z potřeb klasifikace komunikačního procesu, rozlišuje verbální a neverbální komunikaci. V kontextu zdravotnictví je verbální komunikace jedním z esenciálních nástrojů profesionální práce. Je nezbytné, aby si každý zdravotnický pracovník osvojil dovednosti účelné sociální komunikace, která je nedílnou součástí procesů zaměřených na podporu, uchování a prevenci zdraví. Při interakci mezi zdravotníkem a pacientem je klíčové navodit atmosféru důvěry, která pacientovi poskytne pocit bezpečí a zmírní jeho obavy a strach. Dosažení kvalitní vzájemné komunikace předpokládá respektování několika základních požadavků, mezi něž patří: individuální přístup, úcta k pacientovi, pozitivní vztah k pacientovi a empatie. Zacharová (2017) ve své další knize uvádí, že mezi verbální a neverbální komunikací neexistuje jednoznačná hranice. Hlavní rozdíl spočívá v tom, že verbální sdělení je zpravidla záměrné, zatímco neverbální probíhá většinou nevědomě. Neverbální komunikace zahrnuje především „řeč těla“. Pro sestru je klíčové citlivě vnímat tyto signály od pacientů. Například má poznat signály, které ukazují na známky bolesti, studu nebo psychického napětí. Pokud si takového chování všimne, může reagovat nenuceným rozhovorem na běžné téma, čímž pacientovi pomůže uvolnit napětí. Sestry se často setkávají s agresivními pacienty, proto je důležité se zmínit také o komunikaci s agresivním pacientem. Podle Vevery a kolektivu (2018) označujeme pojem agrese, který je odvozen z latinského *agressio*, což znamená útok nebo výpad, cílené chování, jehož úmyslem je poškodit nebo omezit jinou osobu či objekt. Jde o záměrné jednání, které vede k určitému cíli. Martínková (2016) popisuje, že agrese může být zaměřená buď vůči okolí (lidem a věcem), nebo vůči sobě samotnému. Dále rozlišujeme dvě hlavní formy – **verbální agresi**, která probíhá slovně a jejím cílem je psychicky ranit nebo ovlivnit emoce druhé osoby, a **brachiální agresi**, což je fyzický útok, zpravidla provedený rukama či nohama (například kopáním). Tento typ agrese může být také uskutečněn pomocí různých předmětů jako jsou zbraně, nože, tyče, nábytek nebo střelné zbraně. Autorka dále rozděluje agresivní chování na impulzivní a předem promyšlené.

Impulzivní agrese vzniká jako bezprostřední reakce na tres, strach či podráždění a souvisí s aktivací nervového systému. Naproti tomu **přípravená agrese je** vykonaná záměrně, často s předchozím plánováním a jasným cílem (Martínková, 2016). Špatenková (2017) uvádí, že u pacientů, kteří se chovají agresivně, je důležité jim dát možnost uvolnit nahromaděné napětí a negativní emoce. Často je to právě to, co potřebují. Když si tímto způsobem „uleví“, může být pak jednodušší navázat klidný a smysluplný rozhovor. V okamžiku, kdy je pacient v silné emoční bouři, většinou nepomáhá, když se ho zdravotník snaží uklidnit nebo mu něco vysvětlovat. Pacient stejně v tuto chvíli nereaguje rozumně a nerozhoduje se racionálně. Je dobré si uvědomit, že agresivita u pacientů často vychází z jejich nejistoty a strachu, mají obavy, že budou odmítnuti nebo nepochopeni. I když je jejich chování náročné, dá se s nimi po odeznění emocí pracovat. Když se uklidní, bývají překvapivě ochotní spolupracovat a zapojit se do hledání řešení svých problémů.

Web ProSestru.cz (2019) představuje užitečný komunikační nástroj označovaný jako model LOWLINE, který sestřám a dalším zdravotníkům nabízí srozumitelný a praktický postup, jak jednat s agresivním pacientem. Každé písmeno v názvu označuje jeden konkrétní krok, který může pomoci zvládnout napjatou situaci.

L-listen (naslouchej): prvním a zásadním krokem je aktivně naslouchat pacientovým stížnostem nebo nespokojenosti. Tím mu dáváme prostor ventilovat emoce, aniž by vznikl konflikt. Důležité je nehodnotit a nezasahovat do řeči. Pacient potřebuje cítit, že je slyšen.

O – Offer (nabídní): následuje stručné shrnutí nebo komentář, který ukazuje, že rozumíme pacientovým emocím. Je vhodné uznat, že je rozrušený nebo rozzlobený. Vyhnout bychom se měli bagatelizování jeho pocitů. Poznámky typu „to nic není“ situaci obvykle jen zhorší.

W – Wait (počkej): pokud v rozhovoru nastane chvíle ticha, je dobré ji nechat být a nespěchat s dalšími slovy. Tato pauza často umožní pacientovi se trochu zklidnit. Může pomoci například pomalu v duchu napočítat do deseti.

L – Look (dívej se): udržováním přiměřeného kontaktu pomáhá vytvářet důvěru. Důležité je, aby pohled nebyl moc intenzivní (což by mohlo působit konfrontačně), ani příliš krátký (mohl by působit jako nezájem). Mimika obličeje by měla být klidná a otevřená.

I – Incline (nakloň hlavu): mírné naklonění hlavy je neverbálním signálem, který vyjadřuje vstřícnost, zájem a ochotu porozumět. Tento jednoduchý pohyb může pacienta vnímajícího okolí jako hrozbu podvědomě uklidnit.

N – Nod (přítakávej): občasné přikývnutí během hovoru dává pacientovi najevo, že ho stále vnímáme, sledujeme a respektujeme jeho sdělení. I toto je součástí aktivního naslouchání.

E – Express (vyjádři se): nakonec je důležité jasně a stručně vyjádřit snahu situaci porozumět. Může jít o krátkou větu, která vyjadřuje empatii nebo potvrzuje, že pacientova zkušenost má váhu.

2.7 Omezování pacientů

Podle Ministerstva zdravotnictví České republiky (2022) se v psychiatrických zařízeních v České republice stále poměrně často uplatňují tzv. omezovací prostředky, mezi něž patří například fyzické zajištění pomocí ochranných pásů, uzavření pacienta do izolační místnosti nebo podání farmakologických látek se sedativním účinkem. Tyto metody slouží jako prostředky ke zvládnutí akutních projevů psychické poruchy, kdy chování pacienta představuje bezprostřední riziko pro něj samotného nebo jeho okolí. Právní rámec pro použití těchto postupů stanovuje zákon č.3/2011Sb., o zdravotních službách, konkrétně §39, který uvádí pět možných forem omezení volného pohybu pacienta, a to jednotlivě i jejich možných kombinacích. Patří sem fyzické uchopení, použití kurtovacích prostředků, izolace, nasazení ochranného oděvu (tzv. ochranný kabátek) a podání psychofarmak nebo jiných léčiv, které jsou aplikovány proti vůli pacienta s cílem zvládnout jeho nebezpečné chování. Ministerstvo zdravotnictví vydalo ve Věstníku č.4/2018 Sb., metodická doporučení, které podrobněji upravuje použití omezovacích prostředků. Dokument definuje nejen přesné podmínky, za nichž je možné tyto zásahy uplatnit, ale také stanovuje standardy následné ošetrovatelské péče, která musí být pacientovi po dobu omezení bezpodmínečně zajištěna. Dále obsahuje související organizační a etické pokyny, jejichž cílem je minimalizace rizik spojených s používáním těchto opatření

2.8 Indikace a druhy omezovacích prostředků

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2022) ve svém věstníku uvádí, že aplikace omezovacích prostředků v medicínské praxi představuje specifická bezpečnostní opatření, jejichž využití u pacientů podléhá přísné regulaci. Je nutné dodržovat zákon č.372/2011 Sb. a další související právní předpisy, které stanovují pravidla pro jejich použití, evidenci a kontrolu. Klíčové je, že omezovací prostředky lze použít výhradně v situacích, kdy je cílem zamezit bezprostřednímu ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta či jiných osob., jejich aplikace je navíc omezena pouze na dobu, po kterou toto ohrožení trvá. Je nezbytné důsledně odlišovat „bezprostřední ohrožení“, které je legitimním důvodem pro omezení, od takzvaného

„náročného chování pacienta“, které jím není. Zatímco u bezprostředního ohrožení se obvykle jedná o skutečnou obavu o život či zdraví pacienta nebo jiných osob a pacient může mít úmysl si ublížit, náročné chování je spíše projevem frustrace pacienta, který se snaží dosáhnout svého cíle, aniž by měl v úmyslu někomu ublížit. Personál by se měl vyvarovat použití omezovacích prostředků pro usnadnění práce v případě náročného chování. Konečné rozhodnutí o aplikaci omezovacích prostředků vždy náleží lékaři, který zvolí takový prostředek, jenž adekvátně reaguje na konkrétní chování pacienta vedoucí k indikaci omezení. Pouze ve výjimečných a neodkladných případech, kdy není lékař přítomen, může o použití a druhu omezovacího prostředku rozhodnout všeobecná sestra. Ta je však povinna bezodkladně informovat lékaře, který musí následně posoudit odůvodněnost omezení a bez prodlení rozhodnout o jeho dalším trvání nebo ukončení. Podle Arnoldové (2016) při poskytování zdravotních služeb je možné omezit volný pohyb pacienta prostřednictvím různých opatření. Mezi tyto prostředky patří fyzické zajištění pacienta zdravotnickým personálem nebo jinými pověřenými osobami, dále pak použití ochranných pásů nebo kurtů. Rovněž může být pacient umístěn do speciálně určené místnosti zajišťující bezpečný pohyb. Dalšími možnostmi jsou ochranné pomůcky, například kabátky nebo vesty, které znemožňují pohyb horních končetin. K farmakologickým metodám pak patří podávání psychofarmak či jiných léků, zpravidla injekční formou, jejichž účelem je snížení pohybové aktivity pacienta. V praxi se často využívá také kombinace uvedených postupů.

Arnoldová (2016) poukazuje, že při používání omezovacích prostředků ve zdravotnickém zařízení je poskytovatel zdravotních služeb vázán několika důležitými povinnostmi, které mají zajistit bezpečnost a práva pacienta. Předně je nezbytné, aby byl pacient vždy adekvátně informován o důvodech použití omezení, a to způsobem odpovídajícím jeho aktuálnímu stavu. Pokud jde o nezletilé pacienty nebo osoby s omezenou svéprávností, je povinností neprodleně informovat jejich zákonné zástupce o aplikaci omezovacích prostředků. Během celého období, kdy je omezení v platnosti, musí být zajištěn neustálý dohled zdravotnických pracovníků, aby se minimalizovalo riziko poškození zdraví pacienta. Indikaci k použití omezovacího prostředku provádí primárně lékař, nicméně v naléhavých výjimečných situacích může rozhodnout i jiný přítomný zdravotnický pracovník nelékařského povolání. Každá taková intervence musí být navíc detailně zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci pacienta, což zajišťuje zpětnou kontrolu.

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

Pro účely výzkumné části této bakalářské práce bylo stěžejní zachytit autentické prožitky a perspektivy zdravotních sester, které poskytují péči na psychiatrických odděleních, včetně těch otevřených i uzavřených. K získání těchto dat byla primárně využita kvalitativní metoda rozhovoru. Jako zdroj inspirace pro konstrukci rozhovorových otázek byla použita již vypracovaná bakalářská práce od Jany Havránkové s názvem „Ošetrovatelská péče u neklidného pacienta na gerontopsychiatrickém oddělení, kterou vypracovala již v roce 2012. Je důležité zdůraznit, že tento dotazník z uvedené práce nebyl použit v originální podobě, ale posloužil jen jako výchozí bod pro moji vlastní modifikaci otázek, které byly přizpůsobeny výzkumným cílům a kontextu této práce.

Výsledky výzkumné části této práce poskytnou kvalitativní popis a zhodnocení práce zdravotních sester na psychiatrických odděleních. Součástí analýzy budou i rizika spojená s touto profesí, včetně znalostí sester o používání omezovacích prostředků a jejich postupech při péči o pacienty, u kterých byly tyto prostředky použity. Dále se tato část zaměří na četnost setkávání sester s agresivním chováním pacientům a na formy, jakými se toto agresivní chování projevuje.

3.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem praktické části této práce je zjistit postoje a zkušenosti sester na psychiatrickém oddělení a způsoby jejich práce s neklidným pacientem. Aby mohly být daný cíl výzkumu naplněn, bylo realizováno šetření v podobě polostrukturovaných rozhovorů. V rámci rozhovorů bylo informantům položeno celkem 20 otázek, přičemž první série otázek se zaměřovala na identifikaci oslovených osob.

3.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly formulovány na základě předem stanovených cílů výzkumné části práce. Jejich smyslem je nasměrovat sběr dat tak, aby bylo možné získat relevantní informace potřebné pro naplnění těchto cílů. Odpovědi na tyto otázky, získané prostřednictvím metod výzkumu, přispějí k hlubšímu pochopení zkoumané problematiky a umožní vyhodnotit doporučení pro praxi.

VO 1: V čem je, podle Vás rozdíl, mezi prací sestry na psychiatrickém oddělení od práce sestry na jiných odděleních?

VO 2: Jaká je frekvence setkávání sester s neklidnými a agresivními pacienty?

VO 3: Jaké metody jsou používány pro zklidnění neklidného pacienta?

VO 4: Jaký vliv má práce sestry na psychiatrickém oddělení a péče o neklidného pacienta na psychiku sestry?

3.3 Metodika

V této části práce bude podrobně vysvětleno, jakým způsobem byly získány a zpracovány informace potřebné k naplnění cílů výzkumu a zodpovězení stanovených otázek. Bude zde popsán výběr účastníků výzkumu včetně způsobu získání jejich informovaného souhlasu. Dále se část zaměří na použitou metodu sběru dat, kterou byly rozhovory, a také na popis postupu, jak byly získané údaje analyzovány. Konkrétně za využití techniky otevřeného kódování.

3.3.1 Metody sběru dat

Jako metodu ke sběru dat byl použit strukturovaný rozhovor. Rozhovory probíhaly osobní formou, kdy výzkumník navštívil informanty na psychiatrických odděleních dané nemocnice. Jelikož rozhovor probíhal přímo za služby sester, datum uskutečnění rozhovoru bylo vždy potvrzeno telefonickým rozhovorem s vrchní sestrou daného oddělení.

Rozhovory byly realizovány od 1. dubna až do 31. května 2025. Každý z rozhovorů trval přibližně 20 minut. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány za pomoci aplikace mobilního telefonu.

Po realizaci všech rozhovorů byly rozhovory přepsány do textové podoby, aby mohly být podrobeny pečlivé analýze. Ta spočívala v opakovaném čtení výsledků rozhovorů, kdy byly vyhledávány klíčové odpovědi, shodné názory jednotlivých informantů, a naopak odlišné postoje. Tyto důležité informace byly označovány barevně, každá z nich byla doplněna vlastním komentářem. Jedná se o metodu kódování, kdy jsou z odpovědí vyvozovány závěry, jednotlivé odpovědi jsou s ohledem na své shodné znaky posléze kategorizovány – tedy dávány do vnitřně homogenních a vně heterogenních skupin.

3.4 Výběr respondentů a jejich charakteristika

Účastníci výzkumu byli vybráni z řad zdravotnického personálu pracujícího na psychiatrických odděleních, přičemž byli zastoupeni zaměstnanci jak z otevřeného, tak i z uzavřeného oddělení. Informanti byli předem požádáni o realizaci rozhovorů, bylo jim zdůrazněno, že rozhovor bude určen výhradně pro účely zpracování bakalářské práce. Informanti byli dále upozorněni, že rozhovory jsou anonymní, v práci nebudou uvedeny žádné informace, které by mohly vést ke ztotožnění informantů. Na začátku rozhovoru byli informanti také upozorněni na to, že mohou

rozhovor kdykoli ukončit, pokud jim budou pokládány otázky nepříjemné a nebudou s nimi chtít pokračovat.

Identifikační údaje o informantech, které byly součástí provedených rozhovorů, jsou vyobrazeny v následujících tabulkách č. 1. a č. 2. Z té je patrné, že bylo celkem osloveno 8 informantů, z toho se jedná o 7 žen a 1 muže (zdravotního bratra). Obecně je možno uvést, že zdravotních bratrů je výrazně méně než zdravotních sester. Délka praxe se pohybuje od dvou let až do 17 let. Speciální vzdělání v psychiatrii mají pouze dva oslovení informanti.

Tabulka 1:- Charakteristika respondentů I1 – I4

Charakteristika informantů	I1	I2	I3	I4
Pohlaví	žena	žena	muž	žena
Délka praxe ve zdravotnictví	17 let	7 let	3 roky	5 let
Nejvyšší dosažené vzdělání	Středoškolské – všeobecná sestra	Bakalář – všeobecná sestra	Středoškolské – praktická sestra	Všeobecná diplomovaná sestra
Zkušenosti z oddělení z minulosti	Metabolická JIP	Geriatric	X	Interní oddělení
Specializace v psychiatrii	Ne	Ne, současně studuje obor psychiatrická sestra	Ne	Ne
Délka praxe na psychiatrickém oddělení	5 let	3 roky	3 roky	3 roky

Tabulka 2: Charakteristika respondentů I5 – I8

Charakteristika informantů	I5	I6	I7	I8
Pohlaví	žena	žena	žena	žena
Délka praxe ve zdravotnictví	15 let	12 let	3 roky	2 roky
Nejvyšší dosažené vzdělání	Magisterský titul – všeobecné ošetrovatelství	Bakalář – Všeobecná sestra	Bakalář – Všeobecná sestra	Středoškolské – praktická sestra
Zkušenosti z oddělení z minulosti	Chirurgické oddělení	Interní oddělení	Dětské oddělení	Urologické oddělení
Specializace v psychiatrii	Ano, specializační vzdělání	Ano, specializační program zaměřený na péči o duševně nemocné	Ne	Ne
Délka praxe na psychiatrickém oddělení	10 let	8 let	1,5 let	0,5 let

Informantkou číslo 1 je zkušená všeobecná zdravotní sestra se středoškolským vzděláním, která ve zdravotnictví působí již 17 let. Její klinická praxe zahrnuje předchozí práci na oddělení Metabolické JIP, což ji poskytlo velké zkušenosti v intenzivní péči. V posledních pěti letech se zaměřuje na práci na psychiatrickém oddělení. Ačkoli pro tuto oblast nemá specializaci a ani neplánuje její získání, její dlouholeté zkušenosti jsou pro psychiatrickou péči velmi významné.

Informantkou číslo 2 vzdělaná všeobecná sestra s bakalářským titulem, která přináší do zdravotnictví sedmiletou praxi. Její profesní dráha začala na geriatrickém oddělení, kde pracovala získala cenné zkušenosti v péči o starší pacienty. Poslední tři roky se však plně věnuje práci na psychiatrickém oddělení. Ačkoli v současné době nedisponuje plnou specializací v oboru psychiatrie, aktivně se vzdělává v oboru psychiatrická sestra.

Informantem číslo 3 je muž, se středoškolským vzděláním, tzn. že je praktická sestra. Ve zdravotnictví pracuje tři roky. Jeho veškeré zkušenosti mimo psychiatrické oddělení, kde pracuje po celou dobu své praxe, pochází z povinných praxí během studia. Prozatím nedisponuje žádnou specializací, v současné době o jejím získání ani neuvažuje. Jeho dosavadní tříletá praxe je tedy plně soustředěna na specifika psychiatrické péče.

Informantkou číslo 4 je diplomovaná všeobecná sestra, která za pět let své praxe ve zdravotnictví získala cenné zkušenosti na interním oddělení. Poslední tři roky se plně věnuje práci na psychiatrickém oddělení, kde se seznamuje se specifiky duševního zdraví. Ačkoli nedisponuje formální specializací, její aktivní působení na psychiatrii a adaptace na toto prostředí svědčí o jejím profesním rozvoji.

Informantkou číslo 5 je vysoce kvalifikovaná všeobecná sestra s magisterským titulem v oboru ošetrovatelství, která ve zdravotnictví působí již 15 let. Její profesní zkušenosti zahrnují počáteční praxi na chirurgickém oddělení. Posledních deset let se plně věnuje psychiatrické péči, v níž získala i potřebnou specializaci. Díky kombinaci akademického vzdělání, dlouholeté praxe na různých odděleních a specializované kvalifikace v psychiatrii představuje cenný zdroj informací pro tento výzkum.

Informantkou číslo 6 je zkušená všeobecná sestra s bakalářským titulem, která ve zdravotnictví působí již 12 let. Během své kariéry získala počáteční praxi na interním oddělení, ale její profesní dráha se výrazně posunula k psychiatrické péči. V této oblasti pracuje osm let a disponuje specializací v oboru psychiatrie se zaměřením na péči o duševně nemocné. Díky své dlouholeté a specializované praxi v psychiatrii je tato informantka cenným zdrojem hlubokých znalostí a praktických zkušeností.**Informantkou číslo 7** je všeobecná sestra s bakalářským titulem, která ve zdravotnictví působí tři roky. Její počáteční profesní zkušenosti pocházejí z dětského oddělení, což jí poskytlo specifický pohled na péči o citlivou populaci. Posledních jen a půl roku se však věnuje práci na psychiatrickém oddělení. Přestože nemá v oboru psychiatrie specializaci, i tak je cenným zdrojem informací.

Informantkou číslo 8 je sestra se středoškolským vzděláním, tzn, že je také praktickou sestrou. Ve zdravotnictví působí dva roky. Její počáteční klinické zkušenosti získala na urologickém oddělení. V posledních šesti měsících se však přesunula na psychiatrické oddělení, což pro ni představuje novou a specifickou oblast praxe. V současné době nedisponuje žádnou specializací v psychiatrii, ale její nedávný nástup na oddělení jí také řadí mezi cenné zdroje informací především o adaptaci a prvotních zkušenostech sestry v takto odlišném prostředí.

3.5 Vyhodnocení výsledků rozhovorů.

Jak bylo již uvedeno výše, každý rozhovor byl pečlivě prostudován a pro přehlednost byly klíčové informace označené barevným značením a následně vlastním komentářem. Tyto komentáře jsou založeny na metodě kódování, přičemž tyto kódy slouží dále pro celkové vyhodnocení výsledků.

V rámci rozhovorů byly nalezeny následující kategorie, ke kterým je možno dále definovat konkrétní podkategorie. Ty jsou vyobrazeny za pomoci následující tabulky č. 3.

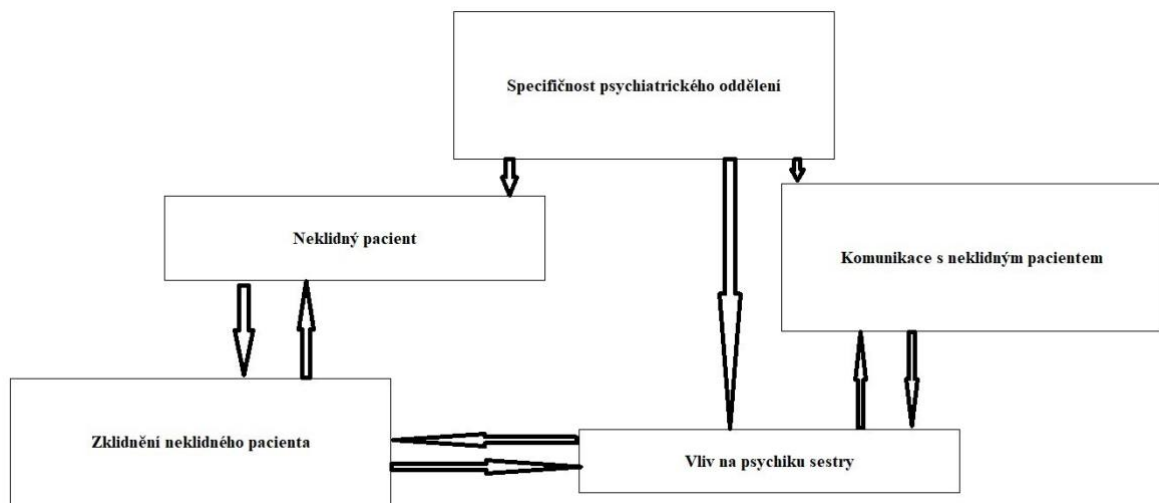
Tabulka 3: Kategorizace dat

Podkategorie	Kategorie
Odlíšnost péče u standardního (jinak specializovaného) a psychiatrického oddělení	Specifičnost psychiatrického oddělení
Nutnost být stále ve střehu s ohledem na pacienty a jejich problémy	
Není nutnost mít vysokou úroveň odbornosti	
Je zde specifický řád, který je odlišný v otevřeném a uzavřeném oddělení	
Striktní a přísný režim na uzavřeném oddělení	
Důležitost různorodých terapií a aktivizačních nástrojů	
Nutnost zaměřit se na nové pacienty a těm věnovat velkou pozornost	
Neklidný pacient několikrát týdně	Neklidný pacient
Důležitá spolupráce personálu a přítomnost mužů	
Agrese je častější vůči mužům než vůči ženám	
S neklidným pacientem se hůře domlouvá, hůře se hledají možnosti řešení	
Nutná klidná a empatická komunikace	Komunikace s neklidným pacientem
Schopnost komunikovat s pacientem	
Není možno dávat pacientovi najevo vlastní strach či obavy	
Není možné se k pacientovi chovat nepříjemně, křičet na něj, dávat najevo projevy agrese či nechuti vůči němu	
Správná komunikace může neklidného pacienta efektivně zklidnit	
Kurz správné komunikace s pacientem	
Farmakologie	Zklidnění neklidného pacienta
Měkké techniky	
Správná a klidná komunikace s pacientem	
Nutnost vše dokumentovat	
Veškeré metody musí schválit lékař	
Snaha co nejméně pacienta kurtovat (pouze tehdy, když je to opravdu nezbytné)	
Individuální vnímání vlivu neklidného pacienta	Vliv na psychiku sestry
Spokojenost se zaměstnáním	
Možnost konzultace s psychologem	

Z výše uvedených údajů a informací bylo nalezeno celkem 5 kategorií, které budou nadále blíže rozepsány a obohaceny také o citace oslovených informantů. Jedná se o následující kategorie:

- specifická psychiatrie oddělení,
- neklidný pacient,
- komunikace s neklidným pacientem, • zklidnění neklidného pacienta,
- vliv na psychiku sestry.

Je přirozené, že se jednotlivé kategorie prolínají a navzájem se ovlivňují. Tyto závislosti jsou vyobrazeny za pomoci následujícího obrázku č. 2. Je patrné, že byly nalezeny klíčové vlivy, přičemž všechny z nich působí na psychiku sestry. Jde o specifická psychiatrie oddělení, komunikaci s neklidným pacientem a také způsoby zklidnění neklidného pacienta. Neklidný pacient pak má nepřímý vliv na psychiku sestry a její prožívání pracovního života. Přístup sestry má pak vliv na to, jak komunikuje s neklidným pacientem, jak je neklidný pacient zklidňován a jakým způsobem je k němu přistupováno.



Obrázek 1: Závislost kategorií

Jednotlivé kategorie budou nyní podrobněji rozepsány a definovány takovým způsobem, aby bylo možno odpovědět na položené výzkumné otázky a aby bylo možno splnit stanovený cíl.

3.6 Specifičnost práce sestry na psychiatrickém oddělení

Z rozhovorů vyplívá, že práce na psychiatrickém oddělení je odlišná od práce na jiných odděleních, což potvrdili všichni oslovení informanti. Každý z nich však přistupuje k této problematice mírně odlišným způsobem, kdy, zatímco I1 neuvedla žádná specifika, jiní informanti uváděli konkrétní specifika. I4 se k tomuto problému vyjádřila následovně: *„Je to hodně o komunikaci s pacienty, to je takový jako hlavní a třeba i přizpůsobovat tu komunikaci těm diagnózám nebo tomu psychickému rozpoložení pacienta“*. Zde je zcela patrné, že právě komunikace je klíčovým základem práce sestry na psychiatrickém oddělení, což v následujících otázkách potvrdili všichni oslovení informanti. Detailně a obsáhle, však zcela výstižně se k této problematice vyjádřila I7, která uvedla: *„Specifika vidím v nutnosti trpělivého a empatického přístupu. Kromě sledování fyzických stavů se zaměřujeme na budování důvěry a podporu psychické stability pacienta, což vyžaduje individuální přístup.“*. Zde je patrné, že na komunikaci, jakožto přímý základ práce s pacienty navazuje trpělivost, empatie, budování vztahu s pacientem, který je založen na vzájemné důvěře a respektu. S tím je pak také provázáno aktivní naslouchání, kdy pacienti hovoří o svých pocitech a emocích. Na tuto tezi navázala I8: *„Musíte být pořád ve střehu, sledovat změny v chování, náladě, a hlavně si budovat důvěru. Fyzická péče je často až na druhém místě, prioritou je psychický stav. Je to taky hodně o nastavování hranic a zajištění bezpečí, jak pro klienty, tak pro personál.“*. Tato respondentka se také vyjádřila k problematice pacientů, kteří jsou hospitalizováni, aniž by si sami (právě kvůli onemocnění) uvědomovali důvod toho, proč museli být hospitalizováni a proč musí podléhat léčebnému režimu. Zde je spolupráce a komunikace s pacientem dle této informantky výrazně náročnější, a právě z toho důvodu musí sestra implementovat velké množství měkkých dovedností, pochopení vůči pacientovi a trpělivosti, kterou zmiňují I2 a také I7. I3 s nadsázkou přirovnává práci na uzavřeném oddělení k práci dozorce ve věznici, kdy jsou pacienti nuceni k hospitalizaci, aniž by s ní souhlasili, mají velké množství problémů a mohou být agresivní. Zde je jednoznačně patrná velká náročnost práce sester na psychiatrickém oddělení, ač nejde o práci, která vyžaduje specifické odborné dovednosti a schopnosti, je zde klíčové, aby měla vlastnosti a schopnosti, které jsou často vrozené a je možno je dále rozvíjet za pomoci různých specifických kurzů a vzdělávacích akcí.

Tabulka 4: Kategorizace dat tématu Specifičnost práce sestry na psychiatrickém oddělení

Kód	Citace
Odlišnost psychiatrickéh o oddělení	I4: „ <i>Je to hodně o komunikaci s pacienty, to je takový jako hlavní a třeba i přizpůsobovat tu komunikaci těm diagnózám nebo tomu psychickému rozpoložení pacienta</i> “.
Nutnost být ve střehu	I8: „ <i>Musíte být pořád ve střehu, sledovat změny v chování, náladě, a hlavně si budovat důvěru.</i> “
Není nutnost vysoké úrovně odbornosti	I3: „ <i>Rozhodně tu není taková odbornost jako na jiných odděleních</i> “
Specifický řád na otevřeném a uzavřeném oddělení	I3: „ <i>Uzavřené oddělení a otevřené oddělení? Je samozřejmě rozdílný.</i> “
Striktní a přísný režim	I3: „ <i>Na uzavřeném si připadám jako bachař.</i> “
Důležitost terapií a nástrojů	I7: „ <i>Jako jsou individuální i skupinové terapie. Velký důraz je kladen na přizpůsobení léčby specifickým potřebám každého pacienta.</i> “
Nutnost zaměřit se na nové pacienty	I1: „ <i>Pokud nám přivezou akutní případ, je nutné se věnovat tomuto pacientovi.</i> “

3.7 Frekvence setkávání se sester s neklidnými a agresivními pacienty

S neklidným pacientem se oslovení informanti setkávají několikrát týdně, což potvrdil každý z nich. I5 se vyjádřila takto: „*Neklidní pacienti se vyskytují poměrně často. Průměrně se s nimi setkávám několikrát týdně, záleží však na aktuálním stavu oddělení.*“ K tomuto bohužel I5 také dodala následující: „*Bohužel ano, během své praxe jsem byla několikrát fyzicky napadena neklidnými pacienty.*“ Stejnou zkušenost má také I8 a I6, I6 si však uvědomuje, že je neklidný pacient součástí každodenní práce sestry na oddělení: „*Neklid se u nás objevuje pravidelně, zpravidla se setkávám s neklidným chováním několikrát týdně.*“. Zde je zcela patrné, že sestry jsou na oddělení již poměrně zvyklé na to, že se setkávají s neklidným pacientem. Z výsledků provedeného šetření také vyplynulo, že neklidný pacient spíše útočí na muže než na ženy, což potvrzují např. I1, I2 a I3. Standardem je, že neklidný pacient útočí především slovně, to znamená, že personál uráží, křičí na něj, je sprostý, dává najevo svou nespokojenost nadávkami. I1 se k tomu konkrétně vyjádřila takto: „*Nejčastěji nám sprostě nadávají, ale pokud jsou více rozjetí tak po nás startují a snaží se nám dát třeba i facku. Ale více útočí na muže než na ženy.*“ S přímým fyzickým napadením se setkal pouze I3 (zde je klíčové zdůraznit, že se jedná o muže, nikoliv o ženu a že oslovení informanti uvedli, že přístup neklidných pacientů je k ženám odlišný než k mužům), který specifikoval danou situaci následovně: „*Jeden se o to pokusil, ale bylo to jako rychle vyřešený. Napíchal se a byl už jako v pořádku jako ten pacient. A dali jsme ho do místnosti bezpečného pobytu. Ale byl jako nějaký napadenej ve větším, to ne.*“ Zde je patrné, že není běžné, že by docházelo k fyzickému napadnutí sestry pracující na psychiatrickém oddělení, jedná se spíše o výjimečné situace, ke kterým dochází ojediněle a jsou obvykle rychle vyřešeny zneškodněním neklidného pacienta takovým způsobem, aby se nikdo nezranil.

Tabulka 5: Kategorizace dat k tématu Frekvence setkávání sester s neklidným a agresivním pacientem

Kód	Citace
Neklidný pacient několikrát týdně	<i>I1: „Podle mě je to tak průměrně 2x týdně.“</i>
Spolupráce personálu a přítomnost mužů	<i>I3: „Ono je to ovlivněno i tím, že tu máme více sanitářů, jako mužů, než žen. Když se před autem objeví 2 statní chlapi, tak si většinou pacienti rozmyslí být agresivní. Záleží taky na jejich stavu.“</i>
Agrese především vůči mužům	<i>I2: „Myslím si, že pacienti nebývají agresivní vůči ženám, ale spíš vůči mužům.“</i>
Horší domluva s neklidným pacientem	<i>I3: „Určitě se snažíme vše zvládnout domluvou, klidným rozhovorem.“</i>

3.8 Metody ke zklidnění neklidného a agresivního pacienta

Pro zachování bezpečí všech osob na oddělení musí být neklidný pacient co nejrychleji zklidněn. Je to nezbytné pro zajištění bezpečného prostředí pro zaměstnance, ostatní pacienty, návštěvy, ale také je třeba chránit majetek, který může být terčem útoku neklidného pacienta. Způsoby, které vedou ke zklidnění pacienta jsou vždy stanoveny lékařem, jak potvrdili všichni oslovení informanti. I7 se vyjádřila následujícím způsobem: „*Pokud to naordinuje lékař a hrozí ohrožení zdraví mého, kolegů nebo pacientů, tak je musíme použít*“. Primárně se využívá klidná komunikace, domluva s pacientem, empatický a trpělivý přístup. Až v případě, kdy tyto prostředky nefungují, pak lékař stanoví, že je třeba využít farmakoterapii, izolaci pacienta, v extrémních případech kurtaci. Je zjevné, že ke kurtaci pacienta mají oslovení informanti mírně

odlišné způsoby. Všichni kurtaci považují za poslední možnost, jak zklidnit neklidného pacienta, zatímco někteří však kurtaci vnímají negativním způsobem, jiným informantům využití kurtace žádným způsobem nevadí. I7 uvedla: „V naší praxi používají především fyzické omezení, jako bezpečnostní pásy nebo dočasné omezení pohybu, vždy dle stanovených protokolů.“ I7 žádným způsobem nerozporuje užívání fyzických onemocnění, nedává najevo svůj nesouhlas. Naopak I2 uvedla odpověď, z níž je zcela patrná vysoká úroveň empatie této sestry a její snahy vcítit se do pocitů pacienta: „Kurty se snažíme používat co nejméně. Umíme si představit, jak to musí být pro toho pacienta nepohodlný.“ Podobným způsobem, který je založen na nechtí využívat omezovací prostředky odpověděla taktéž I8: „Ano, bohužel ano. Někdy je to jediná možnost, jak zajistit bezpečí pacienta i ostatních a personálu.“ Zde je tedy zcela patrné, že přístup sester je odlišný s ohledem na jejich vlastní poznatky, zkušenosti a schopnosti, avšak vždy musí být využita taková metoda, kterou určí lékař.

Tabulka 6: Kategorizace dat k tématu Metody ke zklidnění neklidného a agresivního pacienta

Kód	Citace
Farmakoterapie	I8: „Primárně se jedná o farmakoterapii, tedy podávání léků – antipsychotik, antidepressiv, anxiolytik, stabilizátorů nálady.“
Měkké techniky	I2: „Primárně se všichni snažíme zapojovat měkké techniky, takže nějaký ten rozhovor, snažit se ho jím uklidnit, vysvětlit danou situaci.“
Správná a klidná komunikace	I2: „Většinou se snažíme o deeskalaci pomocí klidné a empatické komunikace. Použití omezovacích prostředků je vyhrazeno jen pro opravdu krizové situace, kdy není možné jinak zajistit bezpečnost.“
Nutnost vše dokumentovat	I5: „Při jejich použití je nutné vést podrobnou dokumentaci, která zaznamenává čas, důvod, průběh zásahu a stav pacienta před a po zásahu. Musím vše zapisovat do dekurzu pacienta, hlídáme mu příjem tekutin, potravy. Dále hlídáme stav kůže u kurtování.“
Vše schvaluje lékař	I4: „Bud' to slovní domluvou většinou třeba lékař si s tím pacientem promluví.“ I1: „Vše ale musí povolit lékař.“
Co nejméně kurtovat pacienta	I1: „Pokud je nutné, použijeme i kurtaci.“

3.9 Komunikace s neklidným pacientem jako metoda ke zklidnění neklidného pacienta

Komunikační proces je pro práci na psychiatrickém oddělení klíčový, což potvrdili všichni oslovení informanti. Ti se zcela bez jakýchkoliv rozporů shodli na tom, že správně nastavená komunikace, která je přizpůsobena aktuálnímu stavu pacienta a jeho neklidu (který je způsoben onemocněním, abstinenčními příznaky, nesouhlasem pacienta s hospitalizací apod.) může velmi efektivně napomoci ke zklidnění pacienta, aniž by musely být implementovány jiné prostředky (farmaka, izolace na bezpečném pokoji, kurtace pacienta). Určité limity komunikace a jejího pozitivního účinku zmiňuje I2, která sice souhlasí s tím, že komunikace, která je správným způsobem nastavena, může pacienta zklidnit, avšak dodává, že to není úplně možné, *„pokud jsou pacienti opravdu jako psychotický a hodně dekompenzovaný“*. I4 k tomu dále dodává: *„No, řekla bych, že někdy s tím pacientem to jde jako po dobrém. Dá se s ním domluvit. Člověk nesmí jako hnedka být takový útočný, je lepší to vyřešit v klidu.“*. Je tedy patrné, že právě klidná komunikace s pacientem musí být základem přístupu k pacientovi, kdy personál na pacienta nesmí žádným způsobem křičet a dávat mu najevo svůj strach nebo obavy, s čímž souhlasí taktéž I1.

Právě komunikace je tedy klíčovým faktorem, který vede ke zklidnění neklidného pacienta. Každá sestra by proto měla být velmi vyvinuté komunikační schopnosti a dovednosti. I přesto, že se základy komunikace s pacientem vyučují v rámci standardního institucionalizovaného vzdělávání, faktem je, že je v rámci této profese běžný systém celoživotního vzdělávání a růstu sester. K této problematice oslovení respondenti přistupují odlišným způsobem. Možnost kurzu zaměřeného na rozvoj komunikačních dovedností by odmítla např. I1 a také I8, ta se vyjádřila následujícím způsobem: *„Upřímně? Už bych asi nechtěla. I když teoreticky vím, že by to bylo přínosné, už jsem tak unavená z těch situací, že mě to spíš odrazuje.“* Naopak ostatní oslovení informanti by takovou možnost uvítali a chtěli by se kurzu zúčastnit, I6 uvedla: *„Ano, s radostí bych toho využila.“*. Je patrný odlišný přístup a postoj informantů, obecně však sestry mají chuť se dále vzdělávat a zlepšovat své dovednosti a schopnosti.

Tabulka 7: Kategorizace dat k tématu Komunikace s neklidným pacientem

Kód	Citace
Klidná a empatická komunikace	I1: „Určitě ano, ale opět záleží na zdravotním stavu pacienta. Většinou poznáme, jestli si pacient dá říct nebo ne.“
Schopnost komunikovat s pacientem	I2: „Primárně se všichni snažíme zapojovat měkké techniky, takže nějaký ten rozhovor, snažit se ho jím uklidnit, vysvětlit danou situaci. Pochopit ho, zrcadlit mu ty jeho emoce“
Nelze dávat pacientovi najevo strach a obavy	I1: „Ano, hlavní je být v klidu, neprojevat strach, nekřičet.“
Není možné být na pacienta nepříjemný	I4: „No, řekla bych, že někdy s tím pacientem to jde jako po dobrým. Dá se s ním domluvit. Člověk nesmí jako hnedka být takový útočný, je lepší to vyřešit v klidu.“
Správná komunikace zklidní pacienta	I1: „Určitě ano, ale opět záleží na zdravotním stavu pacienta. Většinou poznáme, jestli si pacient dá říct nebo ne.“
Kurz správné komunikace s pacientem	I6: „Ano, s radostí bych toho využila.“

3.10 Vliv práce sestry na psychiatrickém oddělení na psychiku sestry

Práce sestry na psychiatrickém oddělení je vyčerpávající spíše psychicky, proto je patrné, že samotné sestry mohou potřebovat využít služby psychologa, který jim poskytne svou odbornou pomoc. Vliv neklidného pacienta a práce na psychiatrickém oddělení je na oslovené informanty zcela odlišný. Většina z nich sice uvádí, že si uvědomují, že jejich práce je náročná a jsou obrnění proti nevhodnému chování pacientů, protože ho chápou jako nedílnou součást jejich onemocnění, jiní však uvedli, že je pro ně psychicky problematické přijmout nutnost zneškodnit neklidného pacienta nepříjemnými formami (kurtace). I2 využila služby psychologa a své

pocity po setkání s neklidným pacientem definovala takto: „*Bývám někdy zmatená, někdy je mi do pláče. Ale vím, že se tak chovají proto, že jsou pod vlivem látky, která je ovlivňuje, nebo jsou pod vlivem svého onemocnění. A vím, že po odeznění těch akutních potíží, se z těchto pacientů stanou úplně jiní lidé.*“. Je patrné, že si informantka zcela uvědomuje to, že útok pacienti necílí proti ní jakožto lidské osobě, ale že je jejich chování přímo spojeno s jejich problémem, kvůli kterému se na tomto oddělení nachází. Informantka na svůj psychický stav však reagovala zcela adekvátně – vyhledala pomoc psychologa a konzultace s ním. Zcela opačný přístup má I3: „*Nejspíš žádné pocity nemám. Beru to jako součást mojí práce. Jsou to lidé jako každý, jen jsou nemocní.*“. Dle názoru I4 je klíčová délka zkušeností, které sestra postupem času získává: „*Ze začátku jsem se jich bála, nevěřila jsem jim. Když jsem k nim musela jít, nikdy jsem tam nešla sama. To teda děláme i teď, ale občas se stane, že je nutné jim k nim sama. Teď už docela vím, co od nich můžu čekat, jsem tak nějak připravená.*“. Odbornou pomoc kromě I2 také vyhledala I8, I6, I5, které v minulosti zažily fyzické napadení ze strany pacienta: „*Obvykle se jednalo o psychologickou podporu a supervizi, která mi pomohla pochopit a zvládnout trauma spojené s útokem.*“ I8 dodala, že v důsledku napadení ze strany pacienta musela být také v pracovní neschopnosti a musela se delší dobu duševně srovnat s útokem, který zažila. I8 práce na psychiatrickém oddělení natolik vyčerpává, že v době rozhovoru již byla ve výpovědní lhůtě, bude nastupovat na dětské oddělení a pečovat o nemocné děti.

Tabulka č.8 ke kategorizaci dat je uvedena na další straně práce.

Tabulka 8: Kategorizace dat k tématu Vliv práce sestry na psychiatrickém oddělení na psychiku sestry

Kód	Citace
Individuální vnímání vlivu neklidného pacienta	<p>I2: „Určitě mám, mám strach o sebe, to asi jako jo, ale určitě to je menší, než když jsem nastoupila. To jsem měla strach úplně ze všech. Ted' tak nějak plus mínus vím, že se jich víceméně bát nemusím.“</p> <p>I3: „Nejspíš žádné pocity nemám. Beru to jako součást mojí práce. Jsou to lidé jako každý, jen jsou nemocní.“</p>
Spokojenost se zaměstnáním	<p>I7: „I když jsem otevřená novým zkušenostem, zatím se cítím pohodlně a bezpečně na psychiatrickém oddělení. Přesto bych případně zvážila možnost dalšího profesního rozvoje, pokud by to pro mě znamenalo získat nové dovednosti.“</p>
Konzultace s psychologem	<p>I2: „Ano, po prvních směnách na uzavřeném oddělení, než jsem si trochu zvykla.</p> <p>Byl to rozhovor s psychologem.“</p>

4 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ

Tato závěrečná část práce se věnuje důkladnému zodpovězení výzkumných otázek, které byly stanoveny na počátku realizovaného šetření. Na základě získaných dat je předložen komplexní přehled o specifických aspektech práce sester na psychiatrických odděleních, četnosti setkávání s neklidnými pacienty, využívaných zklidňujících technikách a vlivu této náročné práce na psychiku ošetřujícího personálu.

VO 1: V čem je, podle Vás rozdíl, mezi prací sestry na psychiatrickém oddělení od práce sestry na jiných odděleních?

Výzkum jednoznačně potvrdil, práce sestry na psychiatrickém oddělení se od práce na jiných odděleních zásadně odlišuje, a to především v povaze nároků kladených na ošetrovatelský personál. Primární rozdíl nespočívá v technických dovednostech nebo invazivních zákrocích, nýbrž v intenzivním a neustálém tlaku na tzv. měkké dovednosti sester.

Klíčovou kompetencí se zde stává schopnost efektivní a cílené komunikace s pacienty. Tato komunikace je často vnímána jako terapeutický nástroj prvořadého významu, neboť právě správně zvolená slova a klidný přístup dokáží uklidnit neklidného pacienta a předejít eskalaci konfliktních situací. Dále je naprosto nezbytná hluboká empatie, umožňující sestře vcítit se do komplexního prožívání pacientů s duševními poruchami, které se může značně lišit od běžné reality. Od sester se vyžaduje ochotný a nezištný přístup podpořený skutečnou snahou pacientovi porozumět a pomoci mu.

Současně je pro úspěšné působení v psychiatrii zásadní vysoká míra trpělivosti a zároveň cílevědomosti. Práce s duševně nemocnými často zahrnuje komplexní a dlouhodobé stavy, kde zlepšení nejsou vždy okamžitá a vyžadují vytrvalost. Na rozdíl od somatických oddělení, kde je důraz kladen na specifické odborné dovednosti (například obsluha složitých medicínských přístrojů nebo provádění technických výkonů), psychiatrická péče klade akcent na pozornost k neverbálním projevům, změnám v chování a celkovému duševnímu stavu pacienta. Sestry musí být permanentně připraveny, aby byly schopny včas rozpoznat počínající známky agrese nebo agitovanosti, což je kritické pro preventivní zásah a zajištění bezpečnosti jak pacienta, tak celého oddělení. Tato zvýšená obezřetnost je nedílnou součástí jejich každodenní práce.

Psychiatrické prostředí klade na sestry také významné psychologické nároky. Musí být schopny efektivně zvládat stresové a emocionálně náročné situace, které často vyplývají z konfrontace s nepředvídatelným nebo potencionálně ohrožujícím chováním pacientů. Pro udržení

terapeutického prostředí je pro ně zásadní nedávat najevo strach nebo obavy, což vyžaduje vysokou úroveň sebekontroly, emoční inteligence a profesionality. Ačkoliv se od sester samozřejmě očekává solidní základ v obecné kvalitní péči o pacienta, není nezbytně nutné, aby měly předchozí specializované zkušenosti nebo formální odborné vzdělání přímo pro práci na psychiatrickém oddělení. Tento fakt však zároveň podtrhuje kritický význam neustálého rozvoje právě zmíněných měkkých dovedností a celkové adaptability v tomto specifickém a náročném oboru.

VO 2: Jaká je frekvence setkávání sester s neklidným a agresivním pacientem?

Provedený výzkum jednoznačně odhalil, že setkávání s neklidnými pacienty, jejichž chování může přerůst v agresivní projevy (ať už verbální útoky, fyzické násilí, nebo destrukci majetku), patří k běžné realitě práce sester na psychiatrickém oddělení a dochází k němu několikrát týdně. Je však důležité zdůraznit, že se jedná o nahodilé události s kolísavou frekvencí. Může se stát, že v průběhu jednoho týdne nebude zaznamenáno žádné neklidné chování pacientů, zatímco v týdnu následujícím mohou být incidenty téměř každodenní záležitostí.

Z hlediska typologie pacientů, kteří se nejčastěji projevují neklidem nebo agresí, stojí na prvním místě ti, kteří se léčí se závislostí na drogách nebo alkoholu. Následují pacienti trpící bludy, psychózou nebo v akutních fázích bipolární poruchy. Toto zjištění naznačuje přímou souvislost mezi určitými diagnózami a rizikem agresivního chování. Zajímavým, byť alarmujícím faktem je, že terčem agresivních útoků na psychiatrickém oddělení jsou statisticky častěji muži (například zdravotní bratři, sanitáři) než ženy. Nicméně, tento výzkum přinesl konkrétní důkazy o tom, že ani ženy nejsou před fyzickými útoky imunní: tři z oslovených informantek (informantky 5,6 a 8), které jsou ženy, již zažily fyzický útok ze strany pacienta, v jehož důsledku byly nuceny vyhledat odbornou psychologickou pomoc. Tento poznatek podtrhuje celkovou vysokou míru rizika a psychické zátěže, se kterou se sestry na psychiatrii musí denně potýkat.

VO 3: Jaké metody jsou používány pro zklidnění neklidného pacienta?

V situacích, kdy nastává bezprostřední a reálné ohrožení života nebo zdraví jak ošetrovatelského personálu, tak i samotného pacienta či ostatních osob v jeho okolí, je primární a nezbytné okamžité zpacifikování neklidného pacienta. Tento krok je často vyústěním selhání méně invazivních metod a slouží k zajištění akutní bezpečnosti. Po zvládnutí této krizové fáze a stabilizaci situace jsou další zklidňující postupy a terapeutické intervence indikovány a koordinovány ošetřujícím lékařem, často ve spolupráci s celým multidisciplinárním týmem.

V každodenní praxi se nejčastěji využívá kombinace přístupů. Klíčovou roli hraje farmakoterapie, která spočívá v cílené aplikaci specifických medikamentů. Tyto léky jsou navrženy tak, aby rychle a efektivně pacienta zklidnily, utlumily jeho neklid, agresí a navodily stav, který umožňuje eliminaci nežádoucího a potenciálně nebezpečného chování. Výběr a dávkování medikace jsou vždy individuální a závisí na diagnóze, celkovém stavu pacienta a akutnosti situace.

Paralelně s farmakoterapií je však absolutně klíčové a neopomenutelné důsledné využití nefarmakologických přístupů, jejichž základem je promyšlená a strategicky volená komunikace. Tato komunikace musí být vedena klidným, pevným ale zároveň respektujícím a empatickým tónem. Cílem je dát pacientovi najevo pochopení jeho stavu, uznání jeho emocí a projevit mu úctu, i když se jeho chování jeví jako iracionální. Právě měkké dovednosti, citlivý přístup a celkový klid personálu jsou zde naprosto zásadní, neboť pacientovi signalizují, že jakýkoli problém, včetně toho, který ho aktuálně trápí lze řešit konstruktivně, bez nutnosti násilí, sebedestrukce nebo zneužívání návykových látek. Sestry se učí aktivně naslouchat, nabízet podporu a budovat terapeutický vztah, který je základem pro dlouhodobou spolupráci.

Fyzické omezení pacienta, tzv. kurtace je na psychiatrických odděleních v České republice přísně regulováno a využívá se co nejméně, v souladu s etickými principy a platnou legislativou. Kurtace představuje krajní opatření, které je uplatňováno pouze v případech, kdy je to absolutně nezbytně nutné pro zajištění pacienta, personálu nebo okolí, a kdy se pacienta nedaří zklidnit jinými, méně invazivními způsoby, jako je verbální deeskalace nebo farmakologické intervence. Sestry si jsou plně vědomy, že kurtace není řešením podstaty pacientova neklidu ani jeho psychických obtíží, nýbrž představuje pouze dočasné krizové opatření pro zvládnutí akutní a ohrožující situace. Jejím cílem je ochrana, nikoli trestání, a vždy by měla být doprovázena pečlivým monitorováním pacienta a snahou o co nejrychlejší zrušení omezení.

VO 4: Jaký je vliv má práce na psychiatrickém oddělení a péče o neklidného pacienta na psychiku sestry?

Vliv specifického prostředí psychiatrického oddělení a častá nutnost péče o neklidné či agresivní pacienty na psychiku sestry se ukázal být vysoce individuální a značně variabilní. Vnímání a reakce na tyto náročné situace se výrazně liší v závislosti na osobnosti, předchozích zkušenostech jednotlivých oslovených informantů. To podtrhuje komplexnost psychologického dopadu této profese.

Zatímco některé sestry otevřeně přiznávají, že interakce s neklidným pacientem je pro ně hluboce zatěžující a vyvolává pocit strachu o vlastní bezpečí a intenzivní obavy, jež následně vedou k potřebě vyhledat profesionální psychologickou konzultaci, jiné sestry si během své praxe dokázaly vůči těmto útokům vytvořit jistou formu psychologického „obrnění“. Toto „obrnění“ není pasivní rezignací, ale spíše aktivně vybudovaným mechanismem, který je výsledkem rozsáhlého množství pracovních zkušeností, neustále nabývání praktických znalostí a rozvinutých odborných dovedností, včetně deeskalačních technik a efektivní komunikace. Tyto faktory jim umožňují lépe zvládat náročné situace, udržet si odstup a minimalizovat negativní psychický dopad na vlastní osobu.

Navzdory objektivní náročnosti a potencionální problematickejší výkonu práce sestry na psychiatrickém oddělení, je překvapivým a zároveň velmi důležitým zjištěním, že sestry jsou se svým zaměstnáním obecně spokojeny. Tento fakt naznačuje přítomnost silných vnitřních motivátorů a pozitivních aspektů. Které zřejmě převažují nad všemi obtížemi. Byla zaznamenána pouze jedna výjimka. Informantka číslo 8 vyjádřila nespokojenost se svým působením. Zajímavý byl také postoj Informantky 5, která sice teoreticky připustila možnost zvažování práce na jiném oddělení, avšak s velkým důrazem vyjádřila svou vysokou spokojenost se svým stávajícím zaměstnáním na psychiatrickém oddělení. Tyto aspekty naznačují, že navzdory psychickému zatížení mnoho sester nachází v práci s duševně nemocnými pacienty hluboký smysl a naplnění, což je klíčové pro udržitelnost profese a kvalitu poskytované péče.

5 DISKUSE

Z výsledků je patrné, že práce na psychiatrickém oddělení je pro sestry velmi náročná, a to i přesto, že sestry zde nepotřebují žádné speciální vzdělávání, konkrétní dovednosti, schopnosti a zkušenosti. Práci zde mohou vykonávat, aniž by měly absolvovaný speciální kurz zaměřený na péči o pacienty v psychiatrii, dostačující je střední zdravotnické vzdělání. To musí být nezbytně doplněno celou řadou měkkých dovedností, primárně komunikačních schopností. Toto potvrzují např. Koksteinová a Škubová (2015, s. 5), které zdůrazňují, že u sester působících na psychiatrickém oddělení je nezbytná velmi rozvinutá emoční inteligence a také schopnost sebereflexe, která pomáhá sestřám růst a rozvíjet se. Sestry se na psychiatrickém oddělení setkávají s pacienty s rozličnými psychiatrickými onemocněními, ti jsou v odlišných duševních rozpoloženích, někteří mohou být neklidní, často až agresivní. Výpis těchto psychiatrických onemocnění je velmi široký, jak potvrzuje Slovák a kolektiv (2018, s.191). Autor uvádí, že spektrum takových onemocnění spočívá od závislostí až po dědičná psychiatrická onemocnění. Agrese se zde nejčastěji projevuje v podobě verbálních urážek a křiku, pacienti však někdy svou frustraci dávají najevo taktéž fyzickým útokem, obvykle proti hmotným věcem, jen výjimečně také vůči ošetrovatelskému personálu. Burda (2014) s tímto koresponduje, dle něj je obvykle prvotním znakem agrese verbální útok, přičemž při nezvládnuté situaci neklid pacienta roste a ten se postupně může uchýlit až k fyzickému napadení ošetrovatelského personálu (Burda,2014, s.39-40).

Zatímco někteří oslovení informanti by uvítali další školení a vzdělávání v oblasti komunikace, která je klíčovým prvkem ve snaze zklidňovat neklidného pacienta, pro jiné informanty není vlastní další vzdělávání důležité. Faktem však je, že právě vzdělávání může sestřám napomoci správným způsobem zvládat neklidné pacienty a pak také eliminovat tlak na vlastní psychiku.

To zdůrazňuje taktéž Burda (2014), dle kterého musí být zdravotník dostatečně vzdělán v oblasti krizové komunikace, která může agresivní jednání pacienta eliminovat a může napomoci zlepšovat vztah mezi pacientem a sestrou (Burda, 2014, s. 39-40). Marek Štěpánek (2024) v závěru své bakalářské práce uvádí, že i zdravotnický záchranář se během výkonu své profese také často ocitá v komunikačně náročných situacích, a protože v těchto případech neexistují předem stanovené komunikační postupy, záleží pouze na schopnostech a komunikačních dovednostech jednotlivce.

Je patrné, že zvládnutí neklidného pacienta probíhá za pomoci různorodých metod a nástrojů, byla nalezena snaha o optimální metody zklidnění pacienta, kdy se kurtace využívá jen v

nezbytně nutných případech, primární důraz je kladen na to, aby došlo ke zklidnění pacienta za pomoci měkkých metod – klidná komunikace, trpělivost vůči pacientovi, projevení empatie, snaha pomoci pacientovi vyřešit jeho problémy, vybudování vztahu s pacientem, který je založen na důvěře a vzájemném respektu a úctě. Medikace je taktéž nástrojem, který je vhodný ke zklidnění pacienta, kladen je však primárně důraz na komunikační metody. I Příkryl (2011) ve své práci upozornil na to, že díky duševnímu onemocnění může u člověka dojít i k situaci, kdy člověk ztratí kontrolu nad svým chováním. V tomto případě je nutné okamžitě jednat, aby nedošlo k ohrožení jeho samotného nebo jeho okolí. Pokud selžou jiné metody zklidnění, může být dočasné omezení pacienta nevyhnutelné. I v takové situaci je však klíčové postupovat podle stanovených pravidel a zachovat ohleduplný a důstojný přístup. MUDr. Běhounek působící pod Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2022 vydal zprávu, která shrnuje problematiku omezovacích prostředků a nástrojů vhodných ke zklidnění agresivního pacienta. Ten uvádí, že je možno aplikovat některá opatření i proti vůli pacienta, to je však možno pouze v případech, kdy se pacient chová nebezpečně a je nezbytné ho okamžitě zklidnit, aby nedošlo k dalším újmám.

Každý z oslovených informantů vnímá svou práci individuálním způsobem, má odlišné postoje vůči některým otázkám a subjektivně vnímá problematiku možnosti vlastního zranění z důvodu napadení agresivním neklidným pacientem. Obecně je však možno shrnout, že si všichni informanti uvědomují důležitost individuálního přístupu k pacientům, snahu pacientům pomoci s jejich psychiatrickým problémem a nutnost implementovat do své práce osobní přístup založený na pochopení pacienta. Důležitost individuálního přístupu k pacientovi zdůrazňuje Zacharová (2016), dle které je klíčová úcta k pacientovi, empatie, pozitivní vztah k pacientovi.

Jen tak je možno vybudovat si s pacientem vztah, ve kterém není prostor pro násilí a napadání (Zacharová, 2016, s.31).

Do budoucna je nezbytné, aby se této problematice věnovala další pozornost, a to na odborné úrovni. Je nezbytné zajišťovat sestřám co největší úroveň bezpečnosti, důležité je také je adekvátně motivovat a zvyšovat prestiž jejich pracovní pozice. S tímto koresponduje také postoj MUDr. Běhouneka působícího pod Ministerstvem zdravotnictví ČR.

6 NÁVRHY DO PRAXE

Návrhy do praxe je možno formulovat na několika úrovních, protože do této problematiky vstupuje větší množství subjektů. Je důležité, aby docházelo k bezproblémové spolupráci všech jednotlivců, protože jen to dokáže zajistit optimální procesy uspokojování potřeb pacientů na psychiatrickém oddělení. To pak přirozeně vede k tomu, že pacienti budou klidnější a sníží se úroveň agresivního chování vůči sestřám.

6.1 Doporučení pro samotnou instituci, která provozuje psychiatrické oddělení

- přijímání pouze kvalifikovaných a zkušených sester, protože práce na psychiatrickém oddělení je velmi náročná a vyčerpávající a může vést k duševním problémům samotných sester,
- snaha přijímat větší množství zdravotních bratrů – muži mají obvykle přirozeně více fyzické síly, než je tomu u žen (zdravotních sester), což pacienty logicky odrazuje od útoků a napadení. Zdravotní bratr pak může snadno eliminovat fyzický útok pacienta, což může být pro drobnou sestru problém. Pacienti nemají tendenci napadat své okolí, pokud je přítomen silný muž, který vzbuzuje přirozený respekt,
- pravidelné nabízení školení a vzdělávacích aktivit zdravotním sestřám a bratrům, tyto aktivity nemusí být zacíleny pouze na zvládání neklidných pacientů, komunikační aktivity a rozvoj měkkých dovedností, ale mohou být zacíleny také na zvládání stresu, prevenci syndromu vyhoření apod.,
- dostatečná motivace zdravotních sester, a to nejen na finanční úrovni, ale také na úrovni nehmotné,
- cíleně posílit dostupnost psychologické podpory a supervize, protože je klíčové zajistit snadnou a pravidelnou dostupnost psychologické podpory a supervize pro veškerý personál, zejména po incidentech a agresivními pacienty. Cílem je prevence syndromu vyhoření, traumatizace a podpora psychické odolnosti sester. Může jít o individuální konzultace, skupinové supervize

6.2 Doporučení pro sestry pracující na psychiatrickém oddělení

- realizace pravidelné duševní hygieny, která je nezbytná pro duševní vyrovnaní se s takto náročným zaměstnáním, které je také potenciálně nebezpečné,
- snaha o vlastní fyzickou schopnost bránit se napadání, tedy např. absolvování kurzu sebeobrany apod.,
- pravidelné dovolené a odpočinek, které napomáhají duševní regeneraci,
- nebrat si práci domů, po splnění pracovních povinností se věnovat vlastním zálibám, rodině,
- v případě výskytu příznaků syndromu vyhoření začít vlastní situaci ihned řešit,
- pozitivní smýšlení.

6.3 Doporučení pro staniční sestru a další nadřízené osoby

- chválení zaměstnanců takovým způsobem, aby si byli vědomi toho, že si jejich nadřízení i celá instituce váží jejich náročnou práci,
- efektivní sestavování směn takovým způsobem, aby výrazně fyzicky slabé sestry byly na směně se zdravotním bratrem nebo fyzicky zdatnější sestrou,
- pozorování duševního stavu sester, v případě zaznamenání možných symptomů syndromu vyhoření je třeba ihned zakročit,
- pravidelné hodnocení pracovního výkonu sester, které působí nejen motivačně, ale může také napomoci lépe formulovat cíle do budoucna a zhodnotit změnu v pracovním výkonu sestry.

Na obecné úrovni je třeba zdůrazňovat fakt, že právě práce sester na psychiatrickém oddělení je velmi důležitá, náročná, ale také nebezpečná a není vhodné ji bagatelizovat.

7 SILNÉ A SLABÉ STRÁNKY VÝZKUMU

Silnou stránkou tohoto výzkumu je především jeho kvalitativní povaha, která umožnila získat hluboký a detailní vhled do subjektivního vnímání a reálných zkušeností sester přímo z praxe psychiatrických oddělení. Získané poznatky poskytují autentický pohled na každodenní realitu, která by nebyla plně zachytitelná čistě kvantitativními metodami. To přináší cenné poznatky o komplexních fenoménech, jakou jsou stresory nebo emoční dopady.

Mezi slabé stránky patří především omezený počet informantů, což přirozeně omezuje zobecnitelnost výsledků na celou populaci psychiatrických sester v České republice.

Bohužel je na psychiatrických odděleních málo sester, které by se chtěly na výzkumu podílet, což ovlivnilo i realizaci výzkumu v této práci. Dále se výzkum zaměřil převážně na ženský ošetrovatelský personál, což mohlo ovlivnit některá zjištění, například o cíli agresivních útoků.

Budoucí výzkum by proto mohl profitovat z rozšíření vzorku a zahrnutí většího počtu mužských informantů pro komplexnější a reprezentativnější pohled. Dále by bylo možné zvážit kombinaci kvalitativních a kvantitativních metod pro širší validaci zjištění.

8 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se důkladně zabývala problematikou práce všeobecné i praktické sestry na psychiatrickém oddělení, s primárním zaměřením na charakteristiku této náročné profese. Hlavním cílem bylo popsat specifika práce zdravotnického personálu v psychiatrii, se zvláštním zřetelem na frekvenci a povahu napadení, kterým jsou sestry vystaveny v průběhu své každodenní praxe. Díky tomu práce nabízí cenný vhled do jedné z nejnáročnějších, avšak zároveň klíčových oblastí ošetrovatelské péče.

Práce byla rozdělena do dvou hlavních částí. Teoretická část představila základní pojmy a teoretický rámec nezbytný pro pochopení řešené problematiky. Byla založena na pečlivém výběru relevantních odborných monografií a dalších zdrojů, které se věnovaly historii psychiatrie, klasifikaci duševních onemocnění, specifikům ošetrovatelské péče v tomto oboru a problematice omezovacích prostředků. Praktická část spočívala v realizaci kvalitativního šetření, konkrétně formou polostrukturovaných rozhovorů s oslovenými sestrami pracujícími na psychiatrickém oddělení. Byly získány detailní osobní výpovědi, které umožnily hluboký vhled do prožívání respondentek. Je však důležité zdůraznit, že vzhledem k povaze kvalitativního výzkumu a velikosti konkrétního vzorku sester, není možné zjištěné výsledky paušálně zobecňovat na celou populaci psychiatrických sester, protože jsou platné primárně pro oslovené informanty.

Jedním z klíčových zjištění tohoto výzkumu je poznatek, že každá z oslovených sester se pravidelně setkává s neklidným pacientem, který má tendenci verbálně i fyzicky napadat své okolí. Jelikož právě sestra je osobou, která se denně, po celou dobu hospitalizace, o pacienta stará a komplexně pečuje o jeho potřeby, stává se často i terčem napadení, zejména pokud u pacienta dochází ke zhoršení psychického stavu, nebo pokud prochází procesem abstinence od návykové látky. Sestry zažívají situace spojené s neklidným pacientem několikrát týdně.

Standardem je přitom verbální napadení, kdy pacient sestru uráží, používá vulgární výrazy a křičí. V těchto případech se ukázalo, že situace lze efektivně zvládnout pomocí správného a vlídného přístupu, vhodné komunikace a důsledné implementace měkkých dovedností, jako je empatie a schopnost deescalace. Méně často, avšak přesto významně, dochází k fyzickému napadení. V rámci tohoto šetření se takové zkušenosti týkaly tří respondentek. V případě fyzického napadení je přirozené, že sestra se musí potýkat s nepříjemnými fyzickými i duševními důsledky dané situace, které mohou zahrnovat modřiny, ale i psychickou

traumatizaci. Vnímání a zvládání takových situací je vysoce individuální. Zatímco někteří jedinci jsou schopni je zpracovat sami bez odborné pomoci, pro jiné je důležité, až nezbytné, vyhledat pomoc odborného psychologa. Pozoruhodným zjištěním je, že pouze u jedné sestry, která byla v minulosti pacientem fyzicky napadena, dospěla do fáze, kdy podala výpověď ze svého zaměstnání na psychiatrickém oddělení a rozhodla se pro změnu působiště, což naznačuje celkovou vysokou odolnost a loajalitu personálu.

Na základě výsledků výzkumu je třeba důrazně podtrhnout, že práce sester na psychiatrickém oddělení je mimořádně náročná, a to nejen po fyzické stránce, ale především psychicky. Přestože sestry o pacienty pečují s maximální snahou a pomáhají jim zvládnout nepříznivou životní situaci s cílem výrazně zvýšit kvalitu jejich budoucího života, čelí neustálému tlaku a rizikům. Je proto klíčové, aby bylo pro sestry na psychiatrickém oddělení zajištěno co nejbezpečnější a nejvíce podpůrné pracovní prostředí, ve kterém se budou cítit příjemně a bezpečně. Neméně důležité je, aby význam a náročnost jejich práce byly neustále zdůrazňovány a oceňovány jak ze strany vedení, tak i celé společnosti, a aby sestry byly adekvátně odměňovány za jejich nezastupitelný přínos k duševnímu zdraví komunity. Budoucí výzkum by se mohl zaměřit na implementaci a efektivitu intervenčních programů pro zvládání agresivity pacientů a na dlouhodobé dopady psychické zátěže na sestry v psychiatrické péči.

9 POUŽITÁ LITERATURA

- APIV B, 2020. *Specifické poruchy učení u žáků středních škol*. [online] Zapojevsechny.cz, 13. října. [cit.11.06.2025]. Dostupné z: [https://zapojevsechny.cz/clanek/specificke - poruchy uceni - u- zaku - srednich - skol/](https://zapojevsechny.cz/clanek/specificke-poruchy-uceni-u-zaku-strednich-skol/)
- Apollo Hospitals. (2025). Schizotypální porucha osobnosti – příčiny, příznaky a léčba. *Apollo Hospitals*. Online. Dostupné z: [https://www.apollohospitals.com/cs/diseases - and conditions/schizotypal - personality - disorder - causes - symptoms - and - treatment](https://www.apollohospitals.com/cs/diseases-and-conditions/schizotypal-personality-disorder-causes-symptoms-and-treatment) . [cit. 20250605].
- ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9307-3. Dostupné také z: [https://www.bookport.cz/kniha/socialni - pece - 2 dil- 2593/](https://www.bookport.cz/kniha/socialni-pece-2-dil-2593/).
- BURDA, P. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.
- Česká a Slovenská psychiatrie*. Online. 2020, roč. 116, č. 1. Galén, 2020. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1306>. [cit. 2025-06-04].
- DÁVIDOVÁ, Michaela. *Patologické hráčství: výskyt, diagnostika, léčba, komplexní pohled na problematiku*. Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2075-8. Dostupné také z: [https://www.bookport.cz/kniha/patologicke - hracstvi - 6803/](https://www.bookport.cz/kniha/patologicke-hracstvi-6803/).
- DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch: 2., přepracované vydání*. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9854-7. Dostupné také z: [https://www.bookport.cz/kniha/diagnostika - a- terapie - dusevnych - poruch - 2303/](https://www.bookport.cz/kniha/diagnostika-a-terapie-dusevnych-poruch-2303/).
- DREHER, Jan. *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně*. Přeložil Leoš LANDA. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0133-7.
- DVOŘÁK, Ondřej. *Já, droga*. Grada, 2022. ISBN 978-80-271-6753-1. Dostupné také z: [https://www.bookport.cz/kniha/ja - droga - 11229/](https://www.bookport.cz/kniha/ja-droga-11229/).
- EUC. (2021). Demence – příčiny, příznaky, druhy a léčba. EUC.cz. [Online].13.prosinec. Dostupné z: [https://euc.cz/clanky - a- novinky/clanky/demence - priciny - priznaky - druhy - a lecba/](https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/demence-priciny-priznaky-druhy-a-lecba/) . [2.6.2025].
- FLORENCE, 2019. Od čarodějnických procesů po psychiatrické léčebny. *Florence plus*. 2019, roč. 2019, s. 5. ISSN 2570-4915. Dostupné také z:

<https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/od-carodejnickych-procesu-po-psychiatricke-lecebny/>.

GESUNDHET.GV.AT. (2022). *Vaginismus*. [online] Dostupné z: <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/geschlechtsorgane/sexual-dysfunktionen/vaginismus> [Cit: 2025-06-09].

HAVRÁNKOVÁ, J. Ošetrovatelská péče o neklidného pacienta na gerontopsychiatrickém oddělení. Online. Bakalářská práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. 2012. Dostupné z: <https://theses.cz/id/0kd7yv/>.

HOSÁK, Ladislav; HRDLIČKA, Michal a LIBIGER, Jan. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Druhé vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-802465088-3.

HOSÁKOVÁ, J. (2019). *Základy psychiatrie pro speciální pedagogy*. [online PDF] Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě. Dostupné z: <https://repozitar.cz/repo/39429/Zaklady-psychiatrie-pro-specialni-pedagogy.pdf> [Citováno 12. června 2025].

HRUŠKOVÁ, L. (2023). *Autismus: Způsob myšlení, nikoli nemoc*. [online] 20.11.2023, [Cit. 11. 06. 2025]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/dospely-autista/> [Citováno 11. června 2025].

JOCHMANNOVÁ, Leona a KIMPLOVÁ, Tereza. *Psychologie zdraví: Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Grada, 2022. ISBN 978-80-271-4717-5. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychologie-zdravi-10751/>

KOKSTEINOVÁ, Nikol a ŠKUBOVÁ, Jarmila. *Doménou psychiatrické sestry je komunikace - rozhovor*. Online. 2015, č. 11. 2015. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/10/domenou-psychiatricke-sestry-je-komunikace/>. [cit. 2025-05-08]

KUBEŠOVÁ, B. Aspergerův syndrom se netýká jenom dětí. Jak se tato porucha projevuje? [online] 25.8.2022, [cit. 11.06.2025]. Dostupné z: Zdravi.euro.cz, 25. srpna. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/aspergeruv-syndrom-autismus-u-deti-u-dospelych/>

KUBEŠOVÁ, B. Paranoidní porucha osobnosti: příznaky a léčba. Zdraví.euro.cz [online]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/paranoidni - porucha - osobnosti - priznaky - lecba/> [Cit:2025-06-09].

LIBIGER, Jan. Krátká historie psychiatrie. In: Psychiatrie a pedopsychiatrie. Druhé vydání. Praha : Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. 2021, s. 16-27. ISBN: 97880246-5088-3

MARTÍNKOVÁ, L. (2016). *Agrese – Co o ní víme?*. [online] Dostupné z: <https://psychologieprokazdeho.cz/agrese-co-o-ni-vime/> [Citováno 13. června 2025]. vydáno 31.12.2016

MEDITORIAL, 2019. *Jednání s rozzlobeným pacientem: Jak správně postupovat?*. In: Prosestru.cz [online] Dostupné z: <https://www.prosestru.cz/novinky/jednani - s rozzlobenym - pacientem - jak- spravne - postupovat - 107879> [Citováno 13. června 2025].

MEDITORIAL, 2025, *Substituční léčba*. In. substitucni-lecba.c [online]. 2025. MeDitorial+, 2025. ISSN 1804-0799. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/novinky/benzodiazepiny - a- rizika - spojeny - s- jejich - uzivanim - 501>. [cit.04.06.2025].

MINISTERSTVO zdravotnictví ČR, 2022, Doporučený postup: Používání omezovacích prostředků, IN: *Reforma péče o duševní zdraví* [on-line]. © 2023 MZČR [cit. 20230604]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/doporuceny - postup - pouzivani omezovacich - prostredku>

NEUMANOVÁ Lenka, HABÁŇOVÁ Jana, ŠEFLOVÁ Lenka, *Omezovací prostředky v ošetrovatelské praxi*. Olomouc: Fakultní nemocnice Olomouc, 2018.

NOVÁKOVÁ, A. (2018). Stigmata osob s duševním onemocněním. Bakalářská práce, Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, Praha. Dostupné z: <https://www.dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/102820/130247615.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

PASTOR, Z. (2017) *Gynekologická sexuologie*. proLékaře.cz [online]. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/kreditovane - kurzy/gynekologicka - sexuologie 130/gynekologicka_sexuologie - 127 [Cit: 2025-06-09].

PRAŠKO, Ján; LÁTALOVÁ, Klára a KAMARÁDOVÁ, Dana. *Panická porucha*. Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9209-0. Dostupné také z: https://www.bookport.cz/kniha/panicka_porucha - 2555/

PŘIKRYL, Petr. *Používání omezovacích prostředků u pacientů*. Praha, 2011, s. 122. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Bc. Ivana Šlaisová. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/37588/130054075.pdf?sequence=1&is>

PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje*. Psyché. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5452-9.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4604-6.

ŘEZNÍČKOVÁ, H. PETŘÍK, B. *Je nárůst nemocných trpících mentální anorexií podmíněn společensky?* In. Florence.cz [online]. 2016, roč. 2016. 2016. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne - clanky/florence - plus/je - narust - nemocnych - trpicich mentalni - anorexi - podmnen - spolecensky/>. [cit. 2025-06-06].

KULHÁNEK, Jan. Online. *Šance dětem*. 2023, s. 7. ISSN 1805-8876. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/nejcastejsi - dusevni - onemocneni>. [cit.07.05.2025].

SEDLÁČKOVÁ, Z. et al. (2015) *Suicidalita u poruch osobnosti*. Psychiatrie pro praxi 16(3e), [online] Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/03/04.pdf> [Cit: 202506-09].

SLOVÁK, Dalibor; PRZECZKOVÁ, Petra; DAŇKOVÁ, Šárka a ZVOLSKÝ, Miroslav (ed.). *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. (2020). *Kleptománie*. [online] Praha: Národní zdravotnický informační portál. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/257 - kleptomanie> [Cit. 2025-06-09] STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Opiáty. Online. *Nzip.cz*. 2023, article 245, s. 3. ISSN 26950340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/245 - opiaty>. [cit. 2025-05-21].

ŠILHÁN, Petr a Ondřej PĚČ. O vzniku center krizové péče v nemocnicích - úvodník. Česká a slovenská psychiatrie. 2022, 118(1), 5-6. ISSN 1212-0383. Dostupné také z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2022_1_005_006.pdf

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Grada, 2017. ISBN 978-80-271-9951-8. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/krize - a- krizova - intervence - 4081/>.

ŠTĚPÁNEK, M. Komunikace zdravotnického záchranáře ve specifických situacích. Online. Bakalářská práce. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. 2024. Dostupné z: <https://theses.cz/id/sm8un6/>.

VALENTA, Milan; MICHALÍK, Jan a LEČBYCH, Martin. *Mentální postižení: 2., přepracované a aktualizované vydání*. Grada, 2018. ISBN 978-80-247-3050-9. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/mentalni - postizeni - 4593/>.

VEVERA, J., NICHTOVÁ, A., STRUNZOVÁ, V., PETR, T. & NAWKA, A. (2018). Primární prevence a intervence u agitovanosti a agresivity v klinické praxi. *Česká a slovenská psychiatrie*, 114(6), s. 260–263. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1238>

WEISS, Petr; KOLIBA, Peter; NĚMEC, Martin a DIBONOVÁ, Markéta. *Sexuální výchova: pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2655-2. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/sexualni - vychova - 6048/>.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 9788027101566.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení - 2., aktualizované a doplněné vydání*. Grada, 2017. ISBN 978-80-271-9674-6. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/zdravotnicka - psychologie - 3053/>.

Příloha č. 10 – Všeobecná sestra – Ošetrovatelská péče v psychiatrii (bez data). *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR* č. 4/2020 [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: [Všeobecná sestra – Ošetrovatelská péče v psychiatrii](#) [cit. 12. června 2025]. uLékaře.cz. (2017). *Deprese je nemoc mnoha podob. Poznejte ji včas!*. [online]. ISSN 18025544. Dostupné z: [Deprese | uLékaře.cz](#) [Citováno 16. června 2025]

10 PŘÍLOHY

Příloha A: ukázka rozhovoru:

Dobrý den, jmenuji se Lenka Šimková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií v Pardubicích. Studuji obor Všeobecné ošetrovatelství. Kontaktovala jsem Vaši vrchní sestru se žádostí o možnosti provedení výzkumu do mé bakalářské práce s názvem Práce sestry na psychiatrickém oddělení. Vrchní sestra s provedením výzkumu souhlasila.

Prosím, můžeme tedy někde v soukromí uskutečnit rozhovor k této práci?

Budu se Vás tedy ptát na otázky. Vaše odpovědi budu zaznamenávat na mobilní telefon, ve kterém mám aplikaci pro zaznamenání našeho rozhovoru.

Nejdříve mi tedy řekněte, zda souhlasíte s tímto záznamem?

Otázky k rozhovorům se sestrami byly inspirovány a realizovány na základě bakalářské práce, kterou vypracovala Havránková již v roce 2012.

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru zdravotnictví?
3. Jaká je Vaše délka praxe na psychiatrickém oddělení?
4. Na jakém oddělení jste pracovala dříve?
5. Máte specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii?
6. Jaká jsou dle Vašeho názoru rozdíly v ošetrovatelské péči na psychiatrickém oddělení a mezi ošetrovatelskou péčí na standardním oddělení?
7. Jaký je rozdíl mezi režimem uzavřeného a otevřeného oddělení?
8. Na Vašem oddělení se setkáváte s neklidnými pacienty, jak často se s nimi setkáváte?
9. Jaké jsou symptomy chování u neklidného pacienta?
10. Jakým způsobem je neklidné chování pacienta na Vašem oddělení nejčastěji zvládáno?
11. Víte, jak správně komunikovat s neklidným pacientem?
12. Pokud by Vám zaměstnavatel zajistil možnost zúčastnit se kurzu o správné komunikaci s neklidnými pacienty, využila byste tuto možnost?
13. Jaké omezování prostředky nejčastěji používáte?
14. Jak se cítíte, když musíte použít omezovací prostředky?
15. Jak se cítíte po setkání s neklidným pacientem?

16. Byla jste někdy fyzicky napadena neklidným pacientem?
17. Pokud ano, musela jste vyhledat odbornou pomoc?
18. Pokud ano, specifikujte jakou.
19. Máte na Vašem oddělení možnost konzultace s psychologem?
20. Pokud byste se Vám naskytla možnost pracovat na jiném oddělení, využila byste ji?

Příloha B: Ukázka barevného schématu přidělení kódů

Jaká jsou, podle Vás, specifika ošetrovatelské péče o pacienty na Vašem oddělení? Specifikace nevíme přesně jako definovat. Neznalost specifik psychiatrické péče

V čem je spolupráce s pacienty na Vašem oddělení jiná než na standardním oddělení? Liší se to na standardní a tady no. Ale nevím, jak to definovat. Odlišnost péče standardního a psychiatrického oddělení

S jakými druhy onemocnění jsou na Vašem oddělení pacienti hospitalizováni? Alkoholismus, drogová závislost, gambling, deprese, úzkosti, pokusy o sebevraždu, bipolární porucha. Nejčastější onemocnění

Jaké metody léčby nejčastěji ordinují lékaři na Vašem oddělení? Sedativa (Oxazepam, antipsychotika (Quetiapin, Haloperidol), benzodiazepiny (Neurole, Rivotril), antidepresiva (Sertralin, Cipralex). Nejčastější skupiny léků

Jaká je průměrná doba hospitalizace pacientů na Vašem oddělení? Záleží na stavu pacienty, ale řekla bych, že v průměru asi měsíc a půl. Měsíc a půl průměr hospitalizace

Jaký je režim oddělení/denní řád pro pacienty? Uzavřené oddělení a otevřené oddělení? Na obou odděleních začínáme ráno rozcvičkou, po vžitě bývá snídaně. No uzavřeném oddělení musí pacienti dodržovat dobu, kdy mohou jít na dvorek kouřit, kávu jim také vaříme dle časového rozvrhu. Na uzavřeném oddělení nesmí mít pacienti u sebe věci, o které by se mohly poradit oni sami nebo i druzí pacienti. Takže potřeby na holení, věci, které mají skleněné obaly také nesmí mít u sebe. Někteří pacienti u sebe nemají ani mobilní telefon. Vše mají uložené v boxech na sesterně a na vyžádání jim to vydáme. Ale např. holení mohou provádět jedině pod dozorem sanitáře. A mobilní telefon jim půjčíme, pokud to mají povoleno od lékaře. Aby pacienti nebyly celý den na pokojích, mají na uzavřeném oddělení možnost zahrát si karty, nebo člověče nezlob se. Na otevřeném oddělení je volnější režim. Po snídání mají pacienti různé terapie, malují, vyrábí různé výrobky. Máme tu přímo sestřičku, která se věnuje těmto terapiím. dopoledne chodí i na společné procházky mimo areál nemocnice s doprovodem sestřičky. Někteří pacienti můžou chodit odpoledne na vycházky i bez doprovodu, ale musí se vrátit ve stanovený čas. Důležitost terapií, striktní pravidla

Obrázek 2: Ukázka barevného schématu přidělování kódů

