



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra Ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# **Práce sestry při péči o klienty v domově se zvláštním režimem**

Vypracoval: Mlýnková Dana  
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

České Budějovice 2014

## **Abstrakt**

### **Práce sestry při péči o klienty v domově se zvláštním režimem.**

Domov se zvláštním režimem je zařízení, které poskytuje specifické služby psychicky nemocným lidem, přičemž respektuje práva a individuální potřeby klientů. Tato bakalářská práce se věnuje práci sestry, která pečuje o klienty právě v tomto zařízení. Soustředí se na specifickou péči a rizika související s tímto posláním. V domovech jsou nejčastěji ubytováni klienti s diagnózou schizofrenie, Alzheimerova choroba nebo mentální retardace. Tato onemocnění sebou nesou snížení soběstačnosti a sebestarčivosti, kterou rodina není schopna sama zajistit. V těchto zařízeních se často setkáváme s agresivním chováním klienta, které jde ruku v ruce s některým, již zmiňovaným, onemocněním. Z důvodu specifik péče, které se objevují při práci s psychicky nemocnými klienty a rizika, která zde vznikají, je nutné, aby sestry vykonávající práci v těchto domovech byly dostatečně informované, soběstačné a vzdělané.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části a to teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsána historie péče o psychicky nemocné jedince, dále jsou jmenovány současné formy péče o psychicky nemocné a stručně je popsáno i dělení psychiatrických chorob. Z možné škály onemocnění jsou vybrány tři nemoci a to schizofrenie, Alzheimerova choroba a mentální retardace. Tyto choroby byly vybrány pro jejich největší zastoupení v domovech se zvláštním režimem. Teoretická část se především zabývá zvláštností ošetrovatelské péče v domovech se zvláštním režimem.

Pro zpracování práce byly vytyčeny dva cíle. Zjistit specifika práce sestry při péči o klienty v domově se zvláštním režimem a identifikovat rizika práce sestry spojená se specifickou péčí u klientů s psychiatrickým onemocněním.

Pro zpracování vybraného tématu byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu pomocí polo strukturovaného rozhovoru a zúčastněné skryté pozorování.

Praktická část práce obsahuje výsledky kvalitativního výzkumu, které byly získány z rozhovorů se sedmi registrovanými sestrami pracujícími v domově se zvláštním režimem. Sestry měly různou délku praxe s psychicky nemocnými klienty, která se

pohybovala v rozmezí 2 - 25 let a byly ve věku 35 - 52 let. Dvě dotazované sestry pracovaly v Domově Libnič a CSS Empatie a zbylých pět v CSS Emausy. Obě zařízení jsou registrována jako domovy se zvláštním režimem.

Odpovědi sester byly zpracovány do dvou kategorií. Specifický přístup sestry a rizika pro sestru v domově se zvláštním režimem. Každá kategorie byla ještě rozdělena do podkategorií. Z výsledků vyplynulo, že specifickým přístupem pro sestry je takové chování personálu, které vede ke klidnému a spokojenému životu klienta. Jako specifické sestry vidí zvládnání agrese klienta, aktivizace v domově, práci a povinnosti klíčového pracovníka a velice specifická je i komunikace s psychicky nemocným klientem. Sestry se vyjadřovaly i ke změnám v domovech se zvláštním režimem. V další části šetření byly sestry dotazovány na rizika pro sestru v domově se zvláštním režimem. Bylo zjištěno, že jako rizika sestry označují agresi a negativní vliv práce s psychicky nemocnými klienty na psychiku sestry. V rozhovorech byly zaznamenány i žádané výhody pro sestry pracující s takto nemocnými.

Další část šetření obsahovala zúčastněné pozorování a věnovala se problematice komunikace sester s klienty, práce klíčových pracovníků a umění zvládnutí agrese sestrou. Pozorování bylo zaměřeno také na ochranu sestry před agresí a dodržování restriktivních opatření domova.

Veškeré zjištěné výsledky rozhovorů byly graficky zpracovány do schémat a pro zjištěné skutečnosti ze skrytého pozorování bylo zvoleno zpracování do tabulky.

Z výsledků šetření vyplývá, že sestry znají a uvědomují si specifika práce sestry v domově se zvláštním režimem. Z výsledku také dále vyplynulo, že pro spokojeného a neagresivního klienta je nutný individuální přístup. Bylo zjištěno, že kvalitní přístup sestry záleží na její empatii, informovanosti ale i délce praxe v těchto domovech a také že si sestry uvědomují nezbytnost restrikcí, nutnost znalosti rizik a spouštěčů agresivního chování klienta. Uvědomují si, že zde, víc než kde jinde, pro dobrou pohodu domova přispívá její vstřícné chování. Sestry se shodují na tom, jak je důležitá pro klienta jeho aktivizace a dobré působení klíčového pracovníka.

Při pozorování výzkumného souboru bylo zjištěno, že jsou podceňována možná rizika související s ohrožením vlastní bezpečnosti. Sestry si nepřipouštějí, že by je mohl

agresivní klient ohrozit natolik, že by vyhrocenou situaci agresivním klientem nemusely zvládnout samy a potřebovaly by tak pomoc od dalšího personálu. O této skutečnosti svědčí fakt, že žádná ze sester u sebe nenosí pager, který jim v této situaci může pomoc zajistit. Všechny sestry se shodují na tom, že vědí a umějí si poradit ve chvílích agrese klienta. Pozorování tento fakt také potvrdilo. Bylo zjištěno, že délkou praxe s podobně nemocnými klienty sestra získává umění kvalitní a účinné komunikace s klientem.

Z výsledku výzkumného souboru tedy vyplynulo, že práce sestry s psychicky nemocnými klienty má svá specifika, která jsou v této bakalářské práci jmenována. Sestry pracující v domovech se zvláštním režimem si tato specifika uvědomují a pracují s nimi. Jsou si vědomy, jaký mají mít přístup ke klientovi, jak zvládat agresivního klienta. Také připouštějí, že pracovat zde není jednoduché a to vše působí i na jejich psychickou pohodu, o kterou se musí náležitě starat a předcházet tak negativnímu vlivu na klienty, který by vzešel ze selhávající psychiky sestry.

Tato bakalářská práce bude použita při zapracování nelékařských zdravotnických pracovníků nastupujících do domova se zvláštním režimem. Dále pak na základě výsledků šetření budou sestry při pravidelných konzultacích všech pracovníků domova se zvláštním režimem s výsledky seznámeny a upozorněny na nedostatky, což může vést ke zkvalitnění péče o klienty a ochraně personálu. V tomto případě se jedná jak o Domov Libnič a CSS Empatie, tak CSS Emausy.

Klíčová slova: sestra, domov se zvláštním režimem, specifikum, riziko, agrese

## **Abstract**

### **A nurse's work in the care of clients in the home with the special regime.**

The house with the special programme is an institution providing specific services for the people with mental disorders, while respecting their rights and individual needs of them. This bachelor thesis pays attention to the work of nurse, who is taking care for the clients just in a such type of institution. It is focused on the specific care and the risks which are connected with its role. In the houses there are placed mainly clients with diagnosis as Schizophrenia, Alzheimer's disease or mental retardation. These diseases bring reduction of self-sufficiency and self-control which family is not able to provide by itself. At these institutions we can often meet with the aggressive behaviour of client, going hand in hand with some of the noticed diseases. From the reason of specific care, which can appear in the work with the mental diseased clients and risks beginning here. It's necessary, that the nurses which are working in these houses are enough informed, self-reliant and well educated.

Bachelors thesis is divided into two parts, both are theoretical and practical. In the theoretical part, there is description of the care history for mentally ill persons, further, there are named the present forms of care for mentally ill people and there is a short description of distribution of mental illnesses also. From the spectrum of diseases which are possible were chosen three of them – Schizophrenia, Alzheimer's disease and mental retardation. These were chosen for their highest representation in the houses with the special programme.

Two goals were determined for treating of this thesis. Detection of the specifics of the nurses' work according to the care for clients in the house with the specific programme and identification of risks of the nurses' work, connected with the specific care for clients with mental disorder.

For treating of this chosen topic, there was picked the qualitative method of research with the help of the semi-structural dialogue and the involved hidden observation.

Practical part of thesis contains results, of the qualitative method of research, which

were obtained from the dialogues with seven registered nurses working in the house with the special programme. Nurses had various length of practice with the mentally ill clients in an interval 2-25 years. They were in the age of 35-52 years. Two interviewed nurses in the House Libnič and CSS Empatie, remaining five nurses in CSS Emausy. Both these institution are registered as the house with the special programme.

Answers of the nurses were treating into two categories. Specific access of nurse and the risks for her in the house with the special programme. Every category was divided into sub-categories. The result of it was, that the specific access for the nurse is such a type of behaviour of staff, that is directed at the quiet and pleased life of client. As specific, the nurses see managing of aggression of client, activation at the house, work and duties of the key-employee and there is very special communication with the mentally ill client. Nurses expressed on the changes in the house with the special programme too. In the second category were nurses asked about the risks for them in these houses. It was found out, that the risks, termed by nurses, is aggression and negative influence of this work with mentally ill clients to psychological condition of nurse. In the dialogues, there haven't been noticed any advantages or disadvantages for the nurses, who are engaged in these diseased.

Another part of researching contained sharing part of researching and was devoted to the problems of communication among nurses and clients, work of the key employees and abilities to manage aggression by nurse. Researching was focused of protection of nurse against aggression and keeping of restrictive precautions of home.

All detected results of dialogs were compiled in the graphic form to the diagrams. For results from the hidden observation there was used the diagram treating.

From conclusions of researching results, that nurses know and realize themselves the specifics of the nurses' work in the house with the special programme. Another conclusion is, that for self-satisfied and non-aggressive client, there is necessary individual access, it was found, that the first-class of nurses' access depends on theirs empathy, awareness, but it depends on the length of her practice too. It is also important, that nurses which realize themselves necessity of restrictions, knowledges of the risks and the starters of the clients' aggressive behaviour. They realize themselves,

that here, more than no matter where, for a good humour of home, gives help her willing behaviour. Nurses agree with importance of activation for client and positive impression of the key employee.

During observation of the experimental group was found out, that the possible risks, connected with endangering of own life are underestimated relatively often. Nurses do not admit endangering from the aggressive client so much, that they are not able to see becoming acute situation, which they can not manage without help from the next staff. About this reality proves the fact, that no one of these nurses carries peager, which could ensure them help in some dangerous situation. All nurses are according the opinion, that they are able to get along with the moments of the clients' aggressivity. Observation confirmed this fact. It was found, that with the length of practice nurse obtains fine of first rate and effective communication with the client.

From the result of the experimental set resulted in, that nurse's work with the mentally ill clients has its specifics, which are described in this bachleors thesis. Nurses in the houses with the special programme realize these specifics and work with them. They are in position about their access to client and how to manage him. They admit too, that the work here is not easy and all this have influence on their good psychical humour. But it's necessary to take care of it properly and this way to precede negative influence to clients, which could grow up from failing nurse's psychic.

This bachleors thesis will be used in elaboration of non-medicine medical employees entering a job in the house with the special programme. Further, on the basis of results, nurses will be during regular consultations of all employees of the house acquainted with results and brought to attention to the lacks, which can lead to improving their care for clients and staffs' protection too. It treats of Home Libnič, CSS Empatie and CSS Emausy in this care.

Key words: nurse, home with the special programme, specific, risk (hazard too), aggression

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne: 5. 5. 2014

.....

Dana Mlýnková



## **Poděkování**

Touto cestou děkuji Mgr. Ditě Novákové, Ph.D za laskavý přístup, cenné rady, odborné vedení a věnovaný čas při zpracovávání mé bakalářské práce. Také děkuji své rodině a všem přátelům za velkou trpělivost, podporu a pochopení při mém studiu.

## **OBSAH:**

<b>Úvod</b>	<b>12</b>
<b>1 Současný stav</b>	<b>13</b>
1.1 Stigmatizace psychicky nemocných	13
1.2 Z historie psychiatrie	14
1.3 Formy psychiatrické péče	16
1.3.1 Lůžková péče	16
1.3.2 Intermediární péče	16
1.3.3 Ambulantní péče	19
1.3.4 Terénní péče	19
1.4 Domovy se zvláštním režimem	20
1.4.1 Komplexní psychiatrická rehabilitace v domovech se zvláštním režimem	24
1.4.2 Specifika práce sestry v domově se zvláštním režimem	25
1.4.3 Činitelé ovlivňující kvalitu péče	26
1.4.4 Nejčastější psychiatrická onemocnění vyskytující se v domově se zvláštním režimem	27
1.4.4.1 Schizofrenie	27
1.4.4.2 Alzheimerova choroba	32
1.4.4.3 Mentální retardace	37
<b>2 Cíle práce a výzkumné otázky</b>	<b>42</b>
2.1 Cíl práce	42
2.2 Výzkumné otázky	42
<b>3 Metodika</b>	<b>43</b>
3.1 Použitá metodika	43
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	43
<b>4 Výsledky</b>	<b>45</b>
4.1 Zpracování výsledků	45
<b>5 Diskuse</b>	<b>69</b>

<b>6 Závěr</b>	<b>78</b>
<b>7 Použitá literatura</b>	<b>80</b>
<b>8 Přílohy</b>	<b>85</b>
8.1 Seznam příloh	85

## Úvod

Psychiatrie je jedním z klinických oborů medicíny. Velkým rozvojem prochází však až v posledním století. Zatímco dříve byli psychicky nemocní lidé schováváni a zatracováni, dnes je snaha o zařazování těchto lidí do společnosti. Rozvíjí se léčebná i ošetrovatelská péče. K velkému přínosu do tohoto odvětví v nemalé míře přispívají sestry, starající se o nemocné. Musí však být dostatečně trpělivé a empatické, ale hlavně vzdělané, psychicky odolné a musí umět samostatně pracovat. Také by měly být schopné rychlého rozhodování pro často nadešlé nenadálé události s agresivním chováním klienta. Práce s takto nemocnými je náročná a velice specifická.

Téma k bakalářské práci jsem si zvolila pro velice náročnou práci pro sestry pracující s psychicky nemocnými lidmi. Sama pracuji 7 let v domově se zvláštním režimem a myslím si, že je zapotřebí, aby si sestra pracující v těchto domovech sama ujasnila specifika této práce a připustila si všechna rizika s touto prací spojená. Myslím si, že je nutné, aby sestra přicházející na toto pracoviště se náležitě na všechna specifika informovala a naučila se také s nimi pracovat. Měla by tak předcházet rizikovému a agresivnímu chování klienta a zajistit mu spokojený a plnohodnotný život. Dle mého názoru si každý zdravotnický pracovník v domově se zvláštním režimem plně neuvědomuje odlišnosti od ostatních zařízení, náročnost a důležitost každého okamžiku vedení klienta, proto je důležitá edukace nově příchozích zaměstnanců a personálu již v domovech pracujících. Edukace je vhodná i jako prevence proti syndromu vyhoření.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na historii psychiatrie, možné formy psychiatrické péče a na onemocnění samotné. Vypovídá o léčbě a ošetrovatelské péči u těchto vybraných chorob. Poté se letmo dotýká zvláštností ošetrovatelské péče v domovech se zvláštním režimem. Druhá část práce se zabývá zjišťováním specifického přístupu sestry v domově se zvláštním režimem, spokojeného života klienta, reakcí sestry a mimo jiné také prevencí nespokojenosti klienta. Dále pak práce určuje rizika pro sestru v tomto zařízení a navrhuje řešení při možném psychickém vypětí.

## **1 Současný stav**

Psychiatrie je obor, zabývající se diagnostikou, léčbou a prevencí duševních poruch. Je lékařským oborem, který se neustále vyvíjí. V této souvislosti lze vyzorovat změny v přístupu ke klientům jak u lékařů, tak i sester a pomocného personálu. Přístup zdravotníků u psychicky nemocných klientů se mění s přicházejícími novými poznatky v oblasti psychiatrie. Ošetrovatelské přístupy se liší dle konkrétních poruch, se kterými se klienti potýkají. Tato rozmanitost pracovních postupů sebou přináší velké psychické, ale i fyzické zatížení personálu. Je nutné, aby si zdravotníci uvědomovali, že neméně důležitá péče, jakou je péče o klienta, je i starost o sebe samého pomocí kvalitního odpočinku a psychohygieny (Mellanová, 2003).

### ***1.1 Stigmatizace psychicky nemocných***

Slovo stigma pochází z řečtiny a představuje znamení vypálené na těle zločinců. Později se slovem stigma označovaly rány Kristovy. Stigmatizovaní byli tací, kteří trpí nějakou odlišností a proto je zapotřebí, takto postižené izolovat. Odlišností je chápána například jiná barva kůže, deformita těla, nebo příslušnost k jiné skupině. (Praško, 2003)

Společnost se v současnosti ne vždy na psychicky nemocné dívá s pochopením. Důvod můžeme hledat v historii, kdy v tomto oboru panovala neznalost a neinformovanost a psychicky nemocný měl přiřčené stigma „blázna, nebezpečného člověka, nemyslího...“ Takto stigmatizovaní jedinci jsou v různé míře odmítáni v každodenních situacích, ať už se jedná o partnerské vztahy, bydlení, pracoviště nebo v oblasti zájmových činností. Stigma může dovést klienty k posílení příznaků duševní poruchy, snižuje sebedůvěru, vede ke strachu, stresu. Nutí klienty ke změně svého sociálního chování. Tito lidé trpí nejen příznaky svého postižení, ale i odmítáním okolí a tak omezují své dřívější sociální kontakty (Marková, 2006).

Podle všeobecných výsledků v oblasti stigmatu v psychiatrii je možno tyto problémy zmírnit některými postupy. Mezi nejdůležitější postupy patří adekvátní léčba, mlčenlivost ze strany zdravotníků i jeho rodiny, nácvik sociálních dovedností klienta

v běžných denních situacích (Marková, 2006).

Z výše uvedeného vyplývá, že v naší společnosti je destigmatizace velice důležitá. Cílem moderní psychiatrické péče je minimalizace společenských předsudků a změna v legislativních opatřeních. Důležitá je snaha o integraci nemocných do společnosti, humanizace a snaha o omezení lůžek v psychiatrických léčebnách a nemocnicích. Cílem je posílit služby v ambulantní péči prostřednictvím denních stacionářů a středisek (Marková, 2006).

## ***1.2 Z historie psychiatrie***

V období ***starověku*** v prvobytně pospolné společnosti si lidé neuměli vysvětlit různé jevy a děje a tak vše přisuzovali nadpřirozeným silám. Nemoc jako takovou přijímali jako trest od bohů za nedostatek náklonnosti k nim. Jako obranu proti nim používali různé amulety, talismany a uctívali bohy při různých obřadech a rituálech. Až mnohem později se začaly objevovat náznaky lékařství. Lidé začali k léčbě používat určité bylinky, kůru stromů, kořínky. Lidé se učí od přírody (Marková, 2006).

V tomto období se obor psychiatrie výrazně rozvinul v Egyptě, kde duševně nemocní měli možnost se uchýlovat do chrámů. Jejich léčba pak obsahovala provozování her, cvičení všeho druhu, zpěvy, tanec, zábavu. Okolí chrámů bylo pečlivě upravováno pro dobrou péči o ducha i tělo (Marková, 2006).

Ani Řecko nezůstávalo pozadu. Jednou z nejvýznamnějších osobností této doby se stal Hippokrates (460-370 př.n.l.). Kladl důraz na individuální přístup k nemocnému a na správnou diagnostiku nemoci. Zabýval se vyrovnaností tělesných šťáv. K léčbě používal pouštění žilou, projímadla, dávidla, které doplňoval zábaly, správnou životosprávou a pohybem (Marková, 2006).

***Středověk*** nebyl k duševně nemocným příznivě nakloněn. Psychicky nemocní byli stavěni mimo lékařství. Nemocní byli chápáni jako nečistí lidé, posedlí ďáblem. Byli považováni za jedince, které je nutno krotit okovy či bít. Za léčebné metody bylo považováno mučení typu mravenců nasazených do šatů, máčení ve studené vodě, pálení kůže, či točení v kole. Lidé se zavírali do věznic či kamkoli mimo společnost. Hlavní slovo ve středověké psychiatrické medicíně měla církev (Marková, 2006).

V Čechách se v této době o takto nemocné staraly hlavně řády ve středověkých nemocnicích – hospitálech. Kdo neměl tolik štěstí a do tohoto zařízení se nedostal, byl zavírán do obecních šatlav a věznic. Zde podstupoval tělesné tresty pro zklidnění, protože dle tehdejších názorů si nic jiného ani nezasloužil (Marková, 2006).

**Novověk** konce 18. a začátek 19. století znamená pro psychiatrii velký zlom. Ve Francii se objevuje lékař, Phillipe Pinel, který vyzvedl z podzemních kopek pařížského blázince duševně choré na světlo a zaručil jim jak lékařskou péči, tak právo na svobodu a osobní hygienu. Snažil se nahradit vězeňský režim režimem bez omezování a zastrasování. Umístil tak obor psychiatrie mezi lékařské obory a je považován za zakladatele psychiatrie. Koncem 18. století se začínali zakládat samostatné ústavy pro duševně choré. První vznikl v Londýně v roce 1751 a v Praze byl první ústav pro duševně choré otevřen 1. listopadu 1790. Byl to velký pokrok v oboru psychiatrie, ovšem na opatrovníky těchto klientů byly kladeny velké nároky. Bydleli s nimi na pokojích, nesměli se vzdalovat z pracoviště a neměli možnosti odpočinku. Proto také tato práce nebyla nikým vyhledávána, dělali ji lidé chudí a nemajetní a méně vzdělání a podle toho tomu také odpovídala kvalita poskytované péče. Tyto podmínky se vylepšily až koncem 19. století, kdy se pro nedostatek lůžek zakládaly další, nové ústavy. Například v Brně (1863), Dobřanech (1876-1883), Opařanech u Tábora (1887), Opavě (1889), Bohnicích (1904-1909), (Marková, 2006).

Ve **20. století** během 70. let se již celosvětově zvýšil počet odborných lékařů v oblasti psychiatrie a psychologie. Ústavy již poskytovaly celkovou odbornou péči o klienta, jako je péče biologická, farmakologická, psychoterapeutická i rehabilitační a i tato léčba se nadále rozvíjela. Preferoval se individuální přístup ke klientovi (Marková, 2006).

Ovšem i toto století přineslo pro psychiatrii mnoho negativního. Přineslo mnoho mezníků, které se negativně promítly do kvality služeb. Vznik samostatného Československého státu (1918), také negativně ovlivnil psychiatrii. V tomto období výrazně ubylo investic do této oblasti. Také druhá světová válka, ale i poválečné období ovlivnili psychiatrii negativním směrem. Propagovala se idea, že společnost nebude společností bláznů. Dnes jsou názory na psychiatricky nemocné rozděleny na dva

tábory. Jeden, kde je snaha o eliminaci duševně chorých jedinců, snaha o určení opatrovnickví takto chorých a tím eliminaci ze společnosti. Na straně druhé je rušení ústavů a snaha o integraci duševně chorých do společnosti a předání starosti o ně do rukou všeobecných lékařů (Marková, 2006).

### ***1.3 Formy psychiatrické péče***

Obor psychiatrie obsahuje, stejně jako ostatní obory, celou škálu lékařských diagnóz. Každá tato diagnóza vyžaduje svůj individuální přístup a léčbu, proto existuje několik forem péče o psychicky nemocné. Péče o nemocné se dělí podle nutnosti nepřetržitého ošetřování, či možnosti léčby ambulantní, kdy nemocný na léčbu pouze dochází. Také je důležité prostředí, kde je péče poskytována, stejně tak i pracovníci, kteří tuto službu poskytují (Winkler, 2013).

V České republice máme tyto formy psychiatrické péče:

#### ***1.3.1 Lůžková péče***

V České republice můžeme starost o psychicky nemocné rozdělit na péči lůžkovou, kde se poskytuje péče akutní, to znamená na nezbytně nutnou dobu léčení. Je určena pro odstranění akutních symptomů a stabilizaci klienta. Léčí se zde akutní duševní poruchy a hospitalizace může být jak dobrovolná, tak nařízená. Poté máme léčbu následnou neboli chronickou, kde je o klienta postaráno na delší dobu nezbytnou pro stabilizaci psychického stavu. Tuto péči poskytují nemocniční psychiatrická oddělení nebo psychiatrické léčebny a nemocnice, jako jsou Dobřany či Bohnice. Klient je zde umístěn podle závažnosti onemocnění na otevřená oddělení, s možností samovolného pohybu po areálu nemocnice či léčebny, nebo na uzavřená. Tam má klient možnost pohybovat se pouze po příslušném oddělení (Winkler, 2013).

#### ***1.3.2 Intermediární péče***

Intermediární péče pomáhá klientům při přechodu z hospitalizace do života v normální společnosti. Jedná se o zprostředkující péči, která je učí žít v podmínkách normálního sociálního života. Především je to záležitost sociální péče a pracovníků



sociální péče, sester se dotýká pouze okrajově. Intermediární péče obsahuje několik služeb, center a stacionářů (Winkler, 2013).

*Denní a týdenní stacionáře* – jde o ambulantní služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu svého věku, nebo zdravotního postižení. Také poskytují pomoc osobám s chronickým duševním onemocněním. Klientova situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Průvodce sociálními službami, 2008).

*Krizová centra* - Azylový dům představuje soubor sociálních služeb poskytujících individuální, důstojnou, nepřetržitou a promyšlenou pomoc například matkám s nezletilými dětmi nebo osobám v hmotné nouzi. Cílem těchto domů je snadnější uvedení do normální, fungující společnosti. Krizová centra dále poskytují neodkladnou, bezbariérovou a nestigmatizující psychiatrickou péči. Poskytují různé formy krizové intervence (telefonická, tváří v tvář) a též krátkodobý pobyt na lůžku s intenzivním terapeutickým programem. Nabízejí zdravotní péči občanům, u nichž došlo k takovému zhoršení psychického stavu, ve kterém je nutná akutní krátkodobá psychiatricko-psychologická intervence při pobytu na krizovém lůžku, avšak stav nevyžaduje psychiatrickou hospitalizaci. Do krizových center dále řadíme ubytovny, poradny a noclehárny (Schavel, 2008).

*Terapeutické komunity* – v těchto komunitách je důraz kladen na pravidelný denní režim. Pořádají se tu skupinové a pracovní terapie. Konají se sportovní a zájmové aktivity. Tento systém se využívá většinou při léčbách závislosti, ale i dalších problémech (Průvodce sociálními službami, 2008).

*Programy následné péče* – jedná se o doléčovací programy ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly léčbu, nebo se jí podrobují, případně osobám, které abstínují. Pomáhají klientům zařadit se do běžného života a společně s nimi překonávat potíže, které se neobjevili po dobu hospitalizace (Brisch, 2011).

*RHB centra* – RHB centra provozují soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti klientů. Rozvíjí jejich specifické

schopnosti a dovednosti. Toto provádí posilováním návyků a nácviků výkonů běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potencionálů a kompetencí. Snaha o integraci klienta do běžných denních činností různorodým způsobem jako je fyzioterapie, tanec, sport nebo gymnastika a podobně (Brisch, 2011).

*Centra denních aktivit* – smyslem služeb je vyplnit volný čas, pomáhat při strukturování týdne, podpořit stabilizaci zdravotního stavu. Podpora nových sociálních kontaktů. Snaha o nalezení nových přátel, posílení nezávislosti a sebevědomí, nabídnutí možnosti vzdělávat se, nabídnutí zájmových klubů a kroužků, terapeutické služby. Cílem je naučit se praktickým dovednostem, zábava a zaměstnanost klientů (Škrabová, 2011).

*Chráněná bydlení* - pobytová služba poskytovaná osobám s mentálním nebo kombinovaným postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc fyzické osoby. Má formu skupinového, nebo individuálního bydlení. Snaží se o aktivní podporu poskytovanou mladým lidem, nebo osobám v produktivním věku. Cílem je osamostatnění klientů a začlenění se do normální společnosti (Průvodce sociálními službami, 2008).

*Domovy se zvláštním režimem* – viz kapitola 1.4.

*Protialkoholní záchytné stanice* – zařízení, které slouží k nedobrovolnému ubytování osob, které jsou ve stavu opilosti a ohrožují tak sebe nebo své okolí. Také pokud narušují veřejný pořádek, vzbuzují veřejné pohoršení, nebo ničí veřejný majetek (Průvodce sociálními službami, 2008).

*Protidrogová centra* – zaměřují se na prevenci a terapii drogově závislých klientů. Patří sem i například výměna injekčního materiálu drogově závislým (Průvodce sociálními službami, 2008).

*Terénní programy* – programy jsou zaměřeny na osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek, osoby bez přístřeší a domova, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně (Průvodce sociálními

službami, 2008).

*Ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie* – v ordinaci je kvalifikovaný personál, který klientovi i jeho rodině poradí, jaká léčba a jaká pomoc se nabízí (Průvodce sociálními službami, 2008).

### 1.3.3 Ambulantní péče

Ambulantní péče představuje zdravotní péči, při níž není nutná hospitalizace pacienta. Je poskytována lékaři primární péče nebo odbornými specialisty. Dělí se na *primární, specializovanou a stacionární*. *Primární* ambulantní péči poskytují obvykle registrující lékaři, praktičtí lékaři z hlediska preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinují a zajišťují návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli. Součástí je vždy návštěvní služba. Při *stacionární* péči je poskytována zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče. *Specializovaná* ambulantní péče je poskytována pacientům v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče. Ambulantní lékaři (specialisté) poskytující péči v oblasti diabetologie, kardiologie, revmatologie, endokrinologie, gastroenterologie, alergologie a imunologie, pneumologie a kalmetizace, neurologie, onkologie, chirurgie, urologie, ortopedie, ORL, psychiatrie, logopedie, psychologie, fyzioterapie a rehabilitace, dermatovenerologie, očního lékařství, gynekologie, stomatologie atd. Zabývá se také léčbou bolesti i poskytováním pracovních-lékařských a lékárenských služeb. Úkolem ambulantní péče je prevence duševních chorob, rehabilitace a prvotní diagnostika chorob. Poskytuje komplexní psychiatrickou péči pro všechny věkové kategorie. Ambulantní péče také úzce spolupracuje s dalšími obory. Tou je například psychologie. Ošetrovatelskou péči a administrativu s ní spojenou v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče vykonává ošetrovatelský personál – sestry, respektive vrchní sestra. Kontrolní činností je pověřena hlavní sestra. To vše je ale individuální podle zvyku zařízení, do kterého je klient přijímán. Prioritně je také ambulantní sestra nebo sestra na příjmu jedna z prvních osob, se kterou přijde pacient při příchodu do zdravotnického zařízení do kontaktu. Na „prvním dojmu“ a zkušenosti pacienta s tímto prvním kontaktem bude záležet i jeho další vnímání kvality

poskytovaných služeb. Profesionální služba a chování sester působí pozitivně na posilování sebevědomí pacienta (Haškovcová, 2013).

#### *1.3.4 Terénní péče*

Terénní péče patří mezi pečovatelské služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Terénní péče obsahuje programy probíhající rovnou v terénu, ve kterém se klienti pohybují. Nabízí klientům pomoc v otázkách bydlení. Nermalou složkou pomoci je poradenská činnost a to jak v oblasti pracovní, tak i sociální, ale nabízí i psychologické poradenství. Zajišťuje nácvik sociálních i praktických dovedností s klienty. Učí je, jak se pohybovat na úradech, radí jim v oblasti rekvalifikací a učí je starat se o svoje finanční záležitosti. Klientům tato služba výrazně napomáhá například v aklimatizaci z léčeben a nemocnic do nového prostředí. Terénní péče znamená především sociální službu sester, v menší míře službu zdravotní. Obsahuje základní činnosti a potřeby pacientů, jako je pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při zajištění chodu domácnosti - například dovoz nákupů, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy - například dovoz obědů, pomoc při osobní hygieně nebo poskytování podmínek pro osobní hygienu, případně zprostředkování kontaktu se společenským prostředím – doprovod klienta např. k lékaři, na úřady a zpět. Sestra zde zastává více rolí sociálně-zdravotního pracovníka s profesionální znalostí teorií a metod oboru sociální práce (Kuzníková, 2011).

#### *1.4 Domovy se zvláštním režimem*

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby, specifickou pomoc a podporu těm, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění (schizofrenie, Alzheimerova choroba, mentální retardace a jiné onemocnění, případně poruchy s bludy), nebo závislosti na návykových látkách. Domovy poskytují pomoc osobám, kdy jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc ošetřovatelů a sester. Režim v zařízení v domově je přizpůsoben specifickým

individuálním potřebám těchto klientů a respektování jejich práv (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.).

Psychiatrická oddělení mají své zvláštnosti a specifické situace, proto je nezbytně nutné, aby byl personál s nimi seznámen a věděl, jak reagovat při takzvaných mimořádných událostech. Aby se personál oddělení a psychiatrických domovů správně orientoval ve vzniklých problémových situacích, jsou na každém pracovišti vypracovány standardy ošetrovatelské péče a na ně navazující manuály ošetrovatelské péče. Jsou zde vypracovány jednotlivé problémové situace, které mohou nastat zvláště pak různá specifika (Marková, 2006).

Při práci na psychiatrickém oddělení, ale zvláště pak v domovech se zvláštním režimem, kde klienti nemají ničím omezený pohyb po domově i jeho vnějším okolí, se setkáváme s úteků klientů. Sestra v domově se zvláštním režimem pak reaguje na vzniklou situaci dle již zmíněné metodiky. Ta sestru směřuje k následným krokům. Nejdříve se ujistí, zda se klient nenachází někde v rámci domova. U klienta, kterému nemoc dovoluje svévolné opuštění domova, se při jeho nenavrácení a následné nenalezení personálem kontaktují osoby, u kterých se předpokládá, že se klient může nacházet. Je jím například opatrovník. Pokud ani tak sestra neuspěje, kontaktuje policii ČR, které předá veškeré dostupné informace o klientovi. Při zmateném klientovi kontaktuje policii rovnou a následně pak vedení domova a opatrovníka. Vše také pečlivě zaznamenává do dokumentace (Marková, 2006).

V domovech se zvláštním režimem se personál setkává se suicidálním chováním, i když se mu vždy snaží předejít a zabránit. Nejvíce riziková jsou obyvatelé se schizofrenií, depresí nebo lidé s poruchou osobnosti. Může se zde projevit také abúzus psychoaktivních látek (Vágnerová 2004). V těchto situacích je nesmírně důležité, aby personál měl plnou důvěru klienta a ten se mu tak mohl svěřit se svými myšlenkami a problémy (Tress, 2008). Pokus o sebevraždu znamená klientovo volání o pomoc. Sestra má znát všechna bezpečnostní opatření na psychiatrii, aby zabránila těmto pokusům. Musí dbát na to, aby klient neměl přístup k ostrým předmětům, měla by být uzamykatelná okna. Nezbytné jsou pravidelné kontroly na pokojích obyvatel. Pokud ale přece dojde k suicidálnímu chování, musí se zdravotník zachovat podle určených

pravidel. Nejprve postiženému poskytneme první pomoc a v domovech, kde není dostupný lékař, volá okamžitě rychlou záchrannou službu. Lékař pak konstatuje, zda jednání klienta bylo dokonáno a pak konstatuje exitus (Marková, 2006). V opačném případě odváží klienta k hospitalizaci na akutní lůžka nemocnice či léčebny (Tress, 2008).

Při práci s psychicky nemocnými klienty je poměrně častá nutriční problematika. Sestra tráví s klientem poměrně hodně času, proto si všímá odmítání stravy nemocného. Pacient často trpí různými bludy, halucinacemi i jinými problémy související s chorobou a tak odmítání stravy vždy nemusí být předmětem nechutenství. Sestra má klidným, nenásilným jednáním a vzájemnou komunikací zjistit důvod nechutenství. Také medikace může mít za následek změnu chuti k jídlu, proto je nutná pravidelná kontrola váhy nemocného. Poté vše konzultuje s ošetřujícím lékařem. Ten pak upravuje medikaci klienta, či rozhoduje o jiné, náhradní výživě (Marková, 2006).

Při stejných či podobných diagnózách jako je problém s malnutricí, je problém s odmítáním léků u klientů. Na psychiatrii toto není výjimečnou situací. Sestra podávající medikaci proto musí pečlivě kontrolovat dutinu ústní, zda došlo ke spolknutí všech medikamentů dle ordinace lékaře. Při odmítání se snaží klienta uklidnit a přesvědčit o nutnosti užívání. Pokud i nadále klient medikaci odmítá, je na sestře, aby léky podala buď v drcené podobě, či po poradě s lékařem se příslušné látky podaly v injekční formě. Vše pečlivě zaznamenává do příslušné dokumentace (Marková, 2006).

Úrazy jsou v psychiatrických domovech poměrně častou záležitostí. Souvisí s náladami klientů, na jejich momentálním psychickém a fyzickém stavu. Při onemocnění, která jsou častá v domovech se zvláštním režimem, jsou nezřídka diagnostikována vysoká rizika pádů. Při takto vzniklém úrazu je nutné adekvátní ošetření a následná kontrola lékařem. Při požití nebezpečných látek sestra okamžitě volá rychlou záchrannou službu, předá všechny dostupné informace a zbytek požitých látek a vše poctivě zaznamená do dokumentace (Marková, 2006).

Konflikt mezi klienty, dokonce i zabití. I s podobně vyhrocenými situacemi se v domovech můžeme setkat. Konflikty se většinou řeší místními pravidly a nařízeními domova. Odlišují se ovšem napadení verbální a brachiální. Vše se řeší s lékařem buď

u následující vizity, nebo voláním lékaře a odvozem na akutní lůžka nemocnice. Při vraždě je zapotřebí zajistit pachatele pokud jej známe a volat ostrahu, pokud v domově je, a policii. Vše musí být pečlivě zaznamenáno v dokumentaci (Marková, 2006).

Psychicky nemocní lidé často nemají náhled na svoji nemoc, vysvětlení odmítají, nespolupracují a nereagují na pomoc od zdravotníků. Tyto faktory mohou vést k různým projevům neklidu a agrese (Marková, 2006). Neklidem označujeme stav, kdy je zvýšená tělesná aktivita počínající přešlapováním, podupáváním, případně i pobíháním po oddělení spojeným s násilnickým chováním přecházejícím do agrese. Agresi můžeme rozdělit do třech stupňů. První nazýváme nepřátelství, čili hostilita. Při ní nám klient dává najevo svoji nevělu a antipatie. Druhým stupněm je verbální agrese a to buď přímá, kde klient přímo slovně napadá sestru, či jiného klienta, nebo nepřímá, kdy nemocný píše stížnosti, telefonuje. Verbální agrese se také může projevit stylem ideatorním, kdy si klient pouze představuje, jak někomu vynadá. Třetí stupeň agresivity je agrese brachiální. Zde se jedná o fyzickou agresi zaměřenou buď na sebe – autoagresi, projevující se sebevražednými pokusy, nebo heteroagresi. Ta je zaměřena na klientovo okolí. Sestra na psychiatrii musí s agresivitou nemocného počítat. Je nutné, aby znala klientovu diagnózu, sklony k agresivitě a znala, co každého klienta individuálně k agresivnímu jednání motivuje. Při dobrých znalostech by měla být schopna vyhodnotit rizikové situace a předejít klientovu agresivnímu chování (Marková, 2006).

Za příčiny vzniku agresivního chování můžeme označit několik faktorů. Častou příčinou jsou organické, duševní poruchy, akutní stavy zmatenosti. Dalšími příčinami je delirium, psychóza, bolest a frustrace. Při jmenování nesmíme zapomenout ani na deprese, úzkost a strach a v poslední řadě i intoxikace, čili toxikománie (Marková, 2006).

Pokud sestra na psychiatrii, nebo v domově se zvláštním režimem pocítí, že je klient neklidný, musí zvolit správnou komunikaci, která má daná pravidla. K tomu musí být náležitě vyškolená. Základním pravidlem je, že nikdy nemluví s neklidným klientem o samotě a neuzavírá se s ním do místnosti, kde nemá možnost volného odchodu.

Klientovi jeho názory nevyvrací. Popudilo by ho to ještě více. Sestra by měla přistupovat čelem, je to pro agresora uklidňující. Pro svou bezpečnost by neměla být v dosahu klienta. Mluvit musí klidně, vyrovnaně a věcně. Ujišťuje se, zda jí klient rozumí vše, co říká. Je z ní cítit jistota a profesionalita. Klientovi stručně sděluje všechny informace, co se bude dít a co ho čeká. V případě přetrvávajícího neklidu či agrese podá nemocnému příslušnou zklidňující medikaci dle ordinace lékaře. Sestra dbá na bezpečí ostatních klientů, personálu i klienta samotného a to tím, že v případě nutnosti použije restriktivní opatření či agresora pošle na ošetření na akutní lůžka nemocnice. Při jednání s agresivním uživatelem je zapotřebí přítomnost dostatečného množství personálu. Pak je sníženo riziko poranění. Celá situace musí být pečlivě popsána v dokumentaci. Agrese mohou mít reálný, či smyšlený důvod. K neklidům na oddělení přispívá nesoulad ve zdravotnickém týmu, který je klient schopný odhalit, vysoká vytíženost personálu, kdy není na nemocného dostatek času a obyvatel tak nemá trpělivého posluchače a řešitele problémů a v neposlední řadě nedostatečný prostor, světlo a hluk. Řešení konfliktů je v plné míře na sestře a jak se vyrovná s agresí, záleží většinou jen na jejích zkušenostech (Marková, 2006).

#### *1.4.1 Komplexní psychiatrická rehabilitace v domovech se zvláštním režimem*

Rehabilitace je zaměřená na všechny složky osobnosti nemocného. Provádí se za spolupráce odborných pracovníků, terapeutů. Předchází a zamezuje vzniku nežádoucích reakcí, agrese, afektů, depresím ale předchází i možným změnám tělesným (Marková, 2006).

Psychoterapie je terapií neúčinnější. Probíhá buď individuálně, či skupinově. Lze při ní využít psychogymnastiku, kde se klient vyjadřuje gesty, proto jsou zde výrazné emoce. Vhodné je použít hraní divadelních rolí. U této terapie jsou pak velmi patrné klientovy pocity. Další možností je muzikoterapie. Nemocní se díky tonům uvolní a dávají najevo své pocity. Při arteterapii pracují klienti s výtvarným uměním, jako je kreslení, modelování. Možná a účinná terapie je i práce s knihou. Neméně důležitá je pak relaxace individuální nebo skupinová (Marková, 2006).

Socioterapie je v domovech se zvláštním režimem velmi využívaná. Využívají se



výrobní dílny, u klientů tak vznikají pracovní návyky a dovednosti a upevňují se tak mezilidské vztahy. Rozvíjí se také sociální zdatnost klienta. Možná je i práce s odborným dohledem v zemědělství či zahradnictví (Marková, 2006).

Pohyb a sportovní činnost zahrnuje kinezioterapie, která má vliv na jak na fyzickou stránku klienta, tak na jeho paměť, myšlení, pozornost a sebedůvěru (Hosáková, 2007).

V léčbě se hojně také využívá zvířat, kterými jsou koně, psi, ale i jiná zvířata. Rozvíjí se zde cit, léčí se pohybový aparát (Marková, 2006).

Kulturní dění je velmi přínosné v léčbě psychiatrického onemocnění. Návštěva divadel a jiných kulturních akcí je mezi klienty vítaná. Přínosem je i aktivní fyzická účast klienta na představení. Dobrá a osvědčená léčebná metoda je terapie s loutkou. Loutka je dobrým prostředníkem spojení klienta a jeho okolí (Marková, 2006).

#### *1.4.2 Specifika práce sestry v domovech se zvláštním režimem*

V psychiatrických domovech je velice důležité využití pozorování. Je třeba všimnout si klientovy sebezpečnosti, zanedbanosti a způsobu chování, od kterého se odvíjí jeho další jednání. Klienti často předstírají pro plánované následné chování. Může jím být zvracení, agrese či útěk z domova (Marková, 2006).

Pokud je klient nakloněn rozhovoru, měl by personál domova tomuto druhu léčby vyjít vstříc. Získává tím důvěru nemocného a předchází tím možnému negativismu nebo sebevražedným pokusům. Klient sestře mnohdy svěří více, než lékaři (Malá, 2002). Klidný a otevřený přístup sestry je důležitým zdrojem pro získávání informací a pro další psychoterapeutický vztah. Může tím i nadále ovlivnit aktivitu klienta v terapeutickém procesu (Marková, 2006).

Při příjmu nemocného do domova se mnohdy sestra setkává se zanedbaným klientem bez intelektu. Někteří zdravotníci pak mají sklony se k takto nemocným chovat nadřazeně a pro klienta degradujícím způsobem. Je nutné, aby sestra situaci zvládala se zachováním všech společenských pravidel a s profesionalitou (Marková, 2006).

Domovy se zvláštním režimem mají vypracované své domovní a léčebné řády a stanovená jasná pravidla přípustného chování. Sestra seznámí s těmito pravidly klienta

již při příjmu, aby nedocházelo k pozdějším rozporům a nejasnostem (Marková, 2006).

Na klienta velmi působí vztahy mezi členy ošetrovatelského týmu. Je důležitá kolegiálnost a dobrá spolupráce celého týmu, kterou vnímá klient pouze pozitivně a důvěryhodně (Marková, 2006).

Pro hladký průběh léčení a ošetřování klienta v těchto domovech má sestra mnoho nepřijemných požadavků. Toto se týká soustavného kontrolování, narušování intimity klienta, pravidelné noční kontroly na pokojích. Proto je nezbytně nutné, aby se sestra chovala ohleduplně a nevstupovala přehnaně do soukromí nemocného (Marková, 2006).

Ke správnému jednání sestry patří vyhnutí se chybnému jednání, jakým je bagatelizace, nedostatek zdvořilosti a ironické chování. Naopak je nežádoucí, aby mezi sestrou a klientem vznikl bližší soukromý vztah, překročený rámec klíčového pracovníka. Zdravotník musí mít na paměti, že nervozita a neklid se přenášejí na klienta a také že ke vniku neklidu až agrese může vést přehnaná péče. Naopak lhostejnost a rezignace ze strany personálu může být příznakem syndromu vyhoření, proto je důležitá psychohygiena zdravotnických pracovníků (Marková, 2006).

Při převozu sanitním vozem na vyšetření do jiného zařízení a jiné pracoviště vždy sestra zajistí doprovod zdravotnického personálu pro zvládnutí mimořádných situací během cesty (Malá, 2002).

#### *1.4.3 Činitelé ovlivňující kvalitu péče*

Na sestru jsou kladeny vysoké nároky ve zvládnutí náročných situací. K tomu, aby mohla odvádět kvalitní péči, je zapotřebí jistého sebepoznání. Od sestry se vyžaduje empatický postoj ke klientovi, citlivost, zachování neutrálního postoje i ve vyhrocených situacích. Má zvládat individuální přístup ke klientovi (Marková, 2006).

Dostatečné vzdělání patří neodmyslitelně k předpokladům sestry. Musí znát symptomatologii duševních chorob. Jen tak může předejít nežádoucím reakcím ze strany nemocného a to platí i na agresi vůči personálu. Dostatečné vzdělání se vztahuje i na znalosti účinků a následků psychofarmak (Marková, 2006).

Při práci s psychiatrickým nemocným je předpokladem dobré zvládnutí metod, které vedou k získávání údajů. Jsou jimi rozhovor, pozorování, ošetrovatelská

diagnostika a bravurně zvládnutá komunikace, jejíž součástí je kladení otázek a trpělivé naslouchání (Marková, 2006).

Sestra je součástí terapeutického týmu, proto se musí dostatečně orientovat v psychoterapii. Spolupracuje s ostatními členy týmu, provádí podpůrnou terapii u individuálních přístupů k nemocným (Marková, 2006).

Úkolem dobré sestry na psychiatrii je zvládnání nových ošetrovatelských metod. Vede klienta k co největší možné sebeděči, sleduje možné ohrožení klientů i ošetrojícího personálu. Podává přesně medikaci dle ordinace lékaře, sleduje její pozitivní i negativní účinky, kontroluje správné požití medikace klientem. Orientuje se v základní právní problematice, možnostech použití restriktivních opatření, popřípadě nedobrovolné hospitalizace. Sestra se zapojuje do resocializace klientů (Marková, 2006).

#### *1.4.4 Nejčastější psychická onemocnění vyskytující se v domovech se zvláštním režimem*

Domovy se zvláštním režimem poskytují péči především těm lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu psychického onemocnění (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.).

Psychické nemoci rozdělujeme na několik kategorií. První skupinou jsou úzkostné poruchy neboli neurózy. Do afektivních poruch, tedy jinak řečeno poruch nálady, řadíme deprese a maniodeprese. V dnešní době poměrně široce rozšířené jsou poruchy příjmu potravy (mentální anorexie a bulimie). V domovech se zvláštním režimem se setkáváme nejčastěji s psychoaktivními poruchami jako je schizofrenie, organickými duševními poruchami, obsahující Alzheimerovu chorobu a demenci a také s mentálními retardacemi a poruchami intelektu. Podle typu a cílové skupiny domova se zvláštním režimem se setkáváme i s poruchami osobnosti, duševními poruchami vyvolané psychoaktivními látkami, jako je alkohol, opioidy, halucinogeny, sedativa, hypnotika a další (Vágnerová, 2004).

##### 1.4.4.1 Schizofrenie

Schizofrenie je těžká duševní porucha, patří do velké skupiny psychóz, tedy do takových poruch, které závažným způsobem porušují schopnost člověka pracovně

a sociálně se adaptovat. Narušují samotnou strukturu osobnosti. Dochází zde k narušení přenosu informací v mozku (Vágnerová, 2004, Praško, 2005). Zasahuje především oblast myšlení a vnímání. Vědomí a inteligence zůstávají obvykle nedotčeny nebo jsou dotčeny málo (Tuček, 2005).

Etiologie schizofrenie není známá, ale předpokládá se etiologie multifaktoriální a mnohočetné patogenetické vlivy (Praško, 2005). Postihuje zhruba 1 % populace. Počátek onemocnění se obvykle projeví mezi 16 a 25 rokem života. U žen to bývá později. Spouštěcím mechanismem bývá zvýšená psychická a emotivní zátěž většinou v době osamostatnění se (Marková, 2006, Vágnerová, 2004).

Riziko morbidit schizofrenie u příbuzných je výrazně zvýšeno. Obecně platí, že riziko onemocnění u dětí pacienta se schizofrenií je – 10 %, jsou-li schizofrenní oba rodiče, zvyšuje se riziko na 30 - 40 %, sourozenci – 10 %, monozygotní dvojčata - 35 – 58 %, dvouvaječná dvojčata - 9 – 28 % (Praško, 2005).

Pro rozdílné symptomy v akutní fázi dělíme schizofrenii na několik typů. Jedná se o typy paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovanou, reziduální a simplexní schizofrenii (Příloha 1) (Češková, 2005).

### Projevy, příznaky a symptomy schizofrenie

Schizofrenie má několik možných projevů a symptomů. Vyskytují se při ní halucinace, pseudohalucinace, iluze a neobvyklé prožitky (Mlčoch, 2009). Halucinace vznikají bez závislosti na vnějším podnětu (Vágnerová, 2004). U schizofrenie se nejčastěji vyskytují sluchové halucinace, které nemocní vysvětlují jako hlasy, které s nimi komunikují. Většinou mají nepříjemný obsah, komentují nepřetržitě klientovy myšlenky, nebo chování. Je to jeden či více hlasů najednou mluvících. Hlasy se hádají, radí klientovi, nebo přikazují. Výsledný prožitek neodpovídá normální kvalitě vjemu. Například hlasy nabádají klienta k sebevražednému jednání, vnucují mu myšlenky na likvidaci jiných osob, či předmětů. Nežádka je jejich obsahem i likvidace ohněm, či výbušninou (Vágnerová, 2004). Halucinace mohou být zrakového, taktilního, či sluchového charakteru (Marková, 2006). Iluze jsou poruchy vnímání reálně

existujícího objektu. Pseudohalucinace jsou vjemy bez existujícího objektu, ale ty nejsou u schizofrenií moc časté (Mlčoch, 2009).

Bludy jsou myšlenkové konstrukce, opět bez příčiny v realitě (Mlčoch, 2009). Typické pro bludy je přesvědčení, že klienta někdo pronásleduje, že mu chce někdo ublížit. Stejně jako u halucinací nelze nemocnému jeho názory vymlouvat nebo mu dokazovat jejich nesmyslnost. Vše by mohlo vygradovat do agresivního chování, protože klient se v tomto okamžiku cítí být ohrožen. Agrese může být zaměřena na sebe i na své okolí (Vágnerová, 2004).

Dezorientovaná řeč může být i překotná, nedávající smysl (Mlčoch, 2009).

Jedním z příznaků schizofrenie je neúčelné chování, které naruší běžné denní činnosti. Příznakem počínajícího onemocnění může být až nápadná změna klientova zevnějšku, zanedbaná či naopak přehnaně opečovávaná domácnost. Také se rozvíjí neschopnost základní sebeobsluhy (Mlčoch, 2009; Marková, 2006).

Projev emocí je chudý, emoční prožívání je oploštělé (Mlčoch, 2009). Může se ale objevit i nápadná přecitlivělost, nebo labilita (Mlčoch, 2009; Vágnerová, 2004).

Abulie je neschopnost zmobilizovat vůli, o něco se snažit, také zpomalená, nebo téměř chybějící řeč (Mlčoch, 2009).

Anhedonie - člověk není schopen prožívat radost, není nic, co by ho potěšilo, přimělo k úsměvu (Mlčoch, 2009).

#### Další změny osobnosti a chování

U schizofrenie se projevují změny osobnosti. Člověk může hrubnout, zatrpknout, nepostará se o sebe atd. Je narušena jeho pozornost, paměť a celková mentální výkonnost. Typická pro schizofrenii je vztahovačnost (Mlčoch, 2009).

Emoce u klienta mohou být nepředvídané. Klienti reagují neadekvátně k situaci a emoce se u nich často se střídají. Relativně častá je jejich rozpolcenost. Klient neumí vyhodnotit, zda se mu něco líbí, nebo jestli to nenávidí (Mlčoch, 2009).

Myšlení schizofrenika je většinou stereotypní. Jde podle vlastních svérázných pravidel. Pro každý jev si musí najít konkrétní vysvětlení (Mlčoch, 2009).

Řeč je odrazem myšlení, tudíž může být nesouvislá, plná novotvarů, eventuálně opakovaných slov. Objevuje se tzv. slovní salát. Nemocný spojuje slova, která spolu naprosto nesouvisí. Schizofrenik může také přestat mluvit úplně (mutismus) (Mlčoch, 2009).

Potíže ve společenské oblasti jsou pro toto onemocnění typické. Objevují se problémy v komunikaci, prosazení se a nemocný obtížně zvládá svoji agresivitu. Dotyčný se většinou uzavírá do svého světa (Mlčoch, 2009).

### Ošetrovatelská péče u schizofrenie

Ošetrovatelská péče se odráží od péče lékařské (Příloha 2). Zaměřuje se na příznaky a potíže, kterými nemocný trpí. Prioritou je zajištění bezpečnosti klienta a jeho okolí, bezchybné podávání medikace dle ordinace lékaře a následná kontrola dutiny ústní. Neméně důležité je zjištění biologických potřeb a následné zajištění podpory ve všech těchto směrech (Marková, 2006).

V ošetrovatelské péči se věnujeme hlavně psychosociálním symptomům onemocnění. Vztahy s bezprostředním okolím výrazně ovlivňují adaptaci do společnosti. Potvrzení diagnózy schizofrenie způsobuje rodině nemocného obrovskou zátěž, se kterou je zapotřebí se vyrovnat (Vágnerová, 2004). Velice důležitý je dobrý vztah mezi klientem, personálem a klientovou rodinou, ale toto je pro všechny zúčastněné obzvláště zatěžující (Marková, 2006).

Klienti se schizofrenní poruchou bývají vztahovační, mívají sluchové halucinace. Nedokáží rozlišit blud a halucinaci od skutečnosti. Mají strach, trpí úzkostí. Od toho se také vyvíjí jejich chování. Je důležité získat důvěru klienta, docílit, aby se svěřil. Není v našem zájmu mu bludné představy vymlouvat, protože naše argumenty jsou pro něj neprůkazné a zcestné (Marková, 2006, Vágnerová, 2004). Vedeme tím klienta pouze k další agresi a neklidu, či k myšlenkám na suicida. Naším záměrem je naslouchat, nevyvracet, ale ani nepotvrzovat jejich představy. Ztratili bychom tak náklonnost nemocného. Péče o takto nemocné je velice náročná. Nezřídka se vyskytuje u klientů agrese. Je zapotřebí, aby sestra takto trpícímu zajistila bezpečí a základní potřeby (Marková, 2006). Její přístup k nemocnému musí být klidný, avšak musí

přístupovat s veškerou pozorností. Komunikace s klientem má být jasná, cílená a konkrétní (Malá, 2002). Například nemocný ve stuporózní fázi může neočekávaně přejít do agresivního chování. Sestra tak musí mít na paměti i své vlastní bezpečí. Musí rozlišit, zda pacientovo chování je až přespříliš agresivní, škodlivé a pacient se chová destruktivně. Poté musí nastoupit zásah v podobě farmakologické pomoci, či klientovy separace (Malá, 2002).

Pro zajištění akutního stavu je naším cílem v rámci bezpečnosti klienta i jeho okolí uklidnění agresora, a to jak klidným rozhovorem, medikací, hospitalizací na akutních lůžkách i za pomoci policie, či restriktivním opatřením. Haptický kontakt v tomto případě není žádaný. Nesmírně důležitý je profesionální přístup personálu a klidné jednání bez emocí. Pro svou vlastní ochranu si zajistí dostatek prostoru, únikovou cestu a více přítomných pracovníků. Důležité je klientovi dát prostor pro zklidnění ať telefonátem příbuzným, či možností si zakouřit. Většina zařízení, která se touto problematikou zabývá, má pro tyto situace vypracované manuální plány, podle kterých má personál postupovat (Marková, 2006).

Přijímání potravy, tekutin a vyprazdňování je další problematikou schizofrenního onemocnění. Člověk trpící halucinacemi a bludy může mít pocit, že ho někdo chce otrávit, ublížit mu, proto stravu odmítá. Klient se odmítáním stravy může i trestat při pocitech viny. Může se i objevit pravý opak tohoto příznaku. Nemocný pak pojídá všechno v jakémkoli množství. Množství přijímané stravy mohou ovlivnit i vedlejší účinky medikace, proto zdravotníci dohlíží na pravidelné vážení klientů. Zde je důležitá spolupráce s rodinou a je potřeba znát všechny návyky a zvyky klienta (Marková, 2006).

Neméně důležitá je péče o hygienu a zevnějšek klienta. Některé formy schizofrenie zapříčiňují zanedbání hygienické péče, či naopak přehnanou péči o ni. Proto je důležité, aby se zdravotnický personál postaral o adekvátní péči pečlivým a pevně nastaveným řádem. Je dobré vedení klienta ke zvyklostem denního života. Také v oblékání se setkáváme s odchylkami. Postižený člověk většinou na sebe upoutá pozornost zvláštním vrstvením oblečení, nevhodným výběrem prádla s ohledem na roční období, či příležitost. U žen se pak můžeme setkat s velice výrazným a ne zrovna pečlivým

líčením. Personál má taktně a nenásilně vést klienta k takové úpravě zevnějšku, který by nevzbuzoval pozornost okolních lidí a nevyřazoval je tak z normálního, běžného života (Marková, 2006).

Spánek je velice důležitý pro dobrou psychiku schizofrenika. Nemocní často nespí celou noc nebo i několik dnů. Cílem zdravotníků je připravit klidné prostředí pro spánek, seznámit klienta se zvyklostmi oddělení či domova, příkladem jsou noční kontroly. Je zapotřebí znát všechny rituály klienta. Úkolem personálu je monitoring spánku a následné odstranění všech rušivých elementů a eventuální nasazení hypnotik, či vhodné medikace po předchozí poradě s lékařem (Marková, 2006).

Velice důležitá je komunikace klienta s okolím, kterou zdravotník musí nenásilně podporovat a rozvíjet. Empaticky nabízí klientovi kontakty s ostatními klienty i rodinou, kde jsou často vztahy narušeny. Klient ale nesmí mít pocit, že je do něčeho tlačěn, přetěžován. K tomuto včleňování do kolektivu nám pomáhají volnočasové aktivity. V domovech se zvláštním režimem se o tuto problematiku starají erudovaní terapeuti. Tyto aktivity odpoutávají klienta i od ohrožení sebevraždou, na kterou často pomýšlí (Marková, 2006).

#### 1.4.4.2 Alzheimerova choroba

Toto onemocnění patří do skupiny demencí, tedy orgánových duševních poruch. Demence rozdělujeme na tři skupiny. První je *atroficko-degenerativní demence*, do které řadíme Alzheimerovu chorobu. Druhá je *sekundární demence*. Buď ischemicko–vaskulární, nebo demence vyvolané jinými příčinami. Sekundární demence jsou vyvolané jiným onemocněním. Například úrazem, otravou nebo infekčním onemocněním. Do třetí skupiny spadá *demence smíšeného typu*. Při té nemocný trpí například Alzheimerovou chorobou a zároveň vaskulární mozkovou poruchou (Vágnerová, 2004).

Alzheimerova choroba je postižením získaným a multifaktoriálním. Přesná příčina vzniku je neznámá (Kramářová, 2005). Je nejčastějším typem demence. U tohoto onemocnění dochází k atrofii mozku a tím k úbytku neuronů a jejich synapsí. Stupeň postižení většinou odpovídá i stupni schopností, kterých je takto postižený schopný. Alzheimerova choroba je velice častá ve stáří a představuje až 50 – 70 % všech



demencí. Podle časového vzniku onemocnění rozdělujeme formu onemocnění na ranou, presenilní s časným začátkem a senilní formu, kde můžeme naleznout největší počet nemocných. Onemocnění trvá zhruba 5 - 8 let a je infaustní (Vágnerová, 2004).

Nemalé rizikové faktory vzniku onemocnění jsou genetické předpoklady, pohlaví – ženy jsou postiženy častěji než muži, kouření a alkohol a poranění hlavy. Zanedbatelným předpokladem není ani tak kvalita zdraví, spíše je to vysoký krevní tlak, deprese, vysoká hladina cholesterolu, lipidů a v neposlední řadě diabetes mellitus (Kramářová, 2005).

Alzheimerovu chorobu sice nelze zcela vyléčit, ale její včasné rozpoznání a zahájení léčby se znalostí průběhu choroby a informovaností personálu o péči o tyto klienty zlepšuje a usnadňuje soužití (Vágnerová, 2004).

U demencí všech skupin, tak i Alzheimerovy choroby dochází k úbytku kognitivních funkcí a především k úbytku paměti a inteligence. Zanedbatelné nejsou ani poruchy vnímání. Klient tak není schopen poznat jemu již známé věci. Dále není schopen používat základní nástroje. Je pro něj nemožné si vybavit jejich funkci. U této choroby je výrazně porušena řeč. V závislosti na míře poškození si klient vybavuje jen určité výrazy, nerozumí slovu a může dojít i k afázii. Člověk takto dementní má i výrazně porušenou emotivitu. Člověk má stavy nečekané tupé euforie nebo je naopak depresivní. Duševní nesoulad se může projevit i tělesným neklidem, který se projevuje náhodným přemísťováním věcí z místa na místo nebo i úteků z domova. Klient takto postižený ztrácí jakoukoli motivaci a většinou trpí i poruchou spánku. Nemocného s Alzheimerovou chorobou nemůžeme nechávat bez dozoru, protože se zároveň s poruchou paměti objevuje i porucha orientace. Nemocný tak neví, kde se nachází, je zmatený, nejistý a není schopen sebeobsluhy. Onemocnění Alzheimerovou chorobou dělíme podle příznaků a schopnosti sebepečce na tři stadia (Příloha 3). Tuto chorobu dále dělíme podle časového období na demenci s časným začátkem a pozdním začátkem (Příloha 4) (Vágnerová, 2004).

### První příznaky nemoci Alzheimerovy choroby

Důležitá je včasná diagnostika onemocnění a proto je zásadní znát první příznaky nemoci Alzheimerovy choroby. V první řadě se objevuje ztráta paměti. Důležitým vodítkem poté pro diagnostiku je problém s běžnými domácími úkony. Přidružují se další příznaky, jako jsou poruchy řeči a plynulého vyjadřování, zhoršená orientace v prostoru, zhoršující se úsudek a stále obtížnější rozhodovací schopnosti. U nemocného začínáme pozorovat problémy s abstraktním myšlením. Klient má potíže s oblékáním, přemisťuje nesmyslně věci z místa na místo. Pozorujeme změnu osobnosti, nálady, chování. Není iniciativní. Ztrácí zájem o zaměstnání i své koníčky (Kramářová, 2005; Malá 2002).

### Specifika ošetrovatelské péče u nemocných postižených Alzheimerovou chorobou

Ošetrovatelská péče je podobná jako u demencí obecně a navazuje na její léčbu (Příloha 5). Klientům je nutno poskytovat pomoc při osobní hygieně, oblékání a je nezbytné obstarávat všechny ostatní záležitosti. U ležících nemocných je nezbytné dbát na riziko vzniku proleženin. Pro sestru a personál vůbec je ošetrovatelská péče o takto nemocného velice fyzicky náročná, protože takto postižený je absolutně nehybný a toporný. Psychicky musí být sestra velmi zdatná. Postižený Alzheimerovou chorobou není schopen žádného verbálního kontaktu a tak sestra musí znát a dovtípit se veškerých jeho potřeb (Malá, 2002; Marková, 2006).

K tomu, aby sestra přesně věděla, jakým směrem se má ubírat ošetrovatelská péče, musí nejprve cíleně a přesně zmapovat stadium nemoci a s tím spojené klientovy potřeby. K tomuto mapování může použít hodnotící škálu Barthelova testu – ADL, která slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech, nebo test instrumentálních všedních činností – IADL. Tento test zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti. Po zmapování potřeb klienta si sestra sestavuje ošetrovatelský plán. Stanoví si reálné cíle, které vedou k zajištění všech potřeb klienta a k co nejlepší kvalitě jeho života. Snaží se tím také udržet co nejvyšší úroveň jeho soběstačnosti (Marková, 2006). Plánování péče by se mělo týkat narušených kognitivních funkcí, mělo by se zaměřovat na uklidňování pacienta, snížení jeho obav a strachu. Plán nesmí zapomenout

ani na předcházení úrazů a pádů, zajištění bezpečného a klidného prostředí. Zahrnuje i denní aktivity klienta. Má počítat se spoluprací s rodinou nemocného. Sestra podle ošetrovatelského plánu pracuje, plní příslušné intervence a poté je také průběžně hodnotí a plánuje další. To vše podle aktuálního stavu klienta. Pro kvalitní a komplexní péči musí sestra spolupracovat s celým ošetrovatelským týmem, do kterého patří nejen lékař, ale i ošetřující personál, rehabilitační pracovník a v neposlední řadě i terapeut (Marková, 2006).

Při příjmu na nové oddělení se klient většinou dostává do stresu z nového, pro něj neznámého, prostředí. Je nutné, aby adaptace na oddělení proběhla co nejdříve, protože většinou touto změnou dochází ke zhoršení stavu. Úkolem sestry je všimnout si všech projevů klienta a snažit se o nápravu negativních příznaků pochopením, klidným přístupem, tolerancí a v neposlední řadě vyjádřením podpory. Problematické chování klienta často způsobuje frustrace z neporozumění svého okolí a následná izolace člověka vyvolaná nedostatečnou komunikací. Sestra i ošetřující personál proto musí být seznámen se zásadami správné komunikace. Personál má mluvit slovníkem nemocného a používat i jeho výrazy, kterým on rozumí. Neopravuje jeho slovní spojení a výrazy. Mluví prostě a používá k lepšímu pochopení i gesta a rekvizity. Snaží se, pokud to chod oddělení dovoluje, o zachování zvyklostí klienta (Zgola, 2003).

Domovy se zvláštním režimem, kde takto postižení bydlí, jsou většinou uzpůsobovány zvyklostem klienta například vybavením pokojů. Pokud si to přejí, mají na pokojích své zařízení, svůj nábytek, oblíbené křeslo, na zdech visí soukromé obrázky a fotky. To vše přispívá ke klidu nemocného. Nemají být ovšem moc přeplněné, protože nadbytek předmětů může působit na klienta rušivým dojmem přivozujícím neklid, například při jídle, a nesoustředěnost. Pokoje jsou většinou situovány tak, aby nedocházelo k úrazům, a citlivě se také přistupuje i k výběru spolubydlícího. Je nezbytné, aby na pokoji byly osoby, které se shodnou a pokud možno se ještě doplňují. Předcházíme tak konfliktům. Člověk trpící Alzheimerovou chorobou se často zaobírá prohlížením zásuvek a věcí svých, ale i cizích, proto je tato shoda a tolerance nezbytná (Zgola, 2003).

Pro ubytování v domově je několik zásad udržení bezpečného prostředí. Jednou z nejdůležitějších věcí je kvalitní lůžko s kvalitní matrací. To je předpoklad dobré prevence proti dekubitům. Lůžko celkově musí být přizpůsobeno individuálním potřebám a doplněno zábranami sloužícími jako prevence proti pádu. Světlo je jednou ze zásadních věcí. Klienti často trpí poruchou orientace a halucinacemi. Světlo a stíny toto všechno ovlivňují. Je možné, že hra stínů, barev na podlaze, na stěnách, mohou být příčinou vzniku halucinací. Personál domova dbá i na bezpečnost a prevenci proti pádu a to může jen s bezpečným schodištěm a chodbami, které jsou vybaveny zábradlím. Přístup na schody ale má být omezený klientům, kterým stav nedovoluje tuto, pro ně velkou překážku, zvládnout. Proto jsou v domovech schody zabezpečeny zábranami, nebo ještě lépe, se nacházejí za dveřmi, které jsou zamčeny. Zmatení klienti se tak nemohou sami vzdálit z oddělení (Marková, 2006).

Další ohrožení čeká na klienta v podobě radiátorů. Ty jsou kryté, aby nedocházelo k popáleninám (Marková, 2006). Je jenom pozitivní, když okna na pokojích, chodbách i veřejných prostorech jsou vybaveny zámkem. Neorientovaný klient tak nemá možnost nekontrolovaného pádu z otevřeného okna. Také na koupelnách může na nemocné čekat mnoho nástrah, proto jsou vybaveny různými madly, nejsou zde žádné ostré hrany a koupelny jsou pro špatnou stabilitu klienta vybaveny sedátky a koupacími židlemi. Většina nemocných není schopna zvládnout vlastní hygienu, proto je zapotřebí, aby koupelny byly prostorné pro dobrou manipulaci s klientem. Sestra zde zajišťuje veškerou péči o klienta, čímž je myšleno koupání, holení, péče o vlasy, nehty, ústa, kůži. Je nezbytné, aby v dosahu klienta nezůstávaly žádné nebezpečně ostré předměty, které by mohly vést k poranění nemocného (Marková, 2006).

Dalším z faktorů, kterým se sestra musí věnovat je vyvážená strava klienta. Nemocný si ne vždy uvědomuje a umí popsat pocit hladu, proto sestra hlídá množství a složení stravy, pomáhá při jídle a nezapomíná ani na možné potíže se zubní náhradou. Dbá, aby obyvatel domova byl i dostatečně hydratován. Stravování by mělo probíhat v pevně stanovených, pravidelných časových intervalech. V pokročilém stadiu demence není klient schopen se sám a kvalitně stravovat, proto sestra používá i speciálně upravené pomůcky, jakými jsou například hrnečky se dvěma uchy, upravované různými

nástavci, či plastové talíře a sklenky. S přibývajícím demencí má klient i problém s rozmělněním stravy, proto je zapotřebí stravu upravovat mletím a mixováním (Marková, 2006).

Selhávající kontrola močového měchýře nebo svěračů může být velmi stresující a klienti postižení Alzheimerovou chorobou mohou mít snahu toto před personálem skrývat. Důležitý je citlivý a profesionální přístup personálu. Nezbytné, z hlediska hygieny, je používání inkontinentních pomůcek a neméně důležitý je nácvik pravidelného vyprazdňování. Sestra musí zvýšenou hygienou dbát o klientovu čistotu a předcházet tak vzniku opruzenin a dekubitů (Marková, 2006).

Nemalým problémem bývá pro člověka s Alzheimerovou nemocí porucha spánku. Bývá vyvolána smyslovými poruchami nebo psychickým stresem (Marková, 2006). Objevuje se spánková inverze. Takto postižení lidé v noci často bloudí po oddělení, chodí ostatním do pokojů, rozsvěcují tam. Nechápu, ani nejsou schopni pochopit, že obtěžují ostatní klienty. Personál se proto musí snažit o urovnání tohoto problému. Přes den dbá na zaměstnávání klienta různými terapiemi, denními aktivitami jakými jsou procházky, nepodporuje spánek přes den. Před spaním klientovi vyvětrá pokoj, dbá na čistotu a upravenost lůžka připraveného ke spánku a zajistí klid na oddělení. Dobrým předpokladem kvalitního spánku je časová pravidelnost (Styx, 2003).

K povinnostem sestry patří kontrola účinku ordinovaných léků. Lékař do domova chodí jen na pravidelné vizity a plně se musí spolehnout na adekvátní informace od sestry. Ta hodnotí a informuje lékaře o klientově náladě během dne, o jeho nespavosti a spokojenosti. Ne vždy je totiž nemocný schopen souvislé řeči a není tak možná rozmluva nemocného s lékařem (Marková, 2006).

Dobrá spolupráce s rodinou velmi přispívá k co nejdelšímu udržení sebepečce. Je přínosné, když rodina klienta je co nejlépe seznámena se změnami, které toto onemocnění přináší a plně je akceptuje. Pro nemocného je přínosem, když je co nejčastěji obklopen lidmi, které má rád. Příznivé vztahy se členy rodiny klienta motivují k lepší spolupráci. Rodina ale musí být seznámena i s alternativou, že nemocný rodinu nepoznává, je vulgární, či agresivní. V dnešní době je ale také nezbytná i materiální a finanční podpora rodiny. Péče o postiženého je náročná na kompenzační

pomůcky, které často nejsou, nebo jen částečně hrazeny pojišťovnou a rodina tak musí zajistit, že všechny doplatky budou uhrazeny (Marková, 2006).

#### 1.4.4.3 Mentální retardace

Mentální retardace je vrozená a trvalá vada rozumových schopností při přijatelném způsobu výchovy a při normálním působení vnějšího prostředí (Vágnerová, 2004). Při tomto onemocnění nelze dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje s ohledem na věk a dovednosti (Malá 2002). Výskyt nemoci v běžné populaci se odhaduje asi na 3 % (Jůn, 2007). Mentální retardace lze diagnostikovat při hodnotě IQ nižší než 70. Toto onemocnění můžeme dělit do několika stupňů. Prvním je lehká mentální retardace dříve nazývaná debilita. V pásmu IQ je hranice 50 - 70. IQ 35 - 49 je středně těžká retardace, IQ 20 - 34 je diagnostikována těžká mentální retardace a hluboká mentální retardace je v pásmu hodnocení IQ 0 - 19 (Vágnerová, 2004).

Lehká mentální retardace je nejčastější formou onemocnění. Odhaduje se na 80 % z postižených touto chorobou. Postižení se naučí sebedpěči, jsou schopni se zařadit do společnosti, také jsou schopni vychodit základní školu eventuálně se i vyučit. Ovšem, při převyšujících nárocích, v rámci jeho možností, se u nemocného projevuje emoční labilita, porucha soustředění, učení a objevuje se stres (Marková, 2006). U dospělého jedince lze jeho úroveň srovnat s dítětem ve středním školním věku (Kramářová, 2005).

Středně těžká retardace, dříve nazývaná imbecilita, je postižení, při němž se nemocní dají přirovnat k dětem předškolního věku. Tito lidé zvládnou jednoduché dovednosti sebeobsluhy, ale je zapotřebí již trvalý dohled okolí. Pod dohledem také takto postižení zvládají jednoduché pracovní úkoly, ale jen ty, kde se nevyžaduje rychlost a přesnost (Vágnerová, 2004).

Při těžké mentální retardaci je člověk v porovnání se zdravým jedincem na úrovni batolete. Řeč mají omezenou jen na několik základních slov a někdy nemluví vůbec. Často se k tomuto stupni postižení přidává i postižení motoriky a objevuje se například i epilepsie. Při tomto postižení jsou lidé zcela závislí na péči druhých (Vágnerová, 2004).

Lidé postižení těžkou mentální retardací mají většinou postižení kombinované. Přidává se tak i tělesné postižení (Kramářová, 2005). Reagují většinou pouze gesty a grimasami a dávají tak najevo svou spokojenost a nespokojenost. Většinou jsou umístěni v domovech sociální péče, domovech se zvláštním režimem - pro svou neschopnost se o sebe postarat a pro absenci starající se rodiny ve vyšším věku (Vágnerová, 2004; Kramářová, 2005).

### Ošetrovatelská péče u lidí s mentální retardací

Lidé postižené mentální retardací jsou plni negativních a stresujících situací, pro ně také závažných událostí. Mezi ně například patří separace od blízkých osob, ztráta přátelství, nedostatečné soukromí, traumatizující události a zkušenosti se zneužíváním a týráním a další, neméně podstatné vlivy. Z toho se také odvíjí jejich reakce. Objevuje se problematické chování. Časté jsou projevy agrese vůči druhým lidem, autoagrese. Postižení lidé často ničí věci kolem sebe, odmítají jakékoli požadavky k nim vznesené (Jún, 2007). Nemocní mají nejen potíže s komunikací, myšlením a učením, ale také s omezeným chápáním. Mají problém se svým sebehodnocením. Bývá tak často nekritický a neobjektivní. Na druhé straně ale bývá často lehce ovlivnitelný svým okolím (Vágnerová, 2002).

Léčba mentální retardace není možná, protože se jedná o vrozenou a trvalou poruchu. Léčit se dají pouze projevy nemoci, jako je agrese, autoagrese, neklid a jiné symptomy. Farmakologicky tedy jen korigujeme poruchu chování a snažíme se o zlepšení koncentrace pozornosti. Je zapotřebí spolupráce s odborníky, a to neurology, psychology, pedagogy, genetiky. Důležitá je spolupráce s rodinou klienta. Rodina často klientovým postižením trpí a prožívá stresy, které se odrážejí v pocitech klienta. V rodině najdeme obavy z budoucnosti, a to hlavně u stárnoucích rodičů. Je proto naším cílem, abychom i rodině klienta poskytli oporu a porozumění. Často tak získáme i spoustu důležitých informací o klientovi samém. To nám usnadní takzvanou socioterapii. Její náplň obsahuje snahu začlenit nemocného do kolektivu, společnosti, či sbližování s jeho rodinou. K léčbě mentální retardace neodmyslitelně patří pedagogická pomoc, která napomáhá dalšímu rozvoji mentálně retardovaného (Vágnerová, 2004).

Důležitá je kvalitní ošetrovatelská péče (Malá, 2002). Jako výraznou překážku v ošetrovatelské péči lze vnímat obtížnou komunikaci s postiženým. Komunikace je časově náročná pro nedostatečné možnosti postižených. Musíme tedy použít nemalou trpělivost a empatii (Vágnerová, 2004). Je vhodné komunikaci přizpůsobit mentálním schopnostem jedince (Marková, 2006). Lidé takto postižení preferují i jistý stereotyp i v sociálních vztazích a upřednostňují kontakty se známými lidmi. Nemalou pozornost také musíme věnovat sexuálním potřebám klienta. S přibývajícím věkem tato potřeba vzniká a klient si s ní často neví rady, proto se nezřídka objevuje obnažování a masturbace na veřejnosti. Může se objevit i sexuální agresivita (Vágnerová, 2004). Je pak nutné korigovat toto jednání a kultivovat projevy spojené se sexualitou. Na sexuální aktivitu existuje více názorů. Domovy se jí většinou nebrání, ovšem s podmínkou příslušné antikoncepce. Rodičovská role postižených není vhodná pro absenci potřebné odpovědnosti za výchovu. Mnohdy to není ani biologicky možné (Vágnerová, 2004). Personál domova dbá na důstojnost klienta (Marková, 2006).

Ošetrovatelská péče v rodině je velice náročná. Rodině chybí zkušenosti v péči o postižené, přistupuje tak formou pokus a omyl. Toto pak narušuje vztahy v rodině a rodiče péči nezvládají, proto většina takto nemocných končí v ústavní péči (Marková, 2006).

Pro dobrou pohodu a správnou výchovu postiženého je zapotřebí posilování jeho sebevědomí. Abychom došli ke zdárnému cíli, musí personál domova klientovi naslouchat, dát mu najevo svoji účast a pochopení jeho pocitů. Je zapotřebí jej podporovat a povzbuzovat v každodenních činnostech a již naučené zkušenosti využívat pro další vzdělávání. Pro zdárný výsledek je nutné klienta chválit, nepřeceňovat. Je nutné mu nejen naslouchat, ale i pozorovat neverbální projevy. Klient se musí vést k průbojnosti a samostatnosti. Za hlavní principy také můžeme považovat integraci klienta do sociálního okolí a současně uspokojovat individuální potřeby postiženého. Ze strany personálu je podle stupně postižení potřebná podpora, jindy kontrola. Při vyšším stupni musí péči převzít na sebe ošetřující personál domova (Marková, 2006).



Při ošetrovatelské péči o mentálně retardovaného je vhodné použít i socioterapii, která napomáhá začlenit nemocného do společnosti. Snaží se najít vhodné zaměstnání, například v chráněných dílnách a nabízí pomoc rodinám postižených. Poskytuje rodině rady o možných sociálních dávkách, možnosti využití osobního asistenta a může být nápomocna při zprostředkování pomoci dopravy do zaměstnání, nebo do stacionářů (Vágnerová, 2004).

Mentální retardace je onemocnění, při kterém je důležité dodržovat přesný režim dne, který odpovídá základním a individuálním potřebám klientů (Jún, 2007). Pomáhá jim lépe zvládat všechny denní úkoly. Důležitým prvkem pro toto snažení jsou terapie, které domovy sociálního zařízení a domovy se zvláštním režimem provozují (Marková, 2006). Terapie pomáhají uspokojovat potřeby seberealizace a stimulace, které jsou pro vývoj mentálně retardovaného klienta nezbytností. Ovšem ke stimulaci se musí přistupovat s největší opatrností, protože nadměrný přísun podnětů vede klienta k vyčerpanosti a stresuje jej (Vágnerová, 2004).

Velmi silná je u postiženého také potřeba citové jistoty a bezpečí. Důležitá je citová vazba s blízkým člověkem nebo lidmi, kteří tvoří jeho blízké okolí. Slouží tak jako pocit rovnováhy (Vágnerová, 2004).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

1. Zjistit specifika práce sestry při péči o klienty v domově se zvláštním režimem.
2. Identifikovat rizika práce sestry spojená se specifickou péčí u klientů s psychiatrickým onemocněním.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaká jsou specifika práce sestry v péči o klienty v domově se zvláštním režimem?
2. Jaká existují pro sestru rizika při péči o klienty s psychiatrickým onemocněním?

## **3 Metodika**

### **3.1 Použitá metodika**

K vystihnutí problematiky „Práce sestry při péči o klienty v domově se zvláštním režimem“ byla zvolena metoda kvalitativního šetření. Šetření bylo prováděno pomocí polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného skrytého pozorování. Kvalitativní metoda šetření byla zvolena především proto, že otevřeněji zjistí subjektivní názor dotazovaných. Týká se přímo zkušeností, vědomostí, dovedností, chování a názorů respondentek. Rozhovor tvořilo 15 otázek. Rozhovory byly přepsány a přepsání rozhovorů bylo doslovné. Následně byly kategorizovány pomocí metody papír a tužka. Rozhovory probíhaly v měsíci lednu a únoru v Domově Libnič a CSS Empatie. Za další lokalitu bylo zvoleno CSS Emausy působící na Dobré Vodě u Českých Budějovic.

Pro rozhovory se sestrami byla zvolena terapeutická místnost, která poskytovala k rozhovorům potřebný klid. Před každým rozhovorem se tazatel vždy představil a vysvětlil důvod poskytování dotazů. Dotazované sestry, po ujištění o zachování důvěrnosti dat, odpovídaly ochotně, přirozeně sdělovaly své názory - bez jakéhokoliv nátlaku či ovlivnění ze strany tazatele.

Vlastní pozorování bylo prováděno zúčastněnou, skrytou metodou, kdy pozorovatel se zdravotními sestrami na oddělení pracoval a zjišťoval tak reakce sester při nastalých konkrétních situacích. Zároveň bylo možné tímto způsobem sledovat a vyhodnocovat jejich komunikaci s klienty. Hodnoceny byly stejné sestry, které poskytovaly rozhovor pro tuto práci. Evidence pozorování byla průběžně vedena v připraveném záznamovém archu.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořilo sedm registrovaných sester. Dvě z těchto sester pracovaly v Domově Libnič a CSS Empatie se sídlem v Libniči, z nichž jedna byla studentkou zdravotně sociální fakulty Jihočeské university. V CSS Emausy byl veden rozhovor s pěti registrovanými sestrami. Jedna respondentka, zde působící měla vysokoškolské vzdělání s titulem Bc. a jedna byla studentkou bakalářského studia

na Jihočeské univerzitě České Budějovice. Věkové rozmezí oslovených respondentek bylo 35 - 52 let. Celková délka praxe sester s psychicky nemocnými klienty se pohybovala v rozmezí 2 - 25 let.

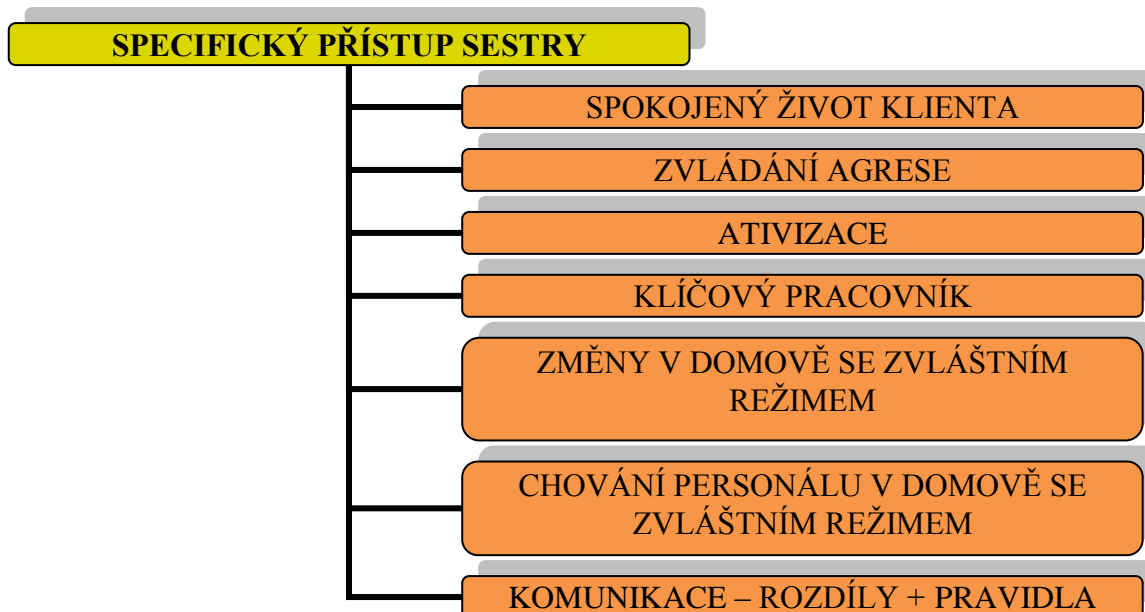
Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentek

respondentky	věk sestry	celková délka praxe	praxe s psychicky nemocnými	současné pracoviště
R1	40	22	16	CSS Emausy
R2	35	6	4	CSS Emausy
R3	39	21	6	CSS Emausy
R4	45	26	11	Domov Libníč a CSS Empatie
R5	49	25	25	Domov Libníč a CSS Empatie
R6	38	20	2	CSS Emausy
R7	52	33	17	CSS Emausy

## 4 Výsledky

### 4.1 Zpracování výsledků

Schéma 1 – Specifický přístup sestry



#### Specifický přístup sestry

První kategorie ve zpracování výsledků se zabývala specifickým přístupem sestry ke klientům. Analýzou rozhovorů bylo vytvořeno několik podkategorií. První se soustředí na indicie vedoucí ke spokojenému životu klienta. Dalšími jsou: „zvládání agrese“, „aktivizace“, „klíčový pracovník“, „změny v přístupu v domovech se zvláštním režimem“, „chování personálu“ a „komunikace“. Výsledky šetření byly zpracovány do schémat a poté každé schéma bylo podrobně vysvětleno a popsáno.

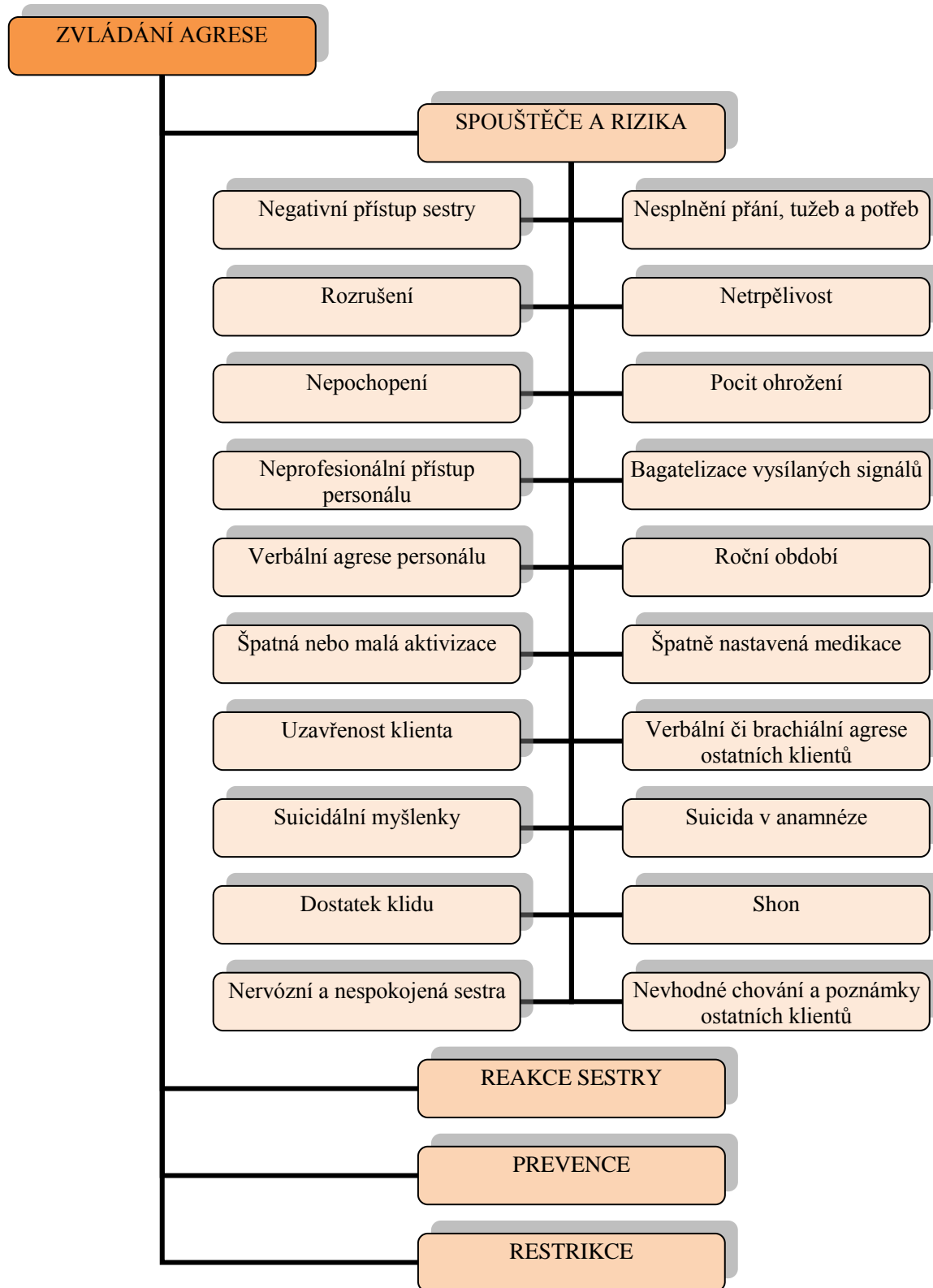
Schéma 2 – Spokojený život klienta



### Spokojený život klienta

Ze získaných rozhovorů je patrné, že ke spokojenému životu klienta je nutné „dobře zvolené zařízení“ a následně dobré „přizpůsobení se prostředí“. Z šetření vyplývá, jak je důležité vhodné „vybavení pokoje“, tak i přiměřená „aktivizace a terapie“. Respondentky R1, R2 a R4 uvádí, že zásadní vliv na spokojenost klienta má „práce sestry, která je vždy nápomocna a schopna pomoci řešit klientův problém“. Dle názoru respondentky R6 se dozvídáme, že klient pro dobrou pohodu potřebuje „vědět, že není sám“. Respondentka R3 odpověděla, že je zapotřebí „být psychicky nemocnému na blízku a pomáhat mu. Také na něj dohlížet“. Respondentka R7 uvádí, že je důležitý „klidný přístup“, a nemalou měrou ke spokojenému životu přispívá „spokojený personál a ostatní klienti“.

Schéma 3 – Zvládání agrese – spouštěče a rizika



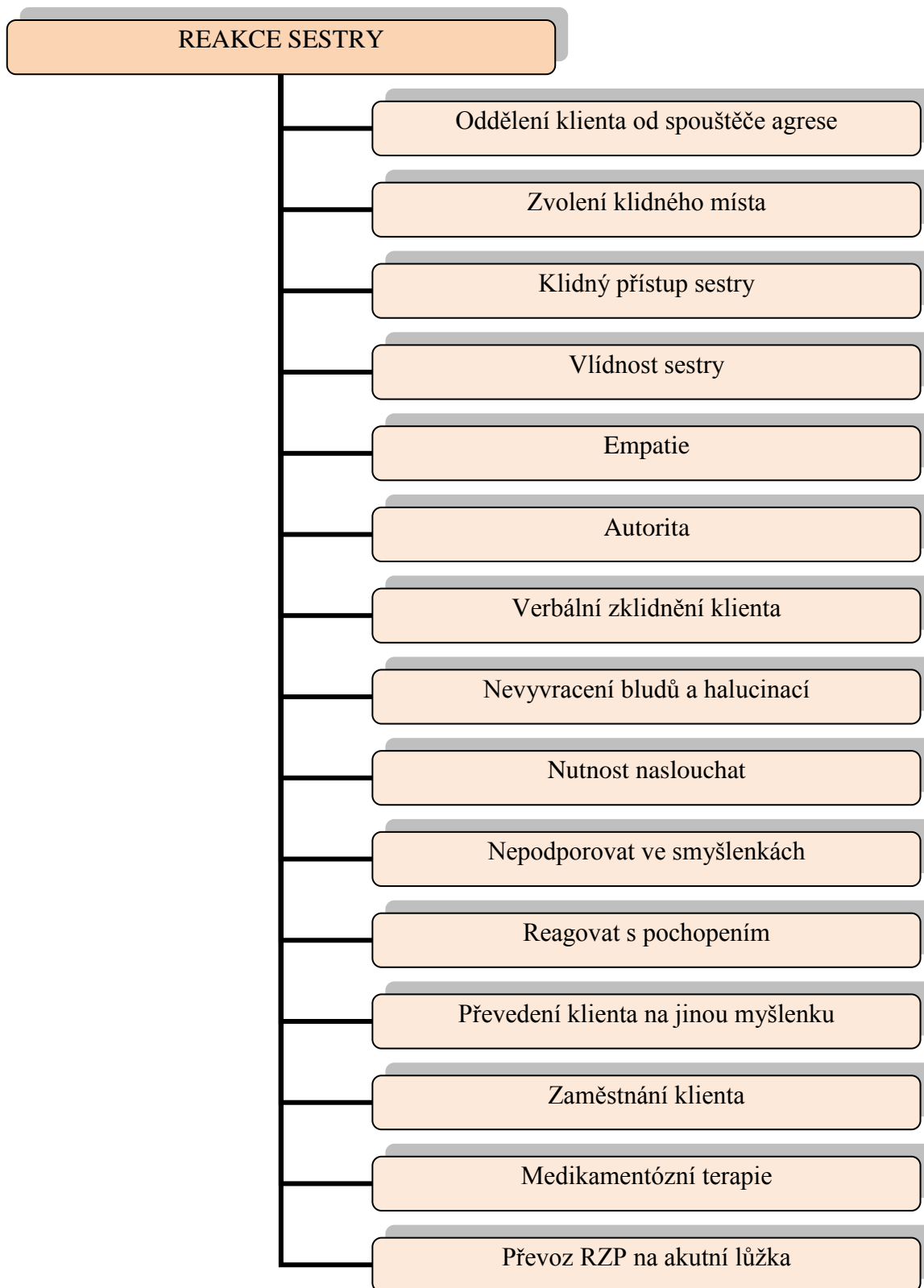
### Zvládání agrese

Druhá podkategorie byla vytvořena při analýze názorů, jak v domovech se zvláštním režimem zvládat agresi, co je spouštěčem a rizikem pro vznikající agresi, dále pak jak budou sestry reagovat na počínající či již vzniklou agresi. Do této podkategorie byla také zařazena prevence vzniku agresivního chování a možné použití restriktivního opatření.

Všechny respondentky se při rozhovoru shodly na tom, že sestra má vliv na agresivní chování klienta. Respondentka R2, R5, R3 a R4 uvádí, že spouštěčem klientovy agrese se může stát *„negativní přístup sestry, nesplnění jeho přání, tužeb a potřeb“*. Respondentka R7 uvádí, že je to *„rozrušenost, netrpělivost a špatné pochopení a to ze strany personálu, tak i ostatních klientů“*. Respondentka R6 tvrdí, že klient reaguje agresi, když se *„cítí ohrožený“* a při činnostech, se kterými klient nesouhlasí. Možným spouštěčem agrese může být *„neprofesionální přístup personálu, ať už bagatelizace vysílaných signálů či verbální agrese personálu“*. Tento názor zastává respondentka R1. Dále pak poukazuje, a k tomuto se přiklání i respondentka R3, že *„spouštěčem agrese klienta se mohou stát nevhodné poznámky a chování ostatních klientů, roční období, malá, nebo nevhodně zvolená aktivizace a v poslední řadě špatně nastavená medikace lékařem“*. K možným rizikům agresivity klienta respondentka R1 uvádí, že je nezbytné *„nepřehlížet klientovu uzavřenost, verbální či brachiální agresivitu ostatních klientů a klientovy suicidální myšlenky, nebo samotné pokusy o suicida v anamnéze“*. Od respondentky R3 se dozvídáme, že pro klienty v domově se zvláštním režimem je důležitý hlavně *„dostatek klidu. Shon na oddělení a nervózní a nespokojená sestra je zárukou klientova neklidu a agrese“*.



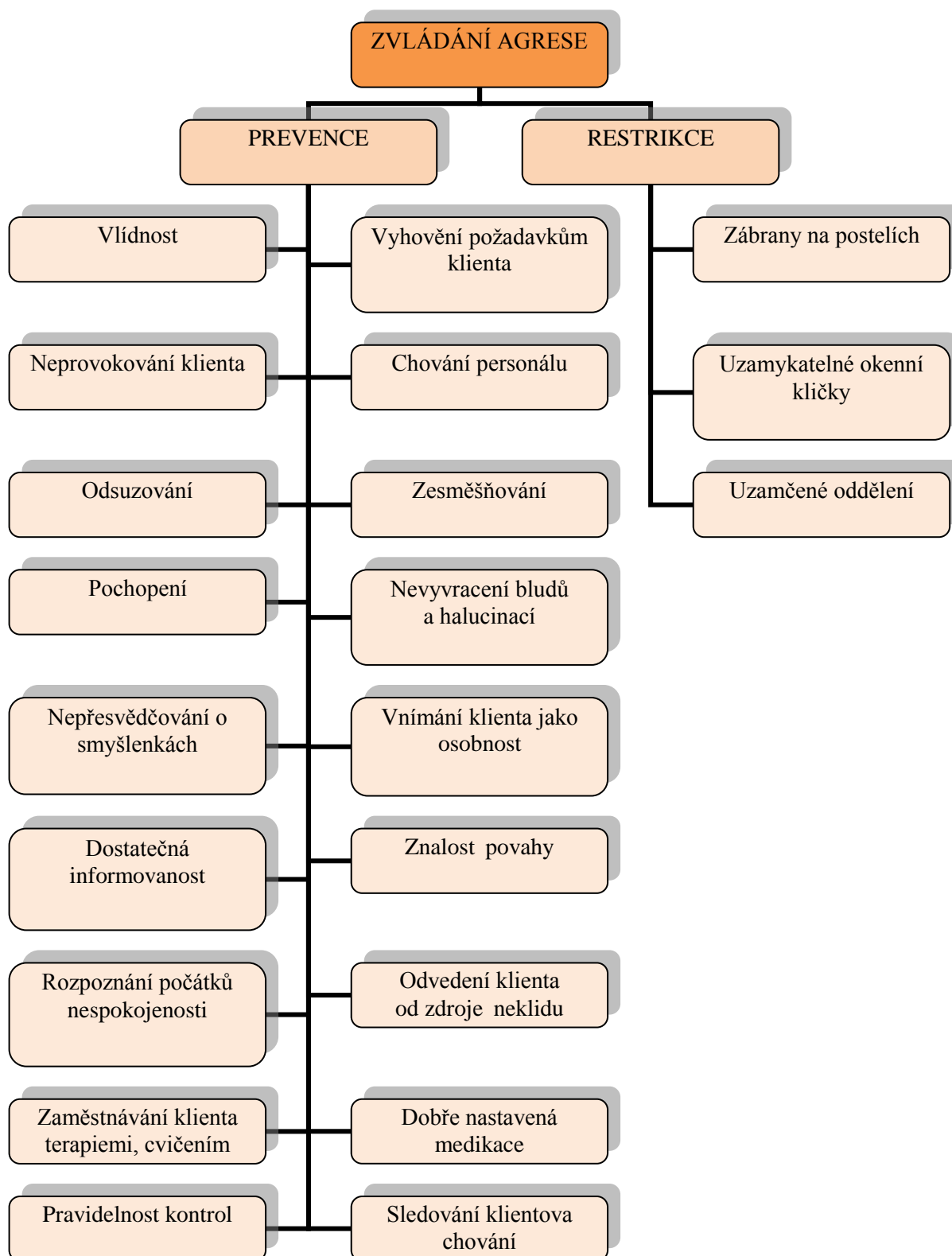
Schéma 4 – Reakce sestry



### Reakce sestry

Při analýze, jak bude sestra reagovat na agresivního klienta, se dozvídáme, že respondentka R3 na prvním místě uvádí „*oddělení klienta od spouštěče agrese a zvolení klidného místa*“. Poté se respondentky R3, R4, R5 a R7 shodují, že budou „*přístupovat klidně, vlídně s empatií, ovšem s autoritou, a pokusí se klienta uklidnit verbálně*“. Respondentky R7 a R3 podotýkají, že „*není možno vyvracet bludy a halucinace a je nutno naslouchat, nepodporovat ve smyšlenkách, ale reagovat s pochopením*“. Poté je dobré klienta „*převést na jiné myšlenky a zaměstnat jej jinými aktivitami, které má rád*“. V tomto se k nim příklání i respondentka R4. Při neúspěchu verbální komunikace respondentka R4, R3, R1 a R5 podá „*medikamentózní terapii*“ naordinovanou lékařem při neklidu. Když se ani po medikaci klientova agresivita nesníží, podle respondentky R3, R2 a R5 se dostává klientovi „*převozu rychlou zdravotnickou pomocí k ošetření na akutní lůžka*“ nemocnice České Budějovice.

Schéma 5 – Zvládání agrese – *prevence, restrikce*

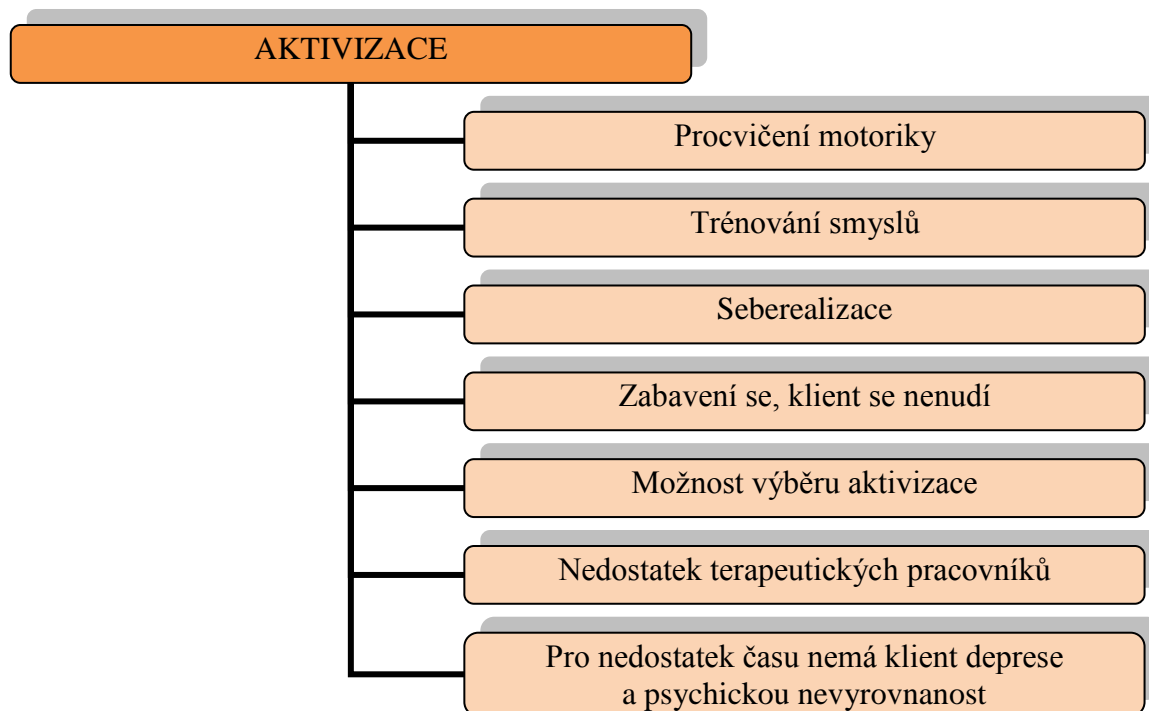


## Prevence, restrikce

Při šetření jsme se zajímali, zda je možné předcházet agresivnímu chování. Všechny respondentky se shodují, že je možná jistá prevence. Respondentky R7 a R1 míní, že prevencí je „*vlídnost, pochopení a neprovokování klienta a chování personálu obecně*“. Jak uvádí respondentka R2, „*personál nesmí klienta odsuzovat, zesměšňovat a pokud je to možné, má vyhovět jeho požadavkům*“. Hlavně klientovi „*nevyvrací bludy a halucinace a nepřesvědčuje jej, že jsou to nesmysly*“. Klient domova se zvláštním režimem, jak uvádí respondentka R6, má mít pocit, že ho personál vnímá jako osobnost a má být „*dostatečně informován o každé, s ním související, aktivitě*“. Důležitost „*znalosti povahy klienta*“ vyzdvihují respondentky R5, R4 a R3. Respondentka R4 se zmiňuje o důležitosti „*rozpoznání počátku nespokojenosti a odvedení klienta od zdroje neklidu do klidného prostředí*“. Z analýzy také vyplývá, že neméně důležité je zaměstnávání „*klienta terapiemi nebo cvičení*“, o čemž hovoří respondentka R3. Také zdůrazňuje důležitost „*dobře nastavené medicace, pravidelnost kontrol a pečlivé sledování klientova chování*“.

Zajímali jsme se také o restriktivní opatření v domovech se zvláštním režimem. Všechny respondentky odpověděly, že restriktivní opatření znají a používají je. Všechny dotazované mají na omezující prostředky kladný názor. Mezi používané restrikce řadí „*zábrany na postelích*“, které slouží jako spolehlivá a osvědčená prevence proti pádu. Ze zpracování dat ještě vyplývá, že druhé omezení, které užívají domovy se zvláštním režimem, jsou „*uzamykatelné okenní klíčky*“. Dozvídáme se to od respondentek R7, R6, R4 a R3. S tímto omezením také všechny souhlasí, „*pokud nepodráží lidskou důstojnost*“. Posledním omezením užívaným v domovech respondentky R7, R3, R4, R1, R6 a R2 uvádějí „*uzamčené oddělení*“. I toto omezení je respondentkami přijímáno pozitivně. Klienti na oddělení nejsou schopni orientace, proto musí mít sestra dobrý přehled, kdo oddělení opouští a kdo naopak přichází. Toto vše přispívá k bezpečnosti klienta. Jak uvádí respondentka R4, jsou i restriktivní omezení náležitě zaznamenány v dokumentaci.

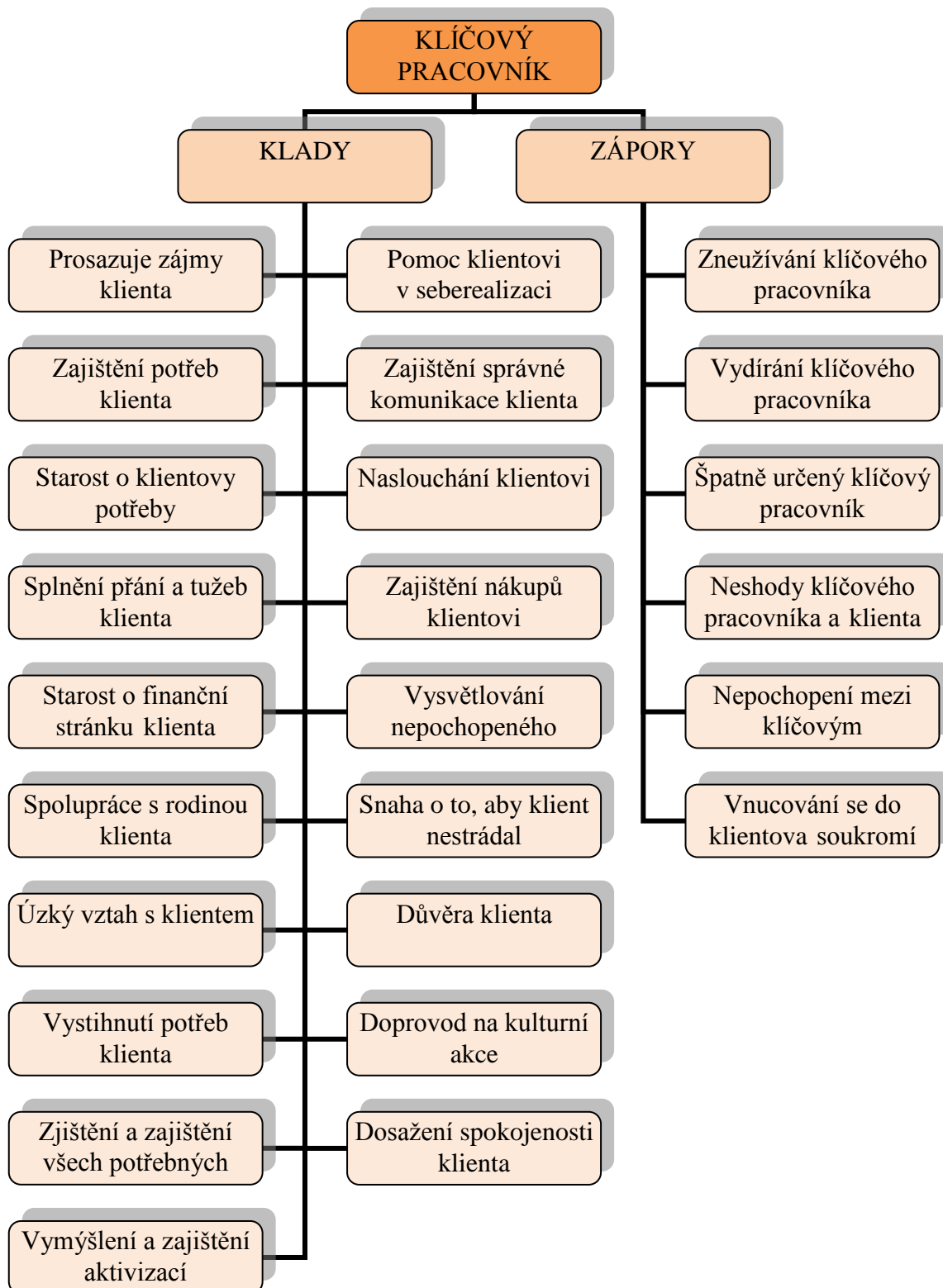
Schéma 6 – Aktivizace



#### Aktivizace

V kategorii „Specifický přístup sestry“ byla stanovena podkategorie „Aktivizace“. V domovech se zvláštním režimem probíhají takové aktivizační činnosti, které mají nemalý vliv na klienty. Zajímalo nás, jakým způsobem na klienty tyto aktivizace působí. Všechny respondentky se k těmto aktivizacím staví pozitivně. Respondentky R7 a R3 se o nich zmiňují ve smyslu, že si klienti „*procvičují svoji motoriku, trénují svoje smysly a sami se realizují*“. Respondentka R3 dodává, že jsou aktivizační terapie přínosem, protože se „*klienti s nimi baví a tak se nenudí*“. Také se vyjadřuje v tom smyslu, že je přínosem, pokud si každý klient může vybrat aktivizaci podle svého zájmu a svého hobby. Stěžuje si ovšem na nedostatek terapeutů, které poskytují zájmové činnosti v domově. Za tímto názorem také stojí respondentka R2, R1 a R6. Respondentka R4 ještě připomíná, že pokud se klient zabaví aktivizačními činnostmi, „*nemá tak čas přemýšlet nad svými neúspěchy a vyhýbá se pak depresím a psychické nevyrovnanosti*“.

Schéma 7 – Klíčový pracovník



### Klíčový pracovník

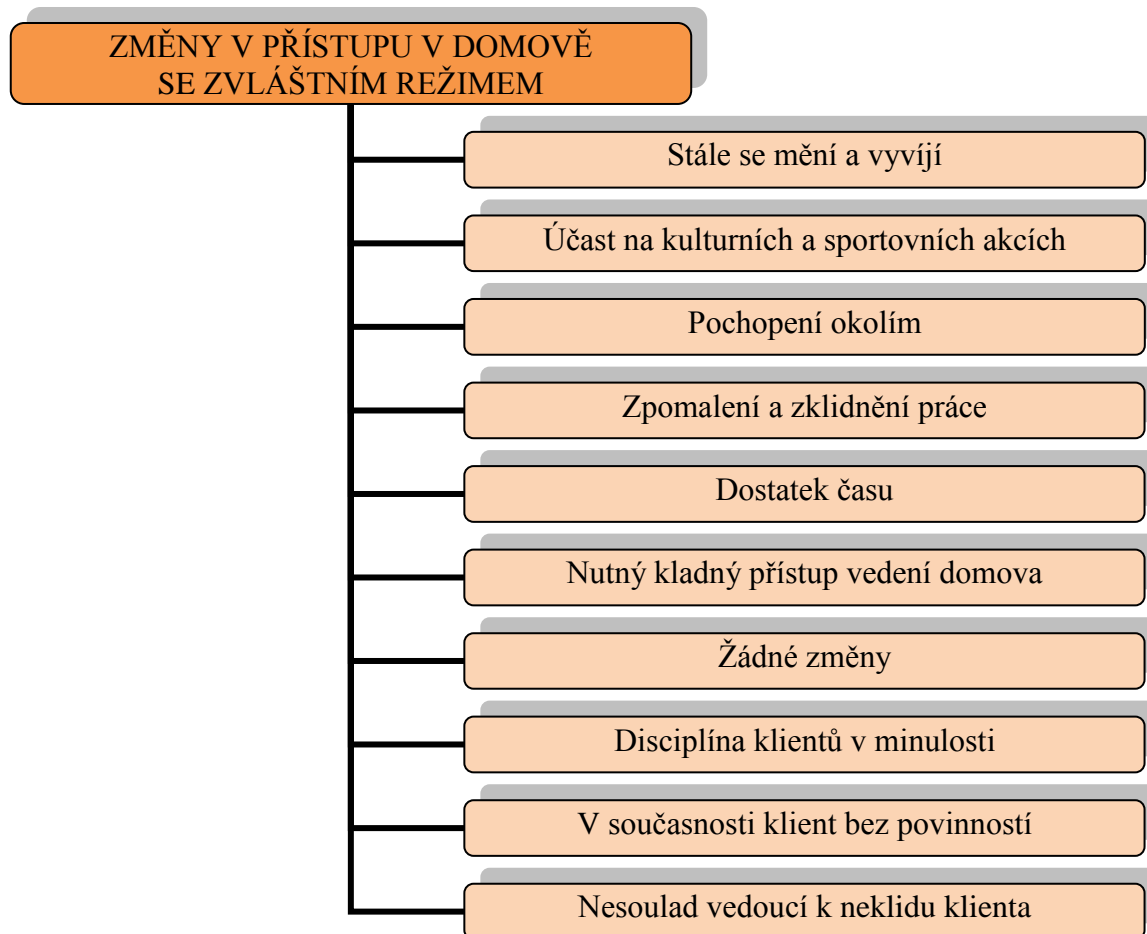
Klíčový pracovník je jakýsi důvěrník a prosazuje zájmy klienta. Všechny respondentky shodně odpověděly, že ví, kdo to klíčový pracovník je, byly schopny tuto funkci správně popsat a tvrdily, že s touto rolí také v domově pracují. O náplni práce klíčového pracovníka se respondentka R7 vyjadřuje, že má pomáhat „*klientovi v seberealizaci, zajišťovat jeho potřeby a komunikaci*“. Respondentka R4 a R3 říkají, že se při této roli „*starají klientovi o jeho potřeby, naslouchají mu a snaží se splnit jeho přání a touhy*“. Dále pak mu „*chodí nakupovat a starají se o jeho finanční stránku*“, stejně jako respondentka R2. „*Vše, co klient nechápe, mu také vysvětlí*“. K těmto činnostem ještě připomíná „*spolupráci s klientovou rodinou*“, k čemuž se přiklání i respondentka R6. Respondentka R5 odpovídá jednoduše, ale výstižně tak, že se „*snaží o to, aby klient nestrádal*“. Respondentka R6 spíše popisuje péči duševní v tom, „*že klíčový pracovník má být člověk z personálu, který by měl být nejbližší danému klientovi, při čemž záleží na v něm vloženou důvěru*“. Dále pokračuje v názoru, že jeho „*posláním je, u svého klienta vystihnout jeho potřeby a obohatit mu pobyt v domově*“. K tomuto mu napomáhá „*práce s klientovou biografií*“. O té mluví i respondentka R2, která navíc „*doprovází klienta na kulturní akce. Zjištění a následné zajištění, pro klienta, nejdůležitějších záležitostí*“ pro dosažení jeho „*největší spokojenosti*“ upřednostňuje respondentka R1. Podotýká, že „*tyto záležitosti mohou být ale někdy v rozporu s naším chápáním*“. K problematice klíčového pracovníka respondentka R3 ještě přidává fakt, že „*vymýšlí a zajišťuje klientovi aktivizace, o které má zájem a které ho také baví*“.

V zamyšlení, zda je dobrá a přínosná práce klíčového pracovníka vidí respondentka R5 „*klady ve všech směrech*“, ovšem záporné vidí to, že klient může v této roli pracovníka „*zneužívat*“, ba i „*psychicky vydírat*“. Fakt, že klient má někoho, komu se může svěřit, má k němu blíže, se líbí respondentce R2 a R1. Pracovník tak odhalí tak vážné nedostatky až již ze strany materiální, citové, nebo vztahové, k čemu se přiklání i respondentka R3 a R6. Záporné stránky ji žádné nenapadají, oproti respondentce R6, která vidí zápor v „*samotném deníku biografie klienta*“, který se jí zdá nepřehledný a zbytečně složitý. Chybí jí také časová rezerva, kterou by chtěla klientovi věnovat.

Zápor u role klíčového pracovníka vidí respondentka R3 ve „špatně určeném pracovníkovi a v následných neshodách a nepochopení“ obou zúčastněných. K tomuto názoru se přiklání i respondentka R7, která se klientovi nechce „vnucovat do jeho soukromého života“. Tento názor má i respondentka R4, která ale dodává, že role samotná je přínosem pro klienta, který i přes nesouhlas ocení osobu ze zdravotnického týmu, která mu bude bližší a bude se jí moci svěřovat.



Schéma 8 – Změny v přístupu v domově se zvláštním režimem

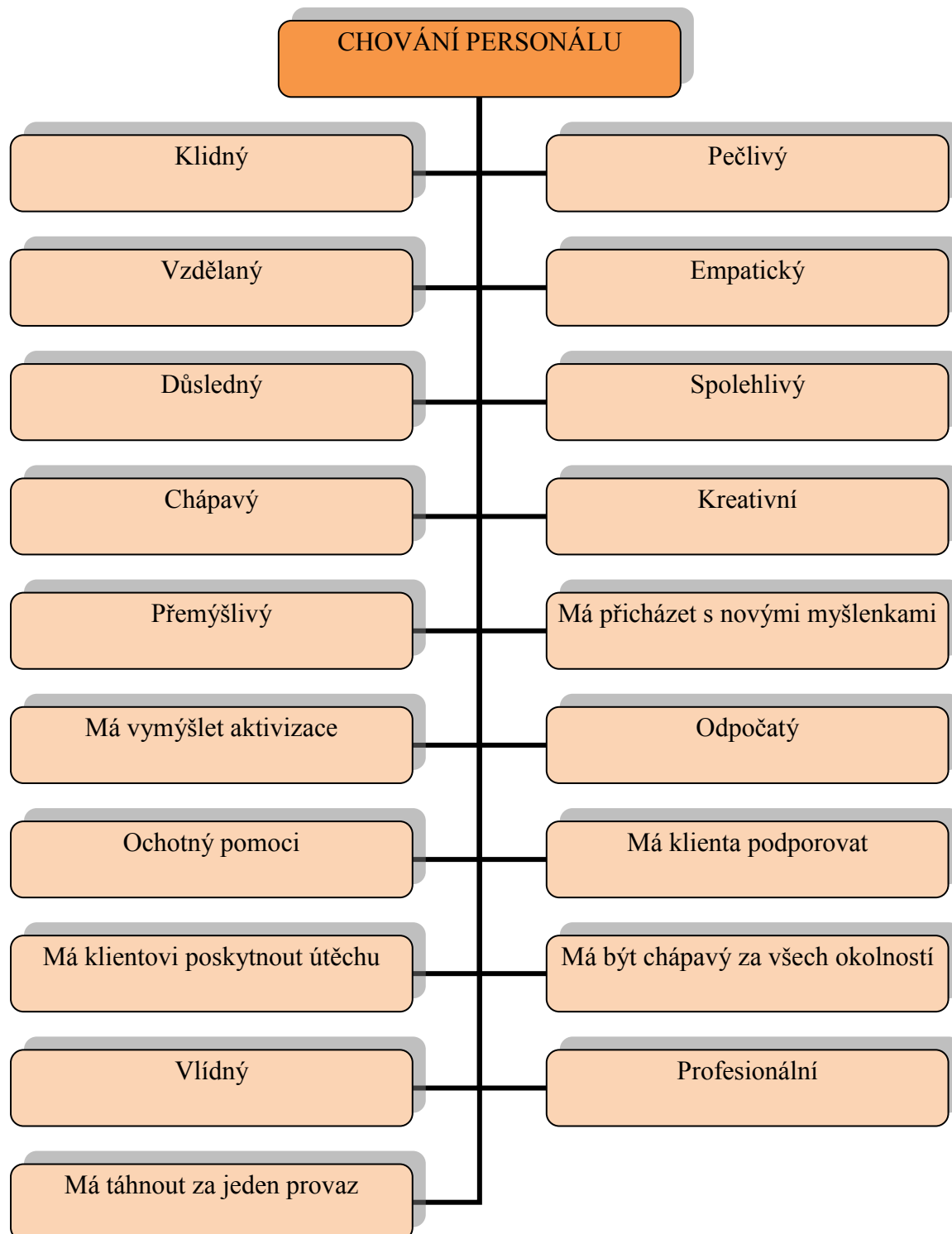


#### Změny v přístupu v domovech se zvláštním režimem

O změnách přístupu a chování v domovech si respondentka R3 myslí, že se pořád „*mění a vyvíjí*“. Zmiňuje se o včleňování klientů do zdravé společnosti, která je lépe přijímá mezi sebe, a to například pomocí účasti na jak „*kulturních, tak sportovních akcích, pochopitelně s doprovodem personálu*“. K tomuto názoru se přiklání i respondentka R7. Respondentka R3 dále zdůvodňuje a vysvětluje lepší přístup tím, že v současné, hektické společnosti má čím dál tím více lidí problémy se svou psychikou a tak se již nedívají na psychicky nemocné s takovou negací, jako tomu bylo

dosud, ale „s jistým pochopením“. Respondentka R2 se o změnách vyjadřuje ve smyslu „zpomalení a zklidnění práce“ a poukazuje tak v kladném smyslu na dostatek času pro věnování se klientovi. Respondentka R4 hovořila o změnách konkrétněji. Zdůrazňuje, jak důležitý je kladný přístup vedení domova. O domově, kde pracuje, mluví jako o místě, ve kterém byli klienti spokojeni do doby reorganizace a výměny řídicího personálu. Poté je, podle jejích slov, nespokojený jak personál, tak i klienti, o které se tento personál stará. Doufá, že se tato situace ale postupem času zase urovná a problémy, které jsou v domově, se v co nejbližší době vyřeší. Respondentky R6 a R1 naopak žádné změny v domově nevidí, ovšem v psychiatrii obecně ano, ale to individuálně záleží na onemocnění a věku klienta. Respondentka R5 změnu vysvětluje konkrétněji, že v minulosti klienti museli dodržovat jistá pravidla a za přestupek následoval trest. Jejich chování tak bylo disciplinované, oproti dnešku, kdy znají všechna svá práva, vše smějí, ale povinnosti si žádný z nich neplní a plnit také nemusí. Nastává pak nesoulad vedoucí k neklidu klienta.

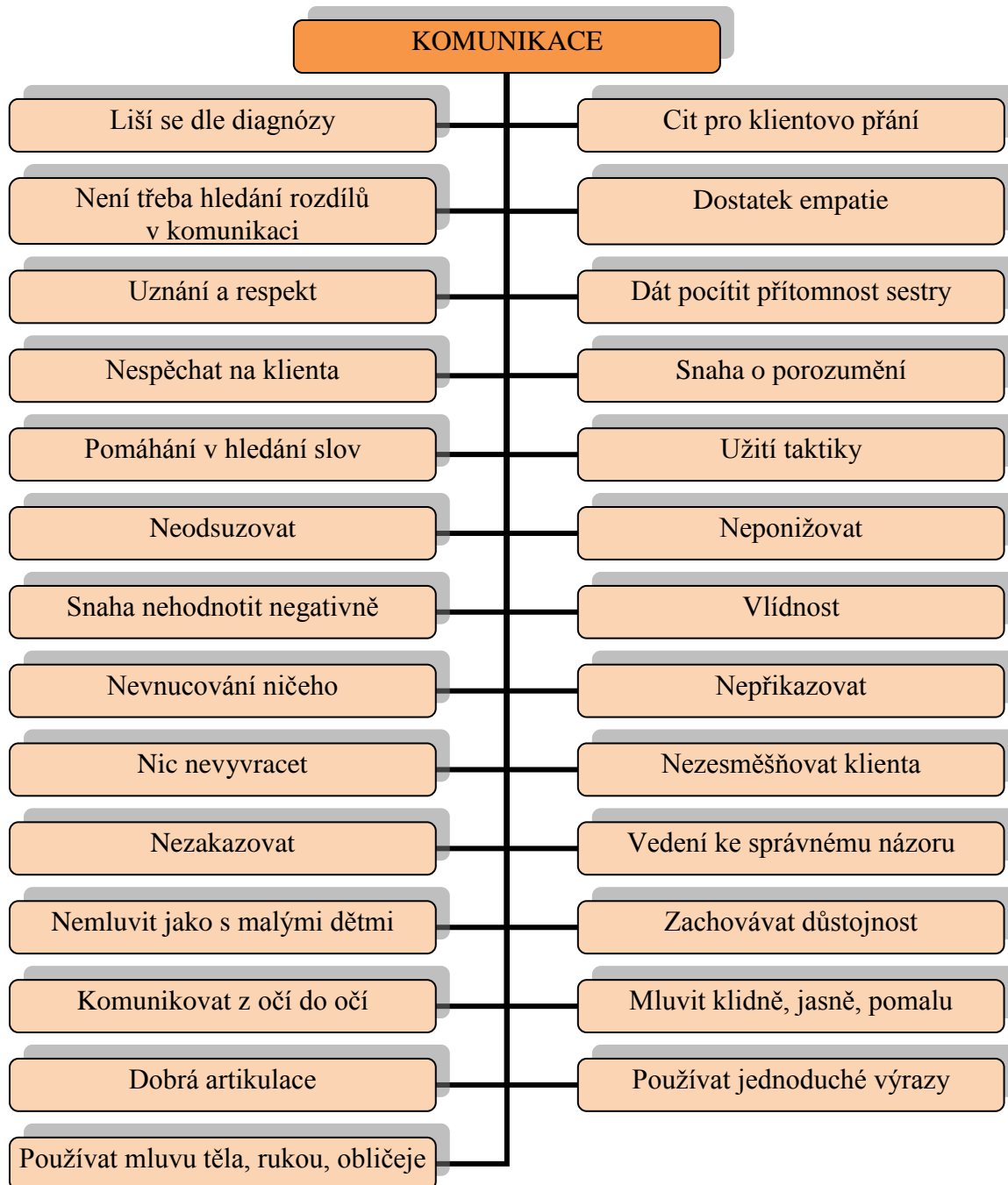
Schéma 9 – Chování personálu



### Chování personálu

Chování personálu má v domovech také jistá specifika. Respondentka R5 vypovídá, že musí být dostatečně „*vzdělaný, klidný, pečlivý a že má táhnout za jeden provaz*“. Ke vzdělanosti a sebranosti se přiklání i respondentka R1, která dodává, že ještě musí být „*empatický, důsledný a spolehlivý*“. Empatii vyzdvihuje i respondentka R4, R7 a R3, od které se navíc dozvídáme další vlastnosti a těmi jsou dostatečné „*chápaní, přemýšlivost a kreativita*“. Vyslovuje názor, že když personál přichází s „*novými myšlenkami, novými aktivizacemi, dokáže tak klienta udržet v klidu a psychické i fyzické pohodě*“. Sám, jak hovoří respondentka R6, má být zdravotník dostatečně odpočatý, aby mohl tuto práci kvalitně vykonávat. Respondentka R2 vyzdvihuje pomoc klientovi, jeho podporu a utěšení. „*Pochopení za všech okolností*“ zdůrazňuje respondentka R4 a přidává vlastnosti jakými je „*vlídnost a profesionalita*“.

Schéma 10 - Komunikace

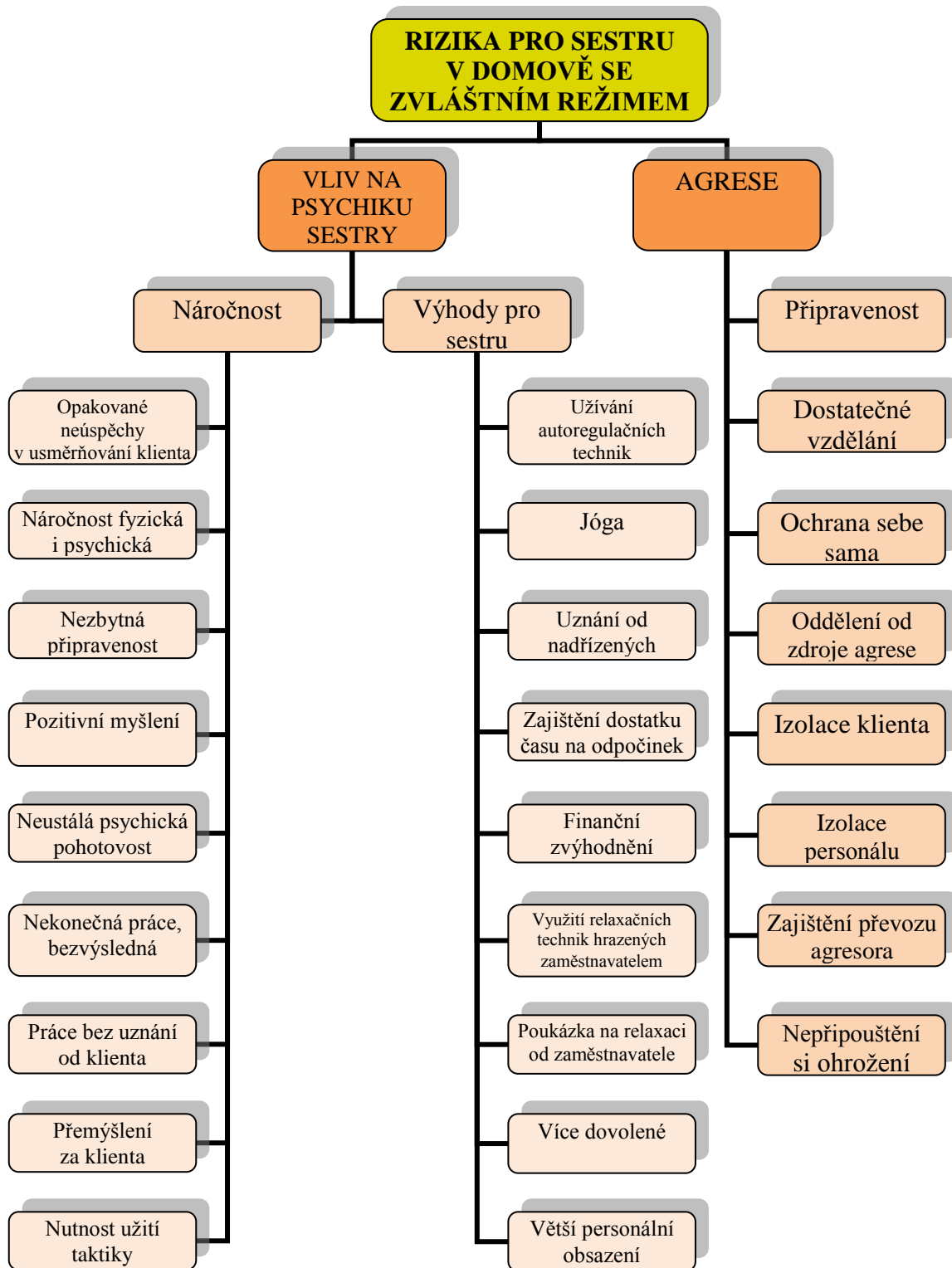


## Komunikace

V komunikaci s psychicky nemocným klientem v domově jsou jisté rozdíly, uvádí respondentka R1, R3, R4, R5, R6 i R7. Všechny také uvádějí, že s tímto rozdílem problém nemají a komunikaci také zvládají. Respondentka R1 zdůrazňuje, že se komunikace liší dle základní diagnózy. Pro příklad uvádí rozdílnou komunikaci u klienta s afázií a klienta různého stupně postižení Alzheimerovou chorobou. K tomuto názoru se přiklání i respondentka R7 a R3. Rozdílem v komunikaci je pro respondentku R4 „*nevyzpytatelnost reakcí klienta*“. Respondentka R6 se zamýšlí nad tím, že musí vycítit, co daný klient chce slyšet a s tou myšlenkou také pracovat, aby nedošlo ke zhoršení jeho psychického stavu. Pouze respondentka R2 říká, že není třeba „*hledat nějaké rozdíly v komunikaci*“, ale je zapotřebí velký „*dostatek empatie, uznání a respektu*“.

Dále se respondentky vyjadřují k pravidlům komunikace. Respondentka R6 považuje za důležité dát klientovi pocítit zdravotní přítomnost a to tím, že „*bude v jeho blízkosti, nespěchá na něj, snaží se porozumět a pomáhá mu v hledání slov*“. Normální a přirozené chování upřednostňuje respondentka R4 a R5 u nemocného s Alzheimerovou chorobou, oproti tomu u klienta se schizofrenií příležitostně používá taktiky, aby klienta přivedla na jinou myšlenku. Hovoří o důležitosti momentálního stavu klienta. „*Neodsuzování, neponižování*“ a snaha nehodnotit negativně pro nevyzpytatelnost chování psychicky nemocného, to jsou hlavní zásady respondentky R2. Respondentka R7 při komunikaci uznává vlídnost, nevnučování ničeho, striktně nic nepřikazuje a při halucinacích a bludech hlavně nic nevyvrací. S tímto názorem se ztotožňuje i respondentka R3. Ta přidává pravidlo „*nezesměšňování klienta*“, nezakazování, spíše vedení klienta ke správnému názoru. Také s klienty nemluví jako s malými dětmi, zachovává jistou důstojnost klienta a dopřává mu dostatek času. Respondentka R1 pouze doplňuje pravidlo: „*mluvit na klienta tak, aby na sestru viděl. Sestra pak mluvila klidně, jasně, pomalu, s dobrou artikulací, používala výrazy, které klient chápe, myšleno mluvu těla, rukou a obličeje*“.

Schéma 11 – Rizika pro sestru v domově se zvláštním režimem



### Rizika pro sestru v domově se zvláštním režimem

Druhá kategorie „*Rizika pro sestru v domově se zvláštním režimem*“ byla pro náročnost práce s těmito klienty rozdělena na dvě podkategorie – „*Vliv na psychiku sestry*“ a „*Agrese*“.

#### Vliv na psychiku sestry

Všechny respondentky se shodly, že práce sestry v domově se zvláštním režimem může mít vliv i na její psychiku. Při této práci se sestra často musí potýkat s „*opakovanými neúspěchy v usměrňování chování klientů*“. Proto musí vše brát profesionálně a často musí používat „*autoregulační techniky*“, které sama musí ovládat, aby tuto práci zvládla. Toto je názor respondentky R1. Pro tento profesionální přístup by navrhovala pro sestry povinné kursy „*autoregulace, jógy či jiných technik*“. Respondentka R6 vyzdvihuje náročnost fyzickou i psychickou. Zdůrazňuje, jak je pro sestru psychicky náročné, když si v klientovi najde obraz svého příbuzného. Respondentka R3 mluví o nezbytné připravenosti, pozitivním myšlení a profesionalitě sestry pro práci s psychicky nemocnými. Dále pak o náročnosti a nemožnosti srovnání s ostatními odděleními pro škálu onemocnění a přístupu k nemocným. Sestra, dle jejího názoru, musí být v neustálé psychické pohotovosti. Respondentka R5 dokonce zdůrazňuje, že práce s takto nemocnými nemá konce v kladném slova smyslu. Je to, dle respondentky R5, práce bez výsledků a ocenění klienty, proto je, dle jejího názoru, nutné uznání od vedení domova, zajištění dostatečného času na odpočinek, s čím se ostatně ztotožňují i všechny ostatní respondentky. Další názor na odlišnost a náročnost přináší respondentka R4 a R1. Říkají, že sestry v domově musí myslet za klienta. Tohle na jiném oddělení nevidíte. Jako příklad uvádí hygienu, kterou většinou člověk psychicky nemocný nepovažuje za důležitou potřebu. Jejich diagnóza jim nedovoluje toto pochopit. Sestra tak musí použít taktiku a bez přikazování musí klienta přesvědčit o nutnosti mytí. Respondentky se shodují na tom, že práce je nejen psychicky, ale i fyzicky náročná, proto by sestry měly být nějakým způsobem zvýhodněny. Respondentky R5, R1, R4 i R3 navrhují zvýhodnění formou finanční, možnosti využití relaxačních technik hrazených zaměstnavatelem, či poukázky od zaměstnavatele



na relaxace zvolené samotnou sestrou. Dále navrhují více dovolené pro personál. To je názor i respondentky R2 a R7. Respondentka R7 ještě navrhuje větší personální obsazení v domovech. Respondentce R6 pak chybí více uznání, o kterém mluví i respondentka R1.

### Agrese

Agrese je psychický stav, který se často v domovech se zvláštním režimem objevuje, a sestry se s ní také často setkávají. Proto je práce s psychicky nemocnými také tak velice náročná. Sestry musí být na ní náležitě připraveny a musí být i dostatečně vzděláni, aby věděly, jak se při agresi zachovat a jak agresora zklidnit a postavit se mu. Z rozboru dat vyplývá, že sestra musí vědět, jak se při agresi klienta i sami chránit. Je důležité, aby agresor byl oddělen od zdroje, který ho do agrese dostal. Také sestra musí zvládnout izolaci klienta od ostatních zúčastněných, ale i při veliké, medikací nezvladatelné, agresi, izolaci personálu a zajištění převozu agresora na akutní lůžka nemocnice k nastavení účinnější medikace. Z analýzy rozhovorů vyplývá, že si žádná z respondentek ani nepřipouští možné ohrožení své osoby.

Tabulka 2 – Vyhodnocení metody skrytého pozorování

Vyhodnocení metody skrytého pozorování.						
Respondentka	nošení peageru	do držování restrikci	aktivita KP	komunikace	kvalita zvládnutí agrese	
<b>R1</b>	NE	ANO	minimální - komunikace s klientem a rodinou, zajištění terapií, zajištění malých nákupů	velice kvalitní, klienti ji mají rádi, diplomatická, profesionální	klientovu agresi většinou dokáže zklidnit slovem, svou empatií	
<b>R2</b>	NE	ANO	zajištění komunikace s rodinou, zajištění aktivizací, komunikace s klientem	s komunikací nemá žádný problém, mezi klienty oblíbená, hodně používá úsměv, někdy potřebuje pomoc kolegyn	agresi se snaží zvládnout vřidností a s úsměvem, ke zvládnutí agrese používá zaměštnávání klienta	
<b>R3</b>	NE	ANO	pouze komunikace s rodinou, více není zapotřebí	vzbuzuje respekt, ale je oblíbená, dovede si snadno sjednat pořádek, v komunikaci se přizpůsobí klientovi	klienti jsou často zklidnění pouze komunikací v soukromí, aktivizacemi	
<b>R4</b>	NE	ANO	starost o finance klienta, aktivizace, zajištění všech biologických potřeb, komunikace s klientem i jeho rodinou	s komunikací s klienty problém nemá, ani klienti s ní, klienti ji vyhledávají k soukromým rozhovorům	k agresi v jejich službách dochází minimálně, dokáže klienta zklidnit rozhovorem	
<b>R5</b>	NE	ANO	Starost o finance klienta, komunikace s klientem v soukromí, snaha o aktivizaci, doprovod na kulturní akce	svoji náklonost ke klientům přehrává, ale psychicky nemocným klientům tento způsob komunikace vyhovuje	verbální agrese dovede komunikací zklidnit, ovšem nedovede jim často předcházet	
<b>R6</b>	NE	ANO	minimální - komunikace s klientem a rodinou, starost o aktivitu klienta a dostatečnou rehabilitaci	pečlivá, empatická, ale v komunikaci někdy neumí vystihnout klientův momentální stav	při jejich službách se někdy vyskytují problémy s agresi pro nedostatečnou komunikace s klientem	
<b>R7</b>	NE	ANO	snaha o aktivizace, komunikace s klientem i jeho rodinou, její klient potřebuje pouze minimální pozornost	značná profesionalita v komunikaci, vždy vystihne klientovu náladu, s komunikací nemá problém	Agrese zvládá svou empatií, vřidností, dokáže vystihnout okamžik nutnosti izolace klienta od ostatních	

### Vyhodnocení metody skrytého pozorování

Druhá část výzkumného šetření byla soustředěna na zúčastněné skryté pozorování v domovech se zvláštním režimem. Sestry byly pozorovány při ochraně své bezpečnosti. Zjišťovali jsme, zda sestry pro svou bezpečnost u sebe nosí pager. Ani jedna z pozorovaných sester při žádné ze služeb u sebe pager neměla i přes skutečnost, že o tomto bezpečnostním zařízení byla dostatečně informována.

Další pozorování bylo zaměřeno naopak na bezpečnost klientů pomocí restriktivních opatření. Všechny sestry vždy toto opatření dodržovaly a tak nedocházelo k žádným nedopatřením v souvislosti s možnými riziky.

Vstřícná komunikace je jedním ze základních článků dobré spolupráce sestry a klienta, s tím spojeného spokojeného života klienta, proto se pozorování zaměřilo i tímto směrem. Po dobu šetření jsme zjistily, že sestry pracující v domovech většinou nemají problém s komunikací, ovšem každá používá pro porozumění jinou metodu. Mezi taktiky dobré komunikace používají profesionalitu, diplomacii, úsměv. Jiné sestry zas používají klientem neodhalenou přetvářku, empatii, upřednostňují rozhovory v soukromí. Pozorováním také bylo zjištěno, jak je důležité pro dobrou komunikaci vystihnout okamžité klientovo náladu. Správnou diagnostiku nálady ne každá sestra umí a toto selhání se objevuje častěji u sester, které mají s psychicky nemocnými menší zkušenost a v domově pracují nejkratší dobu.

S komunikací souvisí i zvládání agrese. Sledovali, jsme, jak sestry umí agresi zvládat a agresivního klienta uklidnit. Bylo zjištěno, že sestrám v této situaci většinou postačí dobře cílená komunikace a izolace klienta od zdroje agrese. Současně s tím dvě sestry často pro odvrácení agrese používají aktivizaci a terapie. Jen jedna sestra, která nemá dostatek zkušeností, se pro nedostatečný um komunikace častěji setkává s agresivním klientem.

Specifikum pro práci s psychicky nemocným obyvatelem v domovech se zvláštním režimem je i klíčový pracovník. Každá s pozorovaných sester tento post zastává, každá má určeného jedince, kterého má tímto způsobem na starosti. Zajímali jsme se o kvalitu plnění tohoto postu. Ze šetření vyplynulo, že sestry v CSS Emausy se jako klíčoví pracovníci spíše zaměřují na komunikaci s rodinou a klientem samotným,

na vyhledávání jeho aktivit a rehabilitace, zatímco sestry z Domova Libnič a CSS Empatie mají větší škálu úkolů, které plní. Patří mezi ně starost o finanční stránku klienta, komunikaci s klientem, snahu o aktivizaci a doprovod na kulturní akce.

## 5 Diskuse

Cílem bakalářské práce s názvem „Práce sestry při péči o klienty v domově se zvláštním režimem“ bylo zjistit specifika práce sestry při péči o klienty v domově se zvláštním režimem, dále pak identifikovat rizika práce sestry spojená se specifickou péčí u klientů s psychiatrickým onemocněním.

Pro splnění těchto cílů byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru se sestrami pracujícími v domově se zvláštním režimem a také metoda zúčastněného skrytého pozorování. Rozhovory byly postupně prováděny se sedmi sestrami v klidné terapeutické místnosti a následně přepsány přímým přepisem metodou papír a tužka. Zjišťovali jsme, jaká jsou specifika práce sestry při péči o klienty v domově se zvláštním režimem. Také jsme hledali, jaká jsou rizika pro sestru v domově se zvláštním režimem. Rozhovory tvořilo 15 otázek. Byly provedeny se sedmi registrovanými sestrami pracujícími v CSS Emausy se sídlem na Dobré Vodě u Českých Budějovic a dvěma registrovanými sestrami pracujícími v Domově Libnič, se sídlem v Libniči u Českých Budějovic. Délka praxe sester s psychicky nemocnými klienty se pohybovala od 2 do 25 let praxe. Zmiňované domovy se zabývají prací s psychicky nemocnými klienty a jsou registrovány jako domovy se zvláštním režimem.

Pro zpracování dat jsme si vytvořili dvě kategorie, které jsme ještě následně doplnili podkategoriemi. První kategorie „Specifický přístup sestry“ byla rozpracována na sedm podkategorií, a to: „Spokojený život klienta“, „Zvládání agrese“, „Aktivizace“, „Klíčový pracovník“, „Změny v domově se zvláštním režimem“ a „Komunikace“. Druhá kategorie, „Rizika pro sestru v domově se zvláštním režimem“, byla vytvořena ze dvou podkategorií. „Vliv na psychiku sestry“ a „Agrese“.

Na základě výzkumného šetření jsme došli k těmto závěrům. U psychicky nemocných klientů bývá odlišná komunikace, proto jsme se zajímali o specifika s ní spojená. Pouze jedna sestra nám odpověděla, že není třeba hledat rozdíly v komunikaci s takto nemocným klientem, ovšem u pravidel komunikace se pak shoduje s ostatními. Dle mého názoru jde pouze o menší zkušenosti v oboru psychiatrie, kdy tato sestra pracuje v oboru pouze 4 roky, zatímco ostatní, mimo jednu, delší dobu. O pravidlech

komunikace a specifiky s ní spojenými se sestry vyjadřují v tom smyslu, že klienti jsou více vnímaví, ale také nevyzpytatelní, kdy často nelze předvídat jejich další chování. Z tohoto důvodu se ke klientovi musí přistupovat velice citlivě a hlavně individuálně. Shodují se v názorech, že ke klientovi musí přistupovat klidně, bez zákazů, příkazů, používat obecné praktiky jako je mluva těla, být s klientem v očním kontaktu, mluvit s jasnou artikulací, zároveň s tím klienta nezesměšňovat, neodsuzovat a nevymlouvat mu jeho přesvědčení. U klienta s afázií mu pomáhat v hledání slov a výrazů. Důležité je zachování důstojnosti klienta. Také je nezbytně nutné poskytnout klientovi pro komunikaci dostatečně dlouhý časový interval. Jak píše i Wichsová (2012), na rozumné úrovni většinou uznáváme, že člověk je svébytnou lidskou bytostí, a to i tehdy, když má své intelektuální schopnosti sníženy. S názory sester v otázkách komunikace souhlasím. Je to první a to nejdůležitější specifikum, na kterém záleží při práci s psychicky nemocnými klienty. Pro získání důvěry musí klient sestře rozumět a chápat ji. Ovšem ne vždy jsou klientovy intelektuální možnosti vysoké. Sestra pak musí být operativní a individuálně se v komunikaci přizpůsobovat klientovi. Toto specifikum, které nám sestry rozvedly a popsaly, se nám ve výsledku šetření odrazilo.

Cílem sester v domovech, a je to pochopitelné, je spokojený život klienta. Proto nás zajímalo, zda sestry mohou ke spokojenosti nějakým způsobem přispět. Zjistili jsme další specifický fakt, o kterém se dotazující sestry rozhovořily - a tím je vybavení pokoje. Dozvěděli jsme se, jak je důležité si pro spokojený život vybrat vhodné zařízení, které umožní i vybavení pokoje, jaké klient má rád a na které je zvyklý. Poskytuje mu pocit domova, bezpečí, zázemí. Osobně jsem si při pozorování ověřila, jak se klienti na své osobní věci upínají a jak jsou klidnější v jejich blízkosti. Toto specifikum je pro psychicky nemocné důležité. Shodují se s ostatními sestrami, že důležité je zvolit pro klienta vhodné podmínky, které mu tuto výhodu umožní. Skrytým pozorováním bylo ověřeno, že oba vybrané domovy zmíněné výhody poskytují a oblíbené věci klienta berou jako přínos ke klidnému životu obyvatele. Na možnost přispění sestry ke klidnému životu odpovídaly všechny sestry kladně. Mluvily o tom, jak je důležité zaměstnávání klientů terapiemi, cvičením, jak je zásadní dát klientovi najevo, že není sám a že sestra je vždy připravena pomoci mu ve chvíli, kdy si není

jistý, případně si neví s něčím rady. Jako nepostradatelnou součást sesterského přístupu v domovech, jak se dozvídáme, je klidný přístup sestry. S tím souvisí i skutečnost, že nejen klient samotný, ale i ostatní klienti mají mít pocit spokojenosti. Také samotná ošetřující sestra musí být spokojená a působit spokojeným dojmem, aby svůj klid a vyrovnanost přenášela na své okolí. Je to důležité pro vytváření celkově příznivé atmosféry pro všechny. Proto je kladen zvláštní důraz na silnou psychickou odolnost a vyrovnanost sestry, na umění zvládnání stresů a nenadálých situací. Proto je také důležité, jak hovoří Gulášová (2011), poskytnutí dostatečného času na regeneraci jejich psychických a fyzických sil. Práce s psychicky nemocnými v tomto směru je opravdu jiná a náročná, i to potvrzuje Gulášová (2011). Sestry se zajímají nejen o fyzickou stránku klienta, i když i to bývá velice náročné, ale především o stránku psychickou. Berou klienta jako celek. Starají se jak o zaměstnávání obyvatele domova, tak o jejich kulturní, sportovní a společenské vyžití. Toto je veliký rozdíl ve srovnání s jinými medicínskými obory. Čapková (2007) říká, že sportovní aktivity, mají vliv na kvalitu života osob s tělesným nebo jiným omezením a právě tuto kvalitu života se sestry pracující v domovech snaží klientům vylepšit. Přikláním se a souhlasím s názory sester, které v rozhovorech uvádějí vysokou náročnost této práce. V této specifčnosti se nesmírně odráží i důležitost podpory nadřízených, kterou sestry potřebují pro svou psychickou vyrovnanost. Toto potvrzují i sestry samotné.

U názorů sester jsme se pozastavili nad riziky a spouštěči problémového chování psychicky nemocných, protože i toto chování je pro takto nemocné specifické. Dozvídáme se, že za tímto klientovým chováním z velké části stojí reakce jeho okolí. Za okolí můžeme považovat, jak se zmiňují sestry, ostatní klienty, roční období, také z větší části ošetřující personál domova. Tam záleží na profesionálním přístupu. Je velice důležité, aby personál byl vnímavý, trpělivý, empatický. Musí se snažit o pochopení momentální nálady klienta, musí zajistit klidné a nerušené prostředí. Možnými riziky a spouštěči problémového chování sestry shledávají uzavřenost klienta, negativní přístup sestry, možné bludy a halucinace klienta, pocit ohrožení, neuspokojení přání a tužeb klienta, ale také suicidální myšlenky, nebo pokusy o suicida v anamnéze. O suicidech a důležitosti předvídání mluví Čerňanová a Sabo (2012). Přikláním se

k jejich názorům, ve kterých zdůrazňují, jak je důležitá informovanost sester o této problematice a také píší, že délka praxe se také v této problematice odráží příznivým směrem. Pouze dodávám své přesvědčení, jak je v tomto směru důležitá empatie sestry a zájem nově příchozích sester do domova co nejdříve se informovat o těchto specifikách oddělení. Pro nově příchozí sestry je důležité učit se od sester, které již mají s psychicky nemocnými větší zkušenosti a které navíc znají jednotlivé zvláštnosti v chování konkrétních klientů v domově.

Psychicky nemocní bývají pro své onemocnění často negativně naladěni, jsou neklidní až agresivní. O zmíněném specifickém chování jsme vedli rozhovor se sestrami a následně také o jejich připravenosti na tyto okolnosti. Zajímalo nás, jestli ví, jak se správně zachovat při klientově agresi a neklidu. Dotázané sestry se shodly na tom, že jsou na podobné situace připravené, o čemž jsme se přesvědčili i při skrytém pozorování. Při jmenování zklidňujících technik se dozvídáme o verbálním zklidnění, vlídném chování ke klientovi, důslednosti. Sestry v první řadě mají klienta odvést od zdroje spouštěče agrese, dostat jej na klidné místo, zabavit ho, odvést tím klientovu pozornost jinam. V okamžiku agrese klientovi nevyvrací jeho přesvědčení. Při bludech a halucinacích by se agrese klienta pouze prohloubila. Při selhání těchto technik pak sestra podává medikaci pro zklidnění, nebo pro akutní stav volá rychlou zdravotnickou pomoc k odvozu na ošetření na psychiatrické oddělení nemocnice. Jedna sestra také upozorňuje na zvláštnost oddělení, že je důležité pro sestru znát, pro případ napadení, použití technik sebeobrany. Skrytým pozorováním bylo zjištěno, že délkou praxe a zkušeností sestry se zlepšuje i kvalita zvládnutí agrese sestrou. Můj názor je, že sestry si ale možná rizika často nepřipouštějí. Důkazem je to, že při službách, kdy slouží na oddělení pouze jedna, či dvě sestry, nenosí u sebe peager, kterými jsou na odděleních vybaveny. Jeho úkolem je po zmáčknutí alarmu na tomto zařízení přivolat sestry z jiných oddělení na pomoc pro zvládnutí nepředvídané a nevladatelné události.

Pro problémové chování klienta a následné agrese psychicky nemocných jsme se zajímali o to, zda může chování klienta v tomto případě také ovlivnit personál, zda lze předcházet problémovému a agresivnímu chování psychicky nemocného klienta. Dozvěděli jsme se další specifikum a tím je prevence tohoto chování. Sestry se



shodovaly i v této otázce. Tvrdily, že pochopitelně chování klienta částečně ovlivnit mohou. Snaží se o pozitivní působení ve smyslu uvedení klienta do klidného prostředí, snažit se chovat ke klientovi vlídně, s pochopením, snažit se vyhovět všem klientovým požadavkům. I v těchto odpovědích se prolíná reakce na bludy a halucinace. Sestra nikdy nevyvrací klientovo přesvědčení, ale spíše se snaží o klientovo zaměstnání, odvedení pozornosti někam jinam, od zdroje neklidu. Pro prevenci problémového chování je, dle sester, přínosem dokonalá znalost povahy klienta a znalost jeho chování v různých situacích. Pochopitelně se také dozvídáme o nutnosti dobře nastavené a podané medikace a o důležitosti pravidelných kontrol lékařem. Sestra má nepřetržitě a pečlivě sledovat klientovo chování, aby předcházela problémovým situacím a také mohla s lékařem dohlížet na správnost léčby. Potvrzení, že se tato skutečnost také děje v praxi, jsme skrytým pozorováním potvrdili.

Na jedno ze škály specifík u psychicky nemocných klientů je dokonce pamatováno v zákoně č. 108/2006 Sb, kde se mluví o restrikcích. Z tohoto důvodu nás zajímalo, jestli sestry nějaké znají a v domově jej používají. Zaznamenali shodu všech sester. Nejen že restriktivní opatření znají, ale také s některými restrikcemi i souhlasí. V domovech se používají zábrany na postelích jako prevenci proti pádu. Při skrytém pozorování bylo zjištěno, že jsou většinou používány u klientů s diagnózou Alzheimerova choroba. Druhým používaným restriktivním opatřením jsou uzamykatelné okenní klíčky. Toto opatření je důležité nejen u nemocných s Alzheimerovou chorobou, ale i při depresích a schizofreniích. Třetí restriktivní opatření, které je v domovech používáno, je uzamčené oddělení. Klienti jsou často zmatení a proto je zapotřebí, aby sestry věděly, kdo oddělení opouští. Ne každý klient je schopný se pohybovat po domově sám pro neschopnost orientace a často i omezené pohybové schopnosti. O restrikcích mluví § 89 - Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Uvádí, že poskytovatel sociálních služeb je povinen podle konkrétní situace nejdříve využít možnosti slovního zklidnění a jiné způsoby pro zklidnění situace, například odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání. Osoba musí být vhodným způsobem informována, že může být vůči ní použito opatření omezující její pohyb. Po provedených rozhovorech s ošetřujícími sestrami a z vlastního souběžného

pozorování nabývám přesvědčení, že tento zákon je v domovech pečlivě dodržován.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách také hovoří o aktivizačních činnostech v domovech se zvláštním režimem. Tyto činnosti jsou povinny tato zařízení poskytovat. Domovy, ve kterých sestry pracují, je také opravdu poskytují. K nutnosti terapií se vyjadřují i Hofbauerová a Švábová (2008) a možné terapie dokonce i jmenují. Na názor na tyto terapie jsme se opět dotazovali sester a dozvěděli jsme se, že terapeutické činnosti hodnotí kladně a smysluplně. Vyslechli jsme názor, že si klienti při nich procvičují svoji motoriku, trénují smysly a realizují se. Vhodně zaměstnaný klient se nenudí a nemá tak čas přemýšlet nad svojí nemocí a trápit se a propadat svým depresím a neúspěchům. Jediné negativum zjištěné od sester bylo v tom, že v domovech není dostatečné množství terapeutů. Velké množství klientů potřebuje individuální terapie a v současném počtu není možné zvládat vše dle jejich představ. Sestry se ovšem k této problematice staví celkově pozitivně a doufají, že do budoucnosti se vše změní k lepšímu.

Klíčový pracovník plánuje s klienty schůzky a pečlivě pracuje na sestavování individuálních plánů klienta. Tato role je vykonávána personálem v domovech pro zkvalitnění života klientů. Při našem zájmu o naplňování role klíčového pracovníka jsme se dozvěděli, že všechny sestry tuto roli znají a také s ní pracují a že funkci klíčového pracovníka také vykonávají. Na dotaz týkající se náplně práce klíčového pracovníka se dozvídáme, že jeho hlavním úkolem je prosazovat zájmy klienta a pomáhat mu v seberealizaci. Klíčový pracovník by měl trpělivě naslouchat svému klientovi, pečlivě mu vysvětlovat nepochopené a snažit se o to, aby klient nijak nestrádal. Bližším kontaktem by si měl získat také větší důvěru klienta a ta potom napomáhá lepšímu vystižení jeho potřeb. Klíčový pracovník v domově pracuje s klientovou biografií. Skrytým zúčastněným pozorováním jsem zjistila, že v Domově Libnič je tato role využívána více než v CSS Emausy. Klienti v Libniči většinou nemají žádnou rodinu a jejich opatrovníkem je obec, proto je nutné, aby se klíčový pracovník staral nejen o klientovy psychické potřeby, ale i ty hmotné, jako je například starost o finanční stránku klienta. Jako negativum klíčového pracovníka udává sestra, pracující převážně s klienty s diagnózou schizofrenní porucha, možnost, že klient dokonce může

svého klíčového pracovníka zneužívat, někdy dokonce i vydírat. Negativum v posláních klíčového pracovníka sestry také vidí ve špatně určeném pracovníkovi. S tímto názorem souhlasím. Předpokládám, pokud existují sympatie, třeba bezdůvodné, k určitému člověku, stejně tak existují i antipatie – také často bezdůvodné. Těžko se poté navazuje důvěrný vztah s někým, ke komu antipatie cítíte. Vnucování se pak do soukromí života také vidím jako nevhodné, nemístné, neetické.

Pro dlouhodobý vývoj oboru psychiatrie a v této souvislosti i k přístupu k psychicky nemocným obecně jsme se zajímali i o vývoj přístupu k nemocným v domovech se zvláštním režimem. Od dotazovaných sester jsme se dozvěděli, že společnost a přístup společnosti k takto nemocným se pořád mění a vyvíjí. Klienti se více účastní na kulturních a sportovních akcích, pochopitelně s doprovodem personálu, klíčových pracovníků. Společnost má v dnešní době větší pochopení pro uváděné nemoci, ale přesto existují ještě značné rezervy v celkové problematice. Z vlastní zkušenosti mohu říct, že klienti vracející se z hospitalizace z nemocnice jsou většinou velice nezapečovaní, hladoví a dehydratovaní. Také se do domova často navrací s proleženinami. Psychicky nemocní klienti si málokdy uvědomují své potřeby a nedokáží si o ně ani říct. Klient například s pokročilým stadiem Alzheimerovy demence musí být krmen a často pobízen k napití. V podobném ohledu máme i v našem zdravotnictví velké rezervy. Na odděleních, jako je interna nebo chirurgie, si personál málokdy uvědomí, že klient si základní potřeby není schopen ani zajistit, natož o ně požádat. Na druhou stranu si nemyslím, že vina je vždy na personálu a jeho nechuti pracovat. Z hlediska mého názoru se zásadní měrou na všem negativně podílí především nedostatečné personální obsazení ve všech odvětvích českého zdravotnictví v poslední době. Není možné při současném počtu sester na jedné směně věnovat eticky ani prakticky odpovídající dobu každému klientovi, kterou by pro svůj individuální přístup a své specifické onemocnění potřeboval. Nutný individuální přístup nám potvrzuje i Kučerová (2010). Svůj čas tak sestry musí pečlivě dělit mezi všechny nemocné. Při snížení počtu sester je nutno si uvědomit, že tím zkracujeme také čas, který může sestra jednotlivým klientům věnovat. Pokud budeme hovořit o personálu a o práci v domově globálně, zjišťujeme, že se práce zpomalila a tím také i zklidnila. Přispívá to

k celkovému zkvalitnění služeb. Jako jedno z důležitých kritérií je kladný přístup vedení domova. Dříve byla prosazována teorie – za přestupek následuje trest. Dneska jsou spíše vedeni klienti dobrým slovem a snahou přesvědčit k dobré věci. Obojí má svoje klady a zápory. Klienti se schizofrenií si velice rychle uvědomují, že mohou vše a nic nemusí. Podobný stav nepřispívá k jejich psychické vyrovnanosti, nýbrž často vede k neklidu, obtížím i agresi.

Dotazovali jsme se také na to, jaké by mělo být chování personálu v domovech, aby život klientů byl spokojený. Zajímalo nás, zda je také odlišný od jiných oddělení. Odpovědi se shodovaly v tom, že personál má být vzdělaný, klidný, pečlivý, empatický, důsledný a spolehlivý. A jak se dozvídáme od jedné ze sester - měl by táhnout za jeden provaz. O tom se také zmiňuje Petr (2011), když mluví o předcházení agrese. Říká, že při odhadování rizik je přínosný multidisciplinární přístup. Další vlastnosti, které by měl mít personál, podle sester, je dostatečné pochopení, přemýšlivost, kreativita, která je důležitá pro zaměstnávání klientů a k jejich zabavení. Odstraněním nečinnosti se zamezuje nespokojenost klienta. Další žádoucí vlastností je pochopení za všech okolností, vlídnost a především profesionalita. S těmito názory se nedá nesouhlasit. Snad lze dodat, aby tyto vlastnosti ošetřující personál byl schopen mít a dokázal profesionálně zvládat svoji práci jenom v tom nejlepším světle. Jedná se o práci s vysokými psychickými i fyzickými nároky, často o práci s nízkou estetickou úrovní. Aby tohle vše ošetřující personál odpovídajícím způsobem dokázal, musí ke své práci také mít dostatečně vytvořené odpovídající podmínky - i čas a možnosti na svou duševní a fyzickou rehabilitaci.

Zajímali jsme se také o to, jaká jsou pro sestru rizika v domovech se zvláštním režimem. Dotazovali jsme se sester, jestli na ně může mít nějaký vliv práce s psychicky nemocnými lidmi a co by doporučovaly ony samotné pro prevenci syndromu vyhoření. Dozvěděli jsme se, že vliv na jejich vlastní psychiku je veliký. Opakované neúspěchy v usměrňování klientů bývají jedním ze spouštěčů selhávající psychické vyrovnanosti sestry. Sestra musí být v neustálé pohotovosti, o čemž mluví i Petr (2011), a musí být připravená na náhlou změnu klientovy nálady. Také musí neustále za klienta myslet, protože on není schopný si své odlišné chování připustit, není si schopen základní

potřeby zajistit, případně si o nutné potřeby požádat. Podobná práce se jeví často jako nekonečná a bezvýsledná. Nároky nejsou kladeny jenom na psychickou vyrovnanost, ale také na fyzickou. V této souvislosti sestry odpovídaly na preventivní opatření proti syndromu vyhoření. Slyšeli jsme názory, jako je dostatečně dlouhé volno mezi službami na odpočinek, někomu by stačilo uznání od vedení domova, ale padly návrhy i na delší dovolenou, větší finanční ohodnocení či poukázky na relaxační techniky, nebo aktivity jiné, zvolené sestrou samotnou. Ozývaly se i připomínky k většímu počtu personálního obsazení na odděleních. K tomuto tématu se vyjadřují i Bártlová a Chloubová (2009), když říkají, že v důsledku nedostačujícího personálního obsazení a pracovního přetížení často dochází u sester ke značnému stresu a po určité době i k syndromu vyhoření.

K velmi častým rizikům v domově se zvláštním režimem řadíme agrese. Sestry jsou tomuto riziku velmi často vystavovány, proto musí být v tomto ohledu dostatečně informovány. Musí mu umět vzdorovat a dokázat uklidnit agresora. V tomto ohledu je velice důležitý profesionální přístup. Sestra musí ovládat všechny kroky, které vedou ke zklidnění, od verbálního zklidnění a izolace klienta od zdroje agrese, přes medikamentózní terapii, až po převoz klienta na akutní lůžko nemocni. Scheansová (2007) uvádí, že k minimalizaci konfliktů jsou využívány techniky krizové intervence a personál věnuje pečlivou pozornost tomu, pokud někoho v domově považuje za nebezpečného. Podobným klientům je nabídnuta medikace a v případě potřeby jsou hospitalizováni. Uvádí, jak je důležité pracovat v týmu. Při skrytém pozorování prováděným v domovech jsem viděla pouze sestry, které byly dostatečně profesionální a vyškolené tak, že k vyvrcholení agrese docházelo jen minimálně a vždy byla dostatečně a profesionálně zvládnuta. Toto svědčí o dobré kvalitě personálu pracujícího v obou domovech.

## 6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala prací sestry při péči o klienty v domově se zvláštním režimem. Cílem práce bylo zjistit specifika práce sestry při péči o klienty v tomto domově a identifikovat rizika práce sestry spojená se specifickou péčí u klientů s psychiatrickým onemocněním. K dosažení námi vytýčených cílů jsme si položili dvě výzkumné otázky. Ptali jsme se na to, jaká jsou rizika práce sestry při péči o klienty v domově se zvláštním režimem, dále pak jsme si položili otázku, jaká existují pro sestru rizika při péči o klienty s psychiatrickým onemocněním. Námi vytyčené cíle byly splněny. K tomuto závěru jsme došli z kvalitativního šetření, které jsme prováděli formou rozhovorů se sedmi registrovanými sestrami, které pracují v domovech se zvláštním režimem a zúčastněným skrytým pozorováním.

Z výsledků šetření vyplynulo, že sestra pracující v domově se zvláštním režimem musí dbát, více než kde jinde, na spokojený život klienta. Z těchto důvodů je v domově nutná aktivizace klienta pro minimalizaci agresivního chování jedince. Pozitivním způsobem přispívá pozice klíčového pracovníka, který je určen ze zdravotnického personálu. Důležité jsou také změny, které se v přístupu ke klientům objevují v poslední době a ovlivňují tak opět chování klienta. Velice specifická je ovšem komunikace s psychicky nemocnými. Komunikaci a správný přístup personálu ke klientům je třeba znát. Ovšem zvláštnosti přístupu k jednotlivým klientům se již musí každý profesionální pracovník naučit podle jeho chování a potřeb klienta.

Dále jsme zjistili, že práce s psychicky nemocnými lidmi má, pro svou náročnost, veliký vliv na psychickou stránku sestry. Proto jsou důležité výhody, které by sestry pracující s psychicky nemocnými měly užívat. Dalším rizikem pro sestru pracující v těchto domovech jsou agrese klientů. Ne každý zdravotník se s nimi umí vyrovnávat. Proto je důležitá odborná vzdělanost sester zde pracujících a neméně důležitá je i délka praxe v těchto domovech.

Celkově lze říci, že práce v domovech se zvláštním režimem je velice specifická a pro sestry přináší i určitá rizika. Po dobu šetření jsme zjistili, že všechny dotazované sestry jsou si vědomy, že tato rizika i specifika existují, shodně je identifikují. Dokáží s nimi pracovat, nejenom rizika zvládat, ale také jim předcházet.

Předložená práce bude využita pro zaškolování nastupujícího nelékařského personálu do domova se zvláštním režimem. Výsledky šetření poslouží jako podklady pro pravidelné konzultace pracovníků domova. Budou vyzdvihovány zjištěné nedostatky, které poslouží jako podklad pro zkvalitňování služeb a snižování rizik pro ošetřující personál.

## 7 Použitá literatura

BÁRTLOVÁ, Sylva a kol, 2009. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu, *Kontakt* [online]. 11(1), s. 252-256 [cit. 2014-04-14] ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330102630900425.pdf>

BRISCH, Karl Heinz, 2011. Poruchy vztahové vazby: od teorie k terapii. Vyd. 1. Překlad Petr Patočka. Praha: Portál, 311 s. ISBN 978-807-3678-708.

ČAČKA, Otto a kol, 1999. *Psychologie: imaginativní výchovy a vzdělávání s příklady aplikace*. 1. vyd. Brno: Doplněk, 368 s. ISBN 80-7239-034-1.

ČAPKOVÁ, Magdalena, 2007. Význam sportu v životě osob se zdravotním postižením, *Kontakt* [online]. 9(1), s. 87-93 [cit. 2014-04-14] ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327101923635778.pdf>

ČERNÁNOVÁ, Andrea a kol, 2012. Odhad suicidálního rizika sestrami, *Kontakt* [online]. 14(3), s. 276–285 [cit. 2014-04-14] ISSN 1804-7122 Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012103648082485.pdf>

Česká republika. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. [online]. [cit. 2014-04-13] Dostupné z: <http://www.vyplata.cz/zakony/z108-2006sb.php>

GULÁŠOVÁ, Ingrid, 2011. Alzheimerova choroba – rizikové a protektivní faktory, *Kontakt* [online]. 13(4),s. 484 – 488 [cit. 2014-04-14] ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121214103103630052.pdf>

ČEŠKOVÁ, E. 2005. *Schizofrenie a její léčba: Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-056-9.



HAŠKOVCOVÁ, Helena a kol, 2013. *Ošetřovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-0163-9.

HOFBAUEROVÁ, Lenka, 2008. Způsoby aktivizace pacientů seniorů, *Kontakt* [online]. 10(1), s. 73-74 [cit. 2014-04-14] ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120506165140006634.pdf>

HOSÁKOVÁ, Jiřina, 2007. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství. ISBN 978-80-7248-442-3.

JŮN, Hynek a kol, 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-319-2

KRAMÁŘOVÁ, Naděžda a kol. 2005. *Gerontopsychiatrie*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 55 s. ISBN 80-7040-829-4.

KUČEROVÁ, Helena, 2010. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha : Grada. 112 s. ISBN:978-80-247-2045-6.

KUSÁ, Zuzana a kol, 2006. Stigmatizácia a psychická porucha, *Kontakt*. [online]. 8(2), s. 272 – 279 [cit. 2014-04-13] ISSN 1212-4117.

KUZNÍKOVÁ, Iva a kol, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví* Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

MALÁ, Eva a kol, 2002. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 144 s. ISBN 80-7178-700-0.

MARKOVÁ, Eva, a kol, 2006. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

- MELLANOVÁ, Alena. a kol, 2003. *Speciální psychologie*. 4 vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-7013-386-4.
- MLČOCH Zbyněk, 2009. Schizofrenie - příznaky, projevy, symptomy, informace [online] [cit. 2014-04-13] Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/schizofrenie-priznaky-projevy-symptomy-informace>
- PETR, Tomáš, 2011. Řešení rizik na psychiatrických odděleních, *Česká a Slovenská psychiatrie* [online] 107(2),s. 106 -109 [cit. 2014-04-14] ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=699>
- PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- PRAŠKO, Ján a kol, 2005. *Léčíme se s psychózou: Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ. ISBN 80-239-5482-2.
- PRAŠKO, Ján, 2003. *Poruchy osobnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 359 s. ISBN 80-717-8737-X.
- Průvodce sociálními službami, jsme tu pro vás: Pobytové služby*, 2008. České Budějovice: Tiskárna Herbia s.r.o., roč. 2008.
- Psychiatrické centrum Praha, Agentura HPA, 2000. *Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize*. 2.vyd. Praha 8- Bohnice: Psychiatrické centrum Praha, ISBN 80-85121-44-1.
- RAHN, Ewald, 2000. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada, 468 s. ISBN 80-7169-964-0.
- SCHAVEL, Milan a kol., 2008. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. 2. vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 224 s. ISBN 80-806-8487-1.

SCHEANSOVÁ, Andrea, 2007. Alternativa akutní péče o psychiatrické pacienty: rezidenční zařízení, *Kontakt* [online]. 9(1), s. 54 - 64 [cit. 2014-04-14] ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327100615751858.pdf>

STYX, Petr, 2003. *O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-828-7.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava, 2002. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 176 s. ISBN 80-7178-616-0.

ŠKRABOVÁ, Helena, 2011. Péče o nemocného na psychiatrii, [online]. [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: [http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce\\_materialy/P%C3%A9%C4%8De\\_o\\_nemocn%C3%A9ho\\_na\\_psychiatrii.pdf](http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/P%C3%A9%C4%8De_o_nemocn%C3%A9ho_na_psychiatrii.pdf)

TRESS, Wolfgang a kol, 2008. *Základní psychosomatická péče*. 1. vyd. Praha: Portál, přeloženo z němčiny, 400 s. ISBN 978-80-7367-309-3.

TUČEK, Jan a kol, 2005. *Psychiatrie*. 3. vyd. České Budějovice: Jihočeská universita, 90 s. ISBN 80-7040-786-7.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

WICHSOVÁ, Jana, 2012. O důstojnosti pacienta, *Kontakt* [online]. 14(1), s. 7-13. [cit. 2014-04-14] ISSN 1804-7122. Dostupné z: [http://casopis\\_zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120424105912520522.pdf](http://casopis_zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120424105912520522.pdf)

WINKLER, Petr, 2013. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013,; 69 s. ISBN 978-80-87142-21-9.

ZGOLA, Jitka M, 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí: Překlad z anglického originálu Care That Works*, překlad Eisenberger Vera F, 1. vyd. Praha: Grada, 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním. [online]. 2011. *Příručka pro pracovníky sociálních služeb a odborníky*, Praha. Dostupné na: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>.

## **8 Přílohy**

### ***8.1 Seznam příloh***

Příloha 1 - Typy schizofrenií

Příloha 2 - Léčba schizofrenie

Příloha 3 - Stadia Alzheimerovy choroby

Příloha 4 - Alzheimerova choroba – časové členění

Příloha 5 - Léčba Alzheimerovy choroby

Příloha 6 – Otázky k rozhovoru

Příloha 7 – Záznamový arch

Příloha 8 – CD příloha (přepis rozhovorů)

## **Příloha 1**

### **Typy schizofrenií**

Pro mnohotvárné klinické obrazy v akutní fázi se schizofrenie rozdělila na několik typů a to podle pozorovatelných symptomů v individuálním průběhu onemocnění. Pokud je nemoc v akutní fázi, je různou měrou postižen emocionální prožitek, myšlení klienta a psychomotorika (Rahn, 2000).

*Paranoidní* schizofrenie je zřejmě nejznámějším a nejčastějším typem schizofrenního onemocnění. Většinou vzniká v pozdějším věku, obvykle v období 40 – 45 let. Typické pro ni je patologická podezřívavost vůči okolí. Postižený trpí bludy, pocity, že je neustále pronásledován. Je vztahovačný a má tendenci zveličovat nicotné projevy svého okolí (Vágnerová, 2004, Šicková-Fabrice, 2002). Považuje je za hrozbu vztahující se na vlastní osobu. Převažují halucinace, především sluchové. Klient slyší hlasy, které ho komentují, hodnotí jeho chování, přikazují mu. Bludy se mohou vztahovat jak k fyzickým osobám, klientovu okolí, tak k nadpřirozeným postavám, mimozemšťanům a podobně. Takto postižení lidé jsou podezřívaví, mohou napadat svoje okolí pro ubránění svého ohrožení, ve kterém se, podle vlastního pocitu, nacházejí (Vágnerová, 2004). Jeho chování je nemálo ovlivněno nadměrným příjmem informací, mezi nimiž postižený mozek vytváří nesouvislé asociace, které poté zodpovídají za bludy, paranoii i nezvyklé chování. I přes všechny tyto potíže bývá postižený většinou otupělý (Vágnerová, 2004).

*Hebefrenní* neboli *dezorganizovaná* schizofrenie vzniká obvykle již v adolescenci až v rané dospělosti v období 15 až 25 let. Charakteristické pro hebefrenní schizofrenii je porucha myšlení, emočního prožívání a změny v oblasti sociálního chování. Klient se nevhodně a necitelně chová ke svému okolí, je vulgární, hrubý, jedná suverénně, jako by všechno věděl nejlíp. Neomaleně vtipkuje, nereaguje na domluvy okolí. To zprvu považuje projevy postiženého za neomalenost a projevy adolescence. Prohlubováním nemoci dochází k oploštění emočního prožívání, k apatii. Objevují se patologické změny v uvažování a prožívání. Mívá špatnou prognózu, protože vyvíjející se osobnost je často silně poškozena a dochází k jejímu rozpadu (Vágnerová, 2004).

*Katatonní schizofrenie* je v dnešní době schizofrenií poměrně vzácnou. Projevuje se v oblasti motorické aktivity. Existují dvě varianty nemoci. Jedna se projevuje nadměrnou aktivitou. Klient stále opakuje jisté pohyby, nebo se nemoc může projevit opakováním slov, vět, či slovních spojení. Druhou variantou nemoci je stuporózní forma. Při ní dochází k utlumení motorických projevů. Postižený se vydrží velice dlouho nehýbat i v neobvyklých pozicích. Tento příznak se může projevit i voskovou ohebností, což znamená, že pokud mu kdokoli z okolí změní polohu ruky, či nohy, zůstává v tomto novém postavení. Klient je velmi nevyzpytatelný. Trpí halucinacemi, slyší hlasy a jeho okolí nikdy neví, jak se v příštím okamžiku projeví. Jeho projev může být i agresivní. Prognóza katatonní schizofrenie je při dobré léčbě pozitivní (Vágnerová, 2004).

*Nediferencovaná (nerozlišená) schizofrenie* do tohoto typu schizofrenie zařazujeme klienty, kteří splňují kritéria pro schizofrenii, ovšem je není možno zařadit do ostatních skupin (Vágnerová, 2004).

*Reziduální schizofrenie* je chronické stádium schizofrenie, které se léčí s nemalými obtížemi. U reziduální schizofrenie se objevují převážně negativní symptomy. Podmínkou schizofrenie je však alespoň jedna psychotická ataka s jasně přítomnými pozitivními symptomy (Vágnerová, 2004).

*Simplexní schizofrenie.* Tato schizofrenie má časný a plíživý začátek. Postižený postupně ztrácí své hygienické návyky, uzavírá se sám do sebe, ztrácí zájem o cokoli. Celé dny tráví v nečinnosti, o nic se nezajímá, nic ho nebaví. Postupně se zhoršuje sebeobsluha, nemocní mají problém s hygienou, nepřevlékají se. Postupně se zhoršuje i jejich myšlení na úroveň demence. Výrazné je i citové oploštění. Klienti s tímto typem onemocnění mívají často sebevražedné úmysly (Vágnerová, 2004).

Dále rozlišujeme schizofrenie *nespecifikované, jiné* a *postschizofrenní* deprese (Průvodce sociálními službami, 2008).

## **Příloha 2**

### **Léčba u schizofrenie**

V léčbě schizofrenie je nezbytné využití týmové spolupráce. Podílí se na ní psycholog, zdravotní sestra, sociální pracovník, terapeutický pracovník a neméně důležitá je spolupráce s rodinou. Schizofrenie je léčitelná nemoc. Léčba této nemoci ale může trvat velmi dlouho a v průběhu léčení může docházet k různým výkyvům. Mnohdy však nemusí dojít k úplnému uzdravení. Léčba schizofrenie se opírá hlavně o psychofarmakologickou terapii, dále o psychoterapii, socioterapii a další terapeutické programy (Praško, 2005).

Každý klient má jiné příznaky poruchy, proto je důležitý individuální přístup v léčbě. Léčba schizofrenie je založena především na farmakoterapii antipsychotiky. Dochází tak k regulaci psychických projevů, odstraňují biochemickou nerovnováhu v limbickém systému (Praško, 2005). Dříve se označovala jako neuroleptika. Chlorpromazin byl první neuroleptikum, dále je používán Haloperidol, Plegomazin, Thioridazin. Antipsychotika se kombinují v depotní a perorální formě. Používají se především k odstranění psychotické tenze a jejich síla se přizpůsobuje ke stadiu onemocnění. Léky se většinou užívají celoživotně. V tomto směru je neméně důležitá psychoedukace klienta. To znamená, že klient musí být poučen o povaze jeho nemoci a měl by rozumět tomu, co se s ním děje (Marková, 2006). Úkolem sestry je pečlivá příprava medikace, bezchybné podání a následná kontrola dutiny ústní klienta pro ne vždy kladný přístup nemocného k léčbě (Vágnerová, 2004).

Součástí léčby je psychoterapie, zejména po odeznění akutní symptomatiky. Je zapotřebí respektu při úzkosti a obavách klientů. Dodává nemocnému podporu v léčbě, pomáhá mu pochopit nemoc jako takovou a dodává vnitřní sílu ke zkvalitnění sociálních dovedností (Vágnerová, 2004, Praško, 2005). Psychoterapie může probíhat buď individuálně s lékařem nebo psychologem nebo ve skupině s více klienty. O výběru a vhodnosti léčby rozhoduje lékař (Praško, 2005)

Při léčbě katatonní schizofrenie a to při výrazné depresivní symptomatice se používá elektrokonvulzivní terapie. Veřejností bývá někdy nazývána elektrošoky. Je to



vlastně zvláštní způsob léčby psychických poruch, kdy v krátkém časovém úseku projde elektrický impuls mozkem. Tento impuls následně vyvolá umělý epileptický záchvat, respektive jeho motorické projevy, který je ovšem modifikován myorelaxancii pro svalové uvolnění (Praško, 2005)

Dalším důležitým léčebným krokem je pracovní terapie neboli ergoterapie. Je to lékařem předepisovaná léčebná činnost. Ergoterapii vede určený erudovaný ergoterapeut. U oboru psychiatrie má ergoterapie nejstarší tradici. Ergoterapie se provádí cíleně. Cílem terapie je opětovné začlenění klienta do společnosti, má navodit duševní pohodu anebo rozvíjet schopnosti v sebeobsluze. Má cíl diagnostický, preventivní a terapeutický. Často se využívá výtvarná činnost nazývaná arteterapií. Ta lze aplikovat formou individuální, kdy klient není schopný se ve skupině soustředit, či formu skupinovou (Šicková-Fabrizi, 2002). Klient se zde odreaguje, pomocí kresby má možnost vyjádření se nenásilnou metodou. Arteterapie je vhodná pro počáteční kontakt a poznávání se. Hraje také nemalou roli v psychoterapii (Čačka, 1999).

Pro schizofrenika je také stěžejní nácvik sociálních dovedností. V tomto směru se klienti učí zvládnout různé společenské situace. Klient zde dostává důvěru v sebe sama (Marková, 2006). Při tomto nácviku se klient učí procvičovat konkrétní problémy současného života. Učí se najít kompromisní řešení a učí se negativní emoce projevovat jiným, přiměřeným způsobem (Praško, 2005).

## **Příloha 3**

### **Stadia Alzheimerovy choroby**

Onemocnění Alzheimerovou chorobou dělíme na tři stadia. První stadium obnáší obtížné dorozumívání, zapomínání, zakládání věcí. U klienta se objevuje podezíravost, vztahovačnost, zapírání problémů, poruchy paměti a dezorientace v čase. Nemocný bloudí v důvěrně známých místech. Má problémy najít i WC. Složitě se rozhoduje, je bezradný, ztrácí chuť cokoli dělat. Objevují se známky deprese, úzkosti a agresivity. Nápadná je změna osobnosti. Klient je sobecký (Malá, 2002; Marková, 2006).

U druhého stadia pozorujeme poruchy soudnosti nekritičnost, neschopnost běžných aktivit. Nemocný není schopen si uvařit, nakoupit. Je nutná pomoc při vykonávání osobní hygieny, oblékání. Nastává obtížná komunikace, bloudění. Prohlubují se změny osobnosti, jako jsou poruchy chování, halucinace, podezírání (z našeptávání), stavy zmatenosti (Malá, 2002; Marková, 2006).

U třetího stadia se objevují poruchy příjmu potravy, klienti nerozpoznávají své blízké, nedbají na svou osobní hygienu. Přestávají chápat okolní dění. Nejsou schopní souvislé řeči. Výrazné jsou velké stavy zmatenosti obtížná chůze, poruchy vylučování moči i stolice. Úplná ztráta soběstačnosti, následuje upoutání na vozík, tělesné i duševní chátrání hubnutí a následuje smrt (Malá, 2002; Marková, 2006).

## **Příloha 4**

### **Alzheimerova choroba – časové rozdělení**

Alzheimerovu chorobu dále můžeme dělit podle časového období, kdy se u nemocného projeví. Pokud vznikne před 65 rokem života, říkáme, že patří mezi demence s časným začátkem. Tato demence má poměrně rychlý průběh. Zpočátku se objevuje hlavně porucha řeči (expresivní afázie) a porucha praxe. Zhoršuje se i schopnost rozumět řeči. V pokročilejších stadiích se projevují řečové poruchy a v terminálním stadiu pacienti vydávají jen neartikulované zvuky, ztrácejí schopnost sebezpečí o sebe, přestávají dbát na osobní hygienu a komunikovat se svým okolím. V konečné fázi jsou plně odkázáni na péči druhých (Psychiatrické centrum Praha, 2000; Kramářová, 2005).

Druhým stadiem je stadium s pozdním začátkem, dříve nazývané senilní demence. Vzniká po 65. roku života. Hlavním znakem jsou poruchy paměti. Vyvíjí se pomalu. Rozvíjí se ztráta estetických a etických citů, vytrácí se zájmy, poruchy paměti vedou k dezorientaci a ke konfabulacím. Nálada bývá euforická až hypomanická. Nemocný si neuvědomuje svůj stav, zanedbává hygienu, toulá se po ulicích, nosí domů různé odpadky, prohlubuje se dezorientace. Postupně dochází ke ztrátě sebeobsluhy (Malá, 2002).

## **Příloha 5**

### **Léčba u Alzheimerovy choroby**

Léčbu rozdělujeme na farmakologickou a nefarmakologickou. Farmakologická léčba se více méně soustřeďuje na léčku symptomatickou a probíhá snaha ovlivnit kognitivní funkce pomocí lecitinu, nootropních léků (Piracetam, Oikamid), vitamíny. K léčbě nekognitivní patří ovlivňování neklidu, depresí, nespavosti, deliria či jakýchkoli psychotických příznaků. Pro tuto léčbu se užívají antipsychotika typu Tiapridal nebo Buronil či Haloperidol. Dobrou odezvu způsobují i léky jako je Risperdal, Zyprexa, Citalec nebo Deprex a další. V této otázce je ale nezbytná dobrá spolupráce s lékařem. Úkolem sestry je pak bezchybná příprava a podání medikace a následná kontrola dutiny ústní, zda klient léky bez problémů v pořádku polkl a léčení tak probíhá dle ordinace lékaře (Marková, 2006).

Každá lidská bytost je nedělitelným celkem těla, mysli (rozumu) a duchovna (citů a prožitků). Zdravotník si musí uvědomit, jak tyto složky spolu souvisí. Někteří lidé velmi silně emočně reagují, jsou-li vystaveni problémům. Jedni jsou příjemní optimističtí, druzí jsou úzkostní a nešťastní. V pozdějším věku obvykle ve svých základních náladách setrvávají, proto je nutné měnit způsob přístupu ošetřujícího personálu. S tím souvisí i nefarmakologická léčba. Ta se soustředí na paměťové tréninky, nápravu porušených funkcí a edukaci ošetřovatelů a rodiny. Tato léčba a péče představuje starost o psychiku klienta jako takovou a o jeho tělesnou stránku z hlediska ošetřovatelské péče (Pidrman, 2007).

V průběhu nemoci dochází k postupným ztrátám paměti, tělesných změn pocitům smutku, beznaděje atd. Je nutné si všimnout těchto změn. Nemocní přemítají o tom, že jsou nešťastní a mnoho energie věnují svým obavám. Podobné obavy mohou vést k depresím. Je nutné, aby se personál s taktem, klidem a trpělivostí dopátral příčiny (Pidrman, 2007).

Velice důležité je individuální plánování programu jedince, jeho stimulace. Velice závažný je výběr vhodného programu. Každý má jiné potřeby. Člověk postižený Alzheimerovou chorobou nesmí být ale nijak přetěžován, jinak dochází k neklidu,

depresím až k možné agresivitě. Náhlé změny chování agresivita, podrážděnost jsou signalizací pro problémy. Poté je nutné vyhledat a odstranit vyvolávací faktor, ptát se klienta, nebo jemu naslouchat, dávat najevo svou péči, společně vyhledat pomoc, rozptýlit strach z opuštění pokoje - jeho známého prostředí (Pidrman, 2007).

Klient dosáhne u sestry pocit sounáležitosti, důležitosti a důvěry vhodnou komunikací, citlivostí, motivací, jemným přístupem a širokou nabídkou s možností výběru. Vhodné jsou aktivity jako je muzikoterapie, tanec, tělesná aktivita, taktilní stimulace, dobré výsledky přináší i kontakt se zvířaty. Velice vhodné je i trénovat chuť (Pidrman, 2007). Každá aktivizace ale musí být pro klienta přínosná a příjemná. Vykonaná aktivita musí vést k úspěšnému závěru, neúspěch není přijatelný (Zgola, 2003). Nemocný člověk bývá často subjektivně osamocen, proto je také vhodné provádět skupinové aktivizace. Účelem skupinových aktivit je společný zážitek, výměna informací mezi obyvateli domova, řešení společných problémů, což vede ke zpětné vazbě pro klienta. Se skupinou obyvatel však musí terapeut pracovat citlivě, protože zpětná vazba pro klienta může znamenat i negativní pocity a odmítnutí (Pidrman, 2007; Zgola, 2003). Odpočinek a relaxace je u pokročilých demencí nevhodná. Nečinností se rychleji rozvíjí choroba a přiměřená aktivita vede ke zdravé chuti k jídlu, vyváženému spánku a lepší psychické pohodě (Pidrman, 2007).

Pokud má nemocný rodinu, která je i nadále klientovy oporou, je příznivě působící se domluvit na častých návštěvách. Napomáhá nám to ke zvládnutí vzpomínkové terapie, kterou provádí terapeutičtí pracovníci. Vzpomínkami se zpomaluje průběh onemocnění. K této terapii používají různé fotografie, nahrávky a noviny. Vzpomínková terapie souvisí také s tréninkem paměti, který je u Alzheimerovy choroby velice důležitý. Pomáhá klientovi nabýt ztracené sebevědomí a snižuje úzkost (Kramářová, 2005).

## **Příloha 6**

### **Otázky k rozhovorům.**

1. Kde pracujete a jaké diagnózy mají klienti, o něž se staráte?
2. Myslíte si, že jsou nějaké rozdíly v komunikaci s psychicky nemocnou osobou? Máte s touto komunikací nějaký problém? Myslíte si, že je rozdílná komunikace s nemocnými různých diagnóz?
3. Jak byste specifikovala pravidla verbální komunikace s psychicky nemocným klientem?
4. Co považujete za nutné pro spokojený život psychicky nemocných klientů? Může na to mít vliv i práce sestry?
5. Jaká jsou rizika a spouštěče problémového chování a agrese u psychicky nemocných lidí?
6. Jste připravena na to, že může dojít k situaci, kdy bude klient agresivní? Jak budete reagovat?
7. Jak byste předcházela problémovému a agresivnímu chování u psychicky nemocného klienta? Myslíte si, že může chování klienta ovlivnit personál?
8. Znáte a používáte ve vašem domově nějaká restriktivní opatření? Pokud ano, jaká a v jakých případech. Co si o nich myslíte?
9. Jaký máte názor na aktivizační činnosti probíhající ve vašem domově?
10. Víte, kdo je klíčový pracovník? Pracujete s touto rolí? Co je jeho náplní ve vašem v domově?
11. Souhlasíte s tím, aby každý klient měl svého klíčového pracovníka? Kde vidíte klady a kde zápory?
12. Myslíte si, že se změnila po dobu vašeho působení na psychiatrii práce s psychicky nemocnými lidmi? Pokud ano, jakým způsobem?
13. Personál je součástí klidného a bezpečného prostředí na oddělení. Jak by se měl chovat a jaký by měl být, aby toho bylo skutečně dosaženo?
14. Může práce s psychicky nemocnými klienty mít vliv i na vaši psychickou pohodu a vyrovnanost? Pokud ano, jaké doporučení byste navrhovala?

15. Jak byste hodnotila práci s psychicky nemocnými klienty? Myslíte si, že je práce s psychicky nemocnými klienty srovnatelná s prací s ostatními klienty? Je pro sestru v tomto porovnání práce odlišná nebo náročnější? Pokud ano, z jakého důvodu? Myslíte si, že by měly být sestry nějak zvýhodněné? Pokud ano, jakým způsobem?

## **Příloha 7**

### **Záznamový arch**

Nošení peageru:

Dodržování restrikcí:

Aktivita klíčového pracovníka:

Komunikace:

Kvalita zvládnání agrese: