



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Využití kvantifikace ošetrovatelské péče v psychiatrických nemocnicích

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Jindřiška Stuchlíková

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová Ph.D

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Využití kvantifikace ošetrovatelské péče v psychiatrických nemocnicích“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2017

.....

podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Haně Hajduchové Ph.D, za cenné rady, které mi při psaní bakalářské práce poskytla. Vždy mi byla oporou, mohla jsem se na ní s čímkoliv obrátit. Dále bych chtěla poděkovat psychiatrické nemocnici v jihočeském kraji, kde jsem mohla provádět výzkumnou část mé bakalářské práce.

Využití kvantifikace ošetrovatelské péče v psychiatrických nemocnicích

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je využití kvantifikace ošetrovatelské péče v psychiatrických nemocnicích. Psychiatrie poskytuje léčbu nemocným s duševním onemocněním. Ve většině případů se pacient nemá se svými problémy na koho obrátit, proto vyhledá pomoc odborníka, v tomhle případě se jedná o psychologa, nebo psychiatra. Pokud není pacient z jakéhokoliv důvodu schopen na léčbu docházet ambulantně, lékař rozhodne o hospitalizaci nemocného. U těchto pacientů se poté provádí základní a speciální ošetrovatelská péče. Do základní ošetrovatelské péče řadíme podávání stravy, hygienu a jiné. Speciální ošetrovatelská péče zajišťuje diagnostické, terapeutické a monitorovací výkony. Práce má teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se zabývá oborem psychiatrie, formou a metodami péče, legislativním vymezením a dále vzděláním a kompetencemi sester. Výzkumné šetření vycházelo z metody kvantifikace ošetrovatelské péče od Pochylé a Pochylého z roku 2008 a bylo provedeno kvalitativně kvantitativní metodou. První část výzkumu se zabývala sbíráním dat a následným záznamem do záznamového archu. Dalším krokem bylo stanovit činnosti speciální ošetrovatelské péče. U výkonů byly následně stanoveny průměry a směrodatné odchylky, čímž jsme dostali průměrné časy všech výkonů. Cílem práce bylo stanovit průměrnou časovou náročnost u všech výkonů a dále stanovit časové hodnoty speciální ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientů. Ošetrovatelská péče se u nemocných mění dle aktuálního zdravotního stavu. Mezi další specifika ošetrovatelské péče patří i sledování nemocných, kteří mohou ohrozit sebe, nebo své okolí. Nejčastěji prováděným výkonem v psychiatrické nemocnici v oblasti podávání léků je podávání léků per os.

Klíčová slova

Kvantifikace, ošetrovatelství, péče, psychiatrie, specifika

The use of quantification of nursing care in psychiatric hospitals

Abstract

Theme of the bachelor thesis is a utilization of quantification of nursing care in psychiatric hospitals. Psychiatry provides a treatment to persons with mental disorder. In most cases there is nobody to help the patient with his problems. So he searches some specialiste, in this case a psychologist or a psychiatrist. The doctor determines hospitalization of the sick man if the patient is not able to visit an ambulant treatment. For these patients there is performed a basic and a special nursing care. The basic nursing care is composed of feeding, hygiene, etc. The special nursing care provides diagnostic, terapeutic and monitoring operations.

The thesis has theoretical and scientific parts. The theoretical part deals with discipline of psychiatry, with form and methodes of care, with legislative definition and with education and competences of nurses. The scientific research was realized by methode of quantification of nursing care by Pochylá and Pochylý (2008), it is a qualitative and quantitative methode.

The first part deals with collecting of datas and subsequent recording datas to a record sheet. Next step was to determine activities of special nursing care. There were determined averages and standard deviations for operations thereby we gained average periods of all operations.

The purpose of the thesis was to determine average time difficulty of all operations and to determine time values of nursing care of selected groups of patients. The research finds that the nursing care is the most used operation for sick men. Nursing care changes in patients according to the current state of health. Other specifics of nursing care include monitoring patients who may endanger themselves or their surroundings. The most often performed operation in psychiatric hospital in medication is per os.

Key words

Quantification, nursing, care, psychiatry, specificity,

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 10 |
| 1. Současný stav | 11 |
| 1.1 Cíl oboru | 12 |
| 1.2 Organizace psychiatrické péče..... | 12 |
| 1.2.1 Ambulantní péče..... | 12 |
| 1.2.2 Lůžková péče..... | 13 |
| 1.2.3 Komunitní péče | 14 |
| 1.3 Systém poskytované péče v psychiatrických nemocnicích | 15 |
| 1.3.1 Speciální ošetrovatelská péče | 15 |
| 1.3.2 Psychoterapie..... | 16 |
| 1.4 Formy a metody poskytované ošetrovatelské péče..... | 17 |
| 1.5 Náplň práce sestry v psychiatrických nemocnicích | 19 |
| 1.5.1 Výkony prováděné v psychiatrické nemocnici..... | 19 |
| 1.6 Jaké je personální zabezpečení v psychiatrické nemocnici | 20 |
| 1.6.1 Rizika a zásady bezpečnosti v psychiatrické péči | 21 |
| 1.7 Kompetence sester v psychiatrii | 23 |
| 1.8 Legislativní vymezení kompetencí | 24 |
| 1.9 Vzdělávání sester v psychiatrické péči | 25 |
| 2. Cíle práce a hypotézy | 27 |
| 2.1 Cíl práce..... | 27 |
| 2.2 Výzkumné otázky | 27 |
| 2.3 Hypotézy..... | 27 |
| 3. Operacionalizace pojmů..... | 28 |
| 4. Metodika | 29 |
| 4.1 Použitá metodika..... | 29 |
| 4.2 Výzkumný soubor..... | 30 |

| | |
|----------------------------------|----|
| 5. Výsledky | 31 |
| 6. Diskuze..... | 40 |
| 7. Závěr | 47 |
| 8. Seznam použitých zdrojů | 48 |
| 9. Přílohy | 53 |
| 10. Seznam zkratk..... | 54 |

Úvod

Práce sestry v psychiatrické nemocnici je náročná, a to jak po psychické, tak po fyzické stránce. V nemocnici mají pacienti individualizovanou péči. Není samozřejmě poskytována každému stejně, protože záleží na onemocnění, se kterým pacient přichází. Dle toho se potom péče odvíjí. Nemocnice také poskytují různé psychoterapeutické programy, které se organizují dle stavu pacienta a také na základě toho, jak je pacient schopný program plnit. Programy mohou být různého typu – individuální nebo skupinové.

Téma „využití kvantifikace ošetrovatelské péče v psychiatrických nemocnicích“ jsem si vybrala proto, abych zjistila, jak se práce v nemocnici liší od práce v psychiatrické nemocnici. Když se řekne nemocnice, každý si může představit běžný stereotyp práce, někdo si může dokonce myslet, že práce sestry je jednotvárná. Na tomto výzkumu můžeme ale vidět, že to tak není, každá nemocnice je něčím specifická a časová náročnost výkonů je také odlišná.

Cílem této práce je nastínit práci sester v psychiatrických nemocnicích, zinventarizovat výkony prováděné ve speciální ošetrovatelskou péči a změřit jejich časovou náročnost. Pro kvantitativní výzkum poslouží metodika od Pochylé „Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu“. Tuto metodu jsme zvolili proto, abychom zjistili, jak jsou výkony v psychiatrických nemocnicích časově náročné.

1. Současný stav

Psychiatrie se k nám jako věda dostala nedávno, v 19. století, kdy začala být teprve přednášena, což je zvláštní, protože psychické nemoci byly popsány už dávno v Egyptě (Zvolský et al., 2006). První zmínky o psychických nemocech pochází již ze Starého Egypta, kdy byly zachyceny první případy psychicky nemocných (Raboch et al., 2012). Dříve si lidé mysleli, že zlé myšlenky vyženou pomocí různých rituálů a metod, které je měli zbavovat démonů a chorob (Raboch et al., 2012). Velký rozvoj nastal v poválečném období, kdy se začala rozšiřovat lůžková péče, ambulantní péče a částečně komunitní péče, které v té době ještě nebyly tak známé (Radimský, 2001). Péče v psychiatrii se dá považovat za jeden z největších pokroků v dnešní medicíně (Praško et al., 2013). V současné době dochází k výrazným změnám v systému psychiatrické péče, protože se rozvíjí Centra duševního zdraví, dále jen CDZ. CDZ budou probíhat na komunitní bázi. Mělo by dojít k nárůstu počtu psychiatrických ambulancí a psychiatrických oddělení v rámci všeobecných nemocnic. Psychiatrická péče se snaží rozvíjet kupředu. Pro zkvalitnění péče dochází k humanizaci psychiatrické péče, kdy je nutné vytvořit standardy humánní péče. Dále se chystají změny ve vzdělávání jak lékařů, sester, tak i psychologů (Reforma péče o duševní zdraví, 2017). Dle Markové (2006a) v současné době přibývá nemocných, kteří vyhledávají pomoc psychologa, nebo psychiatra. Dle MZČR (2015) je velké přetížení všech zdravotnických pracovníků, hlavně tedy lékařů, kteří poté nemají dostatek času věnovat se pacientům v čase, ve kterém by potřebovali. Dle údajů světové zdravotnické organizace postihuje každého čtvrtého porucha duševního zdraví (Marková, 2014). Je statisticky dokázáno, že psychiatra navštěvují častěji ženy, které trpí afektivními a neurotickými nemocemi, a to až z 68 % z celkového počtu nemocných, což je více jak polovina. V psychiatrické nemocnici se nejčastěji setkáme s nemocnými, kteří trpí schizofrenií, depresí a bipolárně – afektivní poruchou (Psychiatrická péče, 2015). „*Některé duševní nemoci mohou pacienta odpoutat od běžného života tak, že nebude schopen vykonávat běžné činnosti, které mu nikdy předtím nedělali problém (Petr et al., 2014). Duševní nemoci jsou často příčinou invalidizace, některé z nich představují velké riziko sebevražedného jednání a tím předčasného ukončení života“ (Malá, 2002, s. 13).* Psychiatrická nebo psychologická poradna by měla být dostupná ve všech městech, nebo alespoň v jeho okolí, aby měl každý možnost o svých problémech s někým mluvit (Radimský, 2001). Zájem o duševní zdraví začíná stoupat i ze sociálního pohledu,

rozvíjí se velice intenzivně neuropsychické studie. Duševním zdravím se zabývá také Světová zdravotnická organizace (World Health Organization), dále jen WHO. „*Dle WHO je zdraví stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady*“ (Marková et al., 2006, s. 17.). Snahou je do péče zapojit rodinu a podporovat výzkum duševního zdraví (Marková, 2014).

Psychiatrická ošetrovatelská péče je specifická tím, že musí sestra na pacienta nahlížet interdisciplinárně, musí ho vnímat jako celek (Praško et al, 2013). Sestra pracující v psychiatrické nemocnici musí znát jeho diagnózu a stav (Marková, 2006).

1.1 Cíl oboru

Malá a Pavlovský (2002) uvádějí, že obor psychiatrie se nezabývá jen duševními poruchami, ale také prevencí, diagnostikou, léčbou a rehabilitací těchto onemocnění.

Obor využívá psychoterapeutické, biologické, rehabilitační a socioterapeutické programy, kterými pomáhají nemocnému člověku zařadit se do běžného života (Česká psychiatrická společnost, 2016). Cílem péče je postarat se o pacienta s duševní chorobou plnohodnotně a bez předsudků (Česká psychiatrická společnost, 2016). Důležité je ho podpořit v samostatnosti a věřit v jeho schopnosti (Marková, 2006). V psychiatrii zatím neexistují žádné metody, kterými by se podpořila prevence onemocnění (Marková, 2006).

1.2 Organizace psychiatrické péče

Od devadesátých let psychiatrická péče velice pokročila. Přesto je ale zastaralá lůžková péče, je zde nedostatek komunitních center a jsou nerovnoměrně umístěné ambulance. Dostupnost psychiatrické péče je zanedbána z finančního pohledu, kdy se opomíjí důležitost této péče. V zahraničí je finanční situace lepší, proto je zde kvalitnější psychiatrická péče než v České republice. Problémy týkající se finančního zabezpečení se týkají všech složek psychiatrické péče - ambulantní, lůžkové i komunitní.

1.2.1 Ambulantní péče

Petr a Marková (2014) uvádějí, že ambulance je důležitou a nedílnou součástí v psychiatrii, protože s ní přijde pacient do kontaktu jako první. Nejdříve se pacient dostaví ambulantně, kde se mu udělají veškerá vyšetření, psychiatr si s ním promluví a poté se postupuje dle stavu nemocného. Jedná se o péči dlouhodobou, je tedy velice důležité, aby si psychiatr u nemocného získal důvěru (Petr et al. 2014). Děti a dorost

mají speciální ambulance, přístup je zde odlišný od klasické psychiatrické ambulance (Kratochvílová, 2014). Psychiatrické ambulance se zabývají všemi onemocněními psychického rázu, ale i sexuálními, duševními poruchami, nebo problémy s alkoholem, drogami, poruchy příjmu potravy. (Česká psychiatrická společnost, 2016). Uvádí se, že nejčastějšími diagnózami v psychiatrických ambulancích jsou neurotické poruchy, které převyšují více než 40% (Psychiatrická péče, 2015). Do ambulantní části péče se zařazuje i komunitní péče (Petr, 2014a). V roce 2001 vydala organizace WHO první doporučení, na co se v oblasti duševního zdraví zaměřit. WHO uvádí, že třemi nejčastěji léčenými psychickými poruchami u nás jsou deprese, schizofrenie a bipolární poruchy (Marková, 2014). Ambulantní péče se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou a poté následným sledováním nemocných, kdy může domácí, nebo ošetrovatelská služba docházet domů (Radimský, 2001). V současné době jsou ambulantní psychiatři vytíženi, protože stoupá psychiatrických případů, nemají čas a prostor věnovat se každému a navíc s nimi nespolupracují ostatní zdravotníci v takové míře, v jaké by to bylo potřeba. K roku 2015 bylo registrováno více než 875 psychiatrických lékařů na 1 137 ambulancí (Psychiatrická péče, 2015). Muži trpí častěji nemocemi, jako jsou sexuální dysfunkce, nebo například alkoholismus a gamblerství. Problém je ale v tom, že většina mužů si svou závislost nepřiznává, tudíž je vyšší návštěvnost žen u psychiatrů (Psychiatrická péče, 2015). Ambulantní péče přestala stačit, začaly se tedy rozšiřovat lůžkové části (Petr, 2014). Mezi ambulantní a lůžkovou částí existují také komunitní části (Psychiatrická péče, 2015.)

1.2.2 Lůžková péče

Lůžkovou část můžeme rozdělit na akutní a následnou. Akutní část je na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic a péče následná je poskytována v psychiatrických nemocnicích (Petr, 2014). V současné době se snaží od lůžkové části přecházet spíše na ambulantní, nebo intermediární péči, protože je to i pro pacienty více pohodlné (Pavlovský, 2002). Lůžková péče může být rozdělena do tří základních oblastí. První oblastí je akutní lůžková péče, která se zabývá zhoršením psychiky nemocných. U těchto pacientů je potřeba spolupráce jiného zdravotnického personálu v nemocnici, která se zaměří na laboratorní a zobrazovací vyšetření. K těmto vyšetřením potřebujeme dostupnost jiných lékařů a odborníků - neurologa či internisty (Petr, 2014). Akutní péče má za úkol nastavit léčbu tak, aby vyhovovala jak personálu, tak nemocnému. Vždy by měl být pacient o všem předem informován a souhlasit s tím

(Marková, 2014). Nejčastěji bývají léčeni v akutní péči pacienti, u kterých se předpokládá návrat do běžného života (Radimský, 2001). Druhou oblastí je dle Markové (2014) následná lůžková péče, která se zabývá nemocnými, u kterých došlo k nastavení léčby a byl u nich ukončen diagnostický proces. V tomto případě není možné propustit nemocného do domácího ošetření. Jako třetí oblast je popsána lůžková specializovaná péče, která se specializuje na věk, nebo diagnózu, kterou nemocný trpí (Raboch et al., 2012). Do lůžkové péče spadají také psychiatrická lázeňská zařízení a různé sociální ústavy (Marková et al., 2006). O umístění do psychiatrického zařízení musí pacient vědět a souhlasit s ním. Vše by mělo probíhat v rámci zákona a etických norem (Raboch et al., 2012).

1.2.3 Komunitní péče

Je to soubor opatření, které pomáhají lidem s duševním onemocněním tak, aby byl nemocný schopen se vrátit do běžného života. Snaží se o to, aby nemocný svůj život opět plnohodnotně naplnil (Pěč, 2014). Komunitní péče se zabývá rehabilitací s cílem resocializace, což je znovunavrácení do běžného života (Radimský, 2001). V České republice se nedaří komunitní péči rozvinout, protože existuje mnoho ambulancí. Na konci devadesátých let začalo docházet k rozšiřování denních stacionářů a psychoterapeutické péče (MZČR - Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, 2015). Dle Radimského (2001) se mimo zdravotnické organizace zabývají nemocnými také neziskové organizace a různé charity. Do komunitní péče spadají i zařízení jako je krizové centrum, které slouží jako první pomoc při tíživé situaci, nebo zařízení typu denního stacionáře a chráněného bydlení (Pavlovský, 2002). Denní stacionáře se starají o nemocné po ukončení hospitalizace a pomáhají nemocným začlenit se zpět do běžného života. Naproti tomu chráněné bydlení je pro pacienty, kteří trpí dlouhodobým duševním onemocněním. Pomáhají nemocným žít v běžném prostředí tak, aby zvládali nároky samostatného bydlení i důsledky svého onemocnění. Cílem těchto služeb je vytvořit pro nemocného bezpečné zázemí a poskytnout mu podporu pro získání dovedností a sebedůvěry. Umožňují nemocnému do budoucna využívat služby s nižší mírou podpory nebo žít ve vlastním bydlení (Pavlovský, 2002). V komunitním týmu pracují také sociální pracovníci, kteří pomáhají pacientům s vyřešením finanční situace nebo také najít si ubytování (Radimský, 2001). Velice důležité je, aby součástí byla i rodina, která nemocnému společně s přáteli může pomoci jak psychicky, tak například finančně (Raboch et al., 2012). Denní stacionáře

nalezneme ve velkých městech. Krizová centra poskytují i pobyt na akutním krizovém lůžku při krizových stavech nevyžadujících psychiatrickou hospitalizaci. Mezi formy krizové situace řadíme ambulantní pomoc, hospitalizaci, terénní služby, krizové služby a telefonickou pomoc. V České Republice existuje mnoho krizových center (Psychoportal, 2010). O nemocné se starají komunitní sestry, kterých je ale bohužel také málo, zařazujeme zde služby psychiatrické rehabilitace, veškerá komunitní centra spolu spolupracují (Petr, 2014). Pro krizovou intervenci je nemocný hospitalizován 3-5 dní (Blatnická, 2006). V současné době se začínají rozšiřovat i CDZ, která poskytují individualizovanou péči duševně nemocným. CDZ můžeme zařadit mezi péči ambulantní a lůžkovou, kdy dochází k prevenci, nebo zkracování hospitalizace. O duševně nemocné se stará multidisciplinární tým, který pomůže všem pacientům, kteří jejich pomoc potřebují hned, bez čekání. Pracovníci center se snaží pacientům pomoci v oblasti bydlení, zaměstnání, ale i volnočasových aktivit, ve kterých si sám nemocný nevěří (Reforma péče o duševní zdraví, 2017). CDZ se zabývají nemocnými se závažným duševním onemocněním, nebo osobami, které potřebují včasné intervence, tak, aby nepropadly duševnímu onemocnění. Dále se starají o osoby, které se nachází v krizové situaci a mají akutní psychické problémy, které nevyžadují hospitalizaci. K tomu, aby došlo k znovunavrácení nemocného do běžného života, jsou důležité principy, které vedou k uzdravě nemocného. Mezi tyto principy patří práce s nadějí, kdy je důležité motivovat a podporovat nemocného. Dalším principem je zaměření se na rozvoj silných stránek tak, aby pacient pochopil, co je pro něj důležité. Hlavním principem je také holistický přístup, kdy musíme hledět na bytost jako na celek. Dále musíme pacienta nechat, aby za sebe sám rozhodoval, aby viděl, že od pracovníků má plnou důvěru a také aby si sám řekl, jak chce ve svém uzdravení postupovat. Centra duševního zdraví musí intenzivně spolupracovat se zdravotnickými a sociálními službami (Reforma péče o duševní zdraví, 2017).

1.3 Systém poskytované péče v psychiatrických nemocnicích

1.3.1 Speciální ošetrovatelská péče

Do speciální ošetrovatelské péče zařídíme dle vyhlášky 55/2011 sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků péči o pacienty, u kterých došlo ke změně psychického stavu. Sestra musí během několika minut zjistit, v jakém stavu se pacient nachází a získat si jeho důvěru pro další spolupráci. Na rozdíl od sestry z jiného oddělení musí sestra pracující na psychiatrii mít výborné komunikační

dovednosti. Sestra se má orientovat v odborné terminologii a symptomatologii. Dále je velice důležitá znalost určitých psychofarmak, neboť mají řadu nežádoucích účinků a zdravotnický personál je musí znát, aby mohl rozpoznat, jak a proč na ně pacient reaguje (Elexová et al., 2006). Léčby pacienta se může sestra účastnit přímo, nebo nepřímo. Přímá léčba znamená, že se sestra přímo na výkonech podílí, například vede skupinovou nebo podpůrnou terapii. Nepřímá léčba znamená, že je setra v kontaktu s každým nemocným. Ošetrovatelská péče se u nemocných mění dle aktuálního zdravotního stavu. U lidí s duševním onemocněním je velice důležité vést je k samostatnosti, neměli by se na personál upínat a spoléhat jen na něj. Mezi další specifika ošetrovatelské péče patří i sledování nemocných, kteří mohou ohrozit sebe, nebo své okolí. Při specifických druzích léčby - spánková deprivace, elektrokonvulzivní terapie - musí umět sestra péči před i po zákroku. Sestra je také zodpovědná za podávání farmak, kdy musí znát, co podává, protože může dojít k nežádoucímu účinku. Nejde jen o podání samotné, sestra musí kontrolovat účinek léku, zkontrolovat, zda pacient lék užil, aby nedošlo k předávkování léky (Běhounek, 2014). U speciální péče se ale nejedná jen o péči, která je spojená přímo s pacientem, ale také se například zabývá právní problematikou, kde je řešená nedobrovolná hospitalizace a jiné důležité úkony (Venglářová, 2006). Sestra by se v nich měla alespoň orientovat, aby věděla, jak se v případě problému zachovat (Elexová et al., 2006). Dle Pavlovského (2002) je základním úkonem v psychiatrické péči pozorování, protože už první pohled nám může o člověku mnohé říct. Při hospitalizace je tato metoda také velice cenná, protože pacient, který udává, že trpí depresí, může ve chvíli, kdy si myslí, že ho nikdo nevidí, být veselý a spokojený (Pavlovský, 2002). Novotná (2014) zase uvádí, že je nejdůležitější získat si nemocného, být mu vždy oporou a naslouchat jeho problémům.

1.3.2 Psychoterapie

Psychoterapie by měla vždy vycházet z lékařství a mělo by být zaměřené na myšlení, vědomí, emoce, mezilidské vztahy a také učení nemocného (Taraba, 2007). Tato péče může být poskytnuta lékařem, nebo sestrou, kteří musí projít speciálním výcvikem (Taraba, 2007). Psychoterapii lze rozdělit do několika skupin podle toho, kolik se jí účastní pacientů, a to na individuální a kolektivní. Kolektivní psychoterapie se může ještě rozdělit na skupinovou, hromadnou a rodinnou (Taraba, 2007). Skupinová ošetrovatelská péče je zaměřená na všechny členy ve skupině podle psychoterapeutického účelu. Naproti tomu hromadná psychoterapie je zaměřená

na více pacientů se stejnou závislostí, ale je zde použita individuální metoda. Poslední je rodinná psychoterapie, které se účastní rodinní příslušníci pacientů (Taraba, 2007). U každé skupiny nemocných je třeba pozorovat možné předstírání nebo změny nálad. Vše je ale o individuálním přístupu k nemocnému. Například nemocný trpící anorexií se bude projevat jinak, než někdo, kdo je týraný. Proto je velice důležité se zaměřit na člověka jako na celek, ne jen jeho část (Pavlovský, 2002). Dále je dle Novotné (2014) velice důležitý pohovor, kdy se toho také v komunikaci může psychiatr mnoho dozvědět. Je důležité sledovat chování nemocného, když vám něco bude říkat, sledovat jeho mimiku a postoje a zase je velice důležité získat si v nemocném důvěru (Pavlovský, 2002). Marková (2006) zase uvádí, že pacienti, kteří trpí psychickou nemocí, jsou velice vděční za čas, který jim sestra poskytne a který s nimi stráví.

1.4 Formy a metody poskytované ošetrovatelské péče

Ošetřování nemocných s psychickými problémy je velice náročnou činností, proto je velice důležité, aby si členové ošetrovatelského týmu rozdělili své role a ty plnily (Elexová et al., 2006). Než se zavede určitá forma péče, je nutné podívat se na výslednou kvalitu, kontinuitu a efektivitu ošetrovatelské péče (Marková, 2006). Máme několik skupin forem poskytované ošetrovatelské péče (Marková, 2006). Jako první Marková (2006) uvádí funkční systém, který má na starosti sestra po dobu své pracovní doby na jedné ošetrovací jednotce, kde se stará o určitý počet nemocných a plní u nich zadané úkoly. Naproti tomu Plevová (2011) uvádí, že je to metoda, kdy má tým ošetrovatelů splnit úkony u nemocného za určitou dobu. Staniční sestra dostane pokyny u lékařů a ta je předá sestře, která má určitou jednotku na starosti. Bohužel tento systém nezajistí pohled na pacienta jako na celek (Elexová et al., 2006). Dále máme skupinový systém, který spočívá v tom, že sestra dostane na starosti skupinu nemocných a tu má na starosti po celou dobu své pracovní doby (Elexová et al., 2006). Výhodou tohoto systému je, že se sestra zná s každým nemocným, je s ním v úzkém kontaktu, a tak nemá problém při sledování neobvyklého chování. Sestra tak má větší přehled, co u nemocného udělala a vzbudí v něm důvěru lépe, než když se tam budou sestry střídát (Marková, 2006). Plevová (2011) uvádí ještě jeden systém. Tím je vícestupňová (týmová) metoda, která je vlastně zaměřená na skupinu pacientů, o které se stará skupina pracovníků s rozdílnými schopnostmi. Ve vedení je všeobecná sestra, celý tým by měl být vždy o všem informován a měli by spolu vše konzultovat. Další systém, který Marková (2006) uvádí, je systém primárních sester, kdy je sestra

s pacientem po celou dobu hospitalizace, doprovází ho vlastně celým jeho pobytem. Tento systém zajišťuje nemocným individualizovanou péči, čímž se utužuje vztah mezi nimi. Primární sestra sleduje, jak se vyvíjí ošetrovatelská péče u nemocných, které má na starosti, spolupracuje s rodinou, aby zjistila, zda je na tom pacient lépe. To většinou vidí jen ti nejbližší. Proto i ona je pacientovi vždy nablízku, spolupracuje v léčebném procesu a snaží se i o aktivní život nemocného (Marková, 2006). Tím, že má sestra na starosti konkrétní pacienty, je na ní kladen vysoký nárok, sestra musí být samostatná a schopná reagovat na danou situaci, která zrovna nastane (Elexová et al., 2006). Poslední formou je dle Markové (2006) Case management, kdy v pozici manažera stojí osoba, která musí být profesionál. Takový člověk je vhodný pro pacienty s chronickým onemocněním (Marková, 2006). Do ošetrovatelské péče spadá také ošetrovatelský proces, který má na psychiatrii svá specifika. Sestra je neustále v kontaktu s nemocným, sleduje jeho chování a hledá vhodná řešení. Sestra musí umět u nemocného zmírnit stres, protože ten způsobuje u nemocných, že si nevěří, bere jim sebedůvěru a brání jim v navrácení do zaměstnání nebo společnosti (Florence - Ošetrovatelský proces v psychiatrii, Fišarová et al., 2009). Všechny problémy, které nastanou u nemocných, se musí zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Ve zdravotnické dokumentaci se vedou údaje o osobě vztahující se k jeho zdravotnímu stavu. Lékaři zde popisují léčbu a diagnostiku nemocných. V případě různých vyšetření napíše lékař výsledek do dokumentace a připiše, co bude dále po sestře vyžadovat. Dokumentace je také pro sestru určitým vodítkem, aby věděla, co má u konkrétního pacienta provést za výkony. V dokumentaci má napsané léky, aby věděla, v jakých intervalech je podávat (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). V psychiatrické nemocnici je využívána dokumentace HIPPO, což je systém, který zpracovává a ukládá informace o pacientovi. V systému se pracuje s ošetrovatelskými diagnózami, zápis o použití omezovacího prostředku, edukace pacienta a nebo záznamy o souhlasu s provedením výkonu. Dokumentace obsahuje osobní údaje o pacientovi, příjmový list, výsledkovou kartu, dekurz pacienta na každý den, podle kterého sestra plní ordinace lékaře (Hippo, 2017).

1.5 Náplň práce sestry v psychiatrických nemocnicích

Tým, který se stará o psychicky nemocné se skládá ze sester, sanitářů a ošetřovatelek. Každý člen hraje v ošetřovatelském týmu svoji roli (Elexová et al., 2006). Důležitou roli zde hraje sestra, ta může mít několik typů vzdělání. Může zde pracovat všeobecná sestra, což se sestra s vysokoškolským vzděláním, tudíž má titul bakalář, nebo sestra s vyšším vzděláním, které vystudovaly vyšší odbornou školu, nebo zdravotní sestry, které absolvovaly 4-leté studium na střední zdravotnické škole, ale při starém systému vzdělání, nebo sestra se specializací, v tomto případě specializací pro psychiatrii (Elexová et al., 2006). Sestra pracující na psychiatrii má za úkol pozorovat nemocné, sledovat u nich neobvyklé chování, nebo změny, které u nemocného nejsou obvyklé. Dále by měla hodnotit soběstačnost nemocných a podle toho je zapojovat do aktivního života (Marková, 2006). Sestra podává nemocným léky, kyslík, inhalace, tak jako je tomu v běžné nemocnici, provádí všechny úkony, které jí lékař zadá. Rovněž zajišťuje přístup rodiny k nemocnému, sleduje a povoluje případné odchody a příchody ze zařízení, je oporou pro nemocného i rodinu (Elexová et al., 2006). V psychiatrické nemocnici může také pracovat zdravotnický asistent, který už nemá takové pravomoce jako všeobecná sestra, ale může provádět komplexní ošetřovatelskou péči, kam můžeme zařadit i podávání klyzmatu, měření fyziologických funkcí, podává stravu, připravuje nemocné na vyšetření, odebírá biologický materiál, podílí se na rehabilitaci nemocných (Marková et al., 2006). Zdravotnický asistent pracuje pod odborným dohledem zkušené sestry. V tomto případě je velice důležité, aby sestra znala symptomy, které se mohou objevit, musí znát skupiny léků, které jsou na psychiatrii podávány (Elexová et al., 2006). Dle Elexové (2006) by měla sestra umět rozpoznat, kdy jí hrozí nebezpečí a definovat stav, v jakém se nemocný zrovna nachází. Na základě toho pak ví, jak k němu má přistupovat. Důležitou součástí je také to, aby sestra věděla něco o právní problematice, aby věděla, jak má v takovém případě reagovat, tato situace může nastat například u nedobrovolné hospitalizace (Marková, 2006).

1.5.1 Výkony prováděné v psychiatrické nemocnici

V základní ošetřovatelské péči se provádí výkony běžných činností jako je například osobní hygiena, nebo pohyblivost pacienta. Zařazujeme sem i potravu - zda je schopen jíst sám, nebo nepotřebuje-li zavést NGS (nasogastrickou sondu). Dále je zde zařazena pomoc s vyprazdňováním, když by musel být pacientovi zaveden PMK

(permanentní močový katetr). Dle toho se poté odvíjí výkony, které bude sestra u nemocného provádět (Pochylá, Pochylý, 2008). Na psychiatrickém oddělení se spíše setkáme s výkony jako kontrola nad jídlem, zda pacient snědl vše, nikam to neschovává a jiné, protože i to může hrát velkou roli u některých onemocnění (Petr, 2014). Mezi speciální výkony můžeme zařadit podávání léků a sledování jejich účinků. Výkon je náročný jen v tom, že sestra musí dohlížet na to, že pacient lék opravdu užil, vždy by ho měl užít před ní, dále se můžeme setkat s klasickými výkony jako v nemocnici - měření fyziologických funkcí, odběry biologického materiálu, kde je ale důležité vědět, zda pacient nereaguje agresivně, popřípadě poprosit někoho o pomoc, kdo bude s pacientem komunikovat, přidržovat ho a odvádět pozornost od výkonu (Raboch et al., 2010). Mezi další výkony na psychiatrii řadíme rehabilitace nemocných, která je velice důležitá pro navrácení zpět do běžného života, kdy sestra posoudí stav nemocného a následně sestaví rehabilitační a krizový plán. Do rehabilitace by se měl zapojit celý zdravotnický tým, který vše nové zaznamená a konzultuje s ostatními (ČAS, 6/2014). Sestra funguje jako konzultant pacienta a pomáhá mu se vším, s čím si sám neví rady, dále může aplikovat injekce, také se účastní psychoterapie, kdy se snaží pacienta aktivizovat a vyhledává různé podpůrné terapie (ČAS, 6/2014). Sestra posuzuje, v jakém stavu je pacient, vede s ním rozhovor, snaží se od něj získat co nejvíce informací a pozoruje ho. Sleduje, jak reaguje v určitých situacích, zda je schopen navázat kontakt s někým jiným, zda je agresivní, jakou má náladu (Petr, 2014).

1.6 Jaké je personální zabezpečení v psychiatrické nemocnici

V psychiatrické nemocnici pracují lékaři, kteří musí umět poskytnout neodkladnou pomoc při akutních stavech v psychiatrii, popřípadě nemocného odeslat k odbornému vyšetření. Psychiatrii musí umět rozlišit jednotlivé poruchy základních psychických funkcí (myšlení, vědomí, emotivita apod.) a na tomto základě stanovit diagnózu syndromu, který se u pacienta může projevit (např. syndrom amentní, anxiózní, depresivní, paranoidní a další). Dále je na lékaři, aby uměl rozlišit nejdůležitější skupiny psychiatrických onemocnění (psychopatie, neurózy, psychózy). Lékař by měl diagnostikovat závislosti, znát organizaci a způsoby léčení závislostí. Psychologové by měli zvládnout správný psychologický přístup k pacientovi a znát zásady psychoterapie v léčbě psychických poruch (MZČR, 2015). Zdravotní sestry musí rozpoznat základní psychiatrické příznaky a psychiatrické syndromy. Dále by všeobecná sestra měla znát indikace, kontraindikace, nežádoucí účinky a dávkování psychofarmak zejména

anxiolytik, hypnotik, neuroleptik a antidepresiv (MZČR, 2015). Zdravotničtí asistenti, ošetrovatelé a ošetrovatelky, sanitáři a sanitářky, dále různí terapeuti, manažeři se podílejí na ošetrovatelské a terapeutické péči, zajišťují ostatní potřeby pacientů (MZČR, 2015). Dle vyhlášky 99/2012 sb., Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb). Dále zde pracuje sestra pro péči v psychiatrii bez dohledu a všeobecná sestra bez dohledu, nebo zdravotnický asistent. Dále zde pracují ergoterapeuti a fyzioterapeuti, kteří zajišťují aktivity nemocného. V psychiatrické nemocnici může být také klinický psycholog, nebo psycholog ve zdravotnictví a zdravotně-sociální pracovník. Jeden z těchto uvedených pracovníků, kromě zdravotně sociálního pracovníka musí mít vzdělání v psychoterapii (Vyhláška č. 99/2012 sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb).

1.6.1 Rizika a zásady bezpečnosti v psychiatrické péči

Dle Praška (2011) je personál v psychiatrické nemocnici neustále v nebezpečí, a proto je důležité dodržovat některá pravidla, které se mohou někomu zdát jako banální, ale v některých případech mohou být zásadní. Běžné věci, které třeba v životě děláme, mohou být na psychiatrii brány jinak. Například když se otočíme k nemocnému zády, můžeme být v ohrožení. Když budeme s pacientem na pokoji, měli bychom nechat otevřené dveře, abychom vždy měli únikovou cestu (Praško et al., 2011). V takových případech musí sestra komunikovat klidně, nedat najevo, že se bojí, aby tím nerozhodila pacienta. Pokud dojde k fyzickému napadení, nebo omezení měla by být u pacienta osoba stejného pohlaví a hlavně by to mělo být někde, kde budou samy (Probstová et al., 2014). Dle Látalové (2013) dochází většinou u psychicky nemocných lidí k agresi, nebo fyzickému útoku, nemusí to být vždy úmyslné, mohou k tomu přispět například i některé medikamenty, proto je velice důležité sledovat chování pacientů. Látalová (2013) uvádí, že se útoku na personál dopustí 7-14% psychiatricky nemocných pacientů. Ze zdravotnického personálu je psychiatrický tým asi nejohroženější skupinou ve zdravotnictví. Důležité je, aby personál uměl včas rozpoznat hrozící nebezpečí a uměl dle toho postupovat, nejčastěji se setkávají se sebevražedným chováním (Česká a slovenská psychiatrie, 2011). Nesmíme ale zapomínat na práva pacientů, kde se také řeší bezpečnost při péči, ať už ze strany pacienta, nebo sestry. Nejčastější skupinou agresivních pacientů bývají nemocní s psychotickými nemocemi a také pacient, kteří jsou vážně nemocní a neumějí se se svou diagnózou vyrovnat (Česká a psychiatrická společnost, 2011). Zdravotnický personál starající se o nemocné, kteří reagují agresivně,

mají ze zákona povinnost jejich nebezpečí alespoň zmírnit, pokud se jim nepodaří ho úplně odvrátit (Česká a slovenská psychiatrie, 2011). Dle § 415 zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku, platí, že *"každý je povinen počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví, na majetku, na přírodě a životním prostředí. Občanský zákoník zakládá v tomto ustanovení každému obecnou povinnost předcházet škodám. V kontextu zdravotní péče jde především o škody na zdraví. Obsah této obecné prevenční povinnosti je blíže specifikován zejména Úmluvou č. 96/2001 Sb. m. s., o lidských právech a biomedicíně, zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zákonem č. 258/2001 Sb., o ochraně veřejného zdraví, a dalšími předpisy"* (Česká a slovenská psychiatrie, Tomáš Petr, 2011, s. 106-109). Dle Petra (2014) je velice důležité dodržovat bezpečnostní opatření tak, aby nemohlo dojít k poškození personálu, pacienti s duševními poruchami jsou totiž často nevyrovnaní a agresivní. Včasné rozpoznání hrozících rizik umožní zdravotnickému personálu, aby se stačil čas na ohrožení připravit a jednal podle toho (Petr, 2014). Je podstatné, aby se lékař, který dělá vstupní komplexní prohlídku, zaměřil na to, jak pacient reaguje, zda vše řeší v klidu, nebo nikoliv (Petr, 2014). Vše se odvíjí od prvního kontaktu s pacientem, který hraje velkou roli, pacient se může během hospitalizace měnit. Už to může znamenat nějakou změnu chování, proto je velmi důležité si všimnout, jak se pacient od doby nástupu změnil (Petr, 2014). Pokud se objeví pacient se sklony k agresivnímu chování, bylo by dobré, aby nad ním byl intenzivní dohled, který bude kontrolovat vše, co dělá, dle britského modelu existují 4 oblasti dohledu (Petr, 2014). První oblastí je všeobecné sledování, kdy musí personál vědět, co klient celý den dělá. Poté by s ním měl někdo pověřený promluvit, aby zhodnotil, jak se pacient cítí. Většinou se ale jedná o pacienty, kteří nemají s nikým problém, jsou nekonfliktní a vše si zvládají sami (Petr, 2014). Druhou oblastí je přerušované sledování, což znamená, že pacient, který byl dříve agresivní, nebo u něj byl zaznamenán náznak suicidálního chování, musí být po 30 minutách kontrolován. Třetí oblast se zabývá blízkým sledováním, což je vlastně u pacientů, kteří nesmí být bez dozoru (Petr, 2014). A jako poslední oblast uvádí Petr (2014) kategorii speciálně sledovaných nemocných, kdy by personál měl být u pacienta co nejbližší po celý den. Tato oblast je indikována u lidí, kteří intenzivně hovoří o sebevraždě, nebo se o ni už pokusili a nemohou zůstat bez dozoru. Do jaké oblasti se pacient zařadí, určí lékař s pomocí sestry, která nemocného zná (Petr, 2014).

1.7 Kompetence sester v psychiatrii

Kompetence sester se zabývají dovednostmi a znalostmi sestry. Dle jejího vzdělání je rozhodováno o oprávnění provádět určité výkony (Novotná, 2014). Sestra v psychiatrické nemocnici musí umět vyhodnotit stav nemocných, ať už je to úroveň schopnosti sebepéče, nebo psychický stav pacientů, musí umět rozpoznat náhlé změny nálad, poruchy psychiky. K těmto výkonům používá různé screeningová měření (Novotná, 2014). Jelikož je právě sestra nejblíže nemocnému ví, co od něj může čekat. Je schopná ho psychicky podpořit, snaží se nemocnému pomoci i v zájmových oblastech tak, aby mu bylo dobře a aby se cítil bezpečněji (Marková, 2014). Rozhodující u sester je také schopnost odhadnout, kdo bude potřebovat nějaký typ omezovacího prostředku, kdy a v jaké situaci. Sestra se vždy snaží pacienta ve všem podpořit, vrací ho zpět do normálního života. Pokud pracuje jako komunitní sestra, navštěvuje ho doma, pacient v ní má oporu a důvěřuje jí (Novotná, 2014). V navrácení do běžného života funguje jako poradkyně, ve spolupráci s lékařem může provádět intervence v krizové situaci. Zde je také samozřejmě velice důležitá komunikace, tuto dovednost nemá každý, sestra, která má dar vytvořit klidnou a příjemnou atmosféru tak, aby byl pacient v klidu a cítil se dobře (Novotná, 2014). Nejdůležitější, co může sestra pro nemocného udělat, je sledovat, jestli si neublízuje, jak snáší léky, jejich účinky, hlídá, aby kolem sebe neměl pacient nebezpečné předměty, kterými by mohl ublížit sobě, nebo svému okolí a také si vše důležité zaznamenává (Marková, 2014). Sestra, která se věnuje psychoterapii, se nesmí natolik vžít do role pacienta, aby následně reagovala mimo zákon (Novotná, 2014). Problém může nastat tehdy, vezme-li si problémy pacienta příliš k srdci, sama už nebude rozlišovat, zda to pacientovi pomáhá, nebo mu to ubližuje. Dále se může stát, že si pacienti budou myslet, že je sestra nevnímá, že je necitlivá a že jí vlastně nezajímají, ona se tím pouze brání, protože takto bojuje s překonáním jejich těžkých osudů (Novotná, 2014). Dle vyhlášky 55/2011 sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků patří mezi sesterské výkony poradenská činnost, ať už v prevenci onemocnění, nebo v resocializaci. Sestra aktivně pracuje s pacienty, vytváří podmínky pro návrat do běžného života. Dále musí sestra sledovat chování pacienta z hlediska včasného zachycení nastupující krize, pomáhá mu při začlenění se do společnosti a snaží se zachovat psychické, fyzické a kognitivní funkce (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). Sestra provádí

ošetřovatelskou péči i v domácím prostředí pacienta. Sleduje dodržování léčebného postupu, zda pacient plní pokyny lékařů, zda není nebezpečný pro sebe či své okolí. Sestra slouží jako poradkyně, je tady vždy pro pacienta i jeho rodinu. Stará se o chod oddělení, zajišťuje psychoterapeutický režim a vykonává v rámci svých schopností a možností krizovou intervenci (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

1.8 Legislativní vymezení kompetencí

Kompetence sester se dělí do třech základních oblastí. První oblastí jsou výkony, které sestra provádí sama bez dohledu a nemusí k tomu mít svolení lékaře (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). Mezi takové výkony spadá péče o duševní zdraví tak, aby byl nemocný schopen se vrátit k běžnému životu a dále by měla pro pacienta být poradkyní (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). Velice důležité je, aby sestra uměla spolupracovat s jinými zařízeními, které jsou nápomocné v oblasti duševního zdraví a také se snaží pomoci pacientovi k sociálnímu návratu (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). Sestra je pro pacienta velikou oporou a pomáhá mu při běžných činnostech, pacient se seznamuje s novým životem a prostředím. K tomu potřebuje někoho, aby nebyl sám a aby si byl jistý, že se po návratu do svého každodenního života vrátí. U pacientů je vyvíjen nátlak na aktivní život, nechat je, aby si dělali věci tak, jak jsou zvyklí a sestra jen dohlíží, aby bylo vše v pořádku (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). Druhou oblastí jsou výkony prováděné s příkazem lékaře, ale může ho vykonat sama bez dohledu. V této oblasti může sestra být pacientovi oporou, když je ve svém domácím prostředí a ona za ním dochází, aby si s ním promluvila a pomohla v oblastech, ve kterých on sám bude chtít (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). Psychiatrická sestra by měla umět odhadnout, kdy jí hrozí nebezpečí, protože navštěvuje pacienty i doma a nikdy neví, co se může stát. Proto musí být velice opatrná a mít přehled o pacientovi, měla by ho kontrolovat častěji tak, aby nebyl v ohrožení pacient, jeho okolí ani sestra a v případě krajní nouze může použít omezovací prostředky, které pacienta uklidní (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). U psychicky nemocných lidí se sleduje průběh onemocnění, zda dodržují

léčebné postupy tak, jak mají, jestli jsou schopni být mezi lidmi, aby se necítily v ohrožení a nestaly se nebezpečnými pro okolí, při jakýchkoliv změnách, nebo problémech by měl být vždy informován lékař (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). A třetí oblastí jsou výkony, které nesmí setra provádět sama, bez dohledu a musí mít odbornou specializaci v oboru psychiatrická sestra, nebo klinický psycholog (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). V tomto případě je sestra způsobilá pouze k úkonům, které její specializace dovolují. Může tedy být u pacienta v krizové situaci, může pomáhat rodině, která se bojí, že by to sama nezvládla. Zde se nabízí pomoc psychologa, kterou může doporučit a také se s pacientem aktivně účastní psychoterapie (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

1.9 Vzdělávání sester v psychiatrické péči

Vzdělávání všeobecných sester se neustále mění a zlepšuje. V dřívějších dobách si zkušenosti předávaly sestry mezi sebou. Lidé, o které se starali, byli jen ti, kteří neměli svou rodinu a neměl se o ně kdo postarat (Plevová, 2011). V 18. století se začaly pro sestry organizovat besedy a přednášky, dříve to ještě bylo pro ošetřovatelky (Plevová, 2011). První školou u nás byla ošetřovatelská škola v Praze, vznikla v roce 1874, která ale po sedmi letech ukončila svou činnost (Plevová, 2011). Dále byla v roce 1946 v Praze otevřená vyšší ošetřovatelská škola, která se po socialistické revoluci musela přejmenovat na střední zdravotnickou školu, dále jen SZŠ (Plevová, 2011). Čím více ale začala být péče o nemocné vyspělejší, tím se samozřejmě vyžadovalo vyšší vzdělání, v roce 1960 se proto v Praze otevřelo magisterské studium (Plevová, 2011). Dle Plevové (2011) se ošetřovatelská péče v 21. století rozvíjí velice rychle a dopředu. Péče je poskytována kvalitněji vzhledem k možnosti moderního vybavení a přístrojů. Vzdělávání sester je podřízené zákonům (Plevová, 2011). Brůha (2011) uvádí zákon, který se vztahuje na vzdělávání sester, z něhož plyne vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Sestry, které chtějí pracovat v psychiatrické nemocnici, musí mít odborné vzdělání v oblasti psychiatrické péče. Sestra by měla vystudovat klasickou střední zdravotnickou školu, která je na čtyři roky. Následně by měla absolvovat vysokoškolské vzdělání jako všeobecná sestra a obdržet titul Bc., nebo si zvolit vyšší odbornou školu a obdržet titul DiS a poté musí absolvovat specializační vzdělání, kdy si zvolí obor všeobecná sestra –

ošetřovatelství v psychiatrii (MZČR, 2015). Dále by měla sestra získávat vzdělávání ze seminářů a různých kurzů, které jí mohou v psychiatrické nemocnici být nápomocné - například program krizové intervence, nebo psychoterapie (MZČR, 2015). V současné době může na psychiatrickém oddělení pracovat všeobecná sestra nebo všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí „ošetřovatelská péče v psychiatrii“, kterou lze získat absolvováním specializačního vzdělání v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Tyto dvě sestry mají různé kompetence – všeobecná sestra může poskytovat ošetřovatelskou péči pacientům s patologickými změnami chování, kteří nepotřebují stálý dohled ani omezovací prostředky. Všeobecná sestra se specializací může ošetřovatelskou péči poskytovat i pacientům, u kterých jsou vyžadovány omezovací prostředky (Novotná, 2014).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Inventarizovat speciální ošetrovatelskou péči v psychiatrických nemocnicích.

Cíl 2: Zjistit průměrné časové hodnoty pro jednotlivé ošetrovatelské činnosti speciální ošetrovatelské péče v psychiatrické nemocnici.

Cíl 3: Stanovit časové hodnoty speciální ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientů.

2.2 Výzkumné otázky

Jaký výkon je nejčastěji prováděný v psychiatrické nemocnici v oblasti speciální ošetrovatelské péče?

Jaké jsou průměrné časové hodnoty pro jednotlivé ošetrovatelské činnosti speciální ošetrovatelské péče v psychiatrické nemocnici?

2.3 Hypotézy

H1: Nejčastěji prováděným výkonem ve speciální ošetrovatelské péči v psychiatrické nemocnici je podávání léků per os.

H2: Časové hodnoty speciální ošetrovatelské péče se liší u vybraných skupin pacientů.

3. Operacionalizace pojmů

Psychiatrická nemocnice – „*Psychiatrické nemocnice jsou lůžková zdravotnická zařízení poskytující komplexní psychiatrickou péči pacientům, kteří s péčí souhlasí a též těm, kteří jsou hospitalizováni bez souhlasu (za zákonem stanovených podmínek)*“ (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013, s. 35).

Schizofrenie – „*Schizofrenie jsou duševní onemocnění charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí, především myšlení, vnímání, emotivity a jednání. Schizofrenie jsou onemocněním psychotickým*“ (Taraba, 2007 s. 40)

Bipolárně – afektivní porucha – „*Je onemocnění kdy se střídají fáze deprese mánie a bezpříznakové období. Depresivní epizody bývají delší a častější, než manické. Bezpříznaková období mohou trvat i několik let*“ (Hosák, 2007, s. 52).

Depresivní onemocnění – „*Dlouhodobě stabilní chorobně smutná nálada nevyplývající ze zevních okolností, snížení energie a aktivity, zhoršení schopnosti radovat se, pokles zájmů, porucha koncentrace, značná unavitelnost i po nepatrné námaze, snížení sebevědomí, pocit vinný a bezcennosti, pesimistický pohled do budoucnosti, porucha spánku ranního typu, snížená chuť k jídlu, hmotnostní úbytek, ranní pesima nálady, úzkost, psychomotorický neklid nebo naopak útlum, tělesné obtíže (pocit sevření na hrudi, pocit neklidných nohou, zácpa, bolesti bez organického podkladu), pokles sexuálního zájmu, v některých případech psychotické příznaky, myšlenky na sebevraždu a sebevražedné jednání*“ (Hosák, 2007, s. 49).

4. Metodika

4.1 Použitá metodika

Výzkumná část proběhla v psychiatrické nemocnici v jihočeském kraji. V nemocnici jsou hospitalizováni pacienti trpící diagnózami, jako je deprese, nebo schizofrenie. V bakalářské práci bylo použito kvantitativní výzkumné šetření. Proto, aby mohl výzkum ve vybrané nemocnici proběhnout, bylo zapotřebí opatřit souhlas nemocnice. Se souhlasem jsme se obraceli na ředitele a staniční sestru vybrané psychiatrické nemocnice v jihočeském kraji. Pro první část výzkumného šetření byla použita metoda sběru dat pomocí zápisového archu (Příloha 1). Výzkumné šetření bylo zaměřeno na speciální ošetrovatelskou péči. Péče je klasifikovaná dle Metody kvantifikace základní a speciální ošetrovatelské péče (Pochylá et. al., 2008). Metoda se zabývá propočtem potřebného počtu ošetrovatelského personálu, může se použít pro jakékoliv oddělení, nebo ošetrovací jednotku. Výzkumná část byla prováděna v období měsíce března a dubna 2017. Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Excel, kde byly vytvořeny tabulky, kde jsou výpočty speciální ošetrovatelské péče v psychiatrické nemocnici. Časové hodnoty jsou u jednotlivých úkonů sečteny a následně zprůměrovány s výpočtem směrodatné odchylky. K měření byly použity stopky. Časové náměry jsou uváděny v jednotkách času – v minutách se zaokrouhlením na dvě desetinná místa. Způsob provádění náměrů byl takový, že každá ošetrovatelská činnost byla měřena od přípravy, přes provádění, až do ukončení, včetně její dokumentace. Veškerá měření byla prováděna vždy za denní směnu a to v pracovní dny, tedy od pondělí do pátku.

Pro druhou část výzkumného šetření byla zvolena metoda pozorování. Ze všech výkonů speciální ošetrovatelské péče jsme vybrali 18 výkonů. Každý výkon byl naměřen 10krát, následně byly hodnoty zadány do programu Microsoft Excel. Pomocí funkce průměr, byla vypočítána průměrná doba trvání jednoho výkonu.

4.2 Výzkumný soubor

Výzkum byl prováděn v psychiatrické nemocnici v jihočeském kraji. Výzkumný soubor tvořili pacienti z psychiatrické nemocnice. K výzkumnému šetření byly vybrány 3 skupiny kategorií pacientů, u kterých byly náměry prováděny. 1 skupinu tvořilo 10 pacientů se schizofrenním onemocněním. 2 skupinu tvořilo 9 pacientů s depresivním onemocněním. 3 skupinu tvořilo 5 pacientů s bipolárně afektivní poruchou. Celkový počet pacientů dohromady byl 24. Dále byly sledovány sestry pracující v psychiatrické nemocnici, které prováděly výkony potřebné k náměrům ve výzkumné části bakalářské práce.

5. Výsledky

Tabulka 1 - Průměrná doba trvání jednoho výkonu v oblasti podávání léků

| Speciální ošetrovatelská péče | | | | | | | | | | | Průměr/min |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------|
| <i>I. Podávání léků (zahrnuje přípravu, podání a sledování účinku léků.</i> | | | | | | | | | | | |
| Podávání léků per os | 1,05 | 1,08 | 1,09 | 1,03 | 1,05 | 1,55 | 1,98 | 1,54 | 1,99 | 1,77 | 1,41 |
| Aplikace léků s.c. | 2 | 1,42 | 1,58 | 1,52 | 1,48 | 2,1 | 1,46 | 2,36 | 1,86 | 1,99 | 1,79 |
| Aplikace injekcí - i.v. | 10,11 | 11,15 | 12,5 | 12,9 | 15,75 | 15,8 | 19,2 | 11,2 | 9,55 | 9,88 | 12,80 |
| Aplikace injekcí - i.m. | 3,51 | 3,6 | 3,95 | 4,1 | 2,98 | 3,55 | 4,55 | 3,21 | 4,11 | 3,9 | 3,75 |
| Aplikace infuzí | 15,82 | 16,35 | 13,21 | 11,58 | 12,75 | 16,79 | 15,92 | 16,82 | 17,55 | 16,77 | 15,36 |
| sledování a ukončení infuzí | 60 | 55 | 72 | 60 | 65 | 70 | 80 | 120 | 60 | 60 | 70,20 |

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

V tabulce 1 jsou uvedené výkony ve speciální ošetrovatelské péči v oblasti podávání léků. Výkony byly naměřeny 10x a následně zprůměrovány. Průměrná doba podávání léků per os je 1,41 minut. Aplikace léků s.c. je 1,79 minut. Aplikace i.v. injekcí trvá v průměru 12,80 minut. Aplikace i.m. injekce trvá 3,75 minut. Aplikace infuzí zabere 15,36 minut a její sledování a ukončení trvá v průměru 70,20 minut.

Tabulka 2 - Průměrná doba trvání jednoho výkonu v oblasti speciální ošetrovatelských a diagnosticko-terapeutických výkonů

| Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony | | | | | | | | | | | Průměr/min |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--------------|
| <i>zahrnuje přípravu, vlastní provedení až dokončení výkonu, včetně asistence lékaři</i> | | | | | | | | | | | |
| Zavedení PŽK | 15,15 | 16,75 | 13,2 | 12,25 | 13,85 | 14,29 | 17,55 | 13,99 | 12,88 | 10,25 | 14,02 |
| Odběry biologického materiálu | 10,85 | 12,55 | 15,72 | 16,2 | 17,82 | 18,3 | 17,5 | 10,1 | 9,85 | 8,65 | 13,75 |
| Psychická podpora – rozhovor | 20,72 | 30,82 | 60,55 | 55 | 78,77 | 39,1 | 120,21 | 39,52 | 45,72 | 60,12 | 55,05 |
| péče o ránu převaz - jednoduchý | 22,19 | 20,15 | 20,99 | 21,55 | 22,38 | 24,19 | 25,18 | 30,15 | 15,1 | 10,85 | 21,27 |

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

V tabulce 2 jsou uvedené výkony ve speciální ošetrovatelské péči v oblasti diagnostické a terapeutické výkony. Výkony byly naměřeny 10x a následně zprůměrovány. Průměrná doba zavedení PŽK je 14,02 minut. Odběry biologického materiálu trvaly sestřám zhruba 13,75 minut. Psychická podpora-rozhovor u pacienta trvá v průměru 55,05 minut. Péče o ránu-převaz jednoduchý trvá v průměru 21,27 minuty.

Tabulka 3 - Průměrná doba trvání jednoho výkonu v oblasti sledování

| Speciální ošetrovatelská péče | | | | | | | | | | | Průměr/min |
|-------------------------------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------|
| II. Sledování | | | | | | | | | | | |
| Sledování TK | 5,21 | 2,3 | 8,52 | 1,1 | 3,62 | 3,92 | 4,85 | 3,21 | 2,85 | 1,98 | 3,73 |
| Sledování P | 2,58 | 3,21 | 4,55 | 1,3 | 1 | 1,01 | 1,02 | 1,05 | 1,02 | 2,06 | 1,88 |
| Sledování D | 3,21 | 3,58 | 4,1 | 2,55 | 1,1 | 1,35 | 1,55 | 2,39 | 3,5 | 2,99 | 2,63 |
| EKG | 5,1 | 10,15 | 8,98 | 6,55 | 7,99 | 6,32 | 5,88 | 9,1 | 3,55 | 4,82 | 6,75 |

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

V tabulce 3 jsou uvedené výkony ve speciální ošetrovatelské péči v oblasti sledování. Výkony byly naměřeny 10x a následně zprůměrovány. Průměrná doba sledování měření krevního tlaku je 3,73 minuty. Sledování pulsu je v průměru 1,88 minut, sledování dechu sestřám zabralo 2,63 minut a natočit EKG v průměru 6,75 minuty.

Tabulka 4 - Průměrná doba trvání jednoho výkonu v oblasti jiné činnosti ve vztahu k nemocnému

| IV. Jiné činnosti ve vztahu k nemocnému | | | | | | | | | | | Průměr /min |
|---|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| Zajištění konz. vyšetření, jednání s jinými odborníky | 5,1 | 6,2 | 7,85 | 3,72 | 4,52 | 5,1 | 6,75 | 3,85 | 3,92 | 4,2 | 5,12 |
| příjem pacienta bez dokumentace | 10,25 | 15,82 | 20,45 | 40,3 | 45,25 | 20,15 | 15,82 | 10,73 | 9,55 | 9,8 | 19,81 |
| příjem dokumentace | 30,19 | 55,31 | 60,2 | 60,06 | 45,32 | 45,72 | 40,8 | 45,95 | 50,29 | 60,75 | 49,46 |
| doprovod na vyšetření | 45,1 | 180,25 | 155,39 | 169,55 | 160,92 | 180,29 | 180,99 | 150,28 | 139,32 | 120,05 | 148,21 |

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

V tabulce 4 jsou uvedené výkony ve speciální ošetrovatelské péči v oblasti jiné činnosti ve vztahu k nemocnému. Výkony byly naměřeny 10x a následně zprůměrovány. Průměrná doba zajištění konziliárního vyšetření, nebo jednání s jinými odborníky trvá v průměru 5,12 minut. Příjem pacienta bez dokumentace trvá 19,81 minut. Příjem včetně dokumentace zabere sestřám v průměru 49,46 minut. Doprovod pacienta na vyšetření činí v průměru 148,21 minut.

Tabulka 5 – Průměrná doba speciální ošetrovatelské péče za 24 hodin u pacientů s onemocněním schizofrenie

| Náměry za 24 hodin činnosti v kategorii schizofrenie | Dny | | | | | Průměr ošetrovatelské péče za 24 hodin | Průměr součtu ošetrovatelské péče za 5 dní/min |
|--|--------|--------|-------|--------|--------|--|--|
| | 27.3 | 28.3 | 29.3 | 30.3 | 31.3 | | |
| pacient 1 | 303,04 | 161,78 | 64,09 | 111,51 | 73,25 | 142,73 | 713,67 |
| pacient 2 | 25,80 | 22,39 | 12,97 | 8,58 | 18,83 | 17,71 | 88,56 |
| pacient 3 | 91,09 | 23,72 | 60,74 | 138,57 | 45,77 | 71,98 | 359,89 |
| pacient 4 | 391,49 | 30,04 | 58,65 | 9,93 | 63,75 | 110,77 | 553,86 |
| pacient 5 | 65,35 | 20,47 | 13,33 | 85,89 | 21,65 | 41,34 | 206,69 |
| pacient 6 | 17,1 | 75,17 | 59,88 | 98,77 | 167,38 | 83,66 | 418,30 |
| pacient 7 | 188,42 | 33,03 | 88,65 | 12,13 | 122,01 | 88,85 | 444,24 |
| pacient 8 | 72,23 | 14,82 | 90,63 | 23,18 | 92,73 | 58,72 | 293,59 |
| pacient 9 | 20,81 | 174,06 | 93,52 | 41,38 | 79,67 | 81,89 | 409,44 |
| pacient 10 | 12,45 | 34,54 | 36,89 | 16,02 | 82,78 | 36,54 | 182,68 |
| Průměr ošetrovatelské péče celkem za 24 hodin | | | | | | 73,42 | 3670,92 |

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

V tabulce 5 jsou uvedené hodnoty průměrné speciální ošetrovatelské péče za 24 hodin u pacientů s onemocněním schizofrenie. Dále jsou zde uvedené hodnoty speciální ošetrovatelské péče naměřených za 5 dní a jejich součet. Ve skupině bylo 10 pacientů s tímto onemocněním. Jak můžeme v tabulce vidět, péče se u každého pacienta časově mění. Zatímco pacient 1 by potřeboval za 24 hodin 142, 73 minut, za 5 dní by potřeboval v průměru 713, 67 minut, pacient 2 by za 24 hodin 17, 71 minut, tak za 5 dní by potřeboval 88,56 minut. Pacientovi 3 by se musela sestra věnovat za 24 hodin 71,98 minut, za 5 dní pak 359,89 minut a pacientovi 4 za 24 hodin 110, 77 minut, za 5 dní 553,86 minut. Dále máme pacienta 5, který by potřeboval za 24 hodin 41,34 minut a za 5 dní 206,69 minut. Pacient 6 za 24 hodin 83, 66 minut a za 5 dní 418,30 minut péče a pacient 7 zase za 24 hodin 88,85 minut a za 5 dní 444,24 minut. Pacientovi 8 by byla péče věnována 58, 72 min/ 24 hodin a za 5 dní 293,59 minuty. Pacientovi 9 by byla péče věnována 81,89 minut za 24 hodin a za 5 dní 409,44 minut. A poslední 10 pacient by potřeboval, aby mu bylo věnováno 36,54 minut za 24 hodin a za 5 dní 182,68 minut. Celkový průměr ošetrovatelské péče u skupiny pacientů se schizofrenním onemocněním za 5 činní 3670,92 minut, za 24 hodin je průměrná hodnota 73, 42.

Tabulka 6 – Průměrná doba speciální ošetrovatelské péče za 24 hodin u pacientů s onemocněním deprese

| Náměry za 24 hodin činnosti v kategorii deprese | Dny | | | | | Průměr ošetrovatelské péče za 24 hodin | Průměr součtu ošetrovatelské péče za 5 dní/min |
|---|-------|-------|--------|-------|--------|--|--|
| | 27.3 | 28.3 | 29.3 | 30.3 | 31.3 | | |
| pacient 1 | 18,56 | 23,25 | 15,46 | 17,06 | 25,42 | 19,95 | 99,74 |
| pacient 2 | 61,89 | 31,88 | 99,92 | 27,82 | 15,43 | 47,39 | 236,94 |
| pacient 3 | 28,64 | 74,45 | 49,38 | 67,49 | 37,82 | 51,56 | 257,78 |
| pacient 4 | 13,26 | 47,64 | 63,72 | 39,2 | 98,87 | 52,54 | 262,69 |
| pacient 5 | 7,63 | 62,17 | 99,47 | 15,3 | 21,15 | 41,14 | 205,72 |
| pacient 6 | 49,7 | 22,59 | 106,46 | 21,52 | 110,33 | 62,12 | 310,60 |
| pacient 7 | 15,79 | 11,50 | 20,00 | 13,61 | 22,76 | 16,73 | 83,66 |
| pacient 8 | 6,52 | 20,48 | 20,08 | 10,41 | 24,39 | 16,38 | 81,88 |
| pacient 9 | 25,76 | 99,27 | 105,61 | 44,1 | 28,62 | 60,67 | 303,36 |
| Průměr ošetrovatelské péče celkem za 24 hodin | | | | | | 40,94 | 1842,37 |

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

V tabulce 6 jsou uvedené hodnoty průměrné speciální ošetrovatelské péče za 24 hodin u pacientů s onemocněním deprese. Ve skupině bylo měřeno 9 pacientů s tímto onemocněním. Jak můžeme v tabulce vidět, péče se u každého pacienta časově mění. Pacient 1 by potřeboval v průměru za 24 hodin 19,95 minut a za 5 dní 99,74 minut na ošetrovatelskou péči, zatímco pacient 2 by potřeboval za 24 hodin 47,39 minut a za 5 dní 236,94 minut. Pacient 3 se pohybuje na 257,78 minutách za 5 dní a na 51,56 za 24 hodin. Pacient 4 by potřeboval 52,54 minut za 24 hodin a 262,69 minut za 5 dní. Pacient 5 by potřeboval, aby mu byla speciální ošetrovatelská péče poskytována za 24 hodin 41,14 minut a za 5 dní 205,72 minut. Pacient 6 by potřeboval nejvíce času na ošetrovatelskou péči a to v průměru za 24 hodin 62,12 minut a za 5 dní 310,60 minut. Pacienti 7 a 8 by naproti tomu potřebovali péče méně a to pacient 7- 83,66 minut za 5 dní a 16,73 za 24 hodin a pacient 8 - 81,88 minut za 5 dní a 16,38 za 24 hodin. A poslední pacient by potřeboval 303,36 minut za 5 dní a 60,67 minut za 24 hodin. Celkem v průměru by skupina pacientů s depresivním onemocněním potřebovali na péči 1842,37 minut za 5 dní, za 24 hodin by byla péče 40,94 minut.

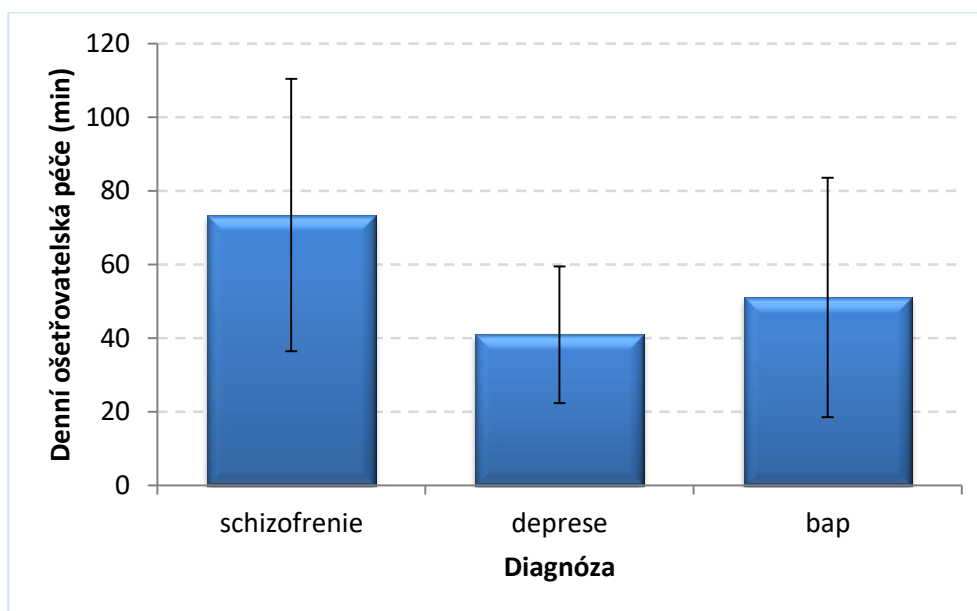
Tabulka 7 – Průměrná doba speciální ošetrovatelské péče za 24 hodin u pacientů s bipolárně - afektivní poruchou

| Náměry za 24 hodin činnosti v kategorii bipolární afektivní porucha | Dny | | | | | Průměr ošetrovatelské péče za 24 hodin | Průměr součtu ošetrovatelské péče za 5 dní/min |
|---|-------|-------|--------|--------|-------|--|--|
| | 27.3 | 28.3 | 29.3 | 30.3 | 31.3 | | |
| pacient 1 | 12,10 | 16,23 | 11,95 | 7,77 | 2,55 | 10,12 | 50,60 |
| pacient 2 | 73,58 | 33,31 | 20,46 | 54,82 | 27,45 | 41,92 | 209,62 |
| pacient 3 | 189,4 | 30,39 | 27,6 | 13,1 | 75,58 | 67,21 | 336,07 |
| pacient 4 | 25,57 | 14,47 | 12,96 | 47,55 | 96,56 | 39,42 | 197,11 |
| pacient 5 | 90,3 | 78,94 | 109,84 | 128,32 | 75,55 | 96,59 | 482,95 |
| Průměr ošetrovatelské péče celkem za 24 hodin | | | | | | 51,05 | 1276,35 |

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

V tabulce 7 jsou uvedené hodnoty průměrné speciální ošetrovatelské péče za 24 hodin a za 5 dní u pacientů s bipolárně - afektivní poruchou. Ve skupině bylo měřeno 5 pacientů s tímto onemocněním. Jak můžeme v tabulce vidět, péče se u každého pacienta časově mění. Pacient 1 by potřeboval v průměru 50,60 minut na 5 dní, za 24 hodin by potřeboval 10,12 minut na speciální ošetrovatelskou péči, zatímco pacient 2 by potřeboval 209,62 minut za 5 dní, za 24 hodin 41,92 minut. Pacient 3 se pohybuje na 336,07 minutách za 5 dní a za 24 hodin je na 67,21 minutách a pacient 4 by potřeboval 197,11 minut za 5 dní a za 24 hodin 39,42 minut. Pacient 5 by potřeboval, aby mu byla ošetrovatelská péče poskytována 482,95 minut za 5 dní a za 24 hodin 96,59 minut. Celkem v průměru by skupina pacientů s bipolárně – afektivní poruchou potřebovali na péči za 5 dní 1276,35 minut a za 24 hodin 51,05 minut.

Graf 1 – Ošetrovatelská péče za 24 hodin u 3 skupin pacientů



Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

Graf 1 znázorňuje průměrnou ošetrovatelskou péči za 24 hodin u pacientů, kteří trpí schizofrenií, depresí a bipolárně – afektivní poruchou. U pacientů s onemocněním schizofrenie by v průměru stačila ošetrovatelská péče 73,4 minut. Ve druhé skupině, kterou tvořili pacienti s onemocněním deprese, by ošetrovatelská péče v průměru činila 40,9 minut. Třetí skupinu tvořili pacienti s bipolárně – afektivní poruchou, kde by péče činila 51,1 minut.

Tabulka 8 – Test ANOVA pro porovnání více průměrů

| ANOVA | | | | | |
|--------------------------|---------------------|------------------------|-------------------------|---------------|-------------------------------------|
| <i>Zdroj variability</i> | <i>Suma čtverců</i> | <i>Stupně volnosti</i> | <i>Průměrný čtverec</i> | <i>F test</i> | <i>Dosažená hladina významnosti</i> |
| Meziskupinová | 5189 | 2 | 2595 | 2,82 | 8,2% |
| Vnitroskupinová | 19311 | 21 | 920 | | |
| Celkem | 24500 | 23 | | | |

Zdroj: Vlastní výzkum,
2017

ANOVA = analýza rozptylu - pro porovnání více průměrů

H₀: průměry srovnávaných skupin se neliší

H_A: průměry srovnávaných skupin se liší

Protože je dosažená hladina významnosti větší než 5%, platí H₀.

Z těchto výsledků vyšlo najevo, že naše hypotéza se nepotvrdila vzhledem k tomu, že byl naměřen nízký počet lidí.

6. Diskuze

Bakalářská práce se zabývá problematikou speciální ošetrovatelské péče poskytované v psychiatrické nemocnici. V práci jsme se zaměřili na tři kategorie nemocných. Dle psychiatrické péče (2015) patří mezi nejčastější onemocnění schizofrenie, afektivní porucha a deprese. Léčba v psychiatrické nemocnici je dobrovolná a obvykle trvá 4 – 8 týdnů, což záleží samozřejmě i na přístupu nemocného k léčbě. Léčba spočívá ve zvládnutí akutního stavu za pomoci farmakoterapie (Bogaert, 2012). Na léčbě onemocnění se podílí i podpůrné programy, jako je psychoterapie, ale velmi důležitý je aktivní přístup nemocného k léčbě. V práci jsme se zabývali specifiky práce sestry v psychiatrické nemocnici a nastínili jsme, že je to obor velice složitý. Práce sestry ve zdravotnictví není jednoduchá na žádném oddělení, ale psychiatrická nemocnice se liší přístupem k nemocným (Haiklová, 2016). Na nemocné se musí dohlížet, protože nevíme, v jakém aktuálním duševním rozpoložení se nemocný nachází. Sestra musí umět v nemocném získat důvěru, což jí může být nápomocné ve speciální ošetrovatelské péči. Pacient by se jí neměl bát svěřit se svými problémy. Výzkumy ve světě ukazují, jak je obor psychiatrie prestižní (Marková, 2006). Práce byla členěna na teoretickou a empirickou část. Teoretická část byla rozdělena do 9 hlavních kapitol, každá z nich, pak měla podkapitolu. Práce se zabývá časovými náměry výkonů speciální ošetrovatelské péče prováděných v psychiatrické nemocnici, kde nám jako podklad posloužila metoda kvantifikace ošetrovatelské péče (Pochylá et. al., 2008). V empirické části jsme se zabývali výzkumným šetřením. Integrace výsledků výzkumu do klinické ošetrovatelské praxe je nezbytná pro poskytování vysoce kvalitní ošetrovatelské péče (Alghzawi, 2012). Ve výzkumné části byly stanoveny 3 cíle. Jako prvním cílem bylo inventarizovat speciální ošetrovatelskou péči v psychiatrických nemocnicích. Dalším cílem bylo zjistit průměrné časové hodnoty pro jednotlivé ošetrovatelské činnosti speciální ošetrovatelské péče v psychiatrické nemocnici. A posledním cílem je stanovit časové hodnoty speciální ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientů. Náměry ošetrovatelských výkonů proběhly formou pozorování, kdy jsem sledovala sestry, které prováděly výkony, pomocí stopek jsem měřila, jak jim, který výkon dlouho trvá. Náměry byly následně zaznamenány do záznamového archu (Příloha 1) v minutách. Ošetrovatelské výkony byly v záznamovém archu rozděleny do 4 kategorií. První kategorie sleduje podávání léků (včetně jejich přípravy, podání a sledování účinku). Velké množství práce a mnoho pacientů může u sestry způsobit

chybu v oblasti podávání léků, lék může být zaměněn, nebo podán jinému pacientovi (Cho, et al. 2016). Druhá kategorie se zaměřila na sledování. Třetí kategorie je věnována speciálním ošetrovatelským a diagnosticko-terapeutickým výkonům. Poslední kategorií záznamového archu jsou jiné činnosti ve vztahu k nemocnému. U každé kategorie jsme sledovali, kolik času potřebuje sestra na jeden výkon. Podobný výzkum byl realizován na dětském oddělení (Sorokanets, 2012). V první kategorii proběhlo měření 10x, následně byla data zpracována v programu Microsoft Excel, kdy byl spočítán průměr každého výkonu. Z výzkumu vyplynulo, že podávání léku per os je nejčastějším úkonem v oblasti podávání léků a trvá v průměru 1,41 minut. Podávání léků je důležitou součástí speciální ošetrovatelské péče. V psychiatrii je u pacientů rozdělený dohled do kategorií, kdy se do kategorie I. zařazují pacienti, u kterých není nutný dohled. Kategorii II tvoří nemocní, kde je občas obtížná spolupráce, proto je nutný dohled. III kategorii tvoří pacienti, kde je nutný zvýšený dohled a kategorii IV. tvoří pacienti, kde je nutný trvalý dohled a spolupráce s nimi je velmi obtížná. A poslední kategorií je kategorie V., není žádná spolupráce, a proto je nutný trvalý dohled. (Běhounek, 2014). Jedním z výkonů speciální ošetrovatelské péče je edukace pacientů v oblasti dodržování užívání psychofarmak. Antipsychotika jsou nezbytná pro dlouhodobou udržovací léčbu. Velkým problémem je však nonadherence pacientů, ta pak může vést k rehospitalizaci a recidivám (Chien a Yip, 2013; Vedana a Miaso, 2014). Dále byly v oblasti podávání léků sledovány výkony jako je aplikace s.c. injekcí, což je vpravení malého objemu léku do podkoží a jsou aplikovány nejčastěji z terapeutického účelu (Jirkovský, 2012). S.c. injekce včetně přípravy a podání zabrala sestřím v průměru 1,79 minut (Tabulka 1). Jelikož máme určená místa vpichu, může si pacient zvolit, kam mu bude injekce aplikována. Jirkovský (2012) uvádí, že se s.c. injekce mohou aplikovat do podkoží na zevní straně paže, nebo do podkoží na zevní straně stehna, nebo do podkoží v oblasti břicha, což pacienti upřednostňují. A posledním místem, kam může být lék aplikován je musculus gluteus medius, což je střední sval hýžd'ový, ten je zase naopak vyžadovaný nejméně, alespoň, co jsem já sama viděla. Dalším zkoumaným výkonem bylo aplikace i.m. injekce, což je nejčastější podávaná injekce v ošetrovatelské péči. Intramuskulární podání znamená, že je lék vpraven do svalu. Stejně jako u s.c. injekce, máme i tady předepsaná místa, kam by měl být lék aplikován. Nejčastěji se lék aplikuje do musculus gluteus maximus, toto místo vyhledává jako první asi každá sestra. Když není možné do tohoto místa lék vpravit, nebo si to pacient nepřije, máme na výběr ještě z boční strany stehna, nebo střední sval

hýžd'ový, nebo můžeme zvolit střed boční strany ramene. Intramuskulární injekce bývají velmi dobře snášeny, ale existují i komplikace, které mohou při, během, nebo po aplikaci nastat. Já osobně jsem se s žádnou komplikací i.m. injekce ještě nesetkala. Mezi komplikace řadíme hlavně zanesení infekce, při nesprávném postupu, nebo se vytvoří hematoma, protože napíchneme žílu. Dalšími komplikacemi mohou být napíchnutí nervu, nabodnutí kosti, zalomení jehly, vznik abscesu, ale nejhorší komplikací může být alergická reakce (Jirkovský, 2012). V oblasti podávání léků jsme dále zkoumali, jak dlouho trvá sestřím aplikace i.v. injekce a aplikace infuzí. Jak vychází z výzkumu (Tabulka 1) aplikace i.v. léku trvá v průměru 12,80 minut a podání infuze v průměru 15,36 minut. V psychiatrické nemocnici se tento způsob aplikace využívá nejméně, samozřejmě jsou nemocní, kteří mají infúzní terapii, ale jsou pod stálým dohledem. Jirkovský (2012) uvádí, že aplikace intravenózních léčiv se provádí tehdy, je-li třeba dosáhnout okamžitého účinku léčby. V psychiatrické nemocnici by se i.v. léky mohli použít v případě, že by byl pacient agresivní a je nutné jeho zklidnění. U podávání těchto léčiv je důležité aplikovat léčivo pomalu. Tím, že lék aplikujeme, ale naše práce nekončí. Je velice důležité sledovat následnou reakci, zda není pacient na danou látku alergický, jestli se u něj neobjeví nějaké komplikace.

Druhou oblastí tohoto výzkumu byla oblast speciální ošetrovatelské a diagnosticko – terapeutické výkony. Do této oblasti spadají výkony, které zasahují do léčby způsobem terapie, nebo diagnózy. Prvním měřeným výkonem bylo zavedení PŽK, což sestry dělají v průměru 14,02 minut (Tabulka 2). V psychiatrii se s tímto výkonem často nesetkáme, ale také patří do této oblasti a v době výzkumu se na psychiatrii tento výkon prováděl. Jirkovský (2012) uvádí, že se jedná o aplikaci všech léků parenterální cestou. U zavádění PŽK je velice důležité zvolit si správnou volbu místa vpichu, tak aby to pacienta nijak neomezovalo a neobtěžovalo. Vhodné jsou žíly, které se nenachází v blízkosti ohybu, pokud, ale jiná možnost není, musí se kanyla pevně fixovat, aby ji při prvním pohybu pacient neporušil. Pro pacienty je to bolestivý výkon. Máme různé druhy kanyl, které volíme dle stavu žil, dle toho, na co bude pacient kanylu využívat. Sestry častěji provádějí odběry biologického materiálu, než zavedení PŽK. Z výzkumu vyplynulo, že odběry biologického materiálu provádí sestry v průměru 13,75 minut. Mikšová (2006) uvádí dva systémy odběru krve, jedním je otevřený systém a druhým systém uzavřený. Ze své zkušenosti musím říct, že jsem otevřený způsob odběru krve viděla minimálně. Většina sester odebírá krev vakuovým systémem, je to komfortnější pro pacienta, někdy i pro sestry. Odběry biologického materiálu se posílají do různých

laboratoří a odebírají do různých zkumavek, podle toho o jaký konkrétní odběr se jedná. Co máme u pacienta odebrat, nám vždy napíše lékař do dokumentace pacienta. V psychiatrické nemocnici je důležité s nemocným komunikovat, proto je zde důležitý rozhovor s nemocným. Ve výzkumu vyplynulo, že sestře zabere takovýto rozhovor v průměru 55,05 minut (Příloha 1). V nemocnici, by mohl tento výkon sestřám ubrat čas na ostatní péči, v psychiatrické nemocnici, to ale funguje trošku jinak, protože si vždy na nemocného sestru čas udělá a vyslechne ho. V případě nevyslechnutí nemocného může hrozit, že se pacient nebude cítit dobře a bude se snažit hledat pomoc jinde, například v tom, jak si ublížit. Proto je velice důležitá psychická podpora u nemocného (Bogaert, 2014). Dále jsme se zabývali tím, zda se dělají v psychiatrické nemocnici nějaké převazy, bylo zjištěno, že ano a že trvají v průměru 21,27 minut (Tabulka 2). Převazy probíhají nejčastěji u nemocných, kteří si nějakým způsobem ubližují, hledají způsob, jak si způsobit zranění. Sestra pracující v psychiatrické nemocnici, by tomu měla zabránit. Jejím hlavním úkolem je rozpoznání rizika takového chování a snaha mu předcházet (Petr, 2014).

Do speciální ošetrovatelské péče spadá také kategorie sledování, kde jsme se zaměřili na měření krevního tlaku, pulsu, dechu a tělesné teploty. Při měření krevního tlaku musíme zvolit správnou šířku manžety, u duševně nemocných, nikdy při měření neodcházíme, hrozí, že si nemocný ublíží. Krevní tlak měří sestry v průměru 3,73 minut (Tabulka 3). Měření pulsu jim zabere v průměru 1,88 minut a sledování dechu 2,63 minut (Tabulka 3). Posledním sledovaným výkonem bylo měření EKG, které sestry měří v průměru 6,75 minut (Tabulka 3). Elektrokardiografie se u duševně nemocných provádí na nařízení lékaře. Speciálním problémem jsou změny a poruchy srdečního rytmu související s podáváním psychofarmak, především antipsychotik a antidepresiv, a kardiologických léků, z nichž prakticky nejdůležitější skupinou jsou betablokátory a antiarytmika a jejich interakce. Nejvíce pozornosti je třeba věnovat prodloužení intervalu QT a hrozbě výskytu tachyarytmie typu torsades de pointes. Riziko vážných komplikací, které mohou vzniknout z těchto příčin, hrozí ženám vyššího věku (Vinař, 2013). EKG se rovněž provádí k vyloučení srdečních vad a onemocnění (Haluzíková, 2012). Sleduje se riziko vzniku arytmií. U léčby antidepresivy se může změna kardiovaskulárního systému projevit právě na EKG (Paclt, 2002).

Tabulka 4 nám ukazuje jiné činnosti ke vztahu k nemocnému, kde jsem se zabývala časovými náměry u zajištění konziliárního vyšetření s jiným odborníkem, což sestřám zabralo v průměru 5, 12 minut. Součástí vyšetření je také doprovod na vyšetření. Sestra

zajistí sanitku, která nemocného na požadované vyšetření doveze a následně s ním přijede zpět, tento výkon je pro sestry časově náročnější, protože jim v průměru zabere 148,21 minut (Tabulka 4). Posledním úkonem této oblasti je příjem pacienta. Příjem sám o sobě, bez dokumentace trvá 19,81 minut, co se ale týče dokumentace, zabere to času více. Průměr příjmu dokumentace je 49,46 minut (Tabulka 4).

V další části výzkumné práce jsem se zabývala náměry vybraných skupin nemocných. Skupiny byly 3. První skupinu tvořilo 10 pacientů s onemocněním schizofrenie, jednotlivé náměry u pacientů za 24 hodin se prováděly během 5 dní a to od pondělí do pátku (Příloha 3). Schizofrenie je onemocnění, které má vliv na kvalitu života jednotlivce a je spojena s významnými funkčními ztrátami (Switaj et al., 2012). Jak vyplynulo z výzkumného šetření, péče o nemocné s tímto onemocněním je velice náročná, nejen z časového hlediska (Příloha 3). Schizofrenie je onemocnění, které patří mezi duševní poruchy. Snad o žádné jiné psychiatrické nemoci nekoluje mezi lidmi tolik pověr a předsudků jako právě o schizofrenii. Nejčastěji je tato nemoc mylně považována za rozdvojení osobnosti. Je pravda, že toto označení souvisí s překladem slova schizofrenie. Schizis znamená rozštěpení a fren mysl. Zjednodušeně lze říci, že dochází k rozpadu mysli a tím úpadku osobnosti (Látalová, 2013). Z výzkumu vyplývá, že by sestra potřebovala na všechny pacienty v oblasti onemocnění schizofrenie v průměru za 5 dní 3670, 92 minut, za 24 hodin by byla péče v průměru 73,42. U jednoho pacienta pak může dojít k tomu, že si myslí, že na něj sestra nemá čas, protože se musí starat o jiné pacienty. Například u pacienta 1 byl potřebný čas na ošetrovatelskou péči v průměru 713, 67 minut za 5 dní a za 24 hodin speciální ošetrovatelské péče by byl potřebný čas 142, 73 minut. U druhého pacienta došlo k tomu, že se u něj neprovádělo tolik výkonů, proto průměrná doba speciální ošetrovatelské péče činila 88, 56 minut za 5 dní a 17,71 za 24 hodin (Tabulka 5, Příloha 3). Dále se u pacienta 3 prováděla ošetrovatelská péče v průměru 359, 89 minuty za 5 dní a 71,98 za 24 hodin, u pacienta 4 to bylo 553, 86 minut za 5 dní a 110,77 za 24 hodin. U pacienta 5 trvala speciální ošetrovatelská péče 206, 69 minut za 5 dní a 41,34 minut za 24 hodin (Tabulka 5, Příloha 3). Pacient 6 by potřeboval v průměru 418, 30 minut na 5 dní a 83,66 na 24 hodin. U pacientů 7 a 8 byla péče rozdílná a to tak, že u pacienta 7 dělala péče v průměru 444, 24 minut za 5 dní a 88,85 za 24 hodin. U pacienta 8 byla speciální ošetrovatelská péče 293, 59 minut za 5 dní a 58,72 za 24 hodin. U posledních dvou pacientů můžeme vidět, jak je péče o nemocné individuální. Zatímco u nemocného 9 dělala péče 409, 44 minut za 5 dní a 81,89 za 24 hodin, tak u pacienta 10

stačilo 182, 68 minut na 5 dní a 36,54 na 24 hodin (Tabulka 5). Nemocných s tímto onemocněním neustále přibývá, zatímco sester ubývá. Nejen, že je tento obor velice náročný, ale není moc žádaný.

Druhou kategorií nemocných tvořilo 9 pacientů s depresivním onemocněním, ve výzkumu jsme se zabývaly péčí za 24 hodin po dobu 5 dní od pondělí do pátku, s tím, že je vypočítána péče za 24 hodin a poté průměr ošetrovatelské péče po dobu 5 dní u 1 pacienta (Tabulka 6, Příloha 3). Depresi jako stav odmítání jídla, malomyslnosti, nespavosti, dráždivosti a neklidu popsal již Hipokrates. V následujících staletích o depresi píše několik dalších významných historických postav, které zmiňují skleslou náladu, sebevražedné tendence, zpomalení tělesných a duševních pochodů (Raboch, 2010).

Není ovšem pravdivé tvrzení, že deprese nutně souvisí s dnešní uspěchanou dobou. Depresí zcela nepochybně trpěli i naši dávní předkové, jen většinou vůbec netušili, o jakou nemoc se jedná, a už vůbec na ni neznali lék. Dnes máme díky vědeckému pokroku mnoho možností, jak depresi léčit a vyléčit. Jen je třeba depresi odhalit včas a obrátit se na odborníky. Péče u nemocných s depresí, se také liší dle toho, v jakém stavu se nemocný nachází, kolik potřebuje péče, co se u něj bude provádět za výkony a také okolnosti, které k tomu přispívají. V tabulce 6 uvádíme, že pacient jedna by potřeboval v průměru za 5 dní 99,74 minut péče a za 24 hodin 19,95. Zatímco pacient 2 by potřeboval, aby u něj byla péče prováděna v průměru 236, 94 minut za 5 dní a 47,39 za 24 hodin. U pacienta 3 a 4 se pohybují hodnoty podobně a to u pacienta 3 257, 78 minut za 5 dní a 51,56 minut za 24 hodin a u pacienta 4 činí 262, 69 minut za 5 dní a 52,54 minut za 24 hodin. U pacienta 5 se průměrná speciální ošetrovatelská péče pohybuje okolo 205, 72 minut za 5 dní a 41,14 minut za 24 hodin. U pacienta 6 je péče nejvyšší a to 310, 60 minut za 5 dní a 62,12 minut za 24 hodin. U pacienta 7 se pohybuje péče podobně jako u pacienta 8. Pacient 7 má v průměru 83, 66 minut za 5 dní a 16,73 za 24 hodin, zatímco pacient 8 potřebuje 81, 88 minut za 5 dní a 16,38 minut za 24 hodin. U posledního pacienta se průměrná doba ošetrovatelské péče pohybuje okolo 303, 36 minut za 5 dní a 60,67 za 24 hodin (Tabulka 6, Příloha 3). Celková ošetrovatelská péče v průměru za 24 hod činí 40, 94 minut a v průměru za 5 dní činí 1842, 37 minut.

Poslední sledovanou skupinou bylo 5 pacientů s onemocněním bipolárně – afektivní porucha. Speciální ošetrovatelská péče u nemocných je rozdílná, protože těchto pacientů bylo nejméně. Průměrná ošetrovatelská doba za 24 hodin činí 51, 05 minut a za 5 dní 1276, 35. Bipolární afektivní porucha, dříve označovaná jako

„maniodepresivní psychóza“, je vážné duševní onemocnění, které postihuje přibližně jednoho až dva lidi ze sta. Postihuje ženy i muže bez ohledu na rasu, vzdělání či sociální statut. Onemocnění začíná kolem 20. roku věku, k jeho rozpoznání a léčbě však mnohdy dochází o několik let později. Bipolární afektivní porucha je psychické onemocnění charakterizované poruchami nálad: depresemi, mániemi či smíšenými stavy. U jedince s bipolární afektivní poruchou se v průběhu života vyskytují období s poruchou nálady, v mezidobí je obvykle tzv. bezpříznakové období (Malá, 2002).

V tabulce 7 je uvedeno, že pacient 1 potřebuje v průměru 50,60 minut za 5 dní a 10,12 minut za 24 hodin. Druhý pacient potřebuje 209,62 minut za 5 dní a 41,92 minut za 24 hodin a třetí pacient by potřeboval 336,07 minut za 5 dní a 67,21 minut za 24 hodin. Čtvrtému pacientovi byla poskytována péče v průměru 197,11 minut za 5 dní a 39,42 za 24 hodin. A poslední pacient potřeboval pro svou péči času nejvíce a to v průměru 482,95 minut za 5 dní a 96,59 za 24 hodin (Tabulka 7, Příloha 3).

Pro tyto tabulky 5, 6, 7 byl zpracován graf, který znázorňuje odlišnost ošetrovatelské péče pomocí chybových úseček, kde je naznačený průměrný čas.

Z grafického znázornění vyplývá, že by pro speciální ošetrovatelskou péči u pacientů s onemocněním schizofrenie stačila v průměru ošetrovatelská péče 73,4 minut. Ve druhé skupině, kterou tvořili pacienti s onemocněním deprese, by ošetrovatelská péče v průměru činila 40,9 minut. Třetí skupinu tvořili pacienti s bipolárně – afektivní poruchou, kde by péče činila 51,1 minut (Graf 1). Následkem toho byl pro hypotézu 2 stanoven test ANOVA, kterým jsme dosáhli toho, že se péče u vybraných skupin neliší, protože bychom potřebovali více náměrů (Tabulka 8).

Z celého výzkumného šetření vyplynulo, že speciální ošetrovatelská péče v psychiatrické nemocnici je náročná, jsou sestry často vytíženy, jak psychicky, tak fyzicky. K výzkumnému šetření by bylo vhodné naměřit více výkonů v delších časových intervalech.

7. Závěr

V této bakalářské práci jsme se zabývali specifiky práce sestry v psychiatrické nemocnici. Snažily jsme se zjistit, jaká jsou specifika, jaká je časová náročnost jednotlivých výkonů v psychiatrické nemocnici. Pro práci jsme si zvolily 3 cíle. Prvním cílem bylo inventarizovat speciální ošetrovatelskou péči v psychiatrických nemocnicích. Dalším cílem je zjistit průměrné časové hodnoty pro jednotlivé ošetrovatelské činnosti speciální ošetrovatelské péče v psychiatrické nemocnici. Posledním cílem bylo stanovit časové hodnoty speciální ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientů. Ošetrovatelská zátěž v psychiatrické nemocnici se stále zvyšuje. Duševní zdraví a pracovní zátěž u personálu má velký vliv na jejich energii k práci (Souza, 2015). V současném zdravotnictví dochází ke snižování nákladů a to se samozřejmě dotýká i zdravotnických pracovníků. Na základě prvního cíle byla stanovena výzkumná otázka: Jaký nejčastější výkon se provádí v psychiatrické nemocnici? Po výzkumném šetření jsme došli k závěru, že nejčastěji prováděným výkonem je podávání léků per os. Na základě druhého cíle byla stanovena výzkumná otázka: Jaké jsou průměrné časové hodnoty pro jednotlivé ošetrovatelské činnosti speciální ošetrovatelské péče v psychiatrické nemocnici? Průměrné časové hodnoty se liší u každého výkonu, které jsou uvedené v tabulkách 1-4. Mezi činnosti speciální ošetrovatelské péče zařazujeme výkony jako je podávání léků per os, aplikace i.m. injekcí, aplikace i.v. injekcí, aplikace s.c. injekcí a další výkony. Na základě třetího cíle byla zvolena hypotéza: Časové hodnoty speciální ošetrovatelské péče se liší u vybraných skupin pacientů. Hypotéza se nepotvrdila, vzhledem k nízkému počtu náměrů. V práci jsme došli k závěru, že speciální ošetrovatelská péče poskytovaná v psychiatrické nemocnici má svá určitá specifika. Metodu kvantifikace ošetrovatelské péče bychom určitě doporučili pro další náměry četnosti výkonů a zátěže sester, pro lepší a přesnější výsledky bychom doporučili náměry provádět delší dobu, aby byly vidět rozdíly v měřených výsledcích. Dále bylo zjištěno, že se práce sestry v psychiatrické nemocnici je odlišná od práce sester na jiných odděleních. Měla by zde pracovat sestra, kterou obor opravdu zajímá a která umí dobře komunikovat s lidmi. Práce bude sloužit jako pilotní šetření pro další výzkum, zabývají se problematikou kvantifikace ošetrovatelské péče v psychiatrických nemocnicích v České republice.

8. Seznam použitých zdrojů

- 1) ALGHZAWI, H. M. 2012. *Psychiatric Discharge Process*. [online]. [cit. 2017-03-07]. DOI: 10.5402/2012/638943 Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.5402/2012/638943>.
- 2) BĚHOUNEK, J., 2014. Vyšetřovací metody v psychiatrii. In: PETR, T. a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 78 - 92. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 3) BLATNICKÁ J., 2006. Hospitalizace. In: MARKOVÁ, E. et. al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 352. ISBN 80-247-1151-6.
- 4) BOGAERT P.V. et. al., 2014. *Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors*. [online]. [cit. 2017-02-07]. DOI: 10.3389/fpsyg.2014. 1261. Dostupné z: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2014.01261/full>.
- 5) BOGAERT P.V. et al., 2012. *Staff engagement as a target for managing work environments in psychiatric hospitals: implications for workforce stability and quality of care*. 22, 11-12. [online]. [cit. 2017-03-07]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04341.x. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04341.x/full>.
- 6) BRŮHA, D. et. al., 2011. *Zdravotnická povolání*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer. 560s. ISBN 978-80-7357-661-5.
- 7) ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka předpisů České republiky*. Částka 20, s. 482 – 543. Dostupná také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka/zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- 8) ČESKO, 2012. Vyhláška č. 99 ze dne 22. března 2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: *Sbírka předpisů České republiky*. Částka 39, s. 482 – 543. Dostupná také z: <https://zakonyprolidi.cz/print/cs/2012-99/zneni-20131002.htm>

- 9) ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 372 ze dne 06. 11. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
- 10) ELEXOVÁ, H. et. al., 2006. Organizační formy ošetrovatelské péče. In: MARKOVÁ, E., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 352s. ISBN 80-247-1151-6.
- 11) FIŠAROVÁ, Z. et. al., 2009. Ošetrovatelský proces v psychiatrii. *Florence* [online]. [cit. 2017-03-20]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/osetrovatelsky-proces-v-psychiatrii-spojeni-teorie-a-praxe/>.
- 12) HAIKLOVÁ, V. 2016. *Práce sestry v psychiatrické ambulanci*. České Budějovice. Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.
- 13) HALUZÍKOVÁ, J. 2012. *Ošetrovatelské postupy 3*. 1. vydání. Opava: Slezská univerzita v Opavě. 97s. ISBN 978-80-7248-872-7.
- 14) HIPPO, © 2011-2017. Informační systém pro psychiatrii. *HIPPO.cz* [online]. [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://ispp.cz/popis-produktu>.
- 15) HOSÁK, L. 2007. Poruchy nálady (afektivní poruchy). HOSÁKOVÁ J. et. al., 2007. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. 1. vydání. Opava: Slezská univerzita v Opavě, filozoficko-přírodovědecká fakulta. 160 s. ISBN 978-80-7248-442-3.
- 16) CHIEN W. T. et. al. 2013. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, Part I: an overview and medical treatments. *Neuropsychiatr Dis Treat.* . [online]. 9:1311–32. doi: 10.2147/NDT.S37485. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/NDT.S37485>
- 17) CHO et al., 2016. The Relationships of Nurse Staffing Level and Work Environment With Patient Adverse Events. [online]. 48 (1), s. 74-82. [cit. 2017-02-07]. DOI: 10.1111/jnu.12183. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26642177>
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12183/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER.
- 18) JIRKOVSKÝ, D. et. al., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence – učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vydání. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. 411s. ISBN 978-80-87347-13-3.

- 19) KRATOCHVÍLOVÁ M. 2014. Dětská a dorostová psychiatrie. In: PETR, T. a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 78 - 92. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 20) LÁTALOVÁ, K. 2013. *Agresivita v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 240 s, ISBN 978-80-247-4454-4.
- 21) MALÁ, E. et. al., 2002. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál. 144s. ISBN 978-80-7367-723-7.
- 22) MARKOVÁ, E. 2014. Duševní zdraví. In: PETR, T. a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 17 – 22. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 23) MARKOVÁ, E. et. al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 352. ISBN 80-247-1151-6.
- 24) MIKŠOVÁ, Z. et. al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1.vydání. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80- 247- 1142 -6.
- 25) MZČR, 2015. Akční plán č. 3: Duševní zdraví. *Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* [online]. s. 37 [cit. 2016-02-07]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akční%20plány%20%20přílohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf.
- 26) NOVOTNÁ, B., 2014a. Kompetence sester pracujících na psychiatrii. In: PETR, T. a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 37 - 41. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 27) NOVOTNÁ, B., 2014b. Psychoterapie a psychoterapeutický přístup. In: PETR, T. a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 121. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 28) OCISKOVÁ, M. et. al. 2014. Sebestigmatizace u psychiatrických pacientů - standardizace škály ISMI. *ČAS* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=991>
- 29) PACLT, I. et. al., 2002. Deprese, kardiovaskulární choroby a nežádoucí kardiovaskulární účinky antidepressiv – II. část. *Interní medicína pro praxi*. [online]. s. 370 - 373 [cit. 2017-02-07]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/08/02.pdf>.
- 30) PĚČ, O., 2014. Komunitní péče v psychiatrii. In: PETR, T. et. al., *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 171 - 180. ISBN 978-80-247-4236-6.

- 31) PETR, T., 2014. Ošetrovatelský přístup k neklidným a agresivním pacientům. In: PETR, T. et. al., *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 171 - 180. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 32) PETR, T., 2014. Prevence rizik na psychiatrických odděleních. In: PETR, T. a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 166 - 170. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 33) PETR, T., 2017. Reforma psychiatrické péče. *ČAS* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.psychiatickasekcecas.estranky.cz/clanky/aktuality/cinnost-psychiaticke-sekce-cas-6-2014.html>
- 34) PETR, T., 2011. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 107 (2) [cit. 2016-06-25]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.csppsychiatr.cz/detail.php?stat=699>
- 35) PLEVOVÁ, I. Ošetrovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-580.
- 36) POCHYLÁ, K. et. al., *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení optimálního počtu ošetrovatelského personálu*, 1 vydání, Brno: IDV ZP, 1999. 38 s. ISBN 80-7013-290-6.
- 37) PRAŠKO, J. et. al., 2013. *Psychiatrie v primární péči*. I. vydání. Praha: Mladá Fronta. 855s. ISBN 978-80-204-2798-4.
- 38) PROBSTOVÁ, V. et. al., 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. 1. vydání, Praha: Portál, 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
- 39) PSYCHOPORTAL, © 2010. Krizová centra. *Psychoportal.cz* [online]. [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://www.psychportal.cz/krizova-centra-sluzby>.
- 40) RABOCH, J. et. al., 2012. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 466s. ISBN 978-80-246-1985-9.
- 41) RABOCH, J. 2010. Duševní poruchy a kvalita péče. In: Psychiatrická společnost ČSL JEP. *Duševní poruchy a kvalita péče*. 1. vydání, Brno: Tribun EU, s. 14 – 16. ISBN 978-80-7399-958-2.
- 42) RADIMSKÝ, M. et. al., 2001. *Psychiatrie II*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 217s. ISBN 80-7013-350-3.
- 43) SOROKANETS, V. 2012. *Kvantifikace základních a speciálních ošetrovatelských výkonů na standardních jednotkách dětského oddělení*.

Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity. Vedoucí bakalářské práce Ing. Iva Brabcová.

- 44) SOUZA I. et al., 2015. Work process and its impact on mental health nursing professionals. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28 (5), 447-453. [online]. [cit. 2017-03-07]. DOI: 10.1590/1982-0194201500075. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000500447&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.
- 45) SWITAJ., P. et al. 2012. Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. *BMC Psychiatry*. 2012;9(12):193–205.
- 46) TARABA, P. 2007. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. In: HOSÁKOVÁ J. et. al., 2007. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. 1. vydání. Opava: Slezská univerzita v Opavě, filozoficko-přírodovědecká fakulta. 160 s. ISBN 978-80-7248-442-3.
- 47) ÚZIS, 2015. *Psychiatrická péče 2015*. Praha. ISBN 978-80-7472-151-9. Dostupné také z: www.uzis.cz./publikace/psychiatricka-pece-2015.
- 48) VINAŘ, O. Co by měl kardiolog vědět o léčbě psychofarmaky. *Remedia*. 2013. 133 – 135 s. [online]. [cit. 2017-03-07]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Kardiologie/Co-by-mel-kardiolog-vedet-o-lecbe-psychofarmaky/8-18-1tb.magarticle.aspx>
- 49) VEDANA, K. et al., (2014). The meaning of pharmacological treatment for schizophrenic patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 670–678. [online]. [cit. 2017-03-07]. DOI: 10.1590/0104-1169.3427.2466. Dostupné z: <http://doi.org/10.1590/0104-1169.3427.2466>.
- 50) VENGLÁŘOVÁ, M. et. al., 2006. Právní problematika ve vztahu k psychiatrii. In: MARKOVÁ, E. et. al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- 51) ZVOLSKÝ, P., et. al., 2006. *Obecná psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 192 s. ISBN 80-718-4494-2.

9. Přílohy

Příloha 1 – záznamový arch – viz CD

Příloha 2 – souhlas k výzkumnému šetření – k nahlédnutí u autora práce

Příloha 3 – rozpracované jednotlivé tabulky v oblasti ošetrovatelské péče za 24 hodin u celkového počtu pacientů 24 – viz CD

10. Seznam zkratek

CDZ – Centrum duševního zdraví

ČAS – Česká asociace sester

MZČR – ministerstvo zdravotnictví České republiky

WHO – World Health Organization – světová zdravotnická organizace

NGS – nasogastrická sonda

PMK – permanentní močový katetr

SZŠ – střední zdravotnická škola

BC – bakalářský titul

DiS – diplomovaný specialista

s.c. – subkutánní - pod kůží

i.v. – intravenózní – do žíly

i.m. – intramuskulární – do svalu

PŽK – periferní žilní katetr

TK – tlak krve

P – puls

D – dech

EKG – elektrokardiografie