



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

**Využití kvantifikace ošetrovatelské péče pro akutní
psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

VŠEOBECNÁ SESTRA/OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Marie Šimečková

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Využití kvantifikace ošetrovatelské péče pro akutní psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic*“ 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 17. 8. 2018

.....

(Marie Šimečková)

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce paní Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a lidský přístup. Dále bych ráda poděkovala paní Mgr. Olze Dvořáčkové za statistické zpracování údajů. Mé poděkování také patří akutnímu psychiatrickému oddělení ve všeobecné nemocnici v Jihočeském kraji a sestřám za získávání dat k výzkumné části bakalářské práce.

Využití kvantifikace ošetrovatelské péče pro akutní psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na výkony speciální ošetrovatelské péče, které vykonávají sestry na akutním psychiatrickém oddělení vybrané všeobecné nemocnice.

Teoretická část pojednává o péči poskytované na těchto odděleních, dále se zabývá nejčastějšími duševními poruchami, režimem oddělení, kompetencemi sester a jejich způsobilostí k vykonávání výkonů a ošetrovatelským procesem, který s poskytováním ošetrovatelské péče souvisí.

Cíle práce a hypotézy: Cílem bakalářské práce bylo inventarizovat speciální ošetrovatelské výkony, stanovit jejich průměrnou časovou hodnotu a zjistit časovou náročnost celkové ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientů. Určili jsme si tři cíle, jednu výzkumnou otázku a dvě hypotézy. Výzkumná otázka byla stanovena pro zjištění nejčastěji prováděného výkonu speciální ošetrovatelské péče na daném oddělení. Stanovené hypotézy předpokládaly odlišnou časovou náročnost u vybraných ošetrovatelských výkonů i ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientů.

Metodika: Ve výzkumné části bylo použito kvantitativní šetření pomocí metody pro stanovení počtu a kvantifikačního zastoupení ošetrujícího personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé z roku 2008 Pochylé a Pochylého. Bylo použito strukturovaného pozorování s využitím záznamového archu.

Výzkumný soubor: Všeobecné sestry a sestry se specializovanou způsobilostí pracující na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice.

Výsledky: Bylo inventarizováno celkem 20 speciálních ošetrovatelských výkonů, z toho zaznamenáno 261 četností. Nejvyšší četnost měl výkon podávání léků per os. Hypotézy byly verifikovány. Průměrné časové hodnoty pro jednotlivé ošetrovatelské činnosti speciální ošetrovatelské péče se liší. Nejdelší časová náročnost byla stanovena u pacientů se schizofrenií a nejkratší časová náročnost byla zjištěna u pacientů s depresí.

Využití v praxi: Výsledky výzkumného šetření mohou být použity pro aktualizaci metodiky odpovídající aktuálním trendům.

Klíčová slova

Akutní psychiatrická oddělení; kvantifikace; ošetrovatelská péče

Use of quantifying nursing care for acute psychiatric wards of general hospitals

Abstract

The bachelor thesis focuses on special nursing care performed by the nurses in the acute psychiatric ward of a selected general hospital.

The theoretical part deals with the care provided in these departments, the most common mental disorders, the ward regime, the competencies of the nurses and the eligibility to carry out the performances and the nursing process that is related to the providing of nursing care.

The aims of the thesis and the hypotheses: The aim of the bachelor thesis was to inventory special nursing performances, determine their average time demands and determine the duration of total nursing care in selected groups of patients. We have set three aims, one research question and two hypotheses. The research question was established to determine the special nursing care performances that are carried out the most frequently at the given department. The established hypotheses assumed different time requirements for selected nursing performances and nursing care in selected patient groups.

Methodology: A quantitative survey was used in the research part using the Method for determining the number and quantification of the attending staff in the standard treatment units for adults from Pochylá and Pochylý (2008). Structured observation using a record sheet was employed.

Research file: General nurses and nurses with specialized competencies working at the psychiatric ward of the general hospital.

Results: Twenty special nursing performances were inventoried, of which 261 frequencies were recorded. The highest frequency was the submission of per os medication. Hypotheses have been verified. Average time values for individual nursing activities of special nursing care differ. The longest duration was established in patients with schizophrenia and the shortest duration was found in patients with depression.

Practical Use: The results of a research survey can be used to update a methodology consistent with current trends.

Keywords:

Acute psychiatric departments; quantification; nursing care

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	11
1.1 Definice a historie oboru psychiatrie	11
1.2 Organizace psychiatrické péče	12
1.3 Druhy hospitalizace.....	15
1.4 Nejčastější psychiatrické poruchy.....	16
1.5 Charakteristika akutního psychiatrického oddělení všeobecné nemocnice	19
1.6 Kompetence sester pracujících na psychiatrii	20
1.7 Ošetrovatelství na psychiatrii	21
1.8 Zvláštnosti práce sestry na psychiatrickém oddělení	23
1.9 Léčebné metody využívané v psychiatrii	26
1.10 Práva pacientů s duševní poruchou	27
1.10.1 Hospitalizace pacienta bez souhlasu.....	28
2 Cíle práce.....	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Výzkumná otázka.....	30
2.3 Hypotézy	30
3 Operacionalizace pojmů	31
4 Metodika.....	34
4.1 Použité metody:.....	34
4.2 Výzkumný soubor	35
5 Výsledky.....	36
5.1 Inventarizace výkonů	36
5.2 Vyhodnocení časové náročnosti ošetrovatelských výkonů.....	40
5.3 Časová náročnost u vybraných skupin pacientek.....	45
5.4 Statistické vyhodnocení hypotéz.....	46

6	Diskuze	49
7	Závěr.....	57
8	Seznam použité literatury	59
9	Seznam obrázků.....	66
10	Seznam tabulek	67
11	Seznam příloh	68
13	Seznam zkratk	74

Úvod

Tématem bakalářské práce je „Využití kvantifikace ošetrovatelské péče pro akutní psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic“. Zaměřuje se na výkony speciální ošetrovatelské péče, které vykonávají sestry na akutním psychiatrickém oddělení vybrané všeobecné nemocnice. Práce na akutních psychiatrických odděleních je náročná po psychické i fyzické stránce. Ošetrovatelská péče na oddělení je rozdílná z důvodu onemocnění, pro něž je pacient hospitalizován. Rozvoj psychiatrické péče závisí na rozvoji ekonomické a sociální stránky. S rozvojem zdravotnictví dochází i k rozvoji ošetrovatelské péče, dokladem toho je i reforma psychiatrické péče, která nyní probíhá v České republice. Je zapotřebí, aby sestry pracující na psychiatrickém oddělení měly ukončené odpovídající vzdělání. Sestra by pro své povolání měla splňovat základní parametry. Měla by být empatická, vstřícná, ochotná, ale také musí ovládat komunikační dovednosti. Teoretická část se bude zabývat péčí poskytovanou na psychiatrickém oddělení, nejčastějšími duševními poruchami, režimem oddělení, kompetencemi sester a jejich způsobilostí k požadovaným výkonům a ošetrovatelským procesem, který s poskytováním ošetrovatelské péče souvisí.

Toto téma jsem si vybrala, protože mě zaujala práce na psychiatrickém oddělení, ale mnoho lidí si neuvědomuje náročnost tohoto oboru.

Cílem této bakalářské práce je inventarizovat speciální ošetrovatelskou péči na akutním psychiatrickém oddělení, změřit časovou náročnost u jednotlivých výkonů a stanovit časovou náročnost ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientů. Bakalářská práce vychází z metodiky vydané roku 2003 od Pochylé „Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče a možnosti jejího využití při plánování počtu ošetrovatelského personálu“. Pro stanovení výsledků bude zvoleno kvantitativní šetření pomocí strukturovaného pozorování.

Data výzkumného šetření mohou být využita pro aktualizaci využití metodiky.

1 Současný stav

1.1 Definice a historie oboru psychiatrie

Psychiatrie je velmi pozoruhodný vědní obor, který čerpá poznatky z psychologických, biologických a sociálních okruhů, které aplikuje do praxe. Náplní tohoto oboru je zkoumání mozku jako celku. To znamená, že se zajímá o jeho celkový metabolismus, funkci, patologické změny, sleduje chování a fungování člověka. V tomto oboru se setkáváme s mnoha duševními chorobami (Raboch, Pavlovský, 2013). Psychiatrie se zabývá prevencí, diagnostikou a terapií duševních poruch. Díky změně ekonomických a společenských postavení narůstá zájem o tento obor. Existence duševních poruch se rovná existenci lidstva. Mnohé z nich jsou popsány už v Egyptě. Počátky psychiatrického lékařství jako oboru se datují od konce 18. století až 19. století. Společnost dříve neakceptovala duševní poruchy ani jejich možné zařazení do zdravotnických problémů (Slezáková et al., 2007).

Lidé si zpočátku neuměli zodpovědět otázku, proč se nemoci objevují. Jejich vznik a průběh přisuzovali posedlosti ďáblem, pomatenosti, čarodějnictví, magii, rozhněvaným bohům, trestům za špatné chování a jiné (Farkašová, 2006). Zvolský et al. (2006) tvrdí, že se lidé snažili popisovat, koordinovat a redukovat objevené psychické problémy. Prvním odpůrcem posedlosti a čarodějnictví je Johann Weyer, lékař pocházející z Holandska. Psychické potíže nazval mozkovou dysfunkcí a tvrdil, že jde o nemoc, nikoliv posedlost. Proto také vyžaduje jiné léčebné postupy, než jsou upalování, věznění a mučení. Pro lidi se ale Weyer nestal ve své době věrohodným „apoštolem“ objasnění psychických poruch (Slezáková et al., 2007). Označení, vysvětlení a terapie psychických nemocí souvisely s tím, jak bylo nemoci porozuměno, což záviselo na vyspělosti společnosti. Už od starověku zahrnovaly lékařský obory i ošetrovatelskou péči o psychicky nemocné lidi (Rozsypalová, 2009). Na Johanna Weyera navázal Philip Pinel. Napravil a roztřídil péči o lidi s duševní poruchou. Byl zastáncem pracovní terapie a vytvářel léčebné programy. V průběhu několika let se začaly zřizovat psychiatrické ústavy. *„Duševně nemocní byli koncem 18. století ošetřováni na vyčleněných lůžkách pražského špitálu provozovaného nemocničním řádem Milosrdných bratří“* (Hosák et al., 2015, s. 25). Tato stavba je součástí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a představuje základ pražské lékařské fakulty. K ústavu byla přistavěna další budova a v dnešní době je zde psychiatrická klinika.

V letech 1800–1899 začaly vznikat pobočky psychiatrické léčebny, například v Opařanech (Hosák et al., 2015). O třetí významný obrat se zasloužil Sigmund Freud, psychiatr pocházející z Moravy. Pracoval ve Vídni, je zakladatelem psychoanalýzy, souboru psychologických teorií a metod léčby psychických poruch prostřednictvím psychoterapie (Slezáková et al., 2013). Velký nárůst psychických problémů a poruch byl zaznamenán po první světové válce, jež ovlivnila na dlouhou dobu životy a zdraví velkého množství lidí. V té době byla založena Univerzita Komenského v Bratislavě a psychiatrická klinika. I po roce 1945 vznikaly další univerzity a k nim nové psychiatrické kliniky. Roku 1946 se v našem hlavním městě otevřela vyšší ošetrovatelská škola, která se přejmenovala na střední zdravotnickou školu (Plevová, 2011). V krajských městech byla otevírána krajská psychiatrická oddělení (Hosák et al., 2015) a s nimi souviselo i zavádění nových léčebných způsobů, např. farmakoterapie s využíváním neuroleptik (potlačují neklid) a antidepresiv (tlumí příznaky deprese). V minulosti se v psychiatrické praxi využívaly pokusy a nebezpečné metody. Neuroleptika a antidepresiva se ale velmi dobře osvědčila, proto mohli někteří klienti po úspěšné léčbě opustit psychiatrická zařízení. Ovšem blahodárný účinek neměly na každého pacienta. Někteří se i přes velmi dobré rodinné zázemí a vztahy nedokázali adaptovat na život venku a vnější vlivy, které na ně působily. Proto začaly vznikat a rozvíjet se tzv. sociální rehabilitace, pracovní rehabilitace a komunitní péče, jejichž účinky se ověřují i v 21. století (Zvolský et al., 2006). Jejich cílem je připravit nemocné lépe na vnější vlivy okolí. Nezbytným základním krokem je motivace klienta, aby chtěl, aby porucha byla odstraněna, dále minimalizovat příznaky a hlavně vyhnout se už příčinám vzniku. Motivace se neobejde bez rozhovoru mezi zdravotnickým personálem a klientem. Personál by neměl postrádat empatii a schopnost naslouchat, ale také je nezbytně nutné, aby se orientoval v rozsáhlém množství nemocí, které psychiatrie léčí. Názory společnosti na lidi s psychickou poruchou se ani v tomto století úplně neoptimalizovaly. Mít duševní poruchu je stále spojováno s představou člověka, jenž je nebezpečný svému okolí a má nízký inteligenční kvocient (Brůha et al., 2011).

1.2 Organizace psychiatrické péče

Zákon č. 372/2011 Sb., stanovuje, že formami zdravotní péče jsou ambulantní péče, jednodenní péče, intermediální péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Základem psychiatrické péče jsou psychiatrické ambulance. Dále tento zákon stanovuje, že ambulantní péče je zdravotní péče, při níž se

nevyžaduje hospitalizace pacienta. Alghzawi (2012) uvádí, že ambulantní péče by měla zahrnovat koordinaci komunitních služeb, které odpovídají potřebám pacienta nebo zajistí hospitalizaci. „*Ambulantní péče je poskytována jako primární ambulantní péče, jejímž účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli. Tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel, specializovaná ambulantní péče, která je poskytována v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče podle § 4 odst. 4, stacionární péče, jejímž účelem je poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče*“ (Zákon č. 372/2011 Sb., s. 4733–4734). Existují ambulantní jednotky se specializovaným zaměřením na danou problematiku, například ambulance sexuologická, pro léčbu závislosti a jiné. V celé České republice je registrováno přes 820 ambulantních psychiatrických oddělení. V psychiatrických ambulancích jsou nejčastěji léčeny afektivní poruchy, například mánie, neurotické poruchy, například fobie, úzkostné poruchy, generalizovaná úzkostná porucha, smíšené úzkostně depresivní poruchy, organické duševní poruchy například demence a sexuální poruchy (ÚZIS, 2017). Další formou je lůžková péče, kterou nelze poskytnout ambulantně, pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta na dobu nezbytně nutnou (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu, to znamená 24 hodin denně. Akutní lůžková péče je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo v případech, kdy lze tyto stavy předpokládat. Dle Petra (2014) je většina psychiatrických lůžek v psychiatrických léčebnách, a proto velké množství akutní péče je poskytováno právě v těchto zařízeních. Z toho důvodu se vztah mezi pacientem a sestrami změnil z důvodu obsazenosti a délky pobytových tlaků (Cleary, 2012). V rámci lůžkové péče je poskytována též léčebná rehabilitace. Lůžková péče je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena odpovídající diagnóza a stabilizoval se jeho zdravotní stav (Zákon č. 372/2011 Sb.). Další organizací psychiatrické péče jsou denní stacionáře, které vznikly rozvojem komunitní péče, tím se staly součástí péče mimo nemocniční prostředí. Stacionář zajišťuje léčbu a rehabilitaci pro klienty, kteří ještě nepotřebují hospitalizaci, a napomáhají jim k návratu do běžného života (Pěč, 2014). Následnou organizací psychiatrické péče jsou také krizová centra, která jsou určitou formou krizové péče. Jejich úkolem je poskytnutí krizové služby, akutního

psychiatrického vyšetření, různé typy psychoterapie a krátkodobé pobyty na lůžku. Krizová centra zabezpečují pomoc klientům, kteří se náhle ocitli v náročné situaci a jimž hrozila hospitalizace. Kolem čtyř tisíc lidí s psychiatrickým postižením bylo ošetřeno ve stacionářích a krizových centrech v roce 2010, a to převážně z důvodu neurotických poruch (ÚZIS, 2011). Krizová centra i denní stacionáře se objevují ve velkých městech, například v Českých Budějovicích (Psychoportal, 2010). Další možnou organizací zajišťující psychiatrickou péči jsou komunitní systémy neboli terapeutické komunity, jejichž cílem je naučit pacienty žít v sociální komunitě. Komunitní péče pomáhá duševně nemocným lidem vrátit se do plnohodnotného života (Pěč, 2014). Lidé trpící psychiatrickou poruchou trpí uzavřeností, tzv. sociální dysfunkcí. Léčebné společenství napomáhá k plánování aktivit, aktivní účasti a doplňují léčbu. Pomocnou ruku může samozřejmě podat rodina i přátelé, kteří pomáhají klientovi po psychické, sociální a finanční stránce (Raboch, Pavlovský, 2013). Komunitní systém simuluje reálné prostředí a učí klienty se v něm co nejlépe orientovat a sehrávat v něm svou roli. Tento model má pozitivní výsledky u neurotických pacientů (ÚZIS, 2015).

Od roku 2012 se vedou diskuze o přetvoření systému psychiatrické péče. Plánem je vytvořit řád, který bude přizpůsobivý, prospěšný a příznivý požadavkům pacienta i rodinných příslušníků. V každém kraji musí být zaopatřena jak sociální, tak i zdravotnická pomoc. Byla vypracována Strategie reformy psychiatrické péče, která byla schválena Ministerstvem zdravotnictví ČR (Petr, 2014). Cíle této strategie představují zvýšení kvality života lidí s duševní poruchou a kvality psychiatrické péče, omezení stigmatizace neboli zméněčňování duševně nemocných. Strategie je zaměřená také na zvyšování spokojenosti lidí s poskytovanou psychiatrickou péčí, zlepšování efektivity psychiatrické péče prostřednictvím brzké diagnostiky psychiatrické choroby. Jedním z cílů je zajištění provázanosti zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb a humanizace psychiatrické péče (Němeček, 2016). „V rámci reformy budou zřizována Centra duševního zdraví (CDZ) jako mezičlánek mezi ambulantní a lůžkovou psychiatrickou péčí. Poslouží prevenci hospitalizací či jejich zkracování a pomohou dlouhodobě hospitalizovaným pacientům znovu se zapojit do běžného života. Centra duševního zdraví budou poskytovat individuální služby všem klientům ze spádové oblasti bez čekací doby“ (Němeček, 2016).

1.3 Druhy hospitalizace

Psychiatrická péče se výrazně rozvíjí od počátku devadesátých let. Zakládají se malé psychiatrické objekty s poskytnutím lůžek, jež jsou součástí všeobecných nemocnic. Péče v těchto objektech se dělí na akutní krizovou, kde se přijímá klient k velmi krátkému pobytu na tři až pět dní. Zde je poskytována rychlá, celková a účinná péče (Smolíková, 2017). Dále se péče v malých psychiatrických objektech dělí na akutní lůžkové ošetření na otevřených, či uzavřených sekcích klinik či nemocnic a na následnou dlouhodobou lůžkovou péči v léčebnách. Kliniky a psychiatrická oddělení ve všeobecných nemocnicích poskytují hodnotnější akutní ošetření nežli psychiatrické nemocnice. Předchází se událostem, které by mohly vyvolat konflikt, určí se diagnostika, doporučí plán terapie a zabezpečí se klient i okolní prostředí (ÚZIS, 2015).

Akutní lůžková péče umožňuje poskytnout péči na externích a interních odděleních nemocnic, ale také klinik. V akutní lůžkové péči se tedy používá diagnostická a terapeutická péče. Zákon č. 372/2011 Sb. tvrdí, že vyšetřovací a léčebná péče má za úkol zjistit zdravotní stav pacienta, zjistit informace ke stanovení diagnózy i nemoci, stanovit si individuální léčebný postup a objasnit informace o účinku léčby, jejímž účelem je vyléčit nebo zmírnit důsledky nemoci a zabránit nesoběstačnosti či zmírnit její rozsah. Myslí se také na ochranu pacienta před pravděpodobným sebepoškozováním nebo poškozováním ostatních lidí. Jinými slovy, akutní lůžkovou péči potřebují ti, kteří trpí neočekávanou chorobou nebo nepředvídatelným zvratem jeho dlouhodobé nemoci. Některá akutní psychiatrická zařízení mohou zahrnovat intenzivní psychiatrickou péči, jejich označení je JIPP. Velkou předností psychiatrického oddělení, které je součástí všeobecné nemocnice, je možnost spolupráce s dalšími odděleními (Petr et al., 2014). Existuje několik typů přijetí pacienta. Ve výjimečných případech přijde nemocný sám, mnohdy je ale doporučen psychiatrem, psychologem, praktickým lékařem nebo je přivezen policií. Příjem se odehrává v místnosti tomu vyhrazené a probíhá dle standardu daného pracoviště v klidném, příjemném prostředí (Slezáková et al., 2013). Jde-li o nedobrovolné přijetí či nemůže-li nemocný podepsat souhlas, odesílá se takzvané „hlášené přijetí do ústavní péče bez souhlasu nemocného“ soudu do jednoho dne ode dne přijetí (Petr, 2014). Ochranné léčení a pozorování klienta je dalším typem hospitalizace. Toto léčení se využívá před podáním znaleckého posudku v občanském, ale také v trestním právu. Je mnoho zprostředkovatelů, kteří se podílí na volbě psychiatrické pomoci, jako jsou např. sociální činitelé, rozsah psychické poruchy či

individuální zkušenosti s danou problematikou. Rodině i blízkým je důležité objasnit důvod náhlé hospitalizace. Informace o pacientovi získáváme také od lidí, kteří pacienta doprovází. Příjmu pacienta se účastní lékař i sestra. U nemocných, kteří jakýmkoliv jednáním ohrožují sebe nebo své okolí, se příjmu účastní i nižší personál s dopomocí policie. Následně je klient umístěn na uzavřeném oddělení, kde je obeznámen s režimem a organizací oddělení. Celý zdravotnický tým se přijímanému představí (Petr, 2014). Lékař smí odmítnout příjem pacienta z důvodu plné kapacity či řádu zařízení a musí zaopatřit převoz do jiného zařízení, o čemž musí informovat rodinné příslušníky. Má-li pacient střelnou zbraň nebo neznáme jeho identitu, je informována Policie České republiky (ÚZIS, 2015). Dalším druhem hospitalizace je následná lůžková péče, která je poskytnuta v psychiatrických nemocnicích lidem, u nichž byla rozpoznána choroba, zmírnilo se akutní onemocnění či se zhoršila dlouhodobá nemoc, a proto není důvod, proč hospitalizovat pacienta na akutním lůžkovém oddělení. Účelem této následné léčby je dojít k naprostému tělesnému i psychickému zdraví nebo alespoň co nejvíce zmírnit konsekvence choroby (Petr, 2014).

1.4 Nejčastější psychiatrické poruchy

Mezi nejčastěji se vyskytující psychiatrické poruchy patří psychotické poruchy, afektivní poruchy, neurotické poruchy, poruchy osobnosti, poruchy způsobené psychoaktivními látkami a poruchy příjmu potravy. Psychotické poruchy jsou popisovány jako neschopnost správně jednat a orientovat se v životě (Petr, 2014). Do psychotických poruch patří schizofrenie, schizotypní a schizoafektivní poruchy, dále porucha s trvalými bludy a akutní přechodná psychotická porucha. Lidé s onemocněním schizofrenie trpí psychosociálními problémy, mezi které patří dezintegrace myšlení, vnímání, motoriky, paměti, emocí, osobnosti a pozornosti (Šwita et al., 2012). Jednání klientů s touto poruchou je označováno jako chaotické. Toto onemocnění vzniká vlivem vnějšího i vnitřního prostředí. Průběh je trvalý nebo epizodický (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů, 2018). Před propuknutím schizofrenie se zpočátku klient začne chovat uzavřeně, disociačně, nevyzpytatelně. Do základních forem schizofrenie spadá paranoidní, katatonní a hebefrení schizofrenie. Paranoidní schizofrenie se vyznačuje chorobnými bludy doprovázenými halucinacemi. Katatonní schizofrenie se projevuje psychomotorickými poruchami a epizodami náhlého vzrušení (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů, 2018). Hebefrení schizofrenie je charakterizována náhlými

obraty, bludy a prchavými halucinacemi. Někteří klienti musí být hospitalizováni, jiní dochází ambulantně či žijí běžný život. Terapie se skládá z farmakologické složky, kde se nejčastěji užívají neuroleptika a psychotika. Dalšími složkami léčby je elektrokonvulzivní a psychosociální terapie (Raboch, Pavlovský, 2013). Schizotypní porucha má projevy schizofrenie bez objevení bludů a halucinace. Schizoafektivní porucha, jak již její název prozrazuje, se projevuje jako schizofrenie s poruchou nálad. Poruchy s trvalými bludy jsou významné rozvojem jednoho nebo více bludů, které mohou být chronické. Poslední formou psychotických poruch je akutní přechodná psychotická porucha typická svým náhlým výskytem bludů, halucinací, poruchami chování a vnímání. Další nejčastěji se vyskytující psychiatrickou poruchou jsou afektivní poruchy, charakteristické změnou chování a náladami směrem k depresi či euforii. Nálady jsou pocity menší intenzity, ale dlouhotrvající a afekt je pocit větší intenzity, ale krátkodobý. Afektivní poruchy vznikají z důvodů biologických a psychosociálních, a to z důvodu negativních událostí. Pro afektivní poruchy je typický výskyt manické nebo depresivní fáze, ale spadá sem i bipolární afektivní porucha (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů, 2018).

Manická fáze se projevuje zvýšenou energií a sebedůvěrou, nespavostí, objevuje se pocit významnosti, zvýšený optimismus, neklid, nesoustředěnost a vyskytují se bludy a halucinace (Hosák et al., 2015). Mánie se léčí antipsychotiky, antikonvulzivny a stabilizátory nálad. Depresivní fáze je druhou epizodou afektivních poruch, která je charakteristická špatnou náladou, zpomaleným myšlením, sníženou energií, poruchou spánku, únavou a ztrátou sebedůvěry. I zde se objevují bludy a halucinace. Depresivní nálada by měla trvat maximálně dva týdny. Depresivní epizoda se léčí psychoterapií, antidepresivy a elektrokonvulzivní léčbou (Akrmannová, Marková, 2014). Další je bipolární afektivní porucha, která také spadá do afektivních poruch, je charakterizována výskytem dvou nebo více fází, kdy dochází k fluktuování aktivity a nálady. U bipolární afektivní poruchy se střídá fáze mánie a hypománie, po nichž přichází depresivní fáze. Mnoho pacientů s touto poruchou trpí komorbiditou (výskyt více nemocí). Léčba bipolární afektivní poruchy spočívá v psychoterapii a užívání antidepresiv, antipsychotik a stabilizátorů nálady (Akrmannová, Marková, 2014). Velmi častou psychiatrickou poruchou je neurotická porucha, typická výskytem úzkostí. Tato porucha je velmi různorodá. Dle Kudrnovské a Votavové (2014) se sem řadí úzkostné poruchy,

fobické úzkostné poruchy, panické poruchy, obsedantně-kompulzivní porucha, různé reakce na stres, disociativní poruchy a somatoformní poruchy. Úzkostné poruchy jsou charakteristické přehnanými reakcemi na stres a fobická úzkostná porucha je přehnanou reakcí na podnět nebo předmět. Panické poruchy se projevují masivní úzkostí, která není omezena na spouštěcí situaci, a proto je nepředvídatelná. U disociativních poruch dochází k vytěsnění negativních zážitků nebo přeměně pocitů. Poslední z neurotických poruch jsou somatoformní poruchy, charakteristické převedením psychických problémů do tělesných příznaků (Kudrnovská, Votavová, 2014). Jako další velmi často se vyskytující psychiatrické poruchy jsou poruchy osobnosti. Jejich základem je nejednotnost osobnosti a velmi intenzivní charakterové a povahové rysy, jejichž vlivem se pacient nemůže přizpůsobit společnosti. Za poruchu osobnosti je považována paranoidní porucha, emočně nestabilní nebo histrionská porucha. První typ poruchy osobnosti (paranoidní porucha) se projevuje citlivostí k odmítnutí, nespolečenskostí, podezíravostí, vztahovačností a nízkým smyslem pro humor. Léčba spočívá ve zlepšení vnímání sebe sama, svého okolí a ve zvýšení pocitu bezpečí. Druhý typ je emočně nestabilní porucha, kdy dochází k impulzivnímu jednání a neschopnosti něco plánovat. Tyto osoby mají sklon k sebevražednému jednání a uzavírají se do sebe. Posledním typem je histrionská porucha osobnosti, vyznačující se výkyvy a výrazným projevem svých emocí. Pokud nejsou splněny jejich požadavky, dochází k vyvolání rozruchu, scén a tím k hlučnému pláči. U těchto osob si sestra musí dát pozor na manipulaci a blízký osobní vztah (Šlaisová, Marková, 2014). Další frekventovanou poruchou je porucha duševní a porucha chování po užívání psychoaktivních látek, kdy pacienti užívají jednu nebo více psychoaktivních substancí, ať je to alkohol, kokain, sedativa či jiné (Modes, 2014). Tato skupina se člení na akutní intoxikaci, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotickou poruchu, amnestický stav a psychotickou poruchu s pozdním začátkem (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů, 2018). Role sestry při této poruše spočívá v motivaci pacienta, hledání nového hodnotového žebříčku a ve zvládnutí intervencí (Modes, 2014). Poslední hojně se vyskytující poruchou je porucha příjmu potravy. Jedná se o poruchu metabolismu, myšlení, jednání spočívající v neustálém zájmu o jídelníček a držení diet. Vyskytuje se většinou u dospívajících dívek. Do této poruchy řadíme mentální anorexii a mentální bulimii. Mentální anorexie spočívá v úmyslném snižování váhy a omezování jídla. Na rozdíl od ní mentální bulimie spočívá v rychlém požití velkého množství potravin a následným zvracením,

držení diet a užívání projímadel. Léčba těchto mentálních poruch spočívá ve stanovení správného stravovacího režimu, v motivaci zvýšit hmotnost a ve snaze vyhýbat se stresům (Fišarová, Novotná, 2014).

1.5 Charakteristika akutního psychiatrického oddělení všeobecné nemocnice

Režim oddělení je základní a nepostradatelnou složkou akutního psychiatrického oddělení. Je to uspořádaně propracovaný řád sledující léčbu prostředím (Hosák et al., 2015). Pacienti smí chodit v denním oblečení, na chodbě visí obrazy a v jídelně jsou živé květiny. Každé akutní lůžkové psychiatrické oddělení má svůj denní řád, se kterým je pacient okamžitě seznámen. V denním režimu jsou zahrnuty aktivity, jako jsou třeba komunitní setkání, psychoterapie individuální i skupinová, biblioterapie, muzikoterapie, pracovní terapie, sportovní aktivity, arteterapie, relaxační dovednosti, sportovní činnosti, ale také farmakologická léčba, rehabilitace a ošetrovatelská péče. Některá akutní psychiatrická oddělení jsou rozdělena na mužskou a ženskou část, kde funguje uzavřený systém. Pracovníci mají profesionální klíč k otevírání oddělení, pokojů, lékařských i sesterských místností a celého zařízení. Takovým klíčem nejčastěji bývají speciální karty (Slezáková et al., 2013). I po zajištění režimových faktorů se může stát, že se objeví nějaká nežádoucí událost. Nejčastějšími riziky, s nimiž se může zdravotník na psychiatrickém oddělení setkat například se sebezanedbáváním, agresí, sebepoškozováním a sebevražedným chováním.

Ani v dnešní době nelze vždy včas předejít nežádoucím činnostem, ať už jde o poškození zdravotníka, pacienta nebo další jiné osoby. Nikdy nelze zaručit, že se výskyt nežádoucí události neobjeví. Všechna zdravotní zařízení usilují o maximální snížení těchto rizik. Zdravotníci jsou během svého vzdělávání školení o rizicích a jejich prevenci. Zapomene-li totiž na opatření či nepředejde-li riziku správným postupem, bude za nežádoucí událost zodpovědný nebo zodpovědnost ponese jeho zaměstnavatel. Rodina i příbuzní důvěřují personálu, že se rizik vyvarují. Proto objeví-li se například sebepoškození, je tato událost projevem nekvalitní péče a zanedbání rizik zdravotnickým pracovištěm. Psychiatrické oddělení musí neustále pracovat se systémem vyhodnocování rizik (Petr, 2014). Adekvátní pomůckou k jejich rozeznání a k rozeznání celkového stavu pacienta pomohou takzvané standardizované škály. Příkladnou škálou je Broset Violence Checklist. K rozpoznání sebevražedného jednání slouží například Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR). Existuje mnoho

dalších škál, které pomáhají objektivizovat pacienta, ale žádná nemůže nahradit zkušenosti a potřebná vyšetření. Při vysokém riziku nežádoucího účinku je zapotřebí důsledný dohled nad pacientem (Petr, 2014).

1.6 Kompetence sester pracujících na psychiatrii

K získání kompetencí sestry na psychiatrickém oddělení je potřeba mít ukončené odpovídající vzdělání. Na psychiatrických odděleních smějí pracovat osoby, které mají ukončené bakalářské studium obor Všeobecná sestra, nebo osoby, které dokončily specializační vzdělání Sestra pro péči v psychiatrii (Zákon č. 372/2011 Sb.). Dle Ministerstva zdravotnictví (2016) smějí na psychiatrii pracovat také osoby, které mají ukončenou Vyšší odbornou školu obor Diplomovaná všeobecná sestra. V roce 2013 byl proveden výzkum Českou asociací sester, kde se zjišťovalo, kolik pracujících sester v psychiatrickém oboru má specializovanou způsobilost. Z tří a půl tisíce ji mělo přibližně třicet procent sester. Není povinností mít tuto odbornost, ale je pouze žádoucí (Novotná, 2014). Zákon č. 372/2011 Sb. stanovil, že způsobilostí k samostatnému výkonu zdravotnického povolání se pro tyto účely rozumí způsobilost k samostatnému výkonu neboli personál musí být způsobilý k samostatnému výkonu svého povolání. Činnosti, které je sestra oprávněna provádět, jsou uvedeny ve vyhlášce č. 391/2017 Sb. Dle této vyhlášky naplňuje ošetrovatelská péče v psychiatrii kritéria specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče. Touto specializovanou péčí je chápáno poskytování základní ošetrovatelské péče pacientům majícím patologické změny psychického stavu, kteří nevyžadují neustálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení jejich života či zdraví nebo jejich okolí. Specializovanou péčí může vykonávat všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí nebo všeobecná sestra pod jejím odborným dohledem (Novotná, 2014). Sestry se specializací pro péči v psychiatrii mohou vykonávat činnosti k poskytování ošetrovatelské péče o pacienta, který trpí psychickou poruchou. Dále může provádět bez odborného dohledu a bez indikace lékaře poradenskou činnost v oblasti prevence, koordinovat spolupráci mezi ústavními zdravotnickými zařízeními a terénními službami, aktivně pracovat s osobami určenými pacientem, společně vytvářet podmínky pro návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí, sledovat chování pacienta z důvodu včasného zachycení nastupující krize, pomoci pacientovi adaptovat se na změněné životní podmínky a provádět psychoterapeutickou podporu v rozsahu své specializované způsobilosti. Dále smí sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádět návštěvní službu

a poskytovat ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta, poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi, vyžadujícímu stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života, zdraví pacienta nebo jeho okolí. Také smí sledovat dodržování léčebného režimu pacienta, hodnotit známky zhoršování nemoci, vyhodnocovat rizika nebezpečí vůči sobě nebo svému okolí a informovat lékaře. Pod odborným dohledem lékaře smí sestra se specializovanou způsobilostí vykonávat činnosti při krizové intervenci, zajistit psychologickou pomoc rodině, používat pomocné psychoterapeutické techniky včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů a zajišťovat psychoterapeutický režim oddělení (Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

1.7 Ošetrovatelství na psychiatrii

Slovo ošetrovat se překládá jako opatrovat, starat se, hýčkat, pečovat (Rozsypalová et al., 2009). Ošetrovatelství jako takové ovšem v sobě skrývá více než jen tato slova. Obsahuje odbornou ošetrovatelskou péči. Je to složitý proces, který má svůj postup, řád a nad kterým se musíme zamýšlet, než ho budeme realizovat, ale i během jeho poskytování (Petr, 2014). Cílem ošetrovatelství je zamezit vznik nemoci, pomoci pacientovi a zajistit důstojné umírání. Multidisciplinární tým je složen ze zdravotnického personálu, který je prostředníkem vykonávajícím tyto činnosti. Ošetrovatelství se zaměřuje na vyhledávání a uskutečnění potřeb nemocného a klade důraz na holistický (celostní) přístup k pacientovi. Maslowova hierarchie potřeb je podkladem k uspokojování potřeb nemocného (Hosáková, 2015). Ošetrovatelství je důležitým základem pro pokrok ve zdravotnictví a jeho rozvíjení. To ovšem platí i u psychiatrického oboru. Ošetrovatelství neopomíjí ani morální, ani etickou hodnotu (Hosák et al., 2015). V ošetrovatelství rozlišujeme péči aktivní a pasivní. Aktivní péči rozumíme nalézání a realizování potřeb nemocného, které vykonává sestra na podkladu vlastního uvážení a v souladu s kompetencemi v ošetrovatelství. Pasivní aktivity probíhají na základě vnějšího podnětu. Příkladem je příchod pacienta k lékaři nebo činnosti, které vzniknou z podnětu nemocného nebo z ošetrovatelské péče (Hosáková, 2015). Obecné ošetrovatelství se dělí na laickou ošetrovatelskou péči, kdy si péči poskytuje jedinec sám nebo jeho blízcí, ba v dřívějších dobách otrok (Burda, Šolcová, 2015). Znalosti se získávaly od zkušenějších a znalejších lidí, tzv. z generace na generaci. V léčbě se hojně užívaly amulety, talismany, obětní dary, totemy, různá zaříkávání a bylinky (Rozsypalová, 2009). Další ošetrovatelskou péčí byla charitativní ošetrovatelská péče, kdy pomáhat druhým a ošetrovat nemohoucí se stalo prioritní

myšlenkou křesťanů. Ti se domnívali, že pomoc člověku je jako pomoc Bohu. Svou péči zaměřovali na chudé, nemocné, lidi, kteří by se bez pomoci druhých neobešli, a sirotky. Hlavním cílem této péče bylo uspokojovat potřebu jídla, pití, spirituality, hygieny a přístřeší (Burda, Šolcová, 2015). Třetí péčí je odborná ošetrovatelská péče, do které spadá i psychiatrická ošetrovatelská péče neboli péče o duševně nemocné. Zahrnovala ošetřování psychicky nemocných, pozorování a zaměstnávání osob závislých na alkoholu či na jiných návykových látkách. Významné kroky v ošetrovatelské péči v Čechách můžeme datovat do 18. století, kdy se zakládaly nemocnice se širším zaměřením (Burda, Šolcová, 2015). Psychiatrickou ošetrovatelskou péčí ovlivnil Josef Gottfried Riedl, první člověk, který mohl vyučovat psychiatrii, nebo Karel Kuffner, který napsal jako první učebnici psychiatrie (Hosák et al., 2015). Psychiatrická péče je poskytována pomocí propojených služeb (Slezáková et al., 2007).

Psychiatrie se zaměřuje na sledování mezilidských vztahů a pozorování změn u pacienta. Psychiatrie i její ošetrovatelství má svá specifika, jako jsou slovník a názvy, které specifikují více příznaků najednou. Například pro sdělení zarmouceného pacienta se špatným spánkem, s nechutenstvím, s potížemi se soustředit a se sebevražednými sklony, se řekne, že daný pacient trpí depresí. Úkolem sestry na psychiatrii je vést pacienta ke zvládnutí a překonání duševní poruchy, k adaptaci na společnost, ke zvládnutí sebepečce. K evaluaci dochází dle koncepčního modelu dané teorie v oboru (Hosáková 2015). Hosáková (2015) uvádí, že model Orlandové se využívá k hodnocení péče o nemocné s psychickou poruchou. Orlandová tvrdila, že se lidé od narození vyskytují v otevřeném prostředí, které se vyvíjí, a získané informace z minulosti ovlivňují přítomnost a budoucnost. Teorii ošetrovatelského procesu I. J. Orlando zaměřila na činnosti sestry, vedoucí ke zjištění problému a k resocializaci pacienta. Model funkčního zdraví dle Gordonové se nejvíce využívá v České republice. Předpokládá, že zdravotní stav je funkční, či dysfunkční a objevené potíže vychází z bio-psycho-sociálních interakcí. Anamnézu zpracováváme z domény podpory zdraví, výživy, vylučování a výměny, aktivity a cvičení, spánku a odpočinku, vnímání a poznání, sebepojetí a sebeúcty, ze vztahů mezi rolemi, sexuality, zátěže a jejího zvládnutí, z životních principů, bezpečnosti a ochrany, komfortu, růstu a vývoje. Informace získané touto doménou se dále rozšiřují o informace o vnějším vzhledu nemocného, jeho chování, myšlení a nálady. Tyto čtyři doplňky se kontrolují denně. Ošetrovatelská péče se vykonává pomocí ošetrovatelského procesu, což jsou plánované

úkony vedoucí k dosažení stanovených cílů (Hosáková, 2015). Ošetrovatelský proces obsahuje ošetrovatelskou anamnézu, ošetrovatelské diagnostiky, stanovení cíle, plánu péče, realizace a v poslední řadě hodnocení celé ošetrovatelské péče (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Proces ovlivňuje preventivní, diagnostická a terapeutická stránka. Mnohdy se zapomíná, že ošetrovatelský proces by měl pojednávat i o rodině. Důvodem k jeho realizaci je určení směru a formy dané péče, která koresponduje s potřebami pacienta. Ošetrovatelský proces je přizpůsobivý a měl by být účinný. Proto ho lze aplikovat ke sledování pokroků během celé hospitalizace (Hosák et al., 2015). Do anamnézy sestry zapisuje údaje po rozhovoru či pozorování od rodiny, zdravotnické dokumentace či od zdravotnického týmu. Získávání informací se děje často průběžně. Po získání všech údajů se stanoví ošetrovatelské diagnózy v souladu s aktualizovanou klasifikací NANDA International. Následným krokem je plánování ošetrovatelské péče, pro kterou jsou vytvořené diagnózy základem. Účelem je vytvoření krátkodobého a dlouhodobého rozvrhu, poskytujícího řešení potíží. Na základě toho vytvoříme kritéria. Dalším krokem je vykonávání kroků a v poslední řadě vyhodnotíme, zda jsme splnili stanovené cíle (Běhounek, 2014). Informace o realizovaných ošetrovatelských činnostech se zapíšou do ošetrovatelské dokumentace, jež se skládá alespoň z ošetrovatelské anamnézy pacienta a vyhodnocení jeho stavu, z ošetrovatelského plánu (se stanovenými cíli péče, diagnózami, intervencemi, hodnocením péče, se změnami stavu) a dále by měla obsahovat ošetrovatelskou propouštěcí nebo překládovou zprávu (Hosáková, 2015).

1.8 Zvláštnosti práce sestry na psychiatrickém oddělení

Marková, Venglářová, Babiaková (2006) uvádí, že chod na akutních psychiatrických oddělení je výrazně jiný než na standardních lůžkových odděleních. Péče o pacienty s psychickou poruchou je většinou řazena do speciální ošetrovatelské péče (Vyhláška č. 391/2017 Sb.). Navázat a udržet vztah s pacientem trpícím psychickou poruchou a vést ho k uspořádání si denních činností je mnohdy velmi obtížné. Je několik metod, které mají vliv na samotného pacienta, ale především na hodnotu ošetrovatelské péče. Jsou to například individuální předpoklady každé sestry, tak i zkušenosti ve sběru dat o klientech, znalosti o psychofarmakách, psychických poruchách a psychoterapii a zběhlost v nových postupech ošetrování (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Péče o každého klienta musí mít obecná stanoviska. Závisí na typu osobnosti, potřebách nemocného a povaze nemoci. Jedním z nároků na personál by mělo být, aby každý

zdravotník umožnil permissivitu nebo-li umožnil projevit klientovo trápení. Dále musí také dokonale ovládat své emoce a projevy, být důsledný a respektující. Sestra musí dodržovat řád akutního oddělení, musí mít nadhled nad celkovým děním na pracovišti, musí znát všechny pacienty, jejich onemocnění, strasti a jejich současné pocity i nálady (Smolíková, 2017). Sestra musí vést k uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb. Každá by se měla snažit vybudovat si relaci s pacienty, vzbuzovat empatii, posuzovat jeho pokroky, zjistit problémové oblasti, vést klienty ke zlepšení, dostatečně je chválit, pomoci vybudovat hodnoty. Dále by měla zjišťovat denní pocity a nálady, vypomáhat mu s orientací v čase, prostoru i osobě a reguluje pacientovy negativní nálady (Novotná, 2014). Sestra by si měla stanovit problém, cíl a volit vhodné postupy k dosažení zlepšení. Ošetřuje klienty s psychickou poruchou, vypomáhá jim při sociální adaptaci a zařazení do sociálního systému. Dále se také snaží je adekvátně zaměstnat, být empatickou oporou, vybízí k aktivní spolupráci a s dalšími zdravotními spolupracovníky obnovují duševní zdraví (Burda, Šolcová, 2015).

Sestra nesmí opomíjet náhlé změny chování a nálad. Ty totiž mohou mít rázem opačný posun. Proto v první řadě nesmí zapomínat na zásady etiky, a to při příchodu na oddělení pozdravit všechny pacienty a zjistit, v jakém stavu se momentálně nacházejí, a dle toho si stanovit postup ošetřování, který během své služby realizuje. Při ranní návštěvě může nabídnout vyvětrání pokojů či pomoc při stlaní postelí. Neustále kontroluje chod na oddělení, pocity, nálady, aktivitu, mimiku, celkové rozpoložení pacienta a projevy choroby. Sestra musí dohlížet na soukromé věci pacientů z několika důvodů, například z důvodu zmatenosti a následného nevědomého přemísťování či nevědomého nepoznání svých věcí. Další příčinou může být přinášení věcí, které se stávají hrozbou pro ně samotné, ostatní pacienty, ba dokonce pro personál (Smolíková, 2017). Další nedílnou částí práce sestry na psychiatrii je pozorovat stravování pacienta, jeho dietu, hydrataci, hygienu a dopřát mu dostatečný spánek, jelikož lidé s duševním onemocněním mnohdy trpí jeho poruchou. Proto je úkolem zaznamenávat a redukovat původ nespavosti. Sestra je také značně obezřetná při aplikaci farmakoterapie. Podává léky v předem určené místnosti, kam si pacienti pro ně chodí postupně a samostatně pozřít je musí před sestrou, která se následně ujistí, že léky byly spolknuty (Smolíková, 2017). Mezi sestrou a pacientem je důležitá a nevyhnutelná komunikace (Kristova, 2008). Sestra se musí dozvědět informace od pacienta či jeho blízkých, aby si mohla stanovit cíle a jejich realizaci. Při této práci rovněž platí, že slova nelze vzít zpátky,

proto by si měla dvakrát promyslet, než něco řekne (Kristova, 2008). V první řadě si sestra musí vyhradit dostatek času pro získání informací ve správném prostředí. Mluvit musí klidně, ale trochu autoritativně, pokládat by měla přesné, krátké a srozumitelné otázky, aby si pacient byl jist, že odpověděl správně a neměl pocit nedostatečného porozumění z opačné strany (Zacharová, 2016). Zbytečně by neměla zvyšovat péči, pacient by měl následně domněnku nerovnocenného postavení, proto je nutné komunikovat s klidem, jako se stejně rovným. Také se musí soustředit na tematiku vyšetřovacích a léčebných výkonů a probírat různé možnosti. Pokud je to možné, je vhodné umožnit kontakt s rodinnými příslušníky. Při komunikaci musí sestra vycházet z odlišností jednotlivých chorob a uplatňovat individuální přístup.

Například u pacientů s mánií musí být přístup klidný, rozvážný, dostatečně autoritativní a po společné dohodě s klientem nekompromisní. Na rozdíl od toho přístup k neurotickému klientovi vyžaduje trpělivost, jelikož nemocnému nesmíme dovolit, aby opět sklouzl do své choroby (Kelnarová, Matějková, 2009). Je důležité klienta dostatečně zaneprázdnovat a vést ho k samostatnému řešení vlastních problémů. Při zjištěné poruše osobnosti je důležité dosáhnout sociální adaptace klienta. Snažíme se zamezit různé neshody. Například u postoje k drogově závislému je důležité dodržování strohé a přísného postupu léčby, hledat důvody abstinence a pomáhat se stanovováním nového hodnotového žebříčku. Zásady jednání s agresivním člověkem jsou založeny na zjištění příčiny agrese. Nelze klienta zanechat bez dohledu, vhodné je vést nekonfrontační dialog. Přibližujeme se pomalu, bezpečná vzdálenost odpovídá 2 metrům a vyjadřování je pomalé, klidné i empatické (Brůha et al., 2011). Na psychiatrickém oddělení se u pacientů, kteří ohrožují sebe či své okolí, využívají omezovací prostředky. Zákon č. 372/2011 Sb. stanovil, že k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb se použije úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými ručitelem. K léčbě psychiatrické poruchy a zajištění bezpečnosti pacienta i okolí se používají ochranné pásy, kurty, síťová lůžka, místnosti k bezpečnému pohybu, ochranný kabátek omezující pohyb horních končetin, psychofarmaka (Petr, 2014). Omezovací prostředky se užívají pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití. Poskytovatel je povinen informovat pacienta, u kterého je omezovací prostředek použit, o důvodech použití omezovacího prostředku. Informace podávané zákonnému zástupci pacienta se zaznamenává do dokumentace pacienta. Záznam podepíše zdravotnický pracovník a zákonný zástupce

(ÚZIS, 2015). Pacient je pod dohledem po celou dobu podaného omezovacího prostředku. Použití omezovacího prostředku indikuje lékař, ale i jiný přítomný zdravotnický personál, a to jen ve výjimečných, naléhavých případech, ale lékař musí být informován. Každé použití se zaznamenává do dokumentace (Petr, 2017).

1.9 Léčebné metody využívané v psychiatrii

Léčba v psychiatrii má své postupy, metody a typy léčení. Dnes se léčba v psychiatrii nesusoudí jen na terapii duševních poruch, proto je možno ji rozdělit do tří skupin. Dle Běhouneka (2014) je to dělení na „biologickou“, „psychoterapii“ a na „psychiatrickou rehabilitaci“. Tyto tři typy spolu úzce souvisí a prolínají se s cílem celkové a úplné léčby. Biologická léčba je historicky velmi mladá (Běhounek, 2014). V devatenáctém století se používaly různé pokusy a režimová opatření. Ve dvacátém století se začalo využívat inzulinových kómat, elektrokonvulzivní léčby, objevila se psychofarmaka a antidepresiva. Psychofarmaka jsou hlavními představiteli farmakoterapie. Ovlivňují centrální nervový systém a tím narušené psychické funkce. Další farmakoterapií jsou antidepresiva, která působí proti depresivní náladě, dále antipsychotika potlačující psychotické projevy a následně neuroleptika, která jsou psychotropními látkami bránícími neuronu před jakýmkoliv poškozením. Dalšími biologickými léčbami jsou například elektrokonvulzivní léčba, spánková deprivace, fototerapie, fototerapie či psychochirurgie (Běhounek, 2014). K druhům léčby patří také elektrokonvulzivní léčba (ECT), takzvaná léčba pomocí elektrošoků. Přichází po průniku elektrického proudu mozkem. Tuto terapii lze využít u speciálních, mnohdy problematických forem nemoci. Jednou z možností je nezvladatelná a progredující deprese nebo těžká forma schizofrenie. Mnozí lidé předpokládali nebezpečí této léčby, ale jejich domněnky byly mylné. Fototerapie se nejčastěji využívá u sezónní deprese. Jde o léčbu bílým světlem. Tato metoda se využívá u depresí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Psychoterapie je terapie, která využívá psychologické prostředky. Využívá se jako první možnost léčby, kterou lékaři využijí, nebo se využívá jako léčba podpůrná. K poskytnutí psychoterapie je zapotřebí znát míru a ovlivnitelnost problémů. Léčba psychologickými prostředky má více než 250 metod aplikací. Využívá se u závislostí, při poruše osobnosti, u neurotických poruch a poruch chování. Snižuje úzkost, napomáhá zpracovat zážitky, lépe se adaptovat svému životu. Dominantními prostředky jsou vztah (mezi zdravotníkem a pacientem), komunikace prostřednictvím rozhovoru a neverbální techniky, jako jsou muzikoterapie, arteterapie nebo techniky pantomimy. Forma této

léčby je individuální (aplikovaná na jedince) či skupinová (aplikovaná až na dvanáct pacientů). Podíl sestry při psychoterapii závisí na jejím vzdělání a zkušenostech (Orel, 2012).

Spolupráce pacienta při léčbě je důležitým prvkem k dosažení stanovených cílů, a to co nejlepšího léčebného výsledku. Proto nespolupráce, ba dokonce vysazení léků bez předchozí domluvy s lékařem vede mnohdy ke zhoršení prognózy. Důležité je porozumět důvodům, proč došlo k omezení nebo vysazení farmak, a následně motivovat pacienta (Novotná, 2014). Vyskytuje se mnoho faktorů působících (pozitivně, či negativně) na spolupráci pacienta při aplikaci léků. Prvním faktorem je vlastní onemocnění. Tím se myslí, že pacienti nemají dostatečný náhled na onemocnění, jsou přesvědčeni o nepřítomnosti nemoci, mají zkreslený pohled na nemoc (vnímání deprese jako slabost), ale důležitou roli odehrávají i symptomy onemocnění. Dalším faktorem je vztah s lékařem, čímž se rozumí navázání komunikace a správného vztahu s klientem. Závisí na zkušenostech a schopnostech lékaře. Ten by měl být schopen tolerovat obavy, vysvětlit každý krok léčby, hledat adekvátní cestu terapie, zohledňovat přání, správně komunikovat s pacientem, nebagatelizovat problémy a měl by si vymezit dostatek času. Následným faktorem je vlastnost léku. Tento faktor popisuje, že užívání léku neovlivňuje pouze vzhled a forma, ale také dávkování, nedostatečný i nežádoucí účinek, který je nejčastějším důvodem k vysazení. Posledním faktorem jsou „vlivy prostředí“, tzn. celková dostupnost, doplácení vysokého doplatku, dlouhodobé užívání, podpora rodiny i blízkých při užívání a míra informovanosti (Petr, 2014). Proto je role sestry při edukaci pacientů s duševní poruchou velmi významná a měla by probíhat dle předem připraveného edukačního plánu. Sestra by měla využívat různé edukační techniky, pomůcky, zajistit vhodné prostředí, informovat o lécích, jejich dávkování a nežádoucích účincích léků, o následcích vysazení a motivovat k jejich užívání (Novotná, 2014).

1.10 Práva pacientů s duševní poruchou

Psychiatrie je jediným medicínským oborem, který výrazně zasahuje do základních lidských práv, především do oblasti omezování osobní svobody (Petr, 2014). Proto je tento obor ve velmi blízkém spojení s právními normami. V dnešní době vznikají dohady, jestli psychiatrie posluhuje pacientovi, ochraňuje ho i jeho zdraví, či spíše prospívá společnosti a dbá na její ochranu před psychicky nemocnými (Orel, 2012). Pojetí psychiatrických pacientů bylo vždy obrazem společenských poměrů. Až do

osmnáctého století se s takovými lidmi zacházelo nelidsky, byli označováni jako „podivíni“, společnost se jich bála a neohlížela se na jejich ochranu, práva, nadměrně je omezovala. Dvacáté století se stalo obdobím, kdy se začala prosazovat práva psychicky nemocných i lidský přístup a péče o ně. Pacienti s psychickou poruchou mají totiž úplně stejná práva jako osoby, které duševní poruchou netrpí (Petr, 2014), ale z důvodu své choroby je nedovedou obhajovat. Tito pacienti mají právo na soukromí, na práci, osobní vývoj, lidský kontakt s dalšími osobami, svobodné rozhodování o své osobě, právo na adekvátní životní standard, na akutní sociální služby, lékařskou péči, na materiální jistotu, poskytování důležitých informací a mají právo být akceptováni a uznáváni okolními lidmi (Orel, 2012). Jsou-li některá práva upírána obzvláště lidem s duševní poruchou, existuje velké riziko, že to vyvolá agresi a může to vést ke spouštěcímu podnětu jejich nemoci. V některých případech je nutné přistoupit během hospitalizace k fyzickému omezení, což představuje pro každou osobu velký zásah do svobody. Práva duševně nemocných klientů jsou vypsána v deklaraci práv a svobod (Slezáková et al., 2013). Tento dokument byl vydán roku 1948 jako odpor za surové a nelítostné jednání. Přístup k lidem s psychickou poruchou se stal humanističtější, laskavým a vnímavým. Současně tento dokument pojednává o nutnostech omezení nebo přímo zbavení práv duševně nemocných (Petr, 2014).

1.10.1 Hospitalizace pacienta bez souhlasu

Nedobrovolná hospitalizace znamená, že pacient nevyhledává sám odbornou péči. Lékaři mnohdy léčí proti vůli nemocného, kdy rozhodují za pacienta v jeho zájmu, ale také v zájmu jeho okolí (Petr, 2014). Společnost leckdy nerespektuje lidi s duševní poruchou a tendenčně je „odsouvá do ústraní“. V první polovině dvacátého století se někteří autoři domnívali, že k nedobrovolné hospitalizaci smí dojít ve dvou případech, a to z důvodu nebezpečí nebo na doporučení jiného lékaře. Toto doporučení nesmělo být starší než čtrnáct dní. Do dvou dnů po přijetí se musel informovat civilní soud. Ten do třiceti dnů stanovil vyšetření, které mělo určit, zda stále hospitalizovat, či nikoliv. Dále také soud určil alespoň dva znalce, ti se seznámili s důvody hospitalizace, anamnézou a vyšetřili nemocného. Následně komise učinila verdikt na základě výsledku znalce, primáře i klienta (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). V druhé polovině dvacátého století se rozhodovací pravomoc přesunula na národní výbor, ten řádně nezkoumal nedobrovolnou hospitalizaci a roku 1991 se pravomoc opět přesunula na soud. Pokud se dnes lékař rozhodne zadržet pacienta proti jeho vůli, musí tuto

skutečnost oznámit do jednoho dne od jeho přijetí. V České republice existují normy, které stanovují poskytnutí péče bez souhlasu pacienta. Mezi tyto normy patří například zákon o zdravotních službách, Úmluva o lidských právech a biomedicíně či Listina základních práv a svobod (Orel, 2012). Pokud je pacient přijat se souhlasem k hospitalizaci, ale následně je omezen ve volném pohybu, či došlo k omezení s vnějším světem, zdravotnické zařízení má povinnost oznámit tuto skutečnost soudu do dvaceti čtyř hodin. Dle zákona č. 372/2011 Sb. stanovil, že nelze nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou způsobilostí hospitalizovat bez souhlasu jejich zákonných zástupců, pokud jim bylo soudně uloženo léčení v podobě lůžkové péče. Trestní řád nebo občanský soudní řád nařizuje vyšetření izolovaným léčeným, pokud ohrožují sebe, své okolí, prokazují příznaky psychické nemoci nebo poruchou trpí, ba dokonce je pod vlivem návykové látky (Zákon č. 372/2011 Sb.). Nejde-li nebezpečí zabránit nebo zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas, pak pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům či pacienta, který nedovršil dospělosti, lze bez souhlasu zákonného zástupce hospitalizovat (Zákon č. 372/2011 Sb.). Pacientovi lze bez jeho souhlasu poskytnout neodkladnou péči v případě, kdy zdravotní stav neumožňuje souhlas vyslovit, nebo pokud by z důvodu jeho neléčení došlo k vážnému poškození zdraví pacienta. Poskytovatel je povinen o hospitalizaci informovat osobu určenou, některou z osob blízkých, osobu ze společné domácnosti nebo zákonného zástupce pacienta. Není-li žádný takový člověk nebo ho nelze zastihnout, informuje lékař Policii České republiky (Zákon č. 372/2011 Sb.). Hospitalizace pacienta se neoznamuje soudu, pokud byl souhlas vysloven do 24 hodin (Kyjovská, 2014).

2 Cíle práce

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Inventarizovat speciální ošetrovatelskou péči na akutních psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic.

Cíl 2: Zjistit průměrné časové hodnoty pro jednotlivé ošetrovatelské činnosti speciální ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic.

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

2.2 Výzkumná otázka

Výzkumná otázka 1: Jaký výkon se nejčastěji vykonává v oblasti speciální ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic?

2.3 Hypotézy

HA 1: Průměrné časové hodnoty pro jednotlivé ošetrovatelské činnosti speciální ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic se liší.

HA 2: Celková časová náročnost ošetrovatelské péče u vybraných srovnávaných skupin pacientů se liší.

3 Operacionalizace pojmů

Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče – „*Stanovení metody pro určení optimalizace pracovního času sester lůžkových oddělení vybraných klinických oborů*“ (Pochylá, 2003, s. 39).

Základní ošetrovatelská péče (ZOP) – „Základní ošetrovatelská péče má uvedeny časové hodnoty ve čtyřech kategoriích podle soběstačnosti pacientů, a to pro chirurgické obory, interní obory, obor gynekologie a porodnictví a psychiatrie vždy zvlášť“ (Pochylá, 2003). Jsou to tedy činnosti k uspokojování základních potřeb pacientů. Tato péče pro obor psychiatrie zahrnuje pohybovou schopnost, osobní hygienu, stravování, vylučování a stav psychiky a spolupráce. První kategorie obsahuje soběstačné pacienty, druhá obsahuje pacienty s částečnou pomocí, třetí jsou pacienti s podstatnou pomocí, čtvrtá kategorie jsou pacienti omezení na lůžku a pátou kategorií tvoří pacienti, u nichž je nutný trvalý dohled. Na akutních psychiatrických odděleních byli zaznamenáni pacienti, kteří patří do první a druhé kategorie. První kategorii na psychiatrickém oddělení autorka ohodnotila časovou náročností 10 minut na jednoho pacienta za 24 hodin a druhou kategorií časovou náročností 28 minut na jednoho pacienta za 24 hodin (Pochylá, 2003).

Speciální ošetrovatelská péče (SOP) – Speciální ošetrovatelská péče obsahuje činnosti ordinované lékařem a dělí se do čtyř skupin (Pochylá, 2003). První skupina je „*Podávání léků*“, druhá „*Sledování*“, třetí skupinu tvoří „*Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony*“ a čtvrtou skupinou jsou „*Jiné činnosti ve vztahu k nemocnému*“ (Pochylá, 2003).

Jednorázová denní hodnota (Tc) – Výkony nepodílející se přímo na péči o pacienta a jsou časově ohodnoceny. Do těchto činností se zařazují vizita, porada týmu, písemné předávání ošetrovatelské péče, zapracování nové sestry, předávání služby, předávání pacienta, jednání s rodinnými příslušníky, péče o pomůcky a přístroje a telefonické hovory. Činnosti autorka zhodnotila na 45 minut na jednoho pacienta za 24 hodin (Pochylá, 2003).

Celková ošetrovací doba (T) – Celková ošetrovací doba je celkový čas, který potřebujeme na ošetrovatelskou péči a rovná se součtu základní ošetrovací péče (TA),

speciální ošetrovatelské péče (T_B) a jednorázové denní hodnoty (T_C). K výpočtu celkové ošetrovací doby je vzorec: $T=T_A+T_B+T_C$ [min/24 hod] (Pochylá, 2003).

Ošetrovatelská péče – Činnosti zaměřené na udržení, podporu, navrácení zdraví a uspokojení biologických, psychických a sociálních potřeb (Vyhláška č. 391/2017 Sb., § 2).

Kvantitativní šetření – *„Kvantitativní výzkum zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací za předpokladu kontroly podmínek. Kvantitativní výzkum se řadí k „těžké vědě“ a má sklon zdůrazňovat dedukci, pravidla logiky a měřitelné atributy lidské zkušenosti. Kvantitativní výzkum pracuje se statistickými jednotkami, které řídí“* (Kutnohorská, 2009, s. 22).

Poruchy osobnosti a chování u dospělých – *„Tento oddíl zahrnuje rozmanitost stavů a vzorců chování klinického významu, které mají tendenci přetrvávat a objevují se jako vyjádření charakteristického životního stylu jedince a způsobu jeho vztahu k sobě i druhým. Některé z těchto stavů a vzorců chování se objevují časně v průběhu individuálního vývoje jako výsledek konstitucionálních faktorů a sociálních zkušeností, jiné se získávají později v životě“* (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů, 2018, s. 234).

Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy – *„Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasné vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv v průběhu doby se mohou vyvinout určité kognitivní defekty. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují: ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládání; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky. Průběh schizofrenických poruch je buď trvalý, nebo epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem, anebo může být jedna nebo více a tak s úplnou, nebo neúplnou remisí“* (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů, 2018, s. 204).

Afektivní poruchy – deprese – *„Nemocný má zhoršenou náladu, sníženou energii a aktivitu. Je narušen smysl pro zábavu, osobní zájmy a schopnost koncentrace. Po minimální námaze se objevuje únava. Je narušen spánek a je zhoršená chuť k jídlu.“*

Sebehodnocení a sebedůvěra jsou zhoršeny, pocity viny a beznaděje jsou přítomny i u lehkých případů. Zhoršená nálada se v časovém průběhu příliš nemění, nereaguje na okolní změny. Může být provázena tzv. „somatickými“ symptomy, jako je ztráta zájmů a pocitů uspokojení. Ranní probouzení je o několik hodin dříve před obvyklou hodinou. Deprese se horší nejvíce ráno“ (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů, 2018, s. 213).

4 Metodika

4.1 Použité metody:

Ke zpracování výzkumné části bakalářské práce bylo použito kvantitativní šetření. Výzkum byl prováděn ve všeobecné nemocnici v Jihočeském kraji na psychiatrickém oddělení. Před zahájením šetření byla oslovena hlavní sestra se žádostí o výzkum. Dále byla kontaktována vrchní sestra psychiatrického oddělení. K první výzkumné části byl použit zápisový arch k metodě sběru dat při přímém strukturovaném pozorování (Příloha 1). Výzkumné šetření bylo orientováno na speciální ošetrovatelskou péči klasifikovanou dle „*Metody kvantifikace ošetrovatelské péče a možnosti jejího využití při plánování počtu ošetrovatelského personálu*“ (Pochylá et al., 2003). Tato metoda kvantifikace vychází z „*Metody kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu*“ (Pochylá, Pochylý, 1999). Tato metoda se zaměřuje na kalkulaci ošetrovatelského personálu potřebného k uskutečnění práce na daném oddělení. Lze ji využít jak pro ošetrovací jednotky, tak pro každé oddělení. Inventarizovali jsme počet výkonů u 18 pacientů v průběhu denní dvanáctihodinové služby. Během první služby bylo zaregistrováno 20 výkonů, jež byly následně rozděleny do čtyř souborů. Prvním je „*Podávání léků*“, druhým „*Sledování*“, třetím „*Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony*“ a čtvrtým jsou „*Jiné činnosti*“. Ve speciální ošetrovatelské péči je součet 261 všech výkonů. Součet četností výkonů pro tabulku „*Podávání léků*“ je 75 (Tabulka 1), pro tabulku „*Sledování*“ je součet 60 výkonů (Tabulka 2), pro tabulku „*Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony*“ je součet 75 (Tabulka 3) a pro tabulku „*Jiné činnosti*“ je součet 51 výkonů (Tabulka 4). V každém z těchto čtyř souborů se stanovil nejfrekventovanější a nejméně frekventovaný výkon, u něhož se počítalo procentuální zastoupení, zaokrouhlené na celé číslo. Výzkumné šetření probíhalo v období června roku 2018. V programu Microsoft Excel 2010 byly zhotoveny tabulky a zpracovány výpočty.

K druhé části výzkumného šetření se použilo 20 výkonů. K časovému měření se využily stopky. Každý výkon byl změřen 20krát a následně zapsán do záznamového archu, který jsem si vytvořila v programu Microsoft Excel 2010 (Příloha 2). Z dvaceti naměřených hodnot se vyřadila nejvyšší i nejnižší hodnota, tím následně zbylo 18 hodnot, ze kterých se vytvořila průměrná časová hodnota a směrodatná odchylka se

zaokrouhlením na jedno desetinné místo. Každá ošetrovatelská činnost se měřila od přípravy přes provádění až po ukončení zapsáním do dokumentace.

Pro třetí část byly sledovány tři skupiny pacientů, z nichž každá zahrnovala 5 pacientů. První skupina byli pacienti s poruchou osobnosti, druhá skupina byla tvořena pacienty se schizofrenií a třetí skupina zahrnovala pacienty s depresí. U pacientů všech tří skupin byly sledovány výkony, které byly aplikovány během celého dne, tj. 24hodinové směny. Byla použita metoda přímého strukturovaného pozorování a analýzy zdravotnické dokumentace. Sledovali jsme všeobecné sestry a sestry se specializovanou způsobilostí, vykonávající ošetrovatelské výkony. Ty byly následně zapisovány do záznamového archu, vytvořeném v programu Microsoft Excel 2010 (Příloha 3). Dále byla určena časová náročnost speciální ošetrovatelské péče na jednoho pacienta, jež byla vytyčena vynásobením četnosti u jednotlivých výkonů průměrnou časovou hodnotou, která byla před tím zjištěna. Stanovená časová náročnost na jednoho pacienta speciální ošetrovatelské péče se následně sečetla se základní ošetrovatelskou péčí a jednorázovou denní hodnotou dle Pochylé (2003). Výsledkem je celková ošetrovací doba na jednoho pacienta. Statistické vyhodnocení výsledků bylo provedeno v programu Microsoft Excel. Pro srovnání průměrů byla využita analýza rozptylu ANOVA. Zvolená hladina významnosti byla 5 %.

4.2 Výzkumný soubor

Výzkumná část byla prováděna ve všeobecné nemocnici na psychiatrickém oddělení v Jihočeském kraji. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry a sestry se specializovanou způsobilostí pracující na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. V první části výzkumu bylo zaznamenáno 20 výkonů u 18 pacientů. Druhá část byla složena z 20 výkonů, z nichž každý byl změřen 20krát. Třetí část byla tvořena ze tří skupin pacientů, z nichž každá obsahovala 5 pacientů. První skupinu tvořili pacienti s poruchou osobnosti, druhou pacienti se schizofrenií a třetí skupina byli pacienti s depresí.

5 Výsledky

5.1 Inventarizace výkonů

Tabulka 1 Stanovení četnosti výkonů v kategorii „Podávání léků“

Inventarizace výkonů „Podávání léků“	Četnost	Podíl	
		za kategorii	z celku
Podávání léků per os	54	72 %	21 %
Zevní místní léčení	15	20 %	6 %
Sledování a ukončení infuzí	4	5 %	2 %
Aplikace infuzí	2	3 %	1 %
Aplikace injekcí s.c.	0	0 %	0 %
Aplikace injekcí i.m.	0	0 %	0 %
Aplikace injekcí i.v.	0	0 %	0 %
Celkem výkonů v kategorii	75	100 %	29 %
Maximum - podávání léků per os	54	72 %	21 %
Minimum - aplikace injekcí s.c.	0	0 %	0 %
- aplikace injekcí i.m.	0	0 %	0 %
- aplikace injekcí i.v.	0	0 %	0 %
Celkem všech výkonů	261		100 %

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

V tabulce 1 jsou uvedeny pozorované četnosti výkonů prováděných na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. Tyto výkony spadají do speciální ošetrovatelské péče. Celkem bylo provedeno 261 výkonů (100 % z celku) a celkem bylo v této kategorii provedeno 75 výkonů (29 % z celku). V kategorii „Podávání léků“ bylo zaznamenáno 54krát (72 % z kategorie, 21 % z celkového počtu) podání léků per os, 15krát (20 % z kategorie, 6 % z celkového počtu) zevní místní léčení a 4krát (5 % z kategorie, 2 % z celkového počtu) sledování a ukončení infuzí. Aplikace infuzí byla vykonána 2krát (3 % z kategorie, 1 % z celkového počtu). Aplikace injekcí s. c., i. m. a i. v. způsobem bylo vykonáno 0krát (0 % z kategorie, 0 % z celkového počtu).

Tabulka 2 Stanovení četnosti výkonů v kategorii „Sledování“

Inventarizace výkonů „Sledování “	Četnost	Podíl	
		za kategorií	z celku
Sledování příjmu tekutin	26	43 %	10 %
Sledování tlaku	15	25 %	6 %
Sledová pulzu	15	25 %	6 %
Sledování dechu	4	7 %	2 %
Celkem výkonů v kategorii	60	100 %	23 %
Maximum - příjem tekutin	26	43 %	10 %
Minimum - sledování dechu	4	7 %	2 %
Celkem všech výkonů	261		100 %

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

V tabulce 2 jsou uvedeny pozorované četnosti výkonů spadajících do speciální ošetrovatelské péče. Z celkového počtu všech 261 výkonů (100 % z celku) bylo v kategorii „Sledování“ provedeno 60 výkonů (23 %). V této kategorii bylo zaznamenáno 26krát (43 % z kategorie, 10 % z celku) sledování příjmu tekutin, 15krát (25 % z kategorie, 6 % z celku) sledování tlaku a sledování pulzu. Nejméně frekventovaný výkon představovalo sledování dechu 4krát (7 % z kategorie, 2 % z celku).

Tabulka 3 Stanovení četnosti výkonů v kategorii „Speciální ošetřovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony“

Inventarizace výkonů „Speciální ošetřovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony“	Četnost	Podíl	
		za kategorií	z celku
Psychická podpora	36	48 %	14 %
Edukace	18	24 %	7 %
Ošetření dutiny ústní	11	15 %	4 %
Péče o ránu, převaz	4	5 %	2 %
Zavedení PŽK	3	4 %	1 %
Asistence při vyšetření	3	4 %	1 %
Celkem výkonů v kategorii	75	100 %	29 %
Maximum – psychická podpora	36	48 %	14 %
Minimum – zavedení PŽK	3	4 %	1 %
– asistence při vyšetření	3	4 %	1 %
Celkem všech výkonů	261		100 %

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

V tabulce 3 jsou uvedeny pozorované četnosti výkonů spadajících do speciální ošetřovatelské péče. Z celkového počtu všech 261 výkonů (100 % z celku) bylo v kategorii „Speciální ošetřovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony“ prováděno 75 výkonů (29 % z celku). V této kategorii byla zaznamenána 36krát (48 % z kategorie, 14 % z celku) psychická podpora, 18krát (24 % z kategorie, 7 % z celku) edukace pacienta a 11krát (15 % z kategorie, 4 % z celku) ošetření dutiny ústní. Výkon péče o ránu, převaz byl zaznamenán 4krát (5 % z kategorie, 2 % z celku). Nejméně frekventované výkony zavedení PŽK a asistence při vyšetření byly zaznamenány 3krát (4 % z kategorie, 1 % z celku).

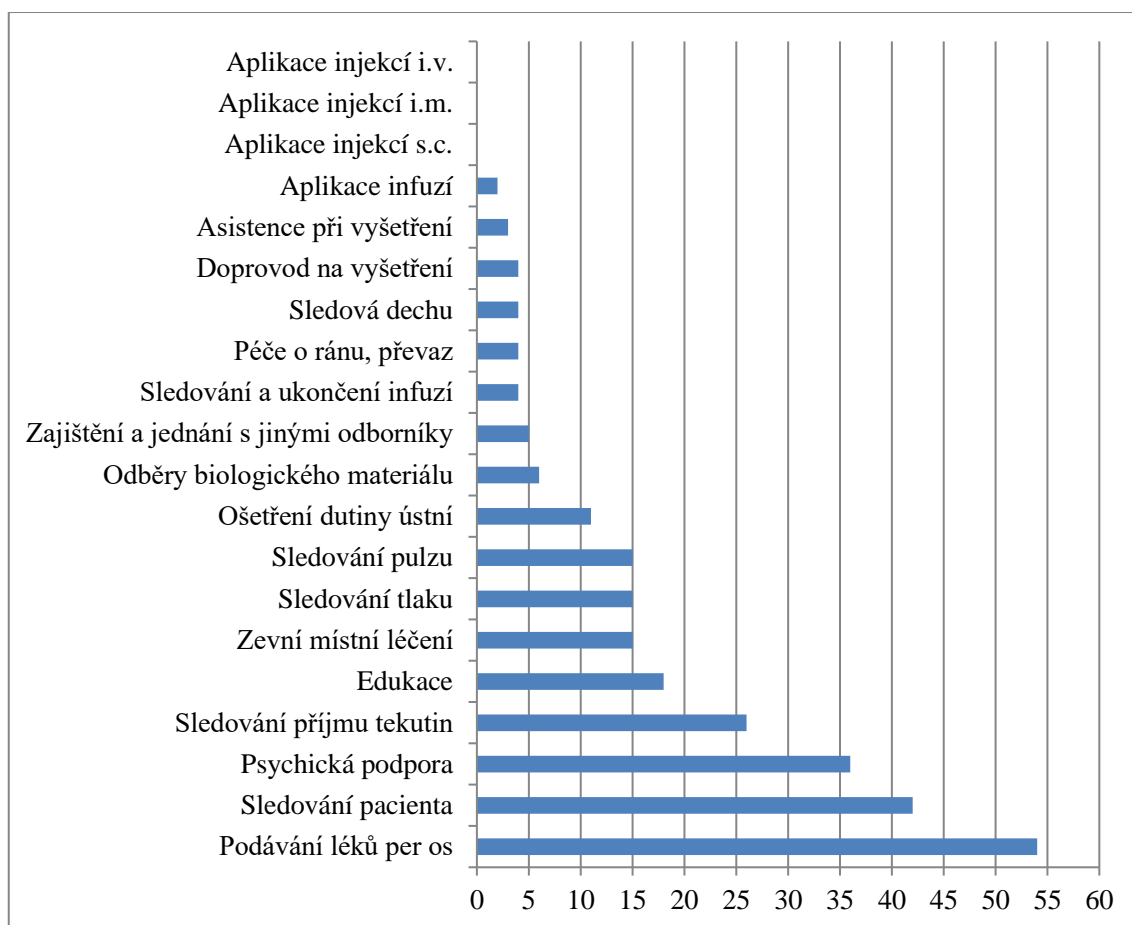
Tabulka 4 Stanovení četnosti výkonů v kategorii „Jiné činnosti“

Inventarizace výkonů „Jiné činnosti“	Četnost	Podíl	
		za kategorií	z celku
Doprovod na vyšetření	4	8 %	2 %
Sledování pacienta	42	82 %	16 %
Zajištění a jednání s jinými odborníky	5	10 %	2 %
Celkem výkonů v kategorii	51	100 %	20 %
Maximum - sledování pacienta	42	82 %	16 %
Minimum - doprovod na vyšetření	4	8 %	2 %
Celkem všech výkonů	261		100 %

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

V tabulce 2 jsou uvedeny pozorované četnosti výkonů spadajících do speciální ošetrovatelské péče. Z celkového počtu všech 261 výkonů (100 % z celku) bylo v kategorii „Jiné činnosti“ prováděno celkem 51 výkonů (20 % z celku). V této kategorii bylo zaznamenáno 42krát (82 % z kategorie, 16 % z celku) sledování pacienta a 5krát (10 % z kategorie, 2 % z celku) zajištění a jednání s jinými odborníky. Nejméně frekventovaný výkon byl doprovod na vyšetření zaznamenán 4krát (8 % z kategorie, 2 % z celku).

Obrázek 1 Srovnání četností u speciálních ošetrovatelských výkonů



Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Po zachycení výsledků v tabulkách byl vytvořen graf, který lépe znázorňuje četnost všech jednotlivých výkonů speciální ošetrovatelské péče a tím napomáhá k zodpovězení výzkumné otázky. Nejvíce frekventovaným výkonem bylo podávání léků per os (54krát), naopak nejméně frekventovaná byla aplikace injekcí s. c., i. m. a i. v. způsobem (0krát).

5.2 Vyhodnocení časové náročnosti ošetrovatelských výkonů

Prováděné výkony byly naměřeny na akutním psychiatrickém oddělení ve všeobecné nemocnici. Každý výkon byl změřen 20krát. Po vyškrtnutí nejvyšší a nejnižší hodnoty se výsledky měření u jednotlivých výkonů zprůměrovaly a stanovila se směrodatná odchylka.

Tabulka 5 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů v kategorii „Podávání léků“

Časová náročnost v kategorii „Podávání léků“	min			
	Průměr	Max.	Min.	Směrodatná odchylka
Podávání léků per os	1,43	2,10	1,02	0,30
Aplikace injekcí s. c.	1,89	2,58	1,59	0,28
Aplikace injekcí i. m.	3,77	4,55	3,11	0,43
Aplikace injekcí i. v.	12,68	16,48	9,59	2,04
Zevní místní léčení	3,71	4,61	2,83	0,48
Aplikace infuzí	14,11	16,42	11,62	1,51
Sledování a ukončení infuzí	2,48	6,11	1,56	0,53

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

V tabulce 5 jsou uvedeny průměrné časové hodnoty, maximální a minimální naměřené hodnoty a u každého výkonu byla stanovena i směrodatná odchylka. Výkon podání léků per os měl průměrnou hodnotu 1,43 min, maximální hodnota (Max.) z naměřených hodnot byla 2,1 min, minimální hodnota (Min.) z naměřených hodnot byla 1,02 minut a směrodatná odchylka byla 0,30 min. Aplikace injekcí s. c. způsobem trvala průměrně 1,89 min, maximální hodnota byla 2,58 min, minimální hodnota byla 1,59 min a směrodatná odchylka 0,28 min. Aplikace injekcí i. m. způsobem měla průměrnou hodnotu 3,77 min, max. hodnotu měla 4,55 min, min. hodnotu měla 3,11 min a směrodatná odchylka byla 0,43 min. Aplikace injekcí i. v. způsobem trvala průměrně 12,68 min, max. hodnota byla 16,48 min, min. hodnota byla 9,59 min a směrodatná odchylka byla 2,04 min. Zevní místní léčení průměrně trvalo 3,71 min, maximální hodnota byla 4,61 min, minimální hodnota 2,83 min a směrodatná hodnota byla 0,48 min. Aplikace infuzí měla průměrnou hodnotu 14,11 min, max. hodnotu měla 16,42 min, min. hodnotu měla 11,62 min a směrodatnou odchylku 1,51 min. Výkon sledování a ukončení infuzí průměrně trval 2,48 min, maximální hodnota byla 6,11 min, minimální hodnota byla 1,56 min a směrodatná odchylka 0,53 min.

Tabulka 6 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů v kategorii „Sledování“

Časová náročnost v kategorii „Sledování“	min			
	Průměr	Max.	Min.	Směrodatná odchylka
Sledování tlaku	5,73	8,33	3,51	1,18
Sledování pulzu	2,41	4,84	1,22	1,11
Sledová dechu	2,99	4,72	1,37	1,13
Sledování příjmu tekutin	8,16	10,45	6,13	1,38

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

V tabulce 6 měl výkon sledování tlaku průměrnou hodnotu 5,73 min, maximální hodnotu 8,33 min, minimální hodnotu měl 3,51 min a směrodatnou odchylku 1,18 min. Sledování pulzu průměrně trvalo 2,41 min, maximální hodnota byla 4,84 min, minimální hodnota byla 1,22 minuta a směrodatná odchylka 1,11 min. Výkon sledování dechu průměrně trval 2,99 min, maximální hodnota byla 4,72 min, minimální hodnota 1,37 min a směrodatná odchylka byla 1,13 min. Sledování příjmu tekutin průměrně trvalo 8,16 min, max. hodnota byla 10,45 min, min. hodnota byla 6,13 min a směrodatná odchylka 1,38 min.

Tabulka 7 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů v kategorii „Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony“

Časová náročnost v kategorii „Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony“	min			
	Průměr	Max.	Min.	Směrodatná odchylka
Ošetření dutiny ústní	2,82	4,36	1,99	1,26
Péče o ránu, převaz	20,81	27,11	10,74	4,56
Zavedení PŽK	13,16	16,12	11,03	1,55
Asistence při vyšetření	7,94	11,52	4,84	1,99
Edukace	2,90	4,21	1,72	1,28
Psychická podpora	21,14	31,14	10,33	6,01

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

V této kategorii měl výkon ošetření dutiny ústní průměrnou hodnotu 2,82 min, maximální hodnota byla 4,36 min, minimální hodnota byla 1,99 min a směrodatná odchylka 1,26 min. Péče o ránu, převaz měly průměrnou hodnotu 20,81 min, max.

hodnota byla 27,11 min, min. hodnota 10,74 min a směrodatná odchylka byla 4,56 min. Průměrná hodnota u výkonu zavedení PŽK byla 13,16 min, maximální hodnota 16,12 min, minimální hodnota byla 11,03 min a směrodatná odchylka 1,55 min. Asistence při vyšetření měla průměrnou hodnotu 7,94 min, maximální hodnotu 11,52 min, minimální hodnotu 4,84 min a směrodatná odchylka byla 1,99 min. Výkon edukace měl průměrnou hodnotu 2,90 min, max. hodnotu 4,21 min, min. hodnotu měl 1,72 min a směrodatnou odchylku 1,28 min. Psychická podpora trvala průměrně 21,14 min, max. hodnota byla 31,14 min, min. hodnota byla 10,33 min a směrodatná odchylka 6,01 min.

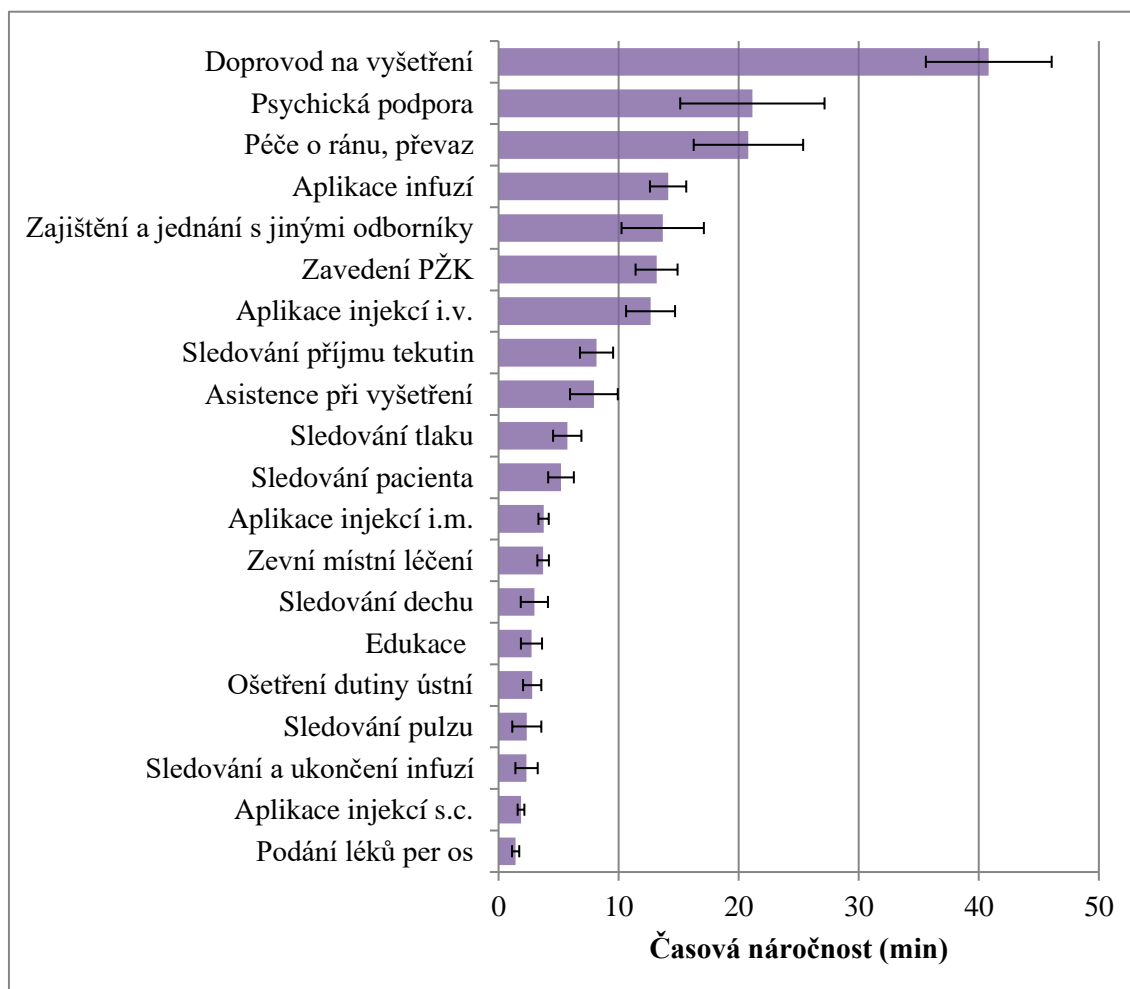
Tabulka 8 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů v kategorii „Jiné činnosti“

Časová náročnost v kategorii „Jiné činnosti“	min			
	Průměr	Max.	Min.	Směrodatná odchylka
Doprovod na vyšetření	40,78	50,73	30,35	5,24
Sledování pacienta	5,22	7,11	3,78	1,07
Zajištění a jednání s jinými odborníky	13,80	20,76	9,37	3,43

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

V tabulce 8 měl výkon doprovod na vyšetření průměrnou hodnotu 40,78 min, max. hodnotu 50,73 min, min. hodnotu měl 30,35 min a směrodatnou odchylku 5,24 min. Výkon sledování pacienta měl průměrnou hodnotu 5,22 min, maximální hodnotu 7,11 min, minimální hodnotu měl 3,78 min a směrodatnou odchylku měl 1,07 min. U výkonu zajištění a jednání s jinými odborníky byla průměrná hodnota 13,80 min, max. hodnota 20,76 min, min hodnota byla 9,37 min a směrodatná odchylka 3,43 min.

Obrázek 2 Průměrná časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů



Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Po stanovení průměrných hodnot v tabulkách byl vytvořen graf, který znázorňuje seřazenou průměrnou časovou náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů s chybovou úsečnou, která značí směrodatné odchylky. Nejdelší stanovená průměrná hodnota je u výkonu doprovod na vyšetření (40,78 min). Nejkratší průměrná hodnota je stanovena u výkonu podání léku per os (1,43 min).

5.3 Časová náročnost u vybraných skupin pacientek

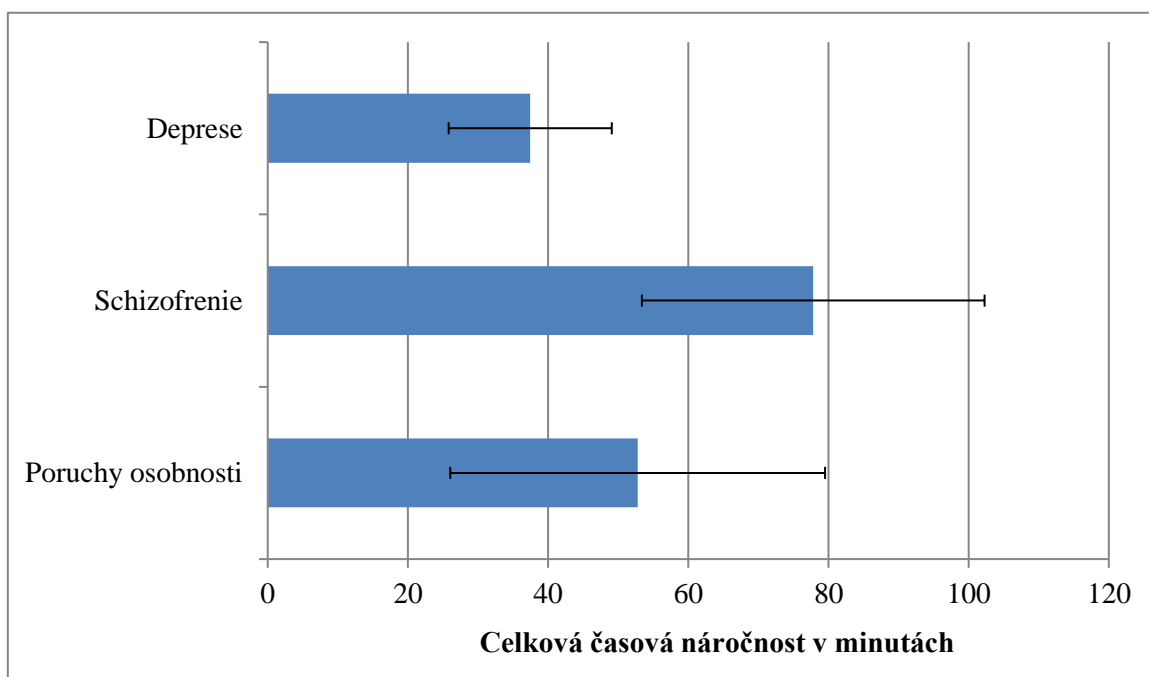
Tabulka 9 Časová náročnost u vybraných skupin pacientů

Pacient	Celková časová náročnost – min/24 hod.		
	Poruchy osobnosti	Schizofrenie	Deprese
P/K 1	15,65	40,55	50,41
P/K 2	55,32	105,31	36,39
P/K 3	70,24	90,96	48,22
P/K 4	38,74	82,14	26,35
P/K 5	83,96	70,31	25,97
Průměr	52,78	77,83	37,45
Směrodatná odchylka	26,7	24,4	11,6

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

V tabulce 9 jsou uvedeny hodnoty u pacientů s poruchou osobnosti, se schizofrenií a u pacientů s depresí na akutním psychiatrickém oddělení ve všeobecné nemocnici. Každá jednotlivá skupina se skládá z pěti pacientů. Sledovala se speciální ošetrovatelská péče za 24 hodin, poté se vypočítala celková ošetrovací doba dle Pochylé (2003) a následně se stanovovala jejich průměrná hodnota se směrodatnou odchylkou. Pacient 1 s poruchou osobnosti měl celkovou ošetrovací náročnost 15,65 min/24 hod, pacient 2 měl 55,32 min/24 hod, pacient 3 měl 70,24 min/24 hod, pacient 4 měl 38,74 min/24 hod a pacient 5 měl 83,96 min/24 hod. Průměrná celková časová hodnota za 24 hodin u pacientů s poruchou osobnosti byla 52,78 minut za 24 hodin a směrodatná odchylka této skupiny byla 26,7 minut. Pacient 1 se schizofrenií měl celkovou ošetrovací náročnost 40,55 min/24 hod, pacient dva 105,31 min/24 hod, pacient tři 90,96 min/24 hod, pacient čtyři 82,14 min/24 hod a pacient pět měl 70,31 min/24 hod. Průměrná celková časová hodnota za 24 hodin u pacientů se schizofrenií byla 77,83 minut za 24 hodin a směrodatná odchylka této skupiny byla 24,4 minut. Pacient 1 s depresí měl celkovou ošetrovací náročnost 50,41 min/24 hod, pacient dva 36,39 min/24 hod, pacient tři 48,22 min/24 hod, pacient čtyři 26,35 min/24 hod a pacient pět měl 25,97 min/24 hod. Průměrná celková časová hodnota za 24 hodin u pacientů s depresí byla 37,45 min za 24 hodin a směrodatná odchylka této skupiny byla 11,6 minut.

Obrázek 3 Celková časová náročnost u vybraných skupin pacientů za 24 hodin



Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Po stanovení průměrných hodnot v tabulkách byl vytvořen graf 3, který znázorňuje celkovou průměrnou časovou náročnost u vybraných skupin pacientů s chybovou úsečnou, která značí směrodatné odchylky. Nejdělsí celková časová náročnost byla stanovena u pacientů se schizofrenií (77,83 min/24 hod). U pacientů s poruchou osobnosti byla celková časová náročnost 52,78 min/24 hod. Nejkratší celková časová náročnost byla stanovena u pacientů s depresí (37,45 min/24 hod).

5.4 Statistické vyhodnocení hypotéz

Tabulka 10 pomocí analýzy rozptylu „ANOVA“ zobrazuje výsledek časové náročnosti sledovaných výkonů.

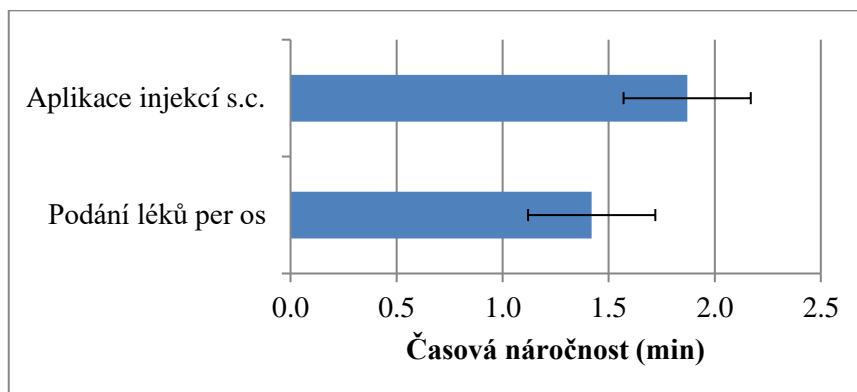
Tabulka 10 Analýza rozptylu (ANOVA) – časová náročnost sledovaných výkonů

Rozptyl	SS	DF	MS	F	Dosažená hladina významnosti (P)
Meziskupinový	35242	19	1855	309,8	<0,1%
Vnitroskupinový	2275	380	5,99		
Celkem	37517	399			

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Protože je dosažená hladina významnosti p menší než 5 %, rozdíl v časové náročnosti srovnávaných výkonů je statisticky významný. Tím zamítáme nulovou hypotézu a platí alternativní hypotéza, časová náročnost se u srovnávaných výkonů liší.

Obrázek 4 Průměrná časová náročnost dvou nejkratších výkonů



Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Graf 4 zobrazuje dva nejkratší výkony, a to podávání léků per os (1,43 minut) a aplikaci injekcí s. c. způsobem (1,89 minut). Rozdíl dvou nejkratších výkonů byl porovnán dvouvýběrovým T testem. Protože je dosažená hladina významnosti p (0,002 %) menší než 5 %, rozdíl v časové náročnosti dvou srovnávaných výkonů je statisticky významný. Tím platí, že průměrná časová náročnost se liší.

Tabulka 11 Analýza rozptylu (ANOVA) – celková časová náročnost u vybraných skupin pacientů

Rozptyl	<i>SS</i>	<i>DF</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	Dosažená hladina významnosti (<i>P</i>)
Meziskupinový	1,15	2	0,58	4,30	3,9 %
Vnitroskupinový	1,61	12	0,13		
Celkem	2,76	14			

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Tabulka 11 pomocí analýzy rozptylu „ANOVA“ zobrazuje srovnání celkové časové náročnosti ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientů. Protože je dosažená hladina významnosti p menší než 5 %, rozdíl v časové náročnosti je statisticky

významný. Tím zamítáme nulovou hypotézu a platí alternativní hypotéza, celková časová náročnost ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientů se liší.

6 Diskuze

Bakalářská práce se týká problematiky stanovení časové náročnosti ošetrovatelské péče na akutním psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. Cílem bakalářské práce bylo inventarizovat speciální ošetrovatelskou péči na akutním psychiatrickém oddělení, stanovit průměrné časové hodnoty pro jednotlivé ošetrovatelské činnosti speciální ošetrovatelské péče a určit celkové časové hodnoty u vybraných skupin pacientů. Léčení na tomto oddělení přetrvává maximálně třicet dní a jeho úkolem je zvládnutí akutních projevů onemocnění (ÚZIS, 2015). Dle Haiklové (2016) je práce na psychiatrickém oddělení velice náročná a vyžaduje diferentní postoj k duševně nemocným lidem. Roku 2003 byla vydána rigorózní práce na téma „*Metodika kvantifikace ošetrovatelské péče a možnosti jejího využití při plánování počtu ošetrovatelského personálu*“ (Pochylá, 2003), z níž byla částečně použita metodika pro výzkumnou část této bakalářské práce. Prvním cílem bylo provést inventarizaci speciální ošetrovatelské péče, která proběhla na akutním psychiatrickém oddělení ve vybrané všeobecné nemocnici. Výkony byly sledovány u 18 pacientů během denní dvanáctihodinové směny. Výzkumným souborem byly všeobecné sestry a sestry se specializovanou způsobilostí pracující na psychiatrickém oddělení. Stanovoval se nejčastější výkon aplikovaný na akutním psychiatrickém oddělení. Na oddělení bylo inventarizováno 20 výkonů.

Na rozdíl od Pochylé (2003) nebyly zaznamenány úkony aplikace léku sondou, asistence při podání krevních derivátů, péče o stomii, zavedení či výměna sondy a punkce. Dle výzkumného šetření lze říci, že pacienti se sondou, stomií či pacienti s nutností podávání krevních derivátů se na oddělení akutní psychiatrie nevyskytují nebo pouze výjimečně. Výkony byly zaznamenány do záznamového archu (Příloha 1). Celkový součet četnosti speciálních ošetrovatelských výkonů u 18 pacientů za dvanáctihodinovou směnu byl 261, což je 100 %. Součet četnosti pouze u „*Podávání léků*“ byl 75, což znamená 29 % z celkového součtu (Tabulka 1). Další součet četností pouze u výkonů zařazených ve skupině „*Sledování*“ byl 60 (23 %) (Tabulka 2). Součet četnosti u „*Speciálních ošetrovatelských a diagnosticko-terapeutických výkonů*“ byl 75 (29 %) (Tabulka 3). Součet četnosti u „*Jiné činnosti*“ byl 51 (20 %) (Tabulka 4). Ze znázorněné tabulky (Tabulka 1) je patrné, že z celkového počtu měl nejvyšší četnost výkon „*Podávání léků per os*“ neboli podávání léků ústy 54krát, čímž jsme odpověděli

na výzkumnou otázku: Jaký výkon se v oblasti speciální ošetrovatelské péče nejčastěji vykonává na akutních psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic? Pro aplikaci léků per os musí mít každá sestra potřebné informace o daném pacientovi. „Výkon má svá specifika, protože na zdárném průběhu léčby se nepodílí pouze způsob aplikace (ústy, sublingválně), ale také schopnost lék dobře a bez komplikací polknout, udržet v zažívacím traktu a vstřebat“ (Vytejková, Sedlářová, 2015, s. 25). Chocholoušová (2008) uvádí, že podání léky ústy je metoda pohodlná, laciná i bezpečná, která nenarušuje kožní integritu. Dále tvrdí, že nevýhodami aplikace medikace per os jsou možné nevolnosti, zvracení, dráždění sliznice zažívacího traktu nebo může dojít k aspiraci. Dle mého názoru, pokud se zvolí vhodný lék nebo se přijde na nežádoucí účinky (po kterých se zvolí jiná medikace), výhody léčiv podávané per os převyšují nevýhody. Sestra před podáním léků pacienta adekvátně informuje, poučuje, připraví a zkontroluje medikaci i pomůcky.

Podávání léků na psychiatrii má svá specifika. Specifická je kontrola užití léků, kdy sestra ověřuje požití medikace. Dle Běhounka (2014) se na psychiatrických odděleních i v psychiatrických nemocnicích ověřila metoda přímé kontroly při polykání. Dalšími specifiky je edukace pacienta sestrou, sledování nežádoucích účinků a fakultativní aplikace léku. Edukace sestrou při užívání medikace spočívá ve vhodném způsobu, nutné je vysvětlit důležitost užívání léků, důsledky jejich vysazení, postupy, které zmírňují nežádoucí účinky, a motivovat ke změně nadměrného očekávání. Dále fakultativní podání, kdy sestra aplikuje léčivo v případě, kdy je k tomu určeno, a následně popíše důvod podání, nebo při nepodání ordinovaného léku, například při velkém útlumu. Dalším specifikem je nutné sledování nežádoucích účinků léků. Nejméně frekventovaný výkon byl aplikace injekcí s. c. (pod kůží), aplikace i. m. (do svalu) a aplikace injekcí i. v. (do žíly), které se inventarizovaly 0krát (Tabulka 1). Nástupy účinků jsou rychlejší, ale pro pacienty stresující. U aplikace s. c. způsobem se aplikuje nedráždivý lék. Adekvátním místem je oblast břicha, zevní strany paží i steh a hýždě v oblasti musculus gluteus medius. Rozsypalová et al. (2009) udává jako možné komplikace například infikování místa vpichu, při špatné technice či opomenutí aspirace je možná chybná aplikace do žíly, zbytnění pojivové tkáně či kůže. Způsobem i. m. se aplikují např. depotní medikace (Motlová, 2011). Nonadherence je častou příčinou relapsu a nepříznivého průběhu psychotického onemocnění. Prevence relapsu schizofrenie zůstává velkou výzvou v psychiatrii. Zlepšení v této oblasti příznivě

ovlivní morbiditu, mortalitu a kvalitu života a sníží přímé a nepřímé náklady na léčbu schizofrenie. Depotní antipsychotika mohou zajistit významně nižší počet relapsů a rehospitalizací (Češková, 2013). Jako možnou komplikaci u aplikace i. m. udává Rozsypalová et al. (2010) například možnou infekci místa vpichu, nabodnutí cévy, nervu, nebo dokonce kosti. Během svých praxí na různých odděleních jsem se nesetkala s žádnou komplikací i. m. podaných léčiv. Dle Chocholoušové (2008) se léky i. v. aplikují pouze v podobě vodných roztoků. Emulze, suspenze či olejové látky jsou kontraindikací. Rozsypalová et al. (2009) udávají jako možnou komplikaci zánět žíly i místa vpichu, dále propíchnutí žíly či vstříknutí vzduchu do dané cévy. Sice je hodně komplikací při aplikaci léčiva do žíly, ale chceme-li docílit velmi rychlého účinku daného léku, je dle Jirkovského (2012) aplikace i. v. vhodný způsob. Ve všech případech je nezbytná znalost sestry o podaných lécích, následná řádná edukace pacienta a ujištění se, zda porozuměl informacím. Inventarizované výkony speciální ošetrovatelské péče přehledně znázorňuje graf (Obrázek 1).

Dalším cílem bakalářské práce bylo zjistit průměrné časové hodnoty jednotlivých ošetrovatelských výkonů speciální ošetrovatelské péče. Časové náměry se stanovovaly u dvaceti speciálních ošetrovatelských výkonů, kde každý tento jednotlivý výkon byl změřen 20krát. Některé tyto činnosti byly měřeny digitálními stopkami či hodinkami s vteřinovou ručičkou. Stopování pomocí digitálních stopek bylo dle mého názoru přesnější, proto jsem preferovala měření tímto způsobem. Sledování výkonů a jejich měření probíhalo od přípravy přes provedení po ukončení až zaznamenání do dokumentace. Všechny údaje byly zaznamenány do záznamového archu (Příloha 2). Po zjištění, zpracování a vypočítání dvaceti naměřených hodnot se vyškrtla nejdelší a nejkratší naměřená hodnota. Což znamená, že bylo tedy zpracováno osmnáct časových hodnot u každého výkonu, z kterých se zhotovil průměr. V kategorii „*Podávání léků*“ měl výkon „*Podání léku per os*“ průměrnou časovou hodnotu 1,43 minut, výkon „*Aplikace léku s. c.*“ způsobem měl průměrnou časovou hodnotu 1,89 minut. Dalšími aplikacemi léku bylo i. m. způsobem (3,77 minut) a i. v. způsob průměrně měřil 12,68 minut. Dalším výkonem v kategorii „*Podávání léků*“ byl výkon „*Aplikace infuzí*“. Průměrná časová hodnota tohoto výkonu je 14,11 minut. Výkon „*Sledování a ukončení infuzí*“ měl průměrnou časovou náročnost 2,48 minut (Tabulka 5). Do naměřeného času se započítával čas, který sestra strávila při přípravě infuze. Před aplikací se informuje pacient o důvodu podání, možných komplikacích a lécích

připravených v infuzní lahvi. Po podání sestra chodí kontrolovat nemocného, místo vpichu a zda bez problémů kape infuze v kapkové komůrce. Dle Vytejškové (2015) může nastat mnoho komplikací, například alergická reakce, prosakování projevující se otokem a bolestivostí, jako další komplikace uvádí flebitidu, sepsi, oběhovou reakci a vzduchovou embolii. V následující kategorii „*Sledování*“ je nejkratší výkon „*Sledování pulzu*“, jehož průměrná hodnota jsou 2,41 minut. Čas přikládáme buď k měření celé minuty, nebo u agresivních pacientů je možnost měřit půl minuty a danou hodnotu vynásobit dvěma. Před měřením se opět musí informovat pacient o výkonu. Nejdelší výkon v této kategorii představuje „*Sledování příjmu tekutin*“, jehož průměrná hodnota je 8,16 minut (Tabulka 6). Tuto činnost si pacienti měří a zapisují během dne sami, sestry chodí kontrolovat množství.

Někteří klienti jsou kontrolováni i během snídaně či edukováni o vypitém množství během dne a následně motivováni k větší četnosti pití a o vhodných tekutinách. Je nutné sledovat příjem a výdej tekutin u pacientů, kteří jsou léčeni lithiem, protože při nedostatečném příjmu se může zvýšit hladina lithia s toxickými projevy (Běhounek, 2014). Dle Vytejškové et al. (2011) pije velké procento lidí nedostatek tekutin nebo nevhodné tekutiny, proto je velmi důležité sledovat a motivovat pacienty k pitnému režimu a připomínat, že je vhodnější pít menší množství během celého dne, nežli nárazově velké objemy tekutin. Například u pacientů s depresí je velmi důležité sledovat příjem i výdej tekutin, jelikož každý psychický zvrát může vést k somatickému onemocnění (Akrmannová, Marková, 2014). S názorem dle Vytejškové et al. (2011) se také shodují. Z kategorie „*Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony*“ (Tabulka 7) je nejdelší časová náročnost u výkonu „*Psychická podpora*“, jehož hodnota činí 21,14 minut. Tuto délku přikládáme dostatečnému věnování se pacientovi, zodpovězení jeho otázek, motivaci ke komunikaci a důvěře, projevení empatie a vybízení ke spolupráci. Moreno-Poyato (2017) tvrdí, že sestry pracující na psychiatrickém oddělení si jsou vědomy důležitosti vztahu v průběhu léčby. Druhým nejdelším výkonem je „*Péče o ránu, převaz*“, trávající 20,81 minut. Tuto činnost vykonáváme u ležícího pacienta na pokoji bez přítomnosti dalších pacientů nebo ve vyšetřovací místnosti, kde již máme připravené všechny potřebné pomůcky, jako jsou třeba nůžky, dezinfekce, tamponky, dřevěnou lžičku k nanášení pastí, mastí či krému, rukavice, emitní misku a jsou-li pasta, mast či krém velmi aromatické nebo je-li možná aspirace bakterií z rány, připravíme si i roušku k vlastní ochraně. Po příchodu pacienta

na vyšetřovací místnost ho informujeme o výkonu i o každém jednotlivém kroku, který nastane, o projevech a hojení rány. Třetím nejdelším výkonem bylo „Zavedení PŽK“, jehož průměrná časová hodnota činila 13,16 minut. Rozsypalová et al. (2009) uvádí dva druhy zavedení PŽK. První typ je otevřený, běžně používaný a druhým typem je uzavřený způsob zavedení určený pro infekční pacienty nebo pacienty v urgentním stavu. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že jsem se spíše setkala s otevřeným způsobem. I tento výkon má své možné komplikace, jako jsou třeba otok, bolestivost, hematoma, zarudnutí, zánět žil či vzduchová embolie. Nejkratším výkonem v této kategorii je „Edukace pacienta“, jejíž průměrná hodnota jsou 2,90 minut. Edukace pacienta je nezbytnou součástí každého výkonu, proto bychom dle mého uvážení neměli na tento výkon v žádném případě zapomínat. Edukace proběhne před podáním léčiva, o každém zákroku, při příjmu pacienta a jiných událostech. Pokud bychom hodnotili rozdíl mezi nejdelším výkonem v této kategorii, což je „Psychická podpora“, a nejkratším výkonem, kterým je „Edukace pacienta“, došli bychom k názoru, že u psychické podpory si vymezíme na pacienta mnohem více času, abychom ho vyslechli, zodpověděli mu všechny jeho otázky, aby se mohl s námi podělit o své strasti a obavy a z této činnosti odhadneme nynější stav klienta a co právě pociťuje. Naopak u edukace pacienta informujeme o rizicích, komplikacích, jiných možnostech, například léčby a jiných výkonů. Tento výkon nezabere příliš mnoho času. Poslední kategorií jsou „Jiné činnosti“, kam spadá „Zajištění a jednání s jinými odborníky“ nebo „Doprovod na vyšetření“ či „Sledování pacienta“ (Tabulka 8).

Nejdelší činností z těchto tří je „Doprovod na vyšetření“, který průměrně trval 40,78 minut. Důvodem je edukace pacienta, různá délka vyšetření, cesty na vyšetření a zpět. Dle vypočítané směrodatné odchylky výkonu, která činí 5,24 minut, se můžeme domnívat, že časové hodnoty u tohoto výkonu se markantně lišily. Nejkratším výkonem v této kategorii je výkon „Sledování pacienta“. Jeho hodnota dosahuje 5,22 minut. Sledování zahrnuje monitorování pacienta umístěného do terapeutické izolace, pacienta omezeného v lůžku kurty, ale také sledování pacienta po podání léku a infuzí. Dále musíme sledovat projevy pacienta, nebo zda se neobjevují některé komplikace. Každou kontrolu u jednoho pacienta sestrou jsem zaznamenala a následně sečetla, aby vyšla hodnota sledování u jednoho klienta. Dále se vytvořil graf se směrodatnou odchylkou, který znázorňuje průměrné časové náročnosti speciálních ošetrovatelských výkonů (Obrázek 2). Pomocí empirických dat se konfrontovaly dvě nejkratší časové hodnoty,

a to u výkonu podání léku per os a podání léku s. c. (Obrázek 4). Vyhodnocení bylo provedeno dvouvýběrovým T testem, který poukazuje na statisticky významný rozdíl mezi těmito nejrychleji provedenými výkony. Tato hladina činila 0,002 %, z které vyplývá, že aplikace léků per os je rychleji provedená, nežli aplikace léků s. c. (Obrázek 4). Možným důvodem rychleji provedeného výkonu (podání léku per os) odpovídá o častěji prováděném výkonu a přispívá k tomu také abecední poskládání léků v lékárně, které umožňuje rychlejší a jistější vyhledávání léku, tím vzniká i rychlejší podání a zaznamenání do dokumentace. U přípravy léku podáním s. c. způsobem si sestry dávají pozor na kontaminaci jehly a na možné ohrožení vlastní osoby. Na tato dvě rizika jsou ostražitější i při aplikaci léku u pacienta. Edukace pacienta před podáním léků je přibližně stejná u obou způsobů. Pomocí analýzy rozptylu ANOVA se ověřily průměrné časové náročnosti speciálních výkonů u speciální ošetrovatelské péče (Tabulka 10). Tímto výsledkem se prokázala HA 1. Platí tedy, že „*Průměrné časové hodnoty pro jednotlivé ošetrovatelské činnosti speciální ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, se liší*“. Hypotéza byla potvrzena z důvodu nižší dosažené hladiny významnosti, nežli je 5 %. Tímto jsme cíl splnili. Domníváme se, že je důležité, aby každá sestra měla přehled o časové náročnosti každého výkonu. Pak je větší pravděpodobnost, že si lépe naplánuje ošetrovatelskou péči pro každého jednotlivého pacienta a tím rozvržení celé své pracovní doby.

Ve třetí části výzkumného zkoumání jsme vymezovali celkové časové hodnoty ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientů. Celková časová náročnost byla vypočítána dle Pochylé (2003). Vybrali jsme si tři nejčastěji se vyskytující onemocnění na psychiatrickém oddělení vybrané nemocnice v Jihočeském kraji. Mezi tyto choroby patří poruchy osobnosti, schizofrenie a deprese. Každá skupina zahrnovala pět nemocných. Jednotlivé speciální ošetrovatelské výkony byly u pacientů sledovány během celého dne, tedy během 24 hodin, a následně zaznamenány do záznamového archu (Příloha 3). Následně se sečetly časové hodnoty celkové ošetrovatelské péče a byl vypočítán průměrný čas na každého pacienta (Tabulka 9). Největší průměr časové náročnosti byl zaznamenán u pacienta trpícím schizofrenií, jehož průměr činil 77,83 min/24 hodin. Dle Látalové (2013) se většina klientů se schizofrenní poruchou nechová agresivně, ale jsou zde faktory, které zvyšují rizika násilí. Mezi nejčastější činitele patří dnešní sociální vztahy, zneužívání psychoaktivních látek nebo nespolupráce při užívání léků (Látalová, 2013). Osoby trpící schizofrenní poruchou od dětství hůře reagují na

léky (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů, 2018). Proto se sestra více zaměřila na pacienta číslo dva, jehož potřebný čas za 24 hodin byl 105,31 minut. Víc sledovala jeho projevy, chování, jak se adaptuje do sociálního prostředí, jak reaguje na léčbu, vyhodnotila riziko násilí. Ale naopak u pacienta číslo jedna, jehož potřebný čas na 24 hodin byl 40,55 minut, se schizofrenie vyskytla až v dospělosti. Nevykonávalo se u něj tolik výkonů, lépe reagoval na léčbu a z důvodu delší hospitalizace lépe spolupracoval při terapii, a proto u něj nedocházelo k výkyvům jeho chování. Lze se tedy domnívat, že péče o nemocné s tímto onemocněním je velmi individuální. Druhým nejdelším průměrem celkové časové náročnosti byla skupina pacientů s poruchou osobnosti, jejíž náročnost za 24 hodin byla 52,78 minut (Tabulka 9). Poruchy osobnosti jsou typické rozmanitostí chování, kterou vyjadřují svůj život (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů, 2018). Dle Šlaisové, Markové (2014) jsou tito pacienti známí neharmonickou osobností, vystupňovanými povahovými rysy, které zabraňují přizpůsobení se společnosti. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2018) uvádí, že schémata chování jsou hluboce zakořeněná a tím ukazují nezměněné reakce na osobní a sociální situace. Například pacient číslo tři (70,24 minut) i pacient s číslem pět (83,96 minut) jsou klienti, jimž bylo věnováno nejvíce času z této skupině. Trpěli emoční nestabilní poruchou osobnosti. Domnívám se, že úkolem sestry je stanovit si zásady a dodržovat je, i když je to mnohdy velice těžké. Dalším typem v této skupině byla porucha histrionská, vyznačující se nadměrnými proměnami emocí a nálad, dále paranoidní, pro niž je typická nespolečenskost, nadměrná citlivost, podezíravost a zkreslené domněnky. Šlaisová, Marková (2014) doporučují vést pacienta k vyrovnání se s vlastní osobou, neustále dávat možnost výběru, snažit se o zvýšení pocitu bezpečí a vést pacienta k vyšší samostatnosti.

Celková ošetrovatelská péče u pacientů s depresí byla nejkratší, a to 37,45 minut (Tabulka 9). Deprese je dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů (2018) popsána jako velmi špatná nálada bez radosti se sníženou energií, neschopnost se soustředit, s náchylností k únavě. Pacienti nemají zájem ani o sexuální život. Venglářová (2014) tvrdí, že vybereme-li správné načasování a způsob léčby i vhodné podpůrné metody, je pravděpodobnější zvýšení důvěry a schopnosti mluvit o svých problémech a strachu. I v této třetí části se vytvořil graf se

směrodatnou odchylkou (Obrázek 3), který lépe znázorňuje celkovou časovou náročnost u vybraných skupin pacientů během 24 hodin. U vybraných skupin pacientů se potvrdil rozdíl v časové náročnosti ošetrovatelské péče pomocí analýzy rozptylu ANOVA (Tabulka 11). Její hladina významnosti činila 3,9 %. Protože je dosažená hladina významnosti $p < 5\%$, rozdíl v časové náročnosti je statisticky významný, takže platí HA 2. Výzkumnou částí bakalářské práce jsme dokázali, že speciální ošetrovatelská péče na akutním psychiatrickém oddělení je velice náročná, individuální, mnohdy komplikovaná a zdravotnický personál je fyzicky i psychicky zatížen. Myslíme si, že by bylo vhodné znovuvytvoření aktuální metodiky, která bude odpovídat aktuálním trendům. Rovněž v dokumentu vydaném APNA Position Statement: Staffing Inpatient Psychiatric Units (2012) se uvádí, že práce na psychiatrických jednotkách je náročná po psychické i fyzické stránce. I Kyjovská (2014) souhlasí s tím, že práce na psychiatrii je velmi namáhavá.

7 Závěr

V této bakalářské práci byla zmapována specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. Výzkumná část poskytla informace o inventarizaci speciálních ošetrovatelských výkonů na akutním psychiatrickém oddělení ve vybrané nemocnici, stanovení průměrných časových hodnot u jednotlivých ošetrovatelských výkonů speciální ošetrovatelské péče a stanovení celkové ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientů. V teoretické části je uveden popis psychiatrické péče na akutních odděleních. Ve výzkumné části jsme si zvolili tři cíle, k nim byly stanoveny dvě hypotézy a jedna výzkumná otázka: Jaký výkon se v oblasti speciální ošetrovatelské péče nejčastěji vykonává na akutních psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic? Ke stanovení výsledků bylo zvoleno kvantitativní šetření pomocí přímého strukturovaného pozorování. Bylo provedeno statistické ověření všech tří hypotéz a ty byly verifikovány.

Z výsledků výzkumného šetření bylo inventarizováno 20 speciálních ošetrovatelských výkonů, z toho bylo zaznamenáno 261 četností, s jejichž pomocí jsme zodpověděli výzkumnou otázku. Následně se zjistilo pomocí analýzy rozptylu ANOVA, že průměrné časové hodnoty výkonů se liší, tedy platí první hypotéza (HA 1): Průměrné časové hodnoty pro jednotlivé ošetrovatelské činnosti speciální ošetrovatelské péče na akutních psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic se liší. Do speciálních činností speciální ošetrovatelské péče zařazujeme například aplikace léků, sledování vitálních funkcí, péči o rány, psychickou podporu, sledování pacienta, doprovod na vyšetření a jiné. Dále se porovnávaly dva nejrychleji provedené výkony: Podávání léků per os a Aplikace injekcí s. c. pomocí dvouvýběrového T testu, který určil, že nejrychleji provedený výkon je podání léků ústy. Posledním cílem bylo stanovit celkovou časovou náročnost u vybraných skupin pacientů, přičemž se pomocí analýzy rozptylu ANOVA zjistilo, že platí druhá hypotéza (HA 2): Celková časová náročnost ošetrovatelské péče u vybraných srovnávaných skupin pacientů se liší. Nejdélší časová náročnost byla stanovena u pacientů se schizofrenií a nejkratší u pacientů s depresí. Touto bakalářskou prací jsme dokázali, že ošetrovatelská péče na psychiatrickém oddělení má některé výkony v rámci ošetrovatelské péče stejné, ale některé výkony jsou specifické a lišící se od standardních oddělení. Myslíme si, že práce sestry na psychiatrickém oddělení má svá určitá specifika, proto by zde měla pracovat sestra

vzdělaná, empatická, která ovládá komunikační dovednosti. Bakalářská práce přináší informace o ošetrovatelské péči a o časové náročnosti jednotlivých prováděných výkonů na vybraném psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. Výsledky výzkumného šetření mohou být využity pro eventuální aktualizaci použité metodiky.

8 Seznam použité literatury

- [1] AKRMANNOVÁ, J., MARKOVÁ, E., 2014. Afektivní poruchy. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 220–226. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [2] ALGHZAWI, H. M., 2012. Psychiatric Discharge Process. *ISRN Psychiatry* [online]. [cit. 2017-02-13]. doi: 10.5402/2012/638943. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23762767>
- [3] Apna Position Statement: Staffing Inpatient Psychiatric Units, 2012. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* [online]. 18(1), 16–22. [cit. 2018-05-04]. doi: 10.1177/1078390311432133. Dostupné z: https://www.apna.org/files/public/StaffingPositionStatement_Full_JAPNA.pdf
- [4] BĚHOUNEK, J., 2014. Léčba v psychiatrii. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 93-115. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [5] BRŮHA, D. et al., 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer. 560 s. ISBN 978-80-7357-661-5.
- [6] BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
- [7] CLEARY, M., 2012. Nurse-patient Interaction in Acute Adult Inpatient Mental Health Units: a Review and Synthesis of Qualitative Studies. *Issues in Mental Health Nursing* [online]. 33 (2), 66–79. [cit. 2018-05-04]. doi: 10.3109/01612840.2011.622428. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22273340>

- [8] ČEŠKOVÁ, E., 2013. Postoje psychiatrů k depotní léčbě. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 14(3), 102–104. [cit. 2018-05-04]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/03/02.pdf>.
- [9] DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
- [10] FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
- [11] FIŠAROVÁ, Z., NOVOTNÁ, J., 2014. Poruchy příjmu potravy. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 247–251. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [12] HAIKLOVÁ, V., 2016. *Práce sestry v psychiatrické ambulanci*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
- [13] HOSÁK, L. et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
- [14] HOSÁKOVÁ, J., 2015. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. In: HOSÁK, L. et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 572–580. ISBN 978-80-246-2998-8.
- [15] CHOCHOLOUŠOVÁ, B., 2008. *Kvalita ošetrovatelské péče – podávání léků*. Hradec Králové. Bakalářská práce. LF UK.
- [16] JIRKOVSKÝ, D. et al., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence – učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.

- [17] KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. Praha: Grada. 135 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
- [18] KRISTOVA, J., 2008. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 3. upr. a dopl. vyd. Martin: Osveta. 186 s. ISBN 978-80-8063-146-8.
- [19] KUDRNOVSKÁ, H., VOTAVOVÁ, J., 2014. Neurotické poruchy. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., *Ošetrovatel'ství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 227–239. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [20] KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatel'ství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [21] KYJOVSKÁ, L., 2014. *Specifika ošetrovatel'ské péče o psychicky nemocné*. Zlín. Bakalářská práce. FHS UTB.
- [22] LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
- [23] MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatel'ská péče*. Praha: Grada. 343 s. ISBN 80-247-1151-6.
- [24] *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů*, 2018. Praha: ÚZIS. 876 s. ISBN 978-80-7472-168-7.
- [25] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2016. *Schéma aktuálního vzdělávacího procesu pro psychiatrické sestry* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2016/09/06/schema-aktualniho-vzdelavaciho-procesu-pro-psychiatricke-sestry/>

- [26] MODES, R. M., 2014. Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 201–209. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [27] MORENO-POYATO, A. R. et al., 2017. Implementation of Evidence on the Nurse-Patient Relationship in Psychiatric Wards Through a Mixed Method Design: Study Protokol. *BMC Nursing* [online]. 16(1), 129–137. [cit. 2018–06–08]. doi: 10.1186 / s12912 - 016 - 0197 - 8. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5234145/>
- [28] MOTLOVÁ, B. L., 2011. Aplikace dlouhodobě působícího risperidonu do ramene: možnost volby pro pacienta. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 12(2), 85–86. [cit. 2018-05-04]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/10.pdf>
- [29] NĚMEČEK S., 2016. *Do reformy psychiatrické péče se zapojí odborná společnost a pojišťovny* [online]. Praha: MZČR. [cit. 2018-02-01]. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/svatopluk-nemecekdo-reformy-psychiatricke-pece-se-zapoji-odborna-spolecnost-a-12138_3438_1.html
- [30] NOVOTNÁ, B., 2014. Kompetence sester pracujících na psychiatrii. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 37-41. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [31] OREL, M., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
- [32] PETR, T., 2014. Právní otázky v psychiatrii. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 65-77. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [33] PETR, T., 2014. Psychiatrická etika. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 49-64. ISBN 978-80-247-4236-6.

- [34] PETR, T., 2014. Psychotické poruchy. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 210–219. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [35] PETR, T., 2014. Organizace psychiatrické péče v ČR. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 42-46. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [36] PETR, T., 2014. Spolupráce pacientů při léčbě, role sestry v psychoedukaci. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 157-165. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [37] PETR, T., 2017. Reforma psychiatrické péče. ČAS [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.psychiatrickasekcecas.estranky.cz/clanky/aktuality/cinnostpsychiatricke-sekcecas-6-2014.html>
- [38] PĚČ, O., 2014. Komunitní péče v psychiatrii. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 124-139. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [39] PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-802-4735-580.
- [40] POCHYLÁ, K., 2003. *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče a možnosti jejího využití při plánování počtu ošetrovatelského personálu*. Tnava. Rigorózná práca. FZSP– TU v Tnave.
- [41] POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O., 1999. *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 38 s. ISBN 80-7013-290-6.
- [42] PSYCHOPORTAL, © 2010. Krizová centra. *Psychoportal.cz* [online]. 2010 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://www.psychportal.cz/krizova-centra-sluzby>

- [43] RABOCH, J. , PAVLOVSKÝ, P., 2013. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum Press. 468 s. ISBN 978-80-2461-985-7.
- [44] ROZSYPALOVÁ, M. et al., 2009. *Ošetřovatelství I*. Praha: Informatorium. 273 s. ISBN 978-80-7333-074-3.
- [45] SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty I – Interna*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-2471-775-3.
- [46] SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2013. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III – Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Grada. 227 s. ISBN 978-80-247-4341-7.
- [47] SMOLÍKOVÁ, R., 2017. *Potřeby nelékařských zdravotnických pracovníků v akutní psychiatrické péči*. Praha. Diplomová práce. FHS UK.™
- [48] ŚWITA, P. et al., 2012. *Disability and Schizophrenia: a Systematic Review of Experienced Psychosocial Difficulties*. *BMC Psychiatry* [online]. [cit. 2018-06-09]. doi: 10.1186/1471-244X-12-193. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23137171>.
- [49] ŚLAISOVÁ, I., MARKOVÁ, E., 2014. Poruchy osobnosti. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 240–246. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [50] ÚZIS, 2011. *Psychiatrická péče 2010* [online]. Praha: ÚZIS. 130 s. [cit. 2018-01-01]. ISBN 978-80-7280-968-4. Dostupné také z: <https://www.uzis.cz/system/files/psych2010.pdf>
- [51] ÚZIS, 2015. *Psychiatrická péče 2015*. [online]. Praha: ÚZIS. 126 s. [cit. 2018-01-01]. ISBN 978-80-7472-151-9. Dostupné z: www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2015.

- [52] ÚZIS, 2017. *Psychiatrická péče 2016*. [online]. Praha: ÚZIS. 122 s. [cit. 2018-03-09]. ISSN 1210-8588. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/system/files/psych2016.pdf>
- [53] VENGLÁŘOVÁ, M., 2014. Sexualita lidí s duševním onemocněním – Specifika některých psychiatrických poruch. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 153-154. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [54] Vyhláška č. 391/2017 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137, Čl. 1, § 2. ISSN 1211-1244.
- [55] VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
- [56] VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ P., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. 25 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
- [57] ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
- [58] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve znění pozdějších předpisů (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2018-06-25]. In: *Sbírka zákonů Česká republika*, částka 131, s. 4730–4801. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
- [59] ZVOLSKÝ, P. et al., 2006. *Obecná psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Karolinum. 192 s. ISBN 80-718-4494-2.

9 Seznam obrázků

Obrázek 1 Srovnání četností u speciálních ošetrovatelských výkonů	40
Obrázek 2 Průměrná časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů	44
Obrázek 3 Celková časová náročnost u vybraných skupin pacientů za 24 hodin	46
Obrázek 4 Průměrná časová náročnost dvou nejkratších výkonů	47

10 Seznam tabulek

Tabulka 1 Stanovení četnosti výkonů v kategorii „Podávání léků“	36
Tabulka 2 Stanovení četnosti výkonů v kategorii „Sledování“	37
Tabulka 3 Stanovení četnosti výkonů v kategorii „Speciální ošetrovatelské a diagnostické-terapeutické výkony“	38
Tabulka 4 Stanovení četnosti výkonů v kategorii „Jiné činnosti“	39
Tabulka 5 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů v kategorii „Podávání léků“	41
Tabulka 6 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů v kategorii „Sledování“	42
Tabulka 7 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů v kategorii „Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony“	42
Tabulka 8 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů v kategorii „Jiné činnosti“	43
Tabulka 9 Časová náročnost u vybraných skupin pacientů	45
Tabulka 10 Analýza rozptylu (ANOVA) – časová náročnost sledovaných výkonů	46
Tabulka 11 Analýza rozptylu (ANOVA) – celková časová náročnost u vybraných skupin pacientů	47

11 Seznam příloh

- Příloha 1 Záznamový arch k inventarizaci výkonů
- Příloha 2 Záznamový arch ke stanovení časové náročnosti pro jednotlivé ošetrovatelské činnosti speciální ošetrovatelské péče
- Příloha 3 Záznamový arch ke stanovení časové náročnosti ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientů

12 Přílohy

Příloha 1 Záznamový arch k inventarizaci výkonů

Inventarizace výkonů	Četnost																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Podávání léků per os																				
Aplikace léků s.c.																				
Aplikace léků i.m.																				
Aplikace léků i.v.																				
Podávání léků sondou																				
Aplikace infuzí																				
Sledování infuzí																				
Zevní místní léčení																				
Inhalace kyslíku																				
Sledování tlaku																				
Sledování pulzu																				
Sledování dechu																				
Sledování tělesných částí																				
Příjem a výdej tekutin																				
Ošetření dutiny ústní																				
Péče o ránu, převaz																				
Zavedení a péče o PŽK																				
Péče o stomie																				
Bandážování DK																				
Klyzma																				
Zavedení sondy																				
Cévkování MM																				
Punkce																				
Dechová rehabilitace																				
Asistence při vyšetření																				
Příprava k vyšetření																				
Edukace pacienta																				
Psychická podpora																				
Omezení neklidných P/K																				
Zajištění jiného specialisty																				
Doprovod na vyšetření																				
Sledování pacienta																				

Příloha 2 Záznamový arch ke stanovení časové náročnosti pro jednotlivé ošetrovatelské činnosti speciální ošetrovatelské péče

1. Podávání léků

Podávání léků	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Podávání léků per os																					
Aplikace léku s.c.																					
Aplikace léku i.m.																					
Aplikace léku i.v.																					
Zevní místní léčení																					
Aplikace infuzí																					
Sledování infuzí																					

2. Sledování

Sledování	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Sledování tlaku																					
Sledování pulzu																					
Sledování dechu																					
Sledování příjmu tekutin																					

3. Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony

Speciální dg-ter. výkony	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Ošetření dutiny ústní																					
Péče o ránu																					
Péče a zavedení PŽK																					
Asistence při vyšetření																					
Edukace pacienta																					
Psychická podpora																					

4. Jiné činnosti

Jiné činnosti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Zajištění specialisty																					
Doprovod na vyšetření																					
Sledování pacienta																					

Příloha 3 Záznamový arch ke stanovení časové náročnosti ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientů

1. Porucha osobnosti

Hodnoty za 24 hod					
Názvy výkonů	Pacienti s poruchou osobností				
	1	2	3	4	5
Podávání léků per os					
Aplikace léku s.c.					
Aplikace léku i.m.					
Aplikace léku i.v.					
Zevní místní léčení					
Aplikace infuzí					
Sledování infuzí					
Sledování tlaku					
Sledování pulzu					
Sledování dechu					
Sledování příjmu tekutin					
Ošetření dutiny ústní					
Péče o ránu					
Péče a zavedení PŽK					
Asistence při vyšetření					
Edukace pacienta					
Psychická podpora					
Zajištění specialisty					
Doprovod na vyšetření					
Sledování pacienta					

2. Schizofrenie

Hodnoty za 24 hod					
Názvy výkonů	Pacienti se schizofrenií				
	1	2	3	4	5
Podávání léků per os					
Aplikace léku s.c.					
Aplikace léku i.m.					
Aplikace léku i.v.					
Zevní místní léčení					
Aplikace infuzí					
Sledování infuzí					
Sledování tlaku					
Sledování pulzu					
Sledování dechu					
Sledování příjmu tekutin					
Ošetření dutiny ústní					
Péče o ránu					
Péče a zavedení PŽK					
Asistence při vyšetření					
Edukace pacienta					
Psychická podpora					
Zajištění specialisty					
Doprovod na vyšetření					
Sledování pacienta					

3. Deprese

Hodnoty za 24 hod					
Názvy výkonů	Pacienti s depresí				
	1	2	3	4	5
Podávání léků per os					
Aplikace léku s.c.					
Aplikace léku i.m.					
Aplikace léku i.v.					
Zevní místní léčení					
Aplikace infuzí					
Sledování infuzí					
Sledování tlaku					
Sledování pulzu					
Sledování dechu					
Sledování příjmu tekutin					
Ošetření dutiny ústní					
Péče o ránu					
Péče a zavedení PŽK					
Asistence při vyšetření					
Edukace pacienta					
Psychická podpora					
Zajištění specialisty					
Doprovod na vyšetření					
Sledování pacienta					

13 Seznam zkratek

ANOVA – analýza rozptylu

APNA – American Psychiatric Nurses Association

BP – bakalářská práce

CDZ – Centrum duševního zdraví

ČAS – Česká asociace sester

ČR – Česká republika

D – dech

ECT – elektrokonvulzivní terapie

HA – alternativní hypotéza

HO – nulová hypotéza

hod – hodina

i.m. – intramuskulární

i. v. – intravenózní

JIPP – jednotka intenzivní psychiatrické péče

max. – maximum

min – minuta

min. – minimum

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NANDA – North American for Nursing Diagnosis Assotiation

NGASR – Nurses Global Assessment of Suicide Risk

P – puls

per os – perorální

PŽK – periferní žilní katétr

s.c. – subkutánní

SOP – speciální ošetrovatelská péče

T – celková ošetrovací doba

TA – základní ošetrovací péče

TB – speciální ošetrovací péče

Tc – jednorázová denní hodnota

TK – tlak krve

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

ZOP – základní ošetrovací péče