



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

**Ošetrovatelská péče u pacientů s duševní poruchou na
interním oddělení**

Vypracovala: Petra Haklová

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

České Budějovice 2016

Abstrakt

Název bakalářské práce: Ošetrovatelská péče u pacientů s duševní poruchou na interním oddělení.

Cíle práce: Cílem práce bylo 1. Zjistit, s jakými duševními poruchami se sestry na interním oddělení setkávají. 2. Zjistit znalost sester o zásadách komunikace u pacientů s duševní poruchou. 3. Zjistit zkušenosti sester s ošetřováním pacientů s duševním onemocněním. 4. Zjistit nejzávažnější rizika v péči o pacienty s duševními poruchami. 5. Zjistit způsob zajištění bezpečí u pacientů s duševními poruchami na interním oddělení. K těmto cílům bylo stanoveno pět výzkumných otázek. 1. S jakými duševními poruchami se sestry setkávají u pacientů na interním oddělení? 2. Jaké jsou znalosti sester o zásadách komunikace s pacienty s duševním onemocněním? 3. Jaké jsou zkušenosti sester s ošetřováním pacientů s duševním onemocněním na interním oddělení? 4. Jaká jsou rizika při ošetřování a péči o pacienty s duševním onemocněním na interním oddělení? 5. Jaké mají sestry možnosti zajistit bezpečí pacientům s duševním onemocněním na interním oddělení?

Metodika: Bakalářská práce na téma ošetrovatelská péče u pacientů s duševní poruchou na interním oddělení, byla zpracována pomocí strategie kvalitativního výzkumu, metodou dotazování. Technikou sběru dat bylo polostrukturované interview pro sestry z interního oddělení Nemocnice Český Krumlov a.s. Rozhovory tvořilo deset stejných otázek, které byly doslova zapisovány (Příloha 1). Rozhovory probíhaly od 15. 3. 2016 do 1. 4. 2016 v přátelské náladě. Na zpracování rozhovorů byla použita technika otevřeného kódování, na které navázala takzvaná technika vyložení karet, a bylo vytvořeno deset kategorizačních skupin.

Výsledky: Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry na interním oddělení se setkávají se širokým spektrem duševních poruch. Nejvíce jsou to deprese, demence, Alzheimerova choroba jako zástupce atroficko-degenerativních demencí a delirium. Z rozhovorů také vyplynulo, že daní pracovníci interního oddělení mají bohaté zkušenosti, co se týče komunikace s pacienty s duševní poruchou a mezi nejčastěji užívané strategie pracovníků patří klidný přístup k pacientovi, který zahrnuje pomalý slovní projev a dostatek trpělivosti. Tyto zkušenosti jsou dané častým setkáváním se

s pacienty s duševní poruchou na interním oddělení, kdy jsme zjistili, že k setkání dochází téměř denně. Většina sester tato setkání hodnotí spíše jako negativní a to kvůli negativním projevům ze strany pacientů s duševní poruchou. Nejčastěji se totiž sestry setkávají s agresivními projevy vůči sobě, kdy tyto situace jsou pro ně velmi psychicky náročné a vyčerpávající. Dále jsme při výzkumném šetření zjistili, že pro zajištění bezpečí pacientů s duševní poruchou jsou nejvíce používanou pomůckou postranice, častá kontrola pacienta, uzamknutí oddělení a v případě možnosti oddělení přestěhování pacienta na pokoj blíže k inspekční místnosti sester.

Závěr: Myslíme si, že by se sestry měly více motivovat ke vzdělávání se v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s duševní poruchou. Vzdělávání sestrám přinese teoretickou znalost o duševních poruchách, pomůže jim lépe rozpoznat příznaky duševního onemocnění. Naučí se s pacientem lépe komunikovat a budou schopny předcházet i správně řešit možné problematické situace při jejich ošetřování. Výstupem mé bakalářské práce je informační manuál pro zdravotnický personál, který obsahuje základní informace o problematice ošetřování pacienta s duševní poruchou (Příloha 3).

Klíčová slova: Duševní porucha, interní oddělení, ošetrovatelská péče, pacient

Abstract

Title of the bachelor thesis: Nursing care for patients with mental disorders at the Department of Internal Medicine.

Goals of the thesis: 1st goal was to find out what mental disorder nurses at the Department of Internal Medicine meet with. 2nd goal was to find the level of knowledge of nurses concerning communication principles with patients suffering from mental disorder. 3rd goal was to find out experience of nurses with nursing of patients with mental disorder. 4th goal was to determine the most serious risks concerning nursing of patients with mental disorder. 5th to find a way to ensure the safety of patients with mental disorders at the department of internal medicine. Five research questions were established dealing with these goals. 1st What mental disorders of patients do nurses meet with at the department of internal medicine? 2nd What are the nurses' knowledge of the principles of communication with patients with mental illness? 3rd What is the level of nurses' experience treating patients with mental illness at the Department of Internal Medicine? 4th What are the risks in the treatment and care of patients with mental illness at the Internal Department? 5th What opportunities do nurses have to ensure the safety of patients with mental illness at the Department of Internal Medicine?

Methodology: The bachelor thesis, dealing with theme of nursing care for patients with mental disorders at the Department of Internal Medicine, was compiled by using a strategy of qualitative research, a method of questioning. A semi-structured interview was used for data collection for nurses from the Department of Internal Medicine in Český Krumlov Hospital a.s. Interviews consisted of ten same questions that were literally written (Appendix 1). Interviews took place from 15th March 2016 to 1st April 2016 in a friendly mood. The open coding technique was used for the processing of the interviews, which was followed by the so-called technology showdown, and ten categorization groups was created.

Results: The research showed that nurses at the Department of Internal Medicine meet with a wide range of mental disorders. The most often are depression, dementia, Alzheimer's disease as a representative of atrophic-degenerative dementia and delirium. The interviews also show that the staff of the Internal Department has

extensive experience dealing with communication with patients suffering from mental disorder and the most common strategy among workers is a calm approach to the patient, which includes slow verbal expression and plenty of patience. These experience are for frequent encounters with patients with mental disorders at the Department of Internal Medicine, when we found out that the meetings take place almost daily. Most nurses evaluate these meetings rather negatively because of the negative manifestations from the side of patients with mental disorders. The most often meetings are when nurses encounter aggressive speeches against them; when these situations are for them very mentally challenging and exhausting. Furthermore, we have found in the scientific research, that to ensure the safety of patients with mental disorders the most widely used tools are bed sideboards, a frequent monitoring of the patient, the locking of the department and if possible, the department moved to a patient room closer inspection room nurses.

Conclusion: We think that the nurses should be more motivated to education in the field of nursing care for patients with mental disorders. Training of nurses would bring theoretical knowledge about mental disorders, and would help them to better recognize the symptoms of mental illness. They will learn to communicate better with patients and will be able to prevent and properly solve the possible problematic situations in their care. The outcome of this thesis is an information guide for healthcare professionals, which contains basic information about treating a patient with a mental disorder (Appendix 3).

Key Words: Mental disorders, Department of Internal Medicine, nursing care, patient.

Prohlášení

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

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

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 08. 2016

.....

Petra Haklová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat své vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, poskytnutí cenných rad a také za její trpělivost a ochotu.

Veliké poděkování patří těm, kteří se podíleli na jazykové a formální stránce práce a také bych chtěla poděkovat své rodině za morální podporu při psaní bakalářské práce.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Obsah | 8 |
| Seznam použitých zkratk | 10 |
| Úvod | 11 |
| 1 Současný stav | 12 |
| 1.1 Vybrané duševní poruchy | 13 |
| 1.2 Deprese | 13 |
| 1.2.1 <i>Dělení deprese</i> | 13 |
| 1.2.2 <i>Diagnostika a léčba deprese</i> | 14 |
| 1.3 Deliria | 15 |
| 1.3.1 <i>Nejčastější etiopatogenetické příčiny delirií</i> | 16 |
| 1.3.2 <i>Rozdělení a příznaky delirií</i> | 17 |
| 1.3.3 <i>Diagnostika a léčba delirií</i> | 18 |
| 1.4 Závislosti | 19 |
| 1.4.1 <i>Závislost na alkoholu</i> | 19 |
| 1.4.2 <i>Závislost na benzodiazepinech, analgetikách a ostatních psychoaktivních látkách</i> 20 | |
| 1.5 Demence | 21 |
| 1.5.1 <i>Základní příznaky demence</i> | 22 |
| 1.6 Zajištění ošetrovatelské péče u pacientů s duševní poruchou | 23 |
| 1.7 Komunikace s pacienty s duševní poruchou | 24 |
| 1.8 Praktické postupy zvládnání vybraných problémových situací | 25 |
| <i>Agresivita</i> | 25 |
| <i>Toulání</i> | 26 |
| <i>Noční neklid</i> | 26 |
| 1.9 Zajištění bezpečného prostředí | 27 |
| 1.10 Důvody pro použití omezujících prostředků a druhy omezujících prostředků | 27 |
| 1.10.1 <i>Péče o klienta v době použití omezujících prostředků</i> | 28 |
| 2 Cíle práce a výzkumné otázky | 30 |
| 2.1 Cíle práce | 30 |

| | | |
|-----|---|----|
| 2.2 | Výzkumné otázky..... | 30 |
| 3 | Metodika..... | 31 |
| 3.1 | Použitá metodika..... | 31 |
| 3.2 | Charakteristika výzkumného souboru | 31 |
| 4 | Výsledky | 32 |
| 4.1 | Základní identifikační údaje respondentů | 32 |
| 4.2 | Seznam kategorizačních skupin | 32 |
| 4.3 | Výsledky z rozhovorů se všeobecnými sestrami..... | 32 |
| 5 | Diskuze..... | 48 |
| 6 | Závěr | 53 |
| 7 | Seznam použitých zdrojů..... | 55 |
| 8 | Seznam příloh | 58 |

Seznam použitých zkratek

Úvod

Stárnutí je přirozený proces každého živého organismu a je nedílnou součástí našeho života. S vyšším věkem se po stránce psychické, tělesné i sociální odehrávají změny. U člověka postiženého duševní poruchou dochází k podstatnému snižování úrovně paměti a dalších kognitivních funkcí. Mezi kognitivní funkce patří cílené chování, adaptace na zevní prostředí, řečové funkce a další funkce potřebné k určité činnosti. V pokročilých stádiích duševních poruch se nemocný stává závislým na druhých ve všech svých potřebách (Jirák, 2009).

Při nástupu do zaměstnání na interní oddělení jsem neměla žádné zkušenosti s péčí o pacienty s duševním onemocněním. Nevěděla jsem, jak o ně pečovat, jak s nimi komunikovat a hlavně, jak těmto pacientům zajistit bezpečí. Proto se v této práci zabýváme vysvětlením duševních poruch, klinickým obrazem, diagnostikou a léčením duševních poruch. A v neposlední řadě problematikou při ošetřování pacientů s duševní poruchou.

Dle vědců se v posledních letech počet nemocných s duševním onemocněním zvyšuje, proto považuji toto téma za aktuální. Bakalářská práce by měla pomoci zdravotnickému personálu porozumět těmto onemocněním, zaměřit se na specifické potřeby pacientů. Měla by být návodem, jak jednat s pacientem, jak o něj pečovat a jak předejít problematičtým situacím.

1 Současný stav

Duševní porucha je označení pro některé psychické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka a znesnadňující jeho fungování ve společnosti. Tyto procesy jsou vyjádřené různými symptomy, které zpozoruje jedinec sám nebo jeho nejbližší okolí. Mezi tyto symptomy mohou patřit zdravotní příznaky, např. různé typy bolesti (hlavy, svalů, kloubů, břicha apod.), potíže se spánkem a jiné.

Mezi další se řadí poruchy emocí např. pocity smutku, strach, úzkost nebo naopak nepřiměřená veselost. Dalšími příznaky jsou poruchy myšlení a kognitivních funkcí, poruchy chování a dále poruchy vnímání (Hanzlovský, 2013).

Podle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) je psychické zdraví stavem duševní pohody, při kterém je jedinec schopný uvědomovat si a realizovat svoje jedinečné možnosti a schopnosti, vypořádat se s běžnými stresujícími situacemi a úspěšně vykonávat činnost a práci, přičemž podle odborníků WHO duševní zdraví není pouze nepřítomnost duševní poruchy (Hanzlovský, 2013).

Mezi nejčastější duševní poruchy obecně patří fobie, úzkost, hysterie, hypochondrie, poruchy příjmu potravy, deprese, mánie, schizofrenie či demence (Kouda, 2014).

Dle osobních zkušeností z interního oddělení jsou zde nejvíce hospitalizovaní senioři, kteří velmi často trpí duševní poruchou a na které bych zaměřila svou bakalářskou práci.

Mezi nejčastější duševní poruchy u seniorů patří deprese, deliria, závislosti a demence (Konrád, 2007).

1.1 Vybrané duševní poruchy

1.2 Deprese

Deprese u seniorů je časté a závažné onemocnění (Konrád, 2013). Přejídné příznaky deprese (smutek, apatie, nespavost, nechutenství apod.) se vyskytují až u jedné třetiny seniorů. 10 – 15% seniorů splňuje kritéria pro mírnou depresi, 1 – 4 % seniorů splňuje kritéria pro středně těžkou a těžkou depresi. Jen u jedné pětiny seniorů je deprese nejen správně diagnostikována, ale i správně léčena. Na druhou stranu asi polovina seniorů má depresi nediodnostikovanou, zbývající čtvrtina pak nesprávně léčenou (znepokojujícím faktem vyskytujícím se v praxi je i zbytečné předepsání anxiolytik nebo hypnotik namísto antidepressiv) (Lužný, 2012).

Pro typickou depresivní epizodu je charakteristická depresivní nálada, ztráta zájmů o příjemné aktivity nebo neschopnost potěšit se z příjemných aktivit, pokles energie nebo snížená výkonnost, snížená sebeúvěra, ztráta sebeúcty, výčitky, plačtivost, myšlenky na smrt nebo sebevraždu, neschopnost soustředit se, poruchy spánku, brzké ranní probouzení, ranní pesimistické nálady, změna chuti k jídlu (nejčastěji snížená chuť k jídlu, u 10 % jedinců je však zvýšená chuť k jídlu – tzv. atypické deprese) doprovázená korespondujícími změnami tělesné hmotnosti (Lužný, 2012).

Důsledky neléčené či chybně léčené deprese jsou značné – roste morbidita (častější výskyt akutních koronárních syndromů, cévních mozkových příhod), zvyšuje se mortalita seniorů s neléčenou depresí (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda), zhoršuje se kvalita života těchto seniorů, rostou náklady na léčbu seniorů s nediodnostikovanou či adekvátně neléčenou depresí (Lužný, 2012).

1.2.1 Dělení deprese

U typické deprese lze najít patologicky smutnou náladu, poruchy libida, spánku, chuti k jídlu, ztrátu elánu, změny psychomotorického tempa, snížení celkové aktivity

jedince i zájmu o jeho okolí. Vyskytují se rovněž somatizace, nejčastěji pod různými algickými stavy (Lužný, 2012).

Melancholická deprese je provázána pocity viny, nízkým sebehodnocením, pocitem zbytečnosti, mohou být poruchy myšlení až hraničně psychotické hloubky (ruinační obsahy myšlení, blud zkázy či blud nevyléčitelné choroby) (Lužný, 2012).

U maskované deprese jsou v popředí tělesné příznaky při utlumené přítomnosti příznaků psychických (depressio sine depressione). Často zde zcela chybí patologicky smutná nálada jako vedoucí příznak deprese (depression souriante – smějící se deprese). Převažují stesky na bolestivost, nejčastěji z oblasti muskuloskeletální, oblasti kloubů, zad, zažívacího traktu či bolesti na hrudi (vždy je nutná diferenciatně diagnostikovaná rozvaha – zanedbání skutečné somatické příčiny potíží) (Lužný, 2012).

1.2.2 Diagnostika a léčba deprese

Diagnóza deprese se opírá o anamnestická data (specifikace průběhové formy), klinický obraz, diferenciatně diagnostickou rozvahu (endokrinopatie a jiné somatické příčiny, farmakologicky navozená deprese) (Lužný, 2012).

Pro případ klinických studií či sledování efektu antidepressivní terapie je vhodné použití škál (Geriatrická depresivní škála – GDS, Hamiltonova škála deprese – HAMD, Depresivní škála dle Montgomery Asbergové – MADRS aj.) (Lužný, 2012).

Cílem léčby je odstranění nebo alespoň zmírnění symptomů deprese. Je nutné mít na paměti, že deprese je velmi závažné onemocnění pro riziko sebevraždy nemocného. Také je velmi sužující a náročná i pro okolí nemocného, zejména pro rodinu a blízké (Češková, 2011).

Léčba psychofarmaky je nutná zejména u těžké formy deprese. Je efektivní, zmírňuje, až odstraňuje příznaky onemocnění. Lékem první volby v léčbě depresivních poruch seniorů jsou antidepressiva ze skupiny SSRI (např. Seropram, Cipralex, Deprex, Zoloft) (Franková, 2010).

U seniorů je nutné sledovat celkový stav. Tricyklickým antidepresivům, hypnotikům a benzodiazepinům je nutné se u seniorů vyhýbat z důvodu jejich nežádoucích účinků a kardiotoxicitě (Konrád, 2013).

Další možností je psychoterapie, která se zaměřuje zejména na hledání a odstraňování spouštěcích faktorů. Je vhodná u lehčích forem onemocnění, kde se vyskytují závažné změny v životě. U závažnějších depresí je vhodná psychoterapeutická podpora klienta, motivace k farmakoterapii (Venglářová, 2007).

1.3 Deliria

Delirium je často se vyskytující nespecifická diagnostická jednotka, která se projevuje závažnými poruchami funkce mozkové činnosti a to v oblastech vědomí.

Jde o akutní stav, který je zvrtný (ireverzibilní) a který obvykle trvá hodiny až dny (Holmerová, 2002).

Obvykle je přítomna kvalitativní porucha vědomí, pozornosti (typicky kolísající či snížená úroveň pozornosti), vnímání a zpracování reality (přítomnost iluzí či halucinací, chybná či nesprávná interpretace situace a okolního dění spolu s dezorientací). Přítomny mohou být také poruchy myšlení (myšlenky ztrácí logické souvislosti, mohou se objevit i měnlivé, zpravidla prchavé bludy), poruchy chování a psychomotoriky (chování může být neúčelné, agitované, agresivní či naopak apatie) a také poruchy cyklu spánků – bdění (Lužný, 2012).

Delirium se může vyskytnout v každém věku, častěji se však vyskytují deliria u jedinců staršího věku či naopak u jedinců velmi mladých (predispozicí je zde výraznější zranitelnost mozku v rámci atroficko-degenerativních změn či naopak v rámci nezralého vyvíjejícího se mozku) (Mauk, 2009).

1.3.1 Nejčastější etiopatogenetické příčiny delirií

Mezi nejčastější příčiny vzniku delirií patří metabolické příčiny (např. hypoxie mozku, dehydratace, hypoglykemie či hyperglykemie, hepatopatie, nefropatie, stavy nutričního rozvratu). Dále endokrinologické příčiny jako jsou tyreopatie, Cushingův syndrom, Addisonova choroba, porucha funkce příštítných tělísek, poruchy adenohipofýzy (Topinková, 2005).

Dalšími příčinami jsou farmakogenní deliria (např. iatrogeně navozená deliria u anticholinergních farmak, u benzodiazepinů, u kortikoidů, u cytostatik, atd.). Také pooperační deliria (zde se sčítají vlivy anestezie, operační zátěže, případných krevních ztrát, tepelných změn těla v prostředí operačního sálu apod.). Deliria provázející ostatní akutní neurologické stavy (epileptický záchvat, iktus, nitrolební krvácení u závažných kraniocerebrálních traumat). Deliria provázející abúzus alkoholu či jiných psychoaktivních látek (delirium v rámci akutní intoxikace, delirium doprovázející závažný odvykací stav). Toxická deliria provázející akutní či chronické otravy (oxid uhelnatý, kyanidy, sulfan, sirouhlík, bojovné plyny, těžké kovy apod.) (Lužný, 2012).

Také sem patří negativní vlivy prostředí (strádání v oblasti smyslových podnětů u katarakty, hypacusis či jiné senzorycké nekorigované vady, či naopak hyperstimulace řadou náhle působících podnětů, kterou jedinec nedokáže zpracovat) a nekvalitně vedená analgetická léčba bolesti (Lužný, 2012).

Bez ovlivnění vyvolávajících příčin deliria nelze nikdy delirium ani jeho příznaky vyléčit. Pouhé tlumení rušivých projevů deliria je zásadní chybou. Je nutné dbát rovněž na včasnou diagnostiku teprve se rozvíjejícího deliriózního stavu, který je ještě možno bezproblémově řešit (Lužný, 2012).

Vždy je potřeba aktivně pátrat po možné příčině deliria. Aktivně se pátrá po eventuálním dosud nepoznaném uroinfektu, infektu horních cest dýchacích, vždy se koriguje a stabilizuje vnitřní prostředí pacienta (hydratace, ionty, glykemie, jaterní a renální parametry, korekce anémie apod.). Rovněž se vyhodnocuje veškerá aktuální medikace pacienta (nikoliv psychofarmaka). V léčbě pacienta se ponechávají pouze ty preparáty, které jsou nezbytně nutné. Zásadně je potřeba se vyhnout podávání mnoha

léků současně, myslet na možnosti lékových interakcí, dále je nutné se vyhýbat lékům s delirogenním potenciálem (Lužný, 2012).

Delirium bývá často sekundárním nálezem v rámci již přítomného somatického onemocnění, může se vyskytovat v rámci odvykacího stavu při závislosti na návykových látkách, může být rovněž projevem akutní intoxikace, akutního kraniotraumatu nebo projevem prostě nasedajícím na demenci (Neno, 2007).

1.3.2 Rozdělení a příznaky delirií

Mezinárodní klasifikace nemocí dělí deliria jako delirium jiné než vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami, delirium nenedávající na demenci (sem patří deliria somatogenní etiologie), delirium nenedávající na demenci, jiné delirium a nespecifikované delirium. Další je delirium vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami. Dále akutní intoxikace spojená s deliriem (Lužný, 2012).

U deliria jiného než vyvolaného alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami je zastřené vědomí (snížená jasnost uvědomování si okolí, snížená schopnost zaostřit, udržet nebo přesunout pozornost). Objevuje se narušení poznávacích schopností (zhoršení bezprostřední a recentní paměti, je přítomna dezorientace časem, místem a osobou). Jsou přítomny změny psychomotoriky (rychlé přechody z hypoaktivity do hyperaktivity a opačně). Dále jsou přítomny poruchy spánku nebo poruchy cyklu spánek – bdění (nеспavost či spánková inverze, zhoršování příznaků deliria v noci, mohou být přítomny rušivé sny či noční můry) (Chval, 2008).

U deliria vyvolaného alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami je přítomen jasný důkaz o aktuálním užívání psychoaktivní látky či psychoaktivních látek v dávkách schopných vyvolat intoxikaci. Příznaky intoxikace odpovídají známým účinkům dané látky či daných látek a tyto příznaky jsou dostatečně závažné (působící narušení vědomí, poznávání, emotivity nebo chování). Tyto příznaky není možné vysvětlit jinou somatickou poruchou nebo jinou duševní poruchou (Lužný, 2012).

1.3.3 Diagnostika a léčba delirií

Zrádnost delirií lze spatřovat v tom, že neuropsychiatrické příznaky bývají zřejmé zpravidla na první pohled a odvrací tak klinický pohled spíše směrem k následkům vyvolávající příčiny nežli k prvotním vyvolávajícím faktorům. Diferenciální diagnostika tak nabývá u delirií zvláštního významu. Pomáhá odlišit akutní, život ohrožující stavy (zasluhující přednostní řešení) a dále pak nabízí možnosti nalezení kauzální léčby deliria. Řešení ve smyslu překladau na psychiatrické lůžko z důvodu deliria nebo bezmyšlenkovitá aplikace sedujících psychofarmak k tišení psychomotorického neklidu tak v praxi může být závažnou chybou, s letálním zakončením pro pacienta (Lužný, 2012).

Léčbu deliriózních stavů lze dělit do čtyř kroků. Prvním krokem je léčba vyvolávající příčiny deliria. Toto je jedinou kauzální léčbou u rozvíjejícího se a rozvinutého deliria. Kauzální léčba skutečné vyvolávající příčiny deliriózního stavu může odvrátit letální zakončení u nepoznaných závažných somatických stavů (krvácení do mozku, rozvrat vnitřního prostředí, rozvíjející se infekční proces apod.) (Lužný, 2012).

Druhým krokem je nescifická podpůrná léčba a kvalitní ošetrovatelská péče. Sestra zajistí tiché, klidné prostředí, prostředí se sensoricky adekvátními podněty, volí přiměřenou komunikaci s pacientem bez zbytečných složitostí, dbá na adekvátní příjem tekutin, dbá na nutriční screening a nutriční podporu, péči o mikci, pravidelnou defekaci, kvalitní ošetrovatelskou péči o kůži s prevencí vzniku dekubitů a kvalitní analgetickou léčbu u pacientů s bolestí (Lužný, 2012).

Třetím krokem je tišení neklidu. Psychomotorické rušivé projevy sice často bývají prvním příznakem rozvíjejícího se deliria, v managementu léčby jsou však uvedeny až na třetím místě. Neklid je potřeba tišit až při splnění bodů číslo jedna a dvě a to zejména v situacích, kdy je psychomotorickými projevy deliria ohroženo zdraví či život pacienta nebo jeho okolí. Rozvažujeme mezi mechanickými prostředky tišení neklidu (aplikace postranic, kurtů, ochranných pásů), farmakologickými prostředky (nejčastěji antipsychotika v tabletové, kapénkové nebo injekční formě) nebo kombinací obou

léčebných možností. Prostředky mechanického omezení jsou v rozhodování posledním krokem, byly-li vyčerpány ostatní možnosti tišení neklidu (Lužný, 2012).

Farmakologické pacifikující prostředky jsou další léčebnou možností. Vždy je nutné přihlížet k současné somatické komorbiditě pacienta, která může předem vylučovat použití některých farmak. Hodnotí se vždy individuální profil pacienta (mladší jedinci a naopak starší jedinci vyžadují nižší dávky farmak, citlivější titraci dávek) i potenciál k lékovým interakcím při ostatních působících lécích (Lužný, 2012).

Čtvrtým krokem je dispenzarizace a preventivní opatření zamezující opakování deliriózních stavů (Lužný, 2012).

1.4 Závislosti

Problematika závislosti na alkoholu či na psychoaktivních látkách není ve vyšším věku nikterak vzácná. Prevalence závislosti na alkoholu se odhaduje na 2-15% seniorů žijících v komunitě, u závislosti na psychoaktivních látkách pak převažuje závislost na lécích (nejčastěji se jedná o benzodiazepiny, analgetika a hypnotika). Dle statistik užívá až 30% seniorů léky s potenciálem ke vzniku závislosti. Častá je rovněž kombinace závislosti na alkoholu a lécích zároveň (18% seniorů závislých na lécích má komorbidní závislost na alkoholu) (Lužný, 2012).

1.4.1 Závislost na alkoholu

Závislost na alkoholu je chronické onemocnění s velmi variabilním průběhem, provázené znovu vzplanutím v pití, které často následují po předchozím působení stresorů nebo i bez nich. U závislosti na alkoholu u seniorů se uplatňují vlivy genetické, psychosociální, ekonomické i vlivy prostředí. Dochází k opakovanému užívání alkoholu i přes zjevné škodlivé důsledky takového užívání, neustálému zaobírání se alkoholem, touhou po alkoholu, dochází ke změnám sociálního fungování jedince v důsledku

užívání alkoholu, k zanedbávání příjemných aktivit i všedních povinností (Lužný, 2012).

Problematika závislosti na alkoholu přináší seniorům oproti pacientům mladšího a středního věku výraznější komplikace. Závažnější jsou důsledky pádů u seniorů – alkoholiků (častější úrazy skeletu postiženého osteoporózou, zhoršení již přítomné mobility seniorů, zhoršení již přítomných závratí a další navýšení již přítomného rizika pádů). Alkohol u seniorů umocňuje potenciální problémy s nutricí (častěji hrozí malnutrice), více jsou zdůrazněny rodinné problémy (děti odmítající péči o stárnoucí rodiče trpící alkoholismem, dochází k většímu sociálnímu vyloučení alkoholiků, u seniorů závislých na alkoholu je menší šance na umístění do domovů pro seniory) (Lužný, 2012).

Akutní opilost (ebrieta) u seniorů je rovněž riziková. Ve větší míře hrozí změny vnitřního prostředí (hypokalemie, dehydratace, hyperosmolarita). Výraznější změny má alkohol u seniorů také na spánek, sexuální chování a fungování, smyslové funkce. Díky alkoholu roste riziko pádů a závažných úrazů. Mění se tolerance k současně užívaným lékům. Alkohol zvyrazňuje patické nálady (deprese, někdy i úzkosti), u alkoholiků roste významně suicidalita (Lužný, 2012).

1.4.2 Závislost na benzodiazepinech, analgetikách a ostatních psychoaktivních látkách

V rámci této kategorie dominuje závislost na lécích, původně předepsaných v dobrém úmyslu, k podpoře spánku (hypnotika, anxiolytika), symptomatické léčbě úzkosti (anxiolytika) a bolesti (analgetika). Specifickým jevem u závislosti na lécích u seniorů je vyšší tendence k automedikaci („vypůjčení si léků od sousedů“ apod.) (Lužný, 2012).

Důsledky dlouhodobého užívání sedativ a hypnotik u seniorů jsou zpomalení psychomotoriky, snížení bdělosti, dále zvýšená spavost a sedace, výraznější zmatenost a poruchy paměti v kontinuu. Dále je zde vyšší riziko pádů vlivem myorelaxačních

účinků těchto léků a také výraznější fenomén paradoxní excitace (místo sedace se paradoxně objevuje agitovanost, nespavost, agresivita) (Lužný, 2012).

Odvykací stav mívá bouřlivou a velmi vleklou podobu. Objevuje se rebound anxiety (znovuobjevení se úzkosti po vysazení benzodiazepinů), zvýrazňuje se vnímání bolesti, objevuje se psychomotorický neklid, agitovanost, roste depresivita. Odvykací stav může působit až dojmem deliria. Léčba odvykacího stavu by měla probíhat za hospitalizace. V akutní fázi se vracíme k aplikaci benzodiazepinů a analgetik, následně se postupně a velmi mírně snižuje jejich dávka, používají se korekční psychofarmaka k tišení anxiety a neklidu (Lužný, 2012).

Závislosti na ostatních psychoaktivních látkách (kanabis, kokain, heroin) jsou u seniorů vzácné. Relativně častější bývá v rámci této skupiny závislost na kanabinoidech, používaných seniory v rámci automedikačních tendencí (revmatologické a bolestivé stavy). Většina závislých na „tvrdých drogách“ umírá dříve, ještě před nástupem vlastního stáří. K léčbě se užívají antidepressiva, stabilizátory nálady a nízká dávka antipsychotik. Dovoluje-li to stav a spolupráce nemocného, pak psychoterapeutické metody (Lužný, 2012).

1.5 Demence

Pojem „demence“ pochází z latiny a doslova znamená „bez mysli“ (Huub, 2006). Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku. Během (dlouhé) první fáze je demence jako taková sotva patrná. Oči jsou jasné a otevřené, mysl je čistá a pacient chodí a pohybuje se, jak byl zvyklý. V konečné fázi nemoci je závislý na druhých ve všech svých potřebách a zapomněl už všechno, co se kdy naučil. Teprve docela nedávno začalo být zjevné, že demence je způsobená dysfunkcí mozku (Huub, 2006).

Demence má mnoho forem. Její nejběžnější formou je Alzheimerova nemoc. Po Alzheimerově nemoci je nejběžnější vaskulární demence, která představuje asi 15% všech případů. Ve zhruba 15% případů pozorujeme kombinaci dvou nebo více poruch,

jež nakonec vedou k demenci. Nejčastěji se objevuje kombinace Alzheimerovy nemoci a vaskulární demence. Zbývajících 15% představuje dlouhá řada relativně vzácných poruch. Parkinsonova choroba, Pickova, Bingswangerova, Lewy Bodyho a Huntingtonova se vyskytují častěji u mladších pacientů (Huub, 2006).

Skutečnost, že lidé s demencí jsou delší dobu diváky svého vlastního úpadku, mívá často za následek, že se u nich vyvine deprese (Huub, 2006).

1.5.1 Základní příznaky demence

Mezi základní příznaky patří postižení kognitivních funkcí. Většina demencí začíná poruchami paměti. Jsou však i výjimky. Frontotemporální demence (především frontálního typu Pickovy choroby) začínají zpravidla poruchami chování, zatímco poruchy paměti mohou být poměrně dlouho zachovány. Subkortikální demence, například demence při Parkinsonově chorobě, začínají zpravidla poruchami exekutivních (výkonných) funkcí. Postižení nejsou schopni naplánovat a provést složitější úkony. Dalšími příznaky je postižení aktivit denního života. Běžné dovednosti, profesionální dovednosti, péče o sebe sama apod. jsou u demencí porušeny úměrně tíži demence. Na počátku vypadávají například složitější profesní aktivity, postupně se porucha rozšiřuje na tzv. instrumentální aktivity denního života, například schopnost nakládat s penězi. U pokročilých demencí jsou postiženy i bazální aktivity denního života, jako je schopnost oblékat se a svlékat se, samostatně se najíst, udržovat základní osobní hygienu. U velmi těžkých stadií demencí se vyskytuje inkontinence moči i stolice, je plná odkázanost na péči okolí (Jiráček, 2009).

Dále poruchy chování, které mohou mít různý charakter. Velmi často bývají stavy neklidu. Někdy mohou nastat stavy silného neklidu, který může, ale nemusí být vždy spojen s agresivitou. Jsou to například útoky, napadání členů rodiny, pečovatелů, zdravotnického personálu, ničení věcí, vykřikování, nadávání, neustálé upoutávání pozornosti aj. Poruchy emocí (afektů a nálad) jsou u demencí časté, zpravidla přechodného a kolísavého charakteru. V rámci poruch chování se vyskytují

nekontrolované afekty, hlavně afekty vzteku. Mohou se také vyskytovat afekty smutku s pláčem, čtenější u vaskulárních demencí. Také poruchy spánku se u demencí vyskytují v hojně míře, ale častěji je posun cyklu spánek - bdění. Postižení později usínají a později se probouzejí. Někdy dochází až k plné inverzi spánku – v noci jsou bdělí a ve dne spí (Jiráček, 2009).

1.6 Zajištění ošetrovatelské péče u pacientů s duševní poruchou

Dle osobních zkušeností z interního oddělení se ošetrovatelská péče u pacientů s duševní poruchou poskytuje individuálně dle potřeb pacienta. Vždy je potřeba zjistit soběstačnost pacienta. Pacienta, který se sám umyje, sestra doprovodí do koupelny, v případě potřeby mu zajistí židli a hygienické pomůcky. U pacientů, kteří nezvládnou dojet do koupelny a hygienickou péči vykonat tam, sestra zajistí ke stolečku umyvadlo s potřebnými pomůckami a dohlédne na pacienta. Takovému pacientovi sestra zajistí omytí zad, hýždí a genitálu a připraví mu pomůcky na hygienu dutiny ústní. Poté sestra zajistí osušení pacienta a pomůže pacientovi obléknout se. U ležících pacientů je nutné zajistit komplexní hygienickou péči na lůžku. Sestra pacienta vždy informuje o výkonech, které bude provádět. Dle potřeby sestra zajistí výměnu ložního prádla (Mikšová, 2006).

Sestry by měli dodržovat zásady, které zabraňují poškození kůže a vznik dekubitů. Mezi tyto zásady patří omezení používání mýdel, které vysušují pokožku. Na pokožku sestry používají čistící oleje či hydratační emulze. Sestry nesmějí zapomínat na sledování stavu kůže, kožní změny, integritu kůže. Důležité je sledovat také vlhkost, teplotu kůže a zápach (Vytejčková, Sedlářová a kol., 2011).

Další částí péče o pacienty s duševní poruchou je podávání léků. U takovýchto pacientů sestra zajistí požití naordinovaných léků. V případě potřeby pacientovi léky rozpůlí, zajistí potřebné množství tekutin a dohlédne na zapití léků. Sestra nikdy nenechává léky na stolečku. U pacientů, kteří mají potíže s polykáním, sestra léky rozdrtí a pacientovi je podává po lžičkách s čajem nebo vodou (Mikšová, 2006).

Další důležitou částí péče je stravování. U pacientů s duševní poruchou je potřeba dohlédnout na to, kolik pacient stravy snědl nebo zda vůbec něco snědl. V těchto případech sestra zajistí vhodnou polohu pacienta, podávanou stravu nakrájí na kousky a dohlíží na pacienta. Nesoběstačné pacienty sestra nakrmí. Po jídle sestra zajistí hygienu rukou a úst a čistotu oblečení pacienta (Křišková, 2006).

Také rychlý a stresující provoz v nemocničním zařízení bývá jednou z možných příčin hrozící malnutrice, kdy pacienti nemají dostatečně vymezený prostor se v klidu najíst nebo být nakrmeni (Sobotka, 2012).

Prevencí před rozvojem malnutrice je zajištění kvalitní stravy s dostatkem bílkovin, dále snaha o dodržování stravovacích návyků, podávání léků po jídle. Také je důležitá vhodná úprava stravy, například podávání různých kaší či smetanových krémů, které umožňují snadnější polykání a příjem vysokého obsahu energie. Také je možné podávat různé nutriční nápoje ve formě sippingu (Kalvach, 2008).

Strava u pacienta s duševní poruchou by měla být vyvážená a přizpůsobená věku, fyzické námaze, zdravotnímu stavu a pohlaví (Navrátil a kol., 2008).

1.7 Komunikace s pacienty s duševní poruchou

Dobrá komunikace s pacientem či klientem se zdá být základem vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče. Komunikace je předávání informací, pocitů, citů k druhým. Děje se cestou verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní) (Minibergerová, 2006).

K pacientovi sestra vždy přistupuje otevřeně, přátelsky a laskavě. A to i v případech, kdy je situace naléhavá. Na začátku rozhovoru sestra osloví pacienta vždy jménem, čímž se ujistí, že jí věnuje pozornost. Pacient si nemusí vždy pamatovat, kdo přichází, proto se sestra představí a vysvětlí pacientovi, proč přichází. Dále by sestra měla mluvit pomalu a srozumitelně. Ověřit si, zda jí pacient rozuměl a pokud to bude nutné, vše zopakovat (Zgola, 2003).

Častým problémem je navázat kontakt s pacientem, který o komunikaci nestojí. Prvním krokem sestry je analyzovat důvody, které stojí za odmítáním komunikace.

Mohou vyplývat ze situace, ve které se pacient nachází. Stažení se do sebe je známkou změn nálad, sestra zvažuje reakci na změnu v životě seniora, smutek po blízkých. Některým lidem trvá déle, než se osmělí, mají nižší potřebu mluvit, nebo si neumí představit, o čem mají s personálem hovořit. Je vhodné, aby je pracovníci taktním způsobem vybízeli k hovoru. Sestra může téma přinést, pozoruje, zda je klientovi vhod. Většina lidí ráda vzpomíná na svou profesi, rodiště, rodinu, koníčky. Sestra může reagovat na každodenní události v zařízení, kde se senior nachází. Vyhýbá se konfliktním a smutným tématům. Respektuje přání klienta, když chce být sám (Venglářová, 2007).

1.8 Praktické postupy zvládání vybraných problémových situací

V této kapitole jsou shrnuty praktické postupy zvládání vybraných problémových situací, jako je například agresivita, toulání a noční neklid.

Agresivita

Agresivní chování je evolučně velmi starý způsob reakce na něco nepříjemného. Sestra se vždy pokouší zabránit střetu. Zkušený personál zná zvyklosti a reakce klientů. Umí předpovídat situace, ve kterých ke střetům může dojít. Často se jedná o úkony, které vyvolávají u klientů rozpaky, stud, někdy i bolest a strach. Přírozenou reakcí může být obrana nebo útěk. Při útěku se klient vyhýbá nepříjemným situacím. Pokud ho do nich přes jeho snahu sestra uvede, může se obrana obrátit proti ní, jako forma agresivního jednání. Klient má mnohdy jiný plán, není ochoten spolupracovat, brání se. Tím se péče o něho zdržuje a časová tíseň stresuje všechny. Sestra zvaží, jaké úkony musí nezbytně provést ihned. Jiné odloží, hledá jiné cesty. Pacienti s demencí ztrácejí schopnost rozeznat potřebu různých aktivit spojených s hygienou, výživou či aktivizací. Člověk, který si neuvědomuje, že je znečištěn, nemá žádný důvod podrobit se koupeli (Venglářová, 2007).

Sestra sleduje neverbální projevy klienta i své. Zejména se soustředí na varovné signály u klienta, které ukazují na blížící se střet. Jde o změny chování, upřený pohled očí, zrychlení tempa řeči apod. Mezi varovné signály sestra řadí, když pacient působí nervózně, je rozrušený. Výhružně gestikuluje, podupává nebo naznačuje kopnutí. Dívá se upřeně do očí. Dále když svírá pěsti. Pacientova tvář je napjatá, nervózně pomrkává a objevuje se agresivní úšklebek (Venglářová, 2007).

Sestra využije zklidňujících vlivů. Za zklidňující se považuje zpomalení tempa řeči, klidný způsob mluvy, snížení gestikulace. Dotazování klienta co si přeje. V případě potřeby si sestra přivolá pomoc (Venglářová, 2007).

Toulání

Zdánlivě bezcílné toulání je častým symptomem u lidí, kteří trpí demencí. Nejde jen o nepříjemný projev, je zde i řada rizik jako jsou zranění, pád, ztracení a následně riziko zanedbání péče, psychické strádání při nemožnosti nalézt cestu zpět. Pokud je důvodem pro stálé odcházení smutek po někom, či něčem, snaží se sestra klientovi zprostředkovat kontakt s osobami, které hledá. Při nutnosti zavést pacienta zpět, volí sestra klidný, ale rozhodný přístup. Nabízí příjemné důvody, proč má jít s ní. Sestra udržuje oční kontakt, pokud to klient přijímá, může doplnit i dotyky, jemné vedení za paži. Teprve krajní možností jsou farmakologická a omezující řešení (Venglářová, 2007).

Noční neklid

Už v počátcích onemocnění demencí dochází k poruchám cyklu spánku a bdění. Kromě vlivů onemocnění se na symptomu podílí také režim dne. Související mohou být různé zdravotní potíže, vliv psychické zátěže a léků. I v tomto případě je nutné hledat původ obtíží se spánkem. Noční aktivita často přináší problémy, protože neklid ruší

okolí. Mezi základní opatření sestry patří zhodnotit režim dne, čas vstávání a ukládání. Sestra zajistí dostatek aktivity během dne. Na noc upraví pokoj a lůžko ke spánku (tma, chladnější vzduch, ticho) (Venglářová, 2007).

1.9 Zajištění bezpečného prostředí

Dle osobních zkušeností z interního oddělení sestra zajistí bezpečnost neklidného nebo zmateného pacienta přesunem na pokoj blíže k inspekční místnosti sester. Sestra odstraní z dosahu pacienta nebezpečné předměty, kterými by si mohl ublížit. Sestra provádí pravidelné kontroly pacienta.

Především kognitivní poruchy ovlivňují chování člověka tak, že se chová nebezpečně. Pokud sestra chce maximálně podporovat klientovu samostatnost a činnost, musí zajistit bezpečné prostředí. Sestra zajistí dohled při toulání, bloudění, dezorientaci. Při těchto situacích jsou závažným rizikem pády (Venglářová, 2007).

V případě hrozby pádu sestra zváží doplňky k lůžku, postranice. Umístění postranic na lůžko může způsobit závažnější pád, pokud klient začne postranice přelézat. Sestra podporuje klientovu mobilitu, ergoterapeut a rehabilitační pracovník pomáhá jednak posílit klientovu pohyblivost, jednak ho učí bezpečným způsobům pohybu. Rizikové je vstávání, pohyb v koupelně a WC. Oporu přinese hůl nebo chodítko (Venglářová, 2007).

1.10 Důvody pro použití omezujících prostředků a druhy omezujících prostředků

Omezení pacienta je indikováno lékařem. Pouze v případě, kdy hrozí zranění či závažné poškození okolí, může omezení indikovat sestra. Neprodleně informuje lékaře. Omezení se užívá na dobu nezbytně nutnou, většinou než začne pozitivně účinkovat farmakologická léčba. Vše je nutné důsledně dokumentovat (Venglářová, 2007).

Omezující opatření slouží k ochraně pacienta. Jde o krajní řešení, které následuje po vyčerpání všech alternativ. Omezující prostředky se nevyužívají pro usnadnění péče.

Nejprve sestra volí jiné metody zklidnění pacienta, jako je např. dostatečná pohybová aktivita, vyhovující denní režim, vhodné prostředí. V případě použití omezujících prostředků, sestra pacientovi stále vše vysvětluje, bez ohledu na stav vědomí. Sestra neponechává pacienta bez dozoru (vizuální i verbální kontakt) (Venglářová, 2007).

Personál musí postupovat velmi šetrně. K ochrannému opatření používaného na interním oddělení patří mechanické prostředky, např. kurty a jiné mechanické zábrany volného pohybu člověka (elastická obinadla, kapny). A v neposlední řadě také farmakologické omezující prostředky (sedativa, antipsychotika) (Venglářová, 2007).

1.10.1 Péče o klienta v době použití omezujících prostředků

Omezení musí být provedeno plánovaně, rozhodně a profesionálně. Sestra předem připraví lůžko s kurty, návštěvy a spolu pacienty poprosí o opuštění pokoje. Při prvním omezování pacienta se kvůli aktivnímu odporu často nepodaří správně upravit a vypodložit všechny popruhy. Je-li pacient již omezen v lůžku, může sestra omezení jednotlivých končetin postupně upravit, aby bylo účelné a co nejméně nepohodlné. Omezování může vést k výraznému stresu i fyzickému zatížení pacienta, je důležité měřit na počátku omezení tlak a puls. Pacient omezený v lůžku by měl být uložen mimo dosah ostatních pacientů, pokud to dovoluje stav oddělení. Jejich vzájemný kontakt může mít negativní vliv na psychický stav pacientů (Petr, Mikláš, 2004).

Po celou dobu omezení sestra pacientovi věnuje zvýšenou ošetrovatelskou péči a je průběžně sledován. Sledování je zaměřeno na projevy nemocného, stav vědomí a stav prokrvení končetin. Velkou pozornost sestra věnuje stavu dýchacích cest (např. zahlenění, riziku aspirace atd.). Při komplexní ošetrovatelské péči sestra musí pravidelně kontrolovat krevní tlak a puls v hodinových intervalech. Pečuje o hydrataci a stravování. Minimální příjem tekutin 2 000 ml/denně. Dále sestra věnuje pozornost péči o vyprazdňování, sledování vylučování moči a stolice. Velmi důležitá je péče o hygienu v závislosti na délce omezení. Dále věnuje pozornost péči o dutinu ústní, celkovou koupel, dle potřeby mění osobní a ložní prádlo, upravuje lůžko. Mezi další patří

prevence dekubitů. Vypodložení rizikových míst, použití antidekubitárních pomůcek, péče o kůži. Prevence negativních důsledků z omezení končetin. Sestra dbá na správné přiložení a vypodložení popruhů, pravidelné kontroly prokrvení končetin nejdéle v hodinových intervalech. V neposlední řadě minimalizuje psychickou zátěž pacienta. Sestra pacientovi zajistí pocit bezpečí (Dohnalová, 2010).

Návštěvy nemocných v průběhu omezení jsou možné, neurčí-li lékař jinak. Každá návštěva musí být předem seznámena s důvody vedoucími k omezení pacienta. Je vhodné, aby byl průběh návštěvy krátký, s přítomností personálu a návštěva byla schopna akceptovat omezující opatření (Petr, 2004).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- C1: Zjistit, s jakými duševními poruchami se všeobecné sestry na interním oddělení setkávají.
- C2: Zjistit znalost sester o zásadách komunikace u pacientů s duševním onemocněním.
- C3: Zjistit zkušenosti sester s ošetřováním pacientů s duševním onemocněním.
- C4: Zjistit nejzávažnější rizika v péči o pacienty s duševními poruchami.
- C5: Zjistit způsob zajištění bezpečí u pacientů s duševními poruchami na interním oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

- VO1: S jakými duševními poruchami se všeobecné sestry setkávají u pacientů na interním oddělení?
- VO2: Jaké jsou znalosti sester o zásadách komunikace s pacienty s duševním onemocněním?
- VO3: Jaké jsou zkušenosti sester s ošetřováním pacientů s duševním onemocněním na interním oddělení.
- VO4: Jaká jsou rizika při ošetřování a péči o pacienty s duševním onemocněním na interním oddělení?
- VO5: Jaké mají sestry možnosti zajistit bezpečí pacientům s duševním onemocněním na interním oddělení?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Bakalářská práce na téma Ošetrovatelská péče u pacientů s duševní poruchou na interním oddělení byla zpracována pomocí strategie kvalitativního výzkumu, metodou dotazování. Technikou sběru dat bylo polostrukturované interview pro sestry z interního oddělení Nemocnice Český Krumlov a.s. Rozhovory tvořilo deset stejných otázek, které byly doslova zapisovány (Příloha 1). Rozhovory probíhaly od 15. 3. 2016 do 1. 4. 2016 v přátelské náladě, v tiché českokrumlovské kavárně nebo na interním oddělení po domluvě se staniční sestrou (Příloha 2). Na zpracování rozhovorů byla použita technika otevřeného kódování, na které navázala takzvaná technika vyložení karet. Následně byla provedena redukce dat na potřebná, s uspořádáním do kategorií. Byla provedena identifikace významových jednotek v přepisu textu rozhovoru (Příloha 2).

Polostrukturované interview je nejrozšířenější metodou při sběru dat. Při této metodě je potřeba si vytvořit určité schéma, které specifikuje okruhy otázek, na které se bude tazatel ptát. U polostrukturovaného interview si tazatel definuje minimum témat a otázek, které potřebuje probrat. Na tato témata a otázky se následně nabalují různé doplňující otázky, kterými lze rozšířit původní zadání (Miovský, 2006).

Technika vyložení karet je technika, kdy se kategorie vzniklé z otevřeného kódování uspořádají do nějakého obrazce a na základě takového uspořádání se text sestaví tak, že je převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií (Švaříček, 2007).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo deset všeobecných sester pracujících na interním oddělení Nemocnice Český Krumlov a.s. Výběr respondentů byl záměrný. Vzorkování bylo ukončeno v okamžiku teoretického nasycení dat.

4 Výsledky

4.1 Základní identifikační údaje respondentů

Výzkumný soubor tvořilo devět žen ve věku třicet až šedesát let, s délkou praxe deset až čtyřicet let. A dále jeden muž ve věku třicet jedna let s délkou praxe sedm let. Sester se středním zdravotnickým vzděláním bylo šest, jedna sestra vystudovala navíc specializaci ARIP. Bakalářské studium absolvovaly tři sestry.

4.2 Seznam kategorizačních skupin

1. Duševní poruchy, příznaky a psychické problémy
2. Zásady komunikace
3. Zkušenosti sester
4. Rizika
5. Zajištění bezpečí
6. Četnost ošetřování
7. Chování pacientů
8. Odlišnost
9. Řešení problematických situací
10. Další vzdělávání

4.3 Výsledky z rozhovorů se všeobecnými sestrami

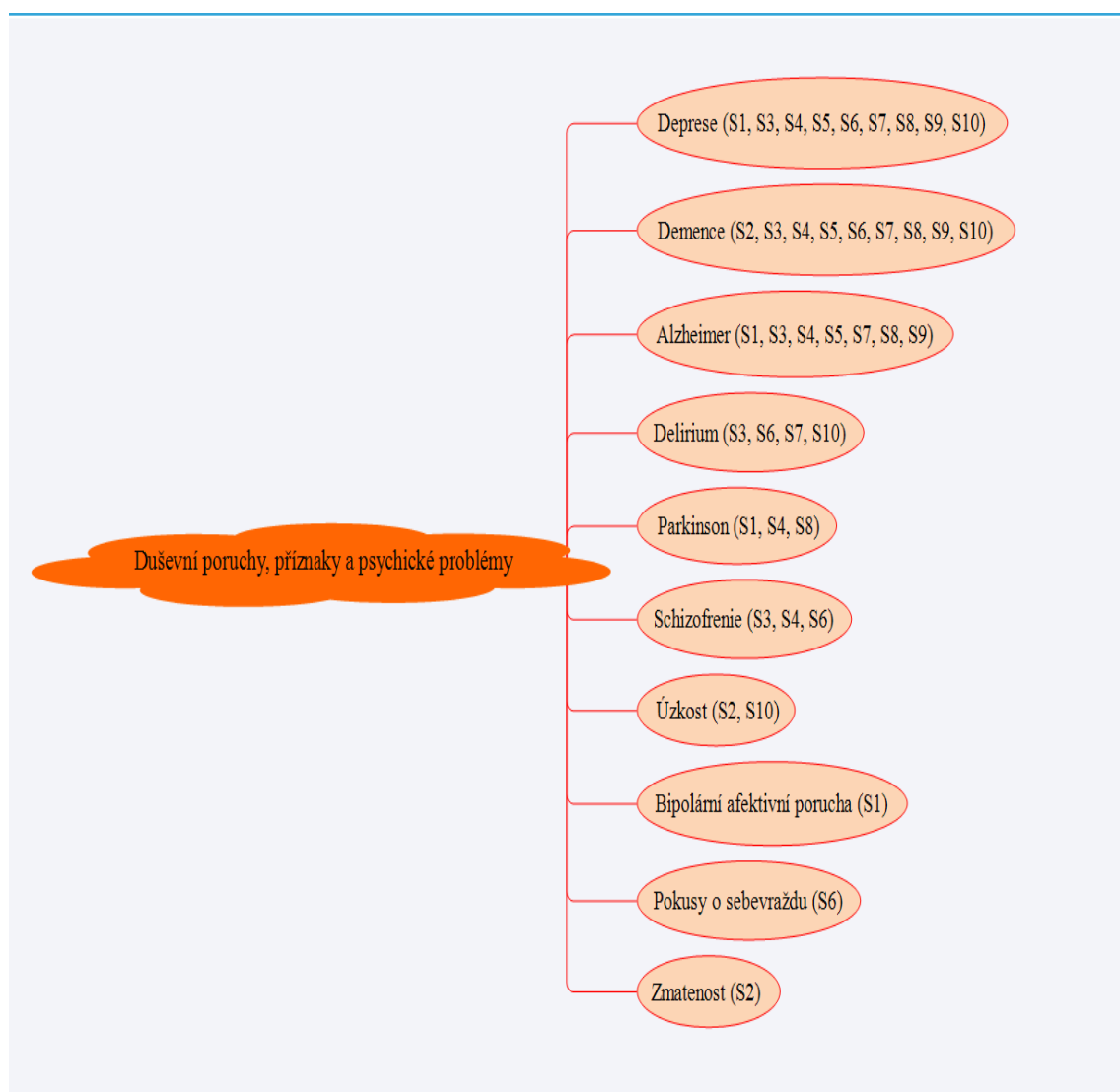
Kategorie č. 1 – Duševní poruchy, příznaky a psychické problémy

Tato kategorie obsahuje kódy, které se týkají duševních chorob, s nimiž se sestry setkávají na oddělení nejčastěji.

Zahrnuje 10 základních kódů (deprese, demence, Alzheimerova choroba, delirium, Parkinsonova choroba, úzkost, schizofrenie, bipolární afektivní porucha, pokusy o sebevraždu a zmatenost).

Schéma ukazuje kódy seřazené od nejčastěji uváděných:

Schéma 1 - Spektrum duševních chorob, se kterými se sestry na interním oddělení setkávají



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

VO1: S jakými duševními poruchami se všeobecné sestry setkávají u pacientů na interním oddělení?

Výzkum ukázal, že sestry z interního oddělení se nejčastěji setkávají (bráno ze spektra duševních poruch) s depresemi, kdy *Sestra 4* uvádí: „*Já myslím, že je to nejvíce schizofrenie, demence a deprese. Pak asi Alzheimer a Parkinson.*” Dále s demencí, Alzheimerovou chorobou a stavy deliria. Demence při Parkinsonově chorobě, bipolární afektivní porucha, úzkost, schizofrenie a pokusy o sebevraždu jsou méně časté na interním oddělení.

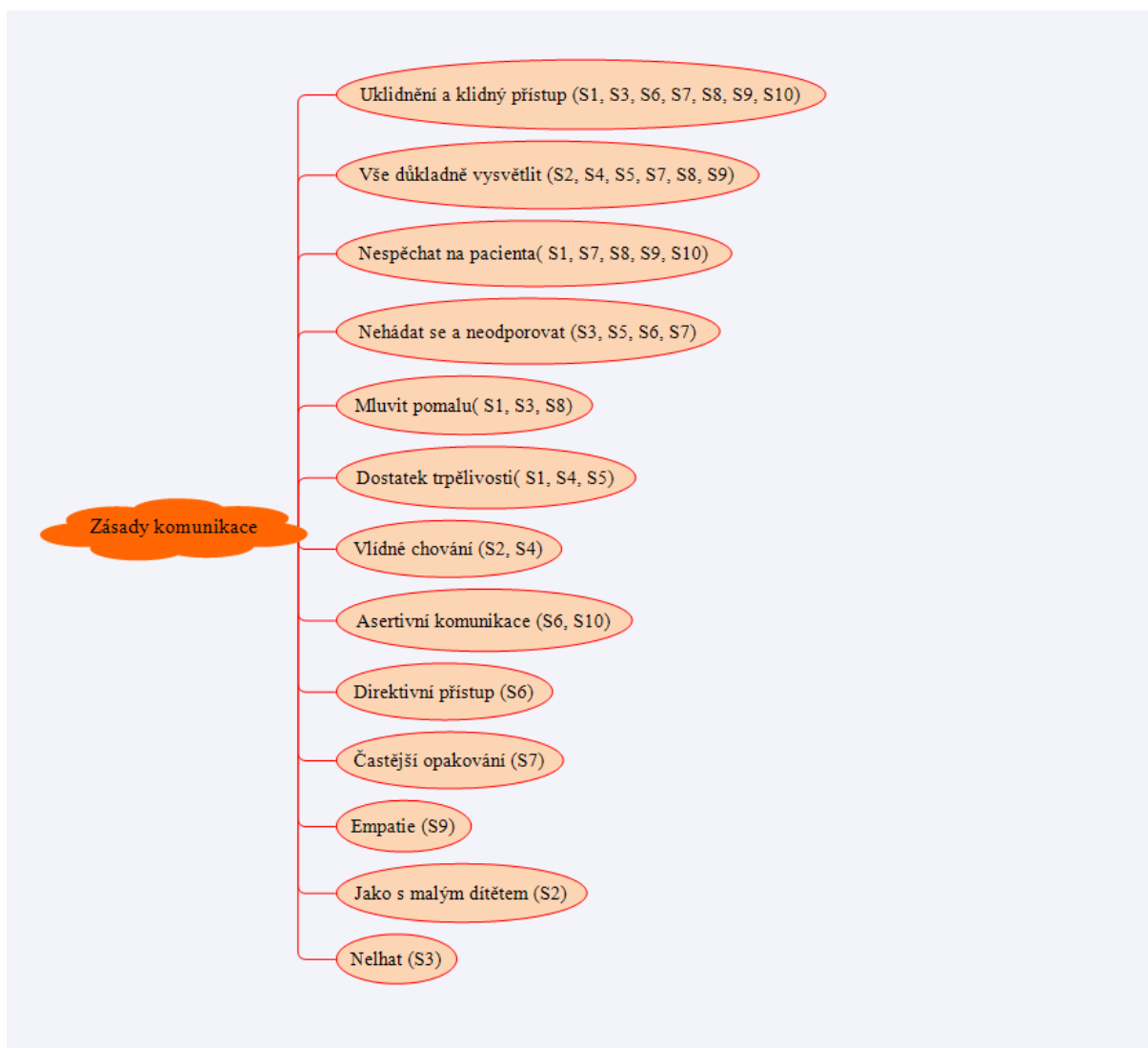
Kategorie č. 2 – Zásady komunikace

Tato kategorie obsahuje kódy, které se týkají zásad komunikace. Následující zásady jsou užívány dotazovanými respondenty.

Zahrnuje celkem 13 kódů (uklidnění a klidný přístup, nespěchat na pacienta, vše důkladně vysvětlit, nehádat se a neodporovat, mluvit pomalu, dostatek trpělivosti, vlídné chování, asertivní komunikace, direktivní přístup, častější opakování, empatie, jako s malým dítětem, nelhat).

Schéma ukazuje kódy seřazené od nejčastěji uváděných:

Schéma 2 - Nejčastější techniky komunikace



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

VO2: Jaké jsou znalosti sester o zásadách komunikace s pacienty s duševním onemocněním?

Z rozhovorů vyplývá, že daní pracovníci interního oddělení mají bohaté zkušenosti, co se týče komunikace s pacienty s duševní poruchou. Mezi nejčastěji užívané strategie daných pracovníků patří klidný přístup k pacientovi, který zahrnuje pomalý slovní

projev, nespěchání na pacienta a dostatek trpělivosti. *Sestra 9* uvádí: „*Já bych mezi zásady zařadila klidný a vlídný přístup, empatické chování, vše v klidu a pomalu.*” A *Sestra 5* toto tvrzení svými slovy potvrzuje: „*Myslím, že to jsou pacientovi neodporovat, nehádat se s ním. Snažit se vše vysvětlit, být trpělivá.*”

Při krizových situacích se pracovníkům osvědčilo pokusit se pacienta zklidnit, častěji zpovzdálí, kvůli vlastnímu bezpečí, toto potvrzuje *Sestra 7*: „*Já rozhodně opatrně. Snažím se být v klidu, mluvit tišeji, nerozkazovat, domluvit pacientovi. Pokud to nepomáhá, volám lékaře a sanitáře na pomoc.*” A také *Sestra 5*: „*Raději se držím dál od pacienta. Snažím se mu situaci vysvětlit. Mluvím klidně a pomalu. Pokud to nepomáhá, volám lékaře.*”

Personál se snaží působit klidně, nedělají zbytečně prudké pohyby, mluví tiše a snaží se pacienta verbálně zklidnit. Dále se osvědčuje důkladnější vysvětlování informací a nekonfliktní jednání, tedy nehádat se s pacientem a zbytečně mu neodporovat. Spíše efektivní se jeví asertivní komunikace než direktivní přístup k pacientovi.

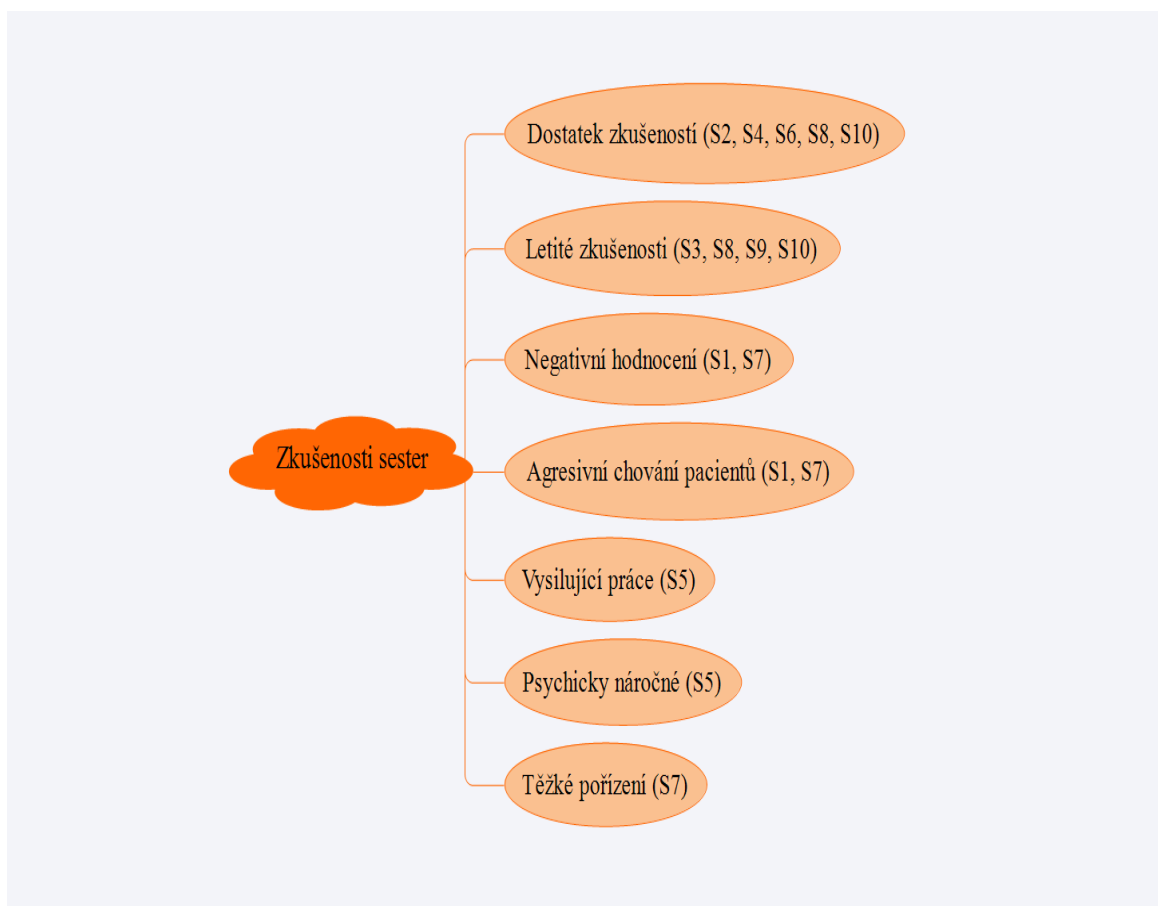
Kategorie č. 3 – Zkušenosti sester

Tato kategorie obsahuje kódy týkající se zkušeností sester.

Zahrnuje celkem 7 různých kódů (dostatek zkušeností, negativní hodnocení, letité zkušenosti, agresivní chování pacientů, vysilující práce, psychicky náročné, těžké pořízení).

Schéma ukazuje kódy seřazené od nejčastěji uvedených:

Schéma 3 - Zkušenosti sester



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

VO3: Jaké jsou zkušenosti sester s ošetřováním pacientů s duševním onemocněním na interním oddělení?

Všichni respondenti potvrdili, že mají bohaté zkušenosti, co se týče práce s pacienty s duševní poruchou, neboť většina z dotazovaných se s takovými pacienty setkává denně nebo téměř denně, menší skupina respondentů se pak s pacienty s duševní poruchou setkává alespoň jednou týdně.

Většina respondentů pak hodnotí tato setkání jako spíše negativní a to kvůli negativním projevům ze strany pacientů s duševní poruchou. Nejčastěji se totiž

setkávají s agresivními projevy vůči sobě, ostatnímu personálu nebo ostatním pacientům. Toto svými slovy potvrzuje *Sestra 4*: „*Rizikem už je samotné ošetřování takového pacienta. Tito pacienti jsou agresivní, utíkají z oddělení, napadají personál i spolupacienty. Jsou nebezpeční i sami sobě.*”

Toto jsou pro ně psychicky náročné, často až vyčerpávající situace. Téměř všichni respondenti potvrzují, že je třeba odlišný přístup k pacientům s duševní poruchou na rozdíl od pacientů běžných.

Sestry 1, 3, 7, 8, 9, 10 uvedly, že je třeba pacientovi věnovat více času, protože tito pacienti potřebují větší a častější dohled (kvůli správnému užívání léků, dodržování pitného režimu a správnému stravování a hygieně) a v neposlední řadě je třeba více trpělivosti při častějším vysvětlování a opakování informací pacientům.

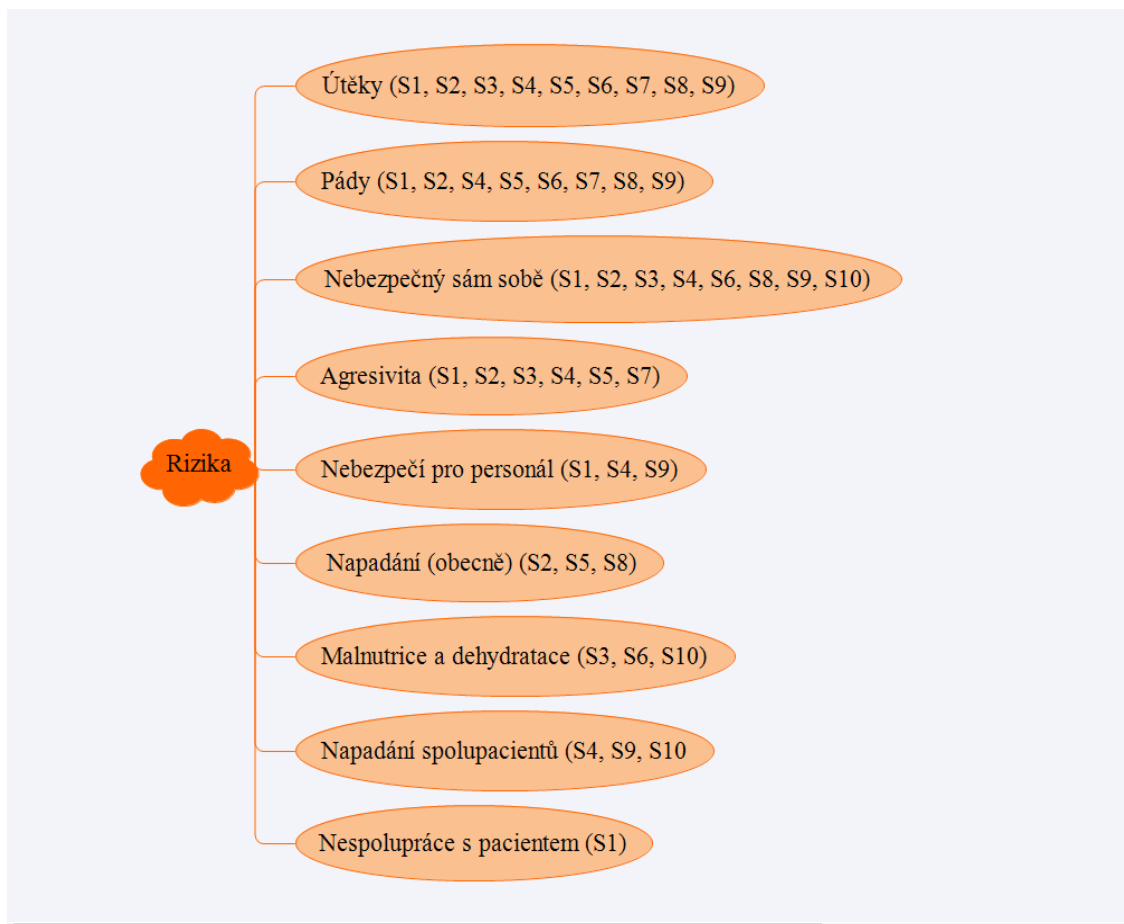
Kategorie č. 4 – Rizika

Tato kategorie obsahuje kódy, které se týkají veškerých možných rizik spojených s ošetřováním pacientů s duševními poruchami (zahrnuje rizika pro pacienty samotné, pro pracovníky i pro ostatní pacienty).

Zahrnuje celkem 9 kódů (útěky, pády, pacient nebezpečný sám sobě, nebezpečí pro personál, agresivita, napadání obecně, malnutrice a dehydratace, napadání spolupacientů, nespolupráce s pacientem).

Schéma ukazuje kódy seřazené od nejčastěji uvedených:

Schéma 4 - Rizika související s ošetřováním pacientů s duševními poruchami



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016.

VO4: Jaká jsou rizika při ošetřování a péči o pacienty s duševním onemocněním na interním oddělení?

Dotazované sestry potvrdily, že práce s pacienty přináší daleko více rizikových situací, než práce s běžnými pacienty. Nejčastěji se personál bojí o vlastní bezpečí, protože se často setkávají s agresivními projevy pacientů. Ohroženi jsou ale i ostatní pacienti.

Nejvíce ovšem pacient s duševní poruchou ohrožuje sám sebe, neboť je zde riziko pádu, útěku z oddělení, sebepoškození, malnutrice, dehydratace a špatného užívání léků (předávkování či odmítání užívat léky). Toto svými slovy potvrzuje *Sestra 6*: „*Pacienti mohou být nebezpeční sobě i okolí. Nechtějí užívat léky, nechtějí jíst a pít. Je zde také riziko pádu, riziko vytržení periferního žilního katetru a permanentního močového katetru. Nejsme uzavřené oddělení, takže je zde i riziko útěku.*” a *Sestra 10* dodává: „*Pacienti nechtějí užívat léky, nechtějí jíst a pít, takže dehydratace a riziko podvýživy. Rozhodně mohou být nebezpeční sobě i okolí.*” Také *Sestra 9* uvádí tato rizika: „*Mezi rizika patří útěk z oddělení, pád pacienta, možnost napadení personálu a ostatních pacientů, také sebepoškození, například vytržení kanyly.*”

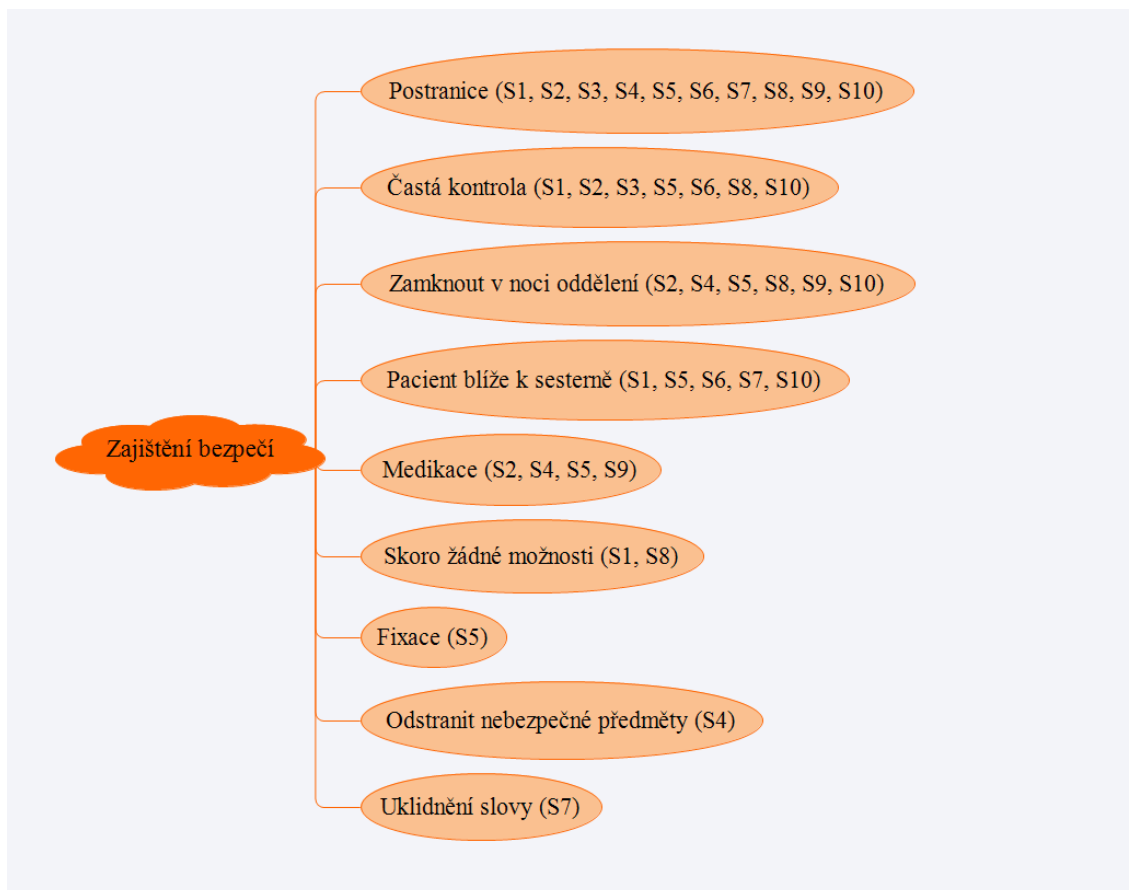
Kategorie č. 5 – Zajištění bezpečí

Tato kategorie zahrnuje kódy, které se týkají dostupných možností zabezpečení pacienta s duševní poruchou, aby se dalo předejít rizikům, které jsou zmíněny v předchozí kategorii.

Zahrnuje celkem 9 kódů (postranice, častá kontrola, zamknout v noci oddělení, pacient blíže k sesterně, medikace, skoro žádné možnosti, fixace, odstranit nebezpečné předměty, uklidnění slovy).

Schéma ukazuje kódy seřazené od nejčastěji uvedených:

Schéma 5 -Zajištění bezpečí pacientů s duševní poruchou



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

VO5: Jaké mají sestry možnosti zajistit bezpečí pacientům s duševním onemocněním na interním oddělení?

Všichni dotazovaní respondenti se shodují, že nejvíce používanou pomůckou k zajištění bezpečí pacienta jsou postranice (toto uvedla Sestra 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10) a častá kontrola. Dále uvádějí možnost zamknout oddělení (tuto možnost uvedla Sestra 2, 4, 5, 8, 9, 10) a v případě možnosti přestěhovat pacienta blíže k sesterně, následně uvádějí možnost použití medikace.

Až v poslední řadě uvádějí respondenti možnost použít fixaci, kdy tuto možnost uvedla pouze Sestra 5. Například *Sestra 1* na tuto otázku odpověděla takto: „*Řekla*

bych, že skoro žádné. Mohu dát postranice, které mi pacient přeže, takže to není moc bezpečné. Fixaci používat nemáme, pouze v krajních případech. Jedinou možností je častá kontrola, což je v tomto provozu dost náročné. A pak si pacienta přestěhovat blíž k sesterně.” A Sestra 2 dodává: „V noci můžu zamknout oddělení, rozhodně zvýšená kontrola a dohled. Také postranice, ale myslím, že ty u agresivních pacientů moc bezpečné nejsou. A dál medikamentózně.”

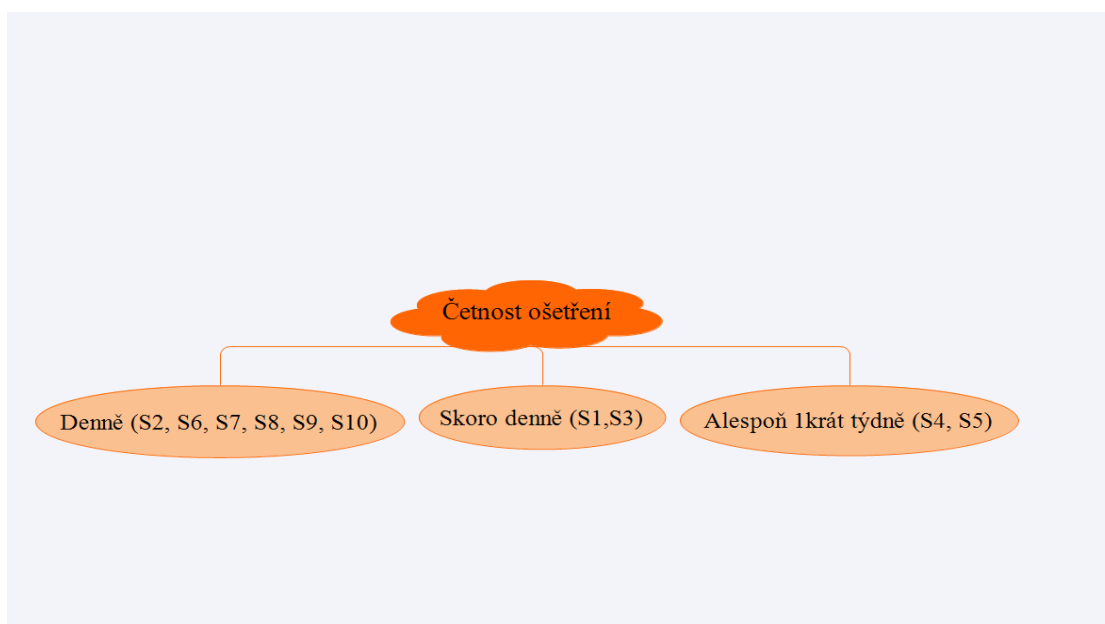
Kategorie č. 6 – Četnost ošetřování

Tato kategorie zahrnuje kódy, které se týkají četnosti ošetřování pacientů s duševními poruchami.

Zahrnuje celkem 3 kódy (denně, skoro denně, alespoň 1x týdně).

Schéma ukazuje kódy seřazené od nejčastěji uvedených:

Schéma 6- Četnost ošetřování pacientů s duševní poruchou



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

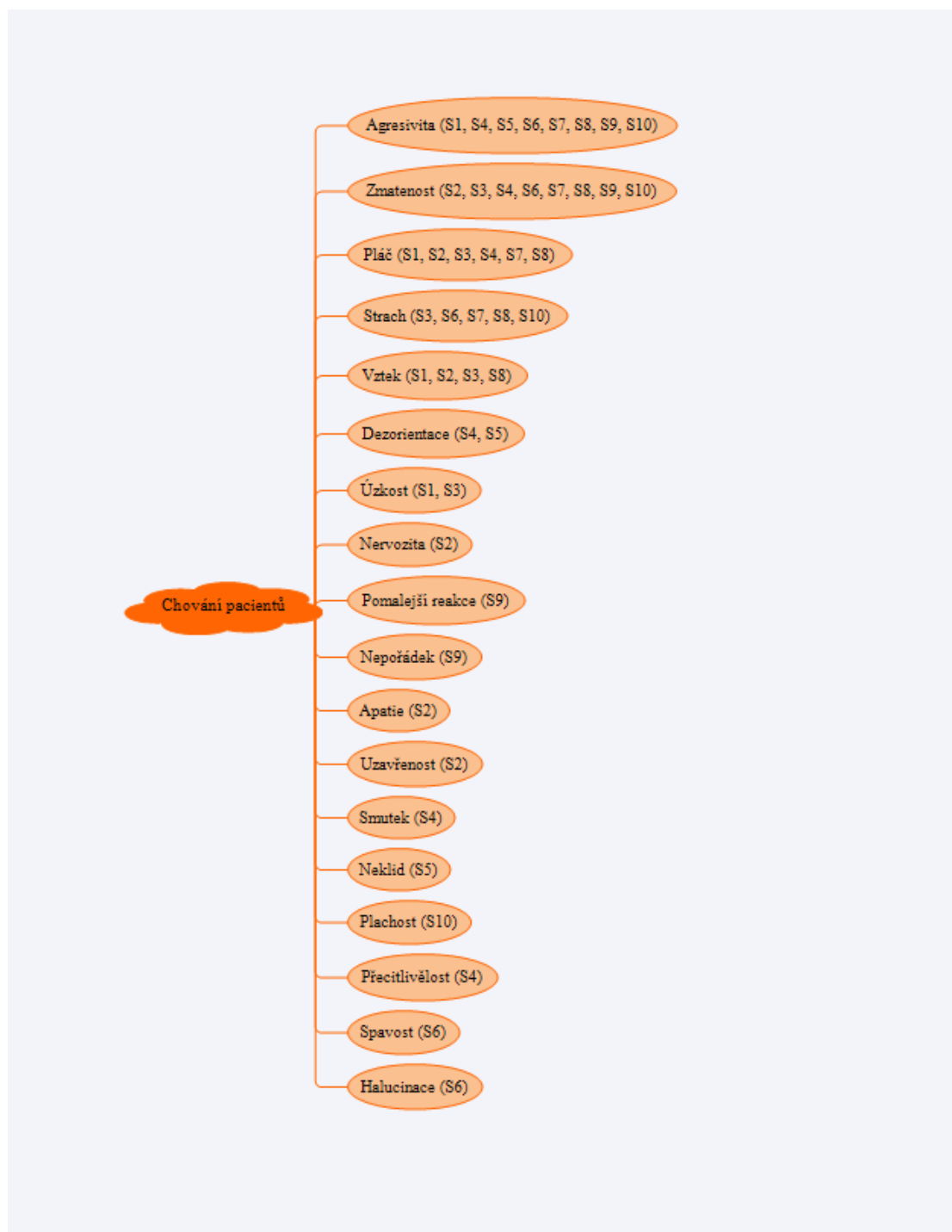
Kategorie č. 7 – Chování pacientů

Tato kategorie zahrnuje kódy týkající se chování, s nímž se zdravotnický personál nejčastěji setkává u pacientů s duševní poruchou.

Zahrnuje celkem 18 kódů (agresivita, zmatenost, pláč, strach, vztek, dezorientace, úzkost, nervozita, pomalejší reakce, nepořádek, apatie, uzavřenost, smutek, neklid, plachost, přecitlivělost, spavost, halucinace).

Schéma ukazuje kódy seřazené od nejčastěji uvedených:

Schéma 7 - Nejčastější chování pacientů s duševní poruchou



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

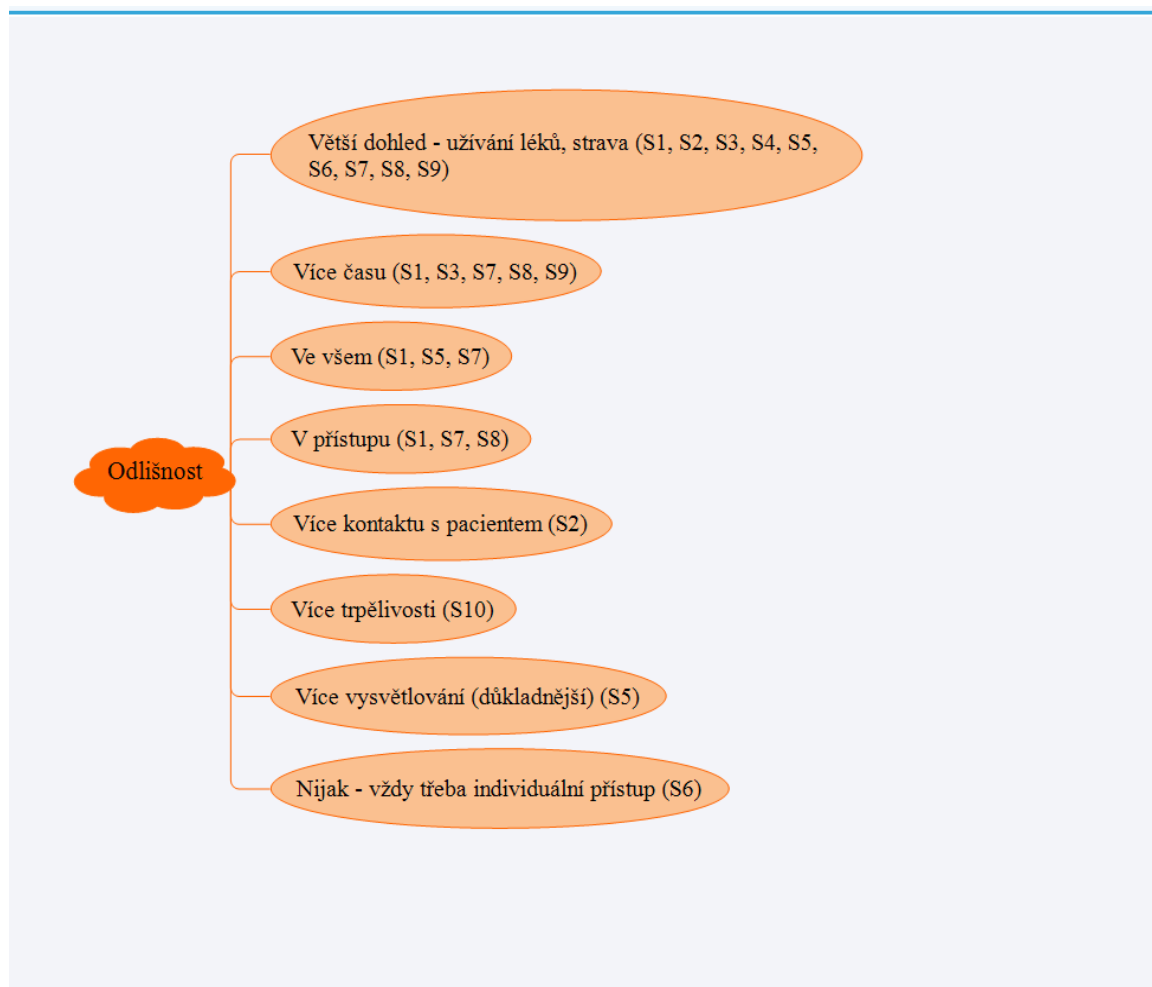
Kategorie č. 8 – Odlišnost

Tato kategorie obsahuje kódy, které se týkají rozdílů mezi pacienty s duševní poruchou a psychicky zdravými pacienty.

Zahrnuje celkem 8 kódů (větší dohled – užívání léků, hygiena, strava; více času, ve všem, v přístupu, více kontaktu s pacientem, více trpělivosti, více vysvětlování – důkladnější, nijak – vždy třeba individuální přístup).

Schéma ukazuje kódy seřazené od nejčastěji uvedených:

Schéma 8- Rozdíl v ošetřování pacientů s duševní poruchou a psychicky zdravými pacienty



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Kategorie č. 9 – Řešení problematických situací

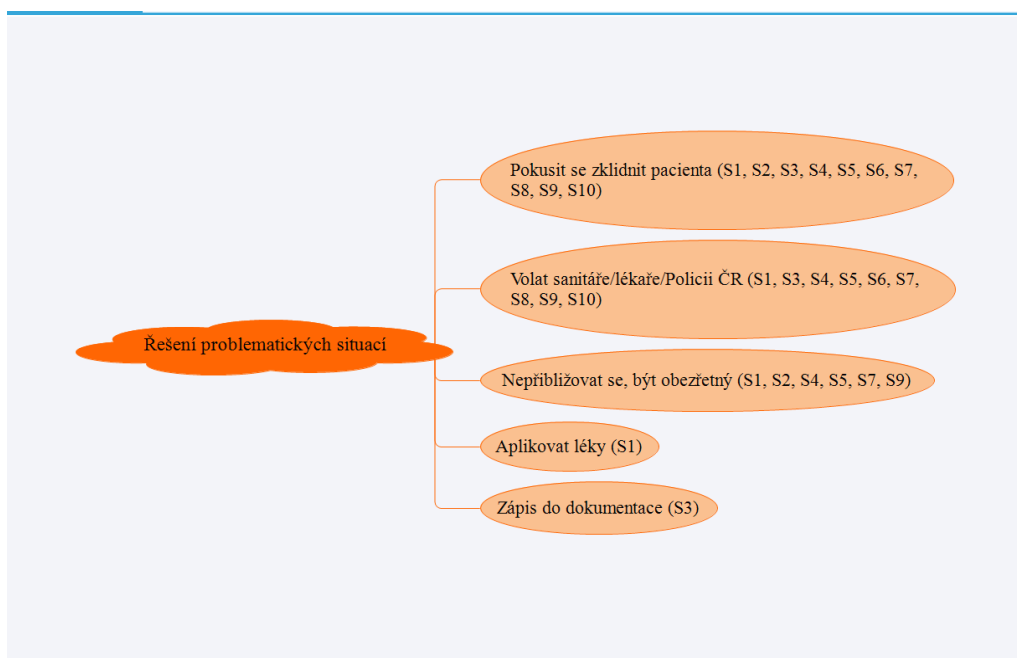
Tato kategorie obsahuje kódy, které se týkají možností zdravotnického personálu v případech, kdy nastane problematická situace s pacientem s duševní poruchou.

Zahrnuje celkem 5 kódů (pokusit se zklidnit pacienta, volat sanitáře/lékaře/policii ČR, nepřiblížovat se a být obezřetný, aplikovat léky, zápis do dokumentace).

Na otázku, Jak přistupujete k pacientovi s duševní poruchou při problematické situaci, odpovídá *Sestra 1*: „*Já rozhodně opatrně. Vždy volám na pomoc sanitáře a lékaře. Podle situace přistupuji k pacientovi. Buď mu lze situaci vysvětlit a zklidnit ho jen slovně nebo je potřeba aplikovat léky.*” A *Sestra 6* uvádí: „*Snažím se být klidný, používám asertivní přístup. Dle potřeby využívám asistence sanitáře, volám lékaře. Také mám možnost zavolat Policii České Republiky.*”

Schéma ukazuje kódy seřazené od nejčastěji uvedených:

Schéma 9- Možnosti řešení problematických situací



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Kategorie č. 10 – Další vzdělávání

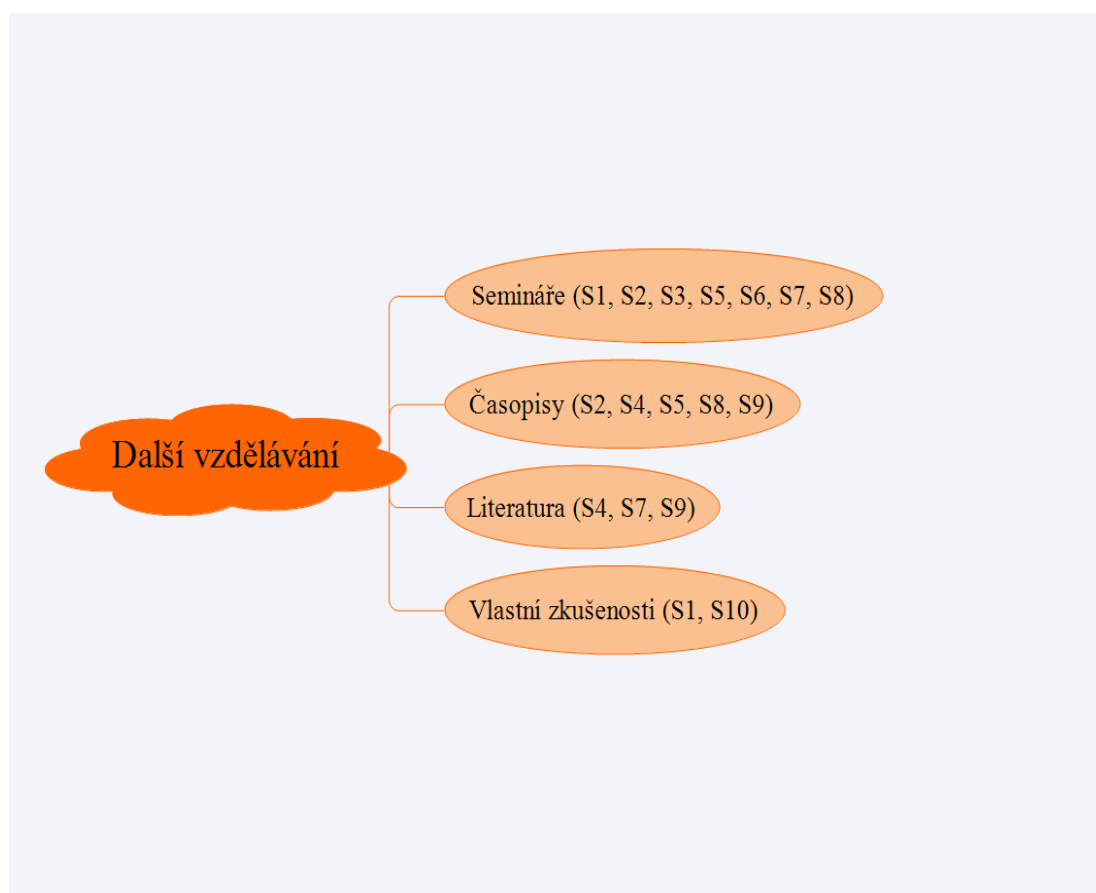
Tato kategorie obsahuje kódy, které se týkají dalšího vzdělávání zdravotnického personálu, které slouží zejména pro zlepšení péče o pacienty s duševní poruchou.

Zahrnuje celkem 4 kódy (semináře, časopisy, literatura, vlastní zkušenosti).

Na tuto otázku odpovídá *Sestra 3*: „Různé odborné semináře, ale v současné době jsem na toto téma žádný nenavštívila.“ A *Sestra 6*: „Navštěvuji odborné ošetrovatelské semináře za kredity.“

Schéma ukazuje kódy seřazené od nejčastěji uvedených:

Schéma 10- Vzdělávání sester v oblasti péče o pacienty s duševní poruchou



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

5 Diskuze

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetřování pacientů s duševní poruchou. V této části práce shrneme výsledky výzkumného šetření a budeme se snažit je porovnat a dát do souvislosti s literaturou. V empirické části bakalářské práce bylo naším cílem zjistit, s jakými duševními poruchami u hospitalizovaných pacientů se sestry nejčastěji setkávají a jaká je znalost sester o zásadách komunikace s pacienty s duševní poruchou.

Dále bylo naším cílem zjistit nejzávažnější rizika při ošetřování pacientů s duševní poruchou a způsob zajištění bezpečí pacientům s duševní poruchou.

Vzhledem k cílům této práce byla pro výzkumné šetření zvolena strategie kvalitativního výzkumu. Technikou sběru dat bylo zvoleno polostrukturované interview, které bylo realizováno se sestrami z Českokrumlovské nemocnice z interního oddělení. Výzkumný soubor tvořilo dohromady deset sester. Podklad pro rozhovory tvořily předem připravené otázky (Příloha 1). Rozhovory byly doslova zapisovány a následně zpracovány pomocí otevřeného kódování, na které navázala takzvaná technika vyložení karet (Příloha 2). Analýzou rozhovorů vzniklo deset kategorizačních skupin.

První kategorii jsme nazvali „Duševní poruchy, příznaky a psychické problémy“. V rámci rozhovorů jsme se nejdříve zajímali o to, s jakými duševními poruchami se sestry u hospitalizovaných pacientů setkávají. Všech deset dotazovaných sester uvedlo, že se setkávají nejčastěji s depresí, jako další uvedlo devět sester demenci, sedm sester uvedlo Alzheimerovu chorobu, pět sester uvedlo delirium a mezi dalšími uvedly Parkinsonovu chorobu, úzkost a schizofrenii, bipolární afektivní poruchu, pokusy o sebevraždu a zmatenost. S tímto tvrzením se shoduje Konrád (2007), který píše, že mezi nejčastější duševní poruchy patří právě demence, deprese a deliria. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že nejčastěji jsem se jako sestra setkala u hospitalizovaných pacientů právě s demencí a depresí.

Druhá kategorie má název „Zásady komunikace“. V této části výzkumného šetření bylo naší snahou zjistit, zda sestry znají zásady komunikace s pacienty s duševní poruchou. Osm sester z deseti uvedlo jako první zásadu snahu uklidnit pacienta a použít klidný přístup. Polovina dotazovaných sester uvedla nespěchat na pacienta, vše mu

důkladně vysvětlit, nehádat se s ním a neodporovat mu. Jako další uváděli dostatek trpělivosti, vlídné chování a asertivní komunikaci. S těmito výsledky se shoduje Venglářová (2006), která uvádí mezi zásadami komunikace klidný přístup, dostatek času a trpělivosti, vlídné chování a vyjádření empatie a porozumění. Toto potvrzuje i Jirák (2009) a Zgola (2003), který ve své publikaci uvádí, že je k pacientovi potřeba přistupovat klidně a přátelsky. Mluvit pomalu a vše v případě potřeby zopakovat. Myslíme si, že právě uvedené odpovědi jsou zásadní při komunikaci a ošetřování pacienta s duševní poruchou.

Třetí kategorií jsou „Zkušenosti sester“. V rozhovorech jsme se sester dotazovali, jaké mají zkušenosti s péčí o pacienty s duševní poruchou na interním oddělení. Čtyři sestry z deseti v rozhovorech uvedli, že mají zkušeností dostatek. Tři sestry uvedli, že nemají dobré zkušenosti a na otázku proč, odpověděly, že pacienti bývají dost často agresivní. Jako další možnosti uvedly dotazované sestry psychicky náročnou a vysilující práci a těžké pořízení s pacienty s duševní poruchou. Ze svých zkušeností mohou potvrdit, že péče o pacienty s duševní poruchou je velmi náročná, jak po psychické stránce, tak po fyzické. A samozřejmě zmiňovaná agrese pacientů, je další nepříjemnou možností při ošetřování pacientů s duševní poruchou.

V další kategorii s názvem „Rizika“ jsme zjišťovali, jaká rizika sestry znají při péči a ošetřování pacienta s duševní poruchou. Dle Jiráka (2009) je nejčastějším rizikem útek pacienta z oddělení, pád pacienta, malnutrice a dehydratace. S tím se v našem výzkumném šetření ztotožnilo devět sester z deseti. Sedm sester uvedlo pád pacienta a možnost, že pacient může být nebezpečný sám sobě, kdy hrozí vytržení katétrů. Šest sester uvedlo agresivitu pacienta a tři sestry z deseti uvedly hrozbu malnutricí a dehydratací. Venglářová (2007) ve své publikaci uvádí, že i zdánlivě bezcílné toulání a následná nemožnost najít cestu zpět je častým symptomem u pacientů trpících duševní poruchou. Tím se zvyšuje i riziko pádu pacienta.

Pátá kategorie má název „Zajištění bezpečí“. V této kategorii jsme zjišťovali, jaké mají sestry možnosti zajistit bezpečí pacientům s duševní poruchou na interním oddělení. Všech deset dotazovaných sester uvedlo jako první možnost použít postranice. Sedm sester z deseti uvedlo častější kontrolu pacienta s duševní poruchou. Jako další

možnosti uvedly sestry zamknout oddělení a v případě možnosti a stavu oddělení pacienta přestěhovat na pokoj blíže k inspekční místnosti sester. Čtyři sestry uvedly použití medikace a pouze dvě sestry z deseti uvedly možnost fixace pacienta. Venglářová (2007) uvádí, že v případě hrozby pádu sestra zvaží doplňky k lůžku, postranice. Umístění postranic na lůžko může způsobit závažnější pád, pokud klient začne postranice přelézat, proto je důležitá častá kontrola a přestěhování pacienta na pokoj blíže k inspekční místnosti sester. Venglářová (2007) také uvádí, že k zajištění bezpečí pacienta je možné použití farmakologické léčby a mezi nejkrajnější řešení patří omezení pacienta, které následuje po vyčerpání všech alternativ.

Šestou kategorií jsme nazvali „Četnost ošetřování“. V této kategorii jsme zjišťovali, jak často sestry ošetřují pacienty s duševní poruchou na interním oddělení. Šest sester z deseti odpovědělo, že takovéto pacienty ošetřují denně. Dvě sestry uvedly, že ošetřují pacienty s duševní poruchou téměř denně a další dvě sestry odpověděli, že pacienta s duševní poruchou ošetřují jedenkrát týdně. Dle ÚZIS (2007) bylo v roce 2006 hospitalizováno přes patnáct tisíc mužů a šestnáct tisíc žen s duševním onemocněním. Průměrná doba hospitalizace trvala mezi třinácti až šestnácti dny. Dle mého názoru a zkušeností jsou odpovědi šesti sester, které říkají, že pacienty s duševní poruchou ošetřují denně, více než pravdivé.

Další kategorie je „Chování pacientů“. V našem výzkumném šetření jsme se dotazovali sester, jaké je dle jejich názoru nejčastější chování pacientů s duševní poruchou. Sestry v rozhovorech nejčastěji uváděli agresivitu a zmatenost. Dalším bodem byl pláč, strach a vztek. Jako další uvedly dezorientaci, úzkost a nervozitu. A mezi méně zmiňované patří apatie, uzavřenost, přecitlivělost, spavost a halucinace. Ve své práci uvádí dezorientaci, apatii, zmatenost a hlavně nejčastěji uváděnou agresivitu i Topinková (2005). Autorka uvádí, že symptomy se vyskytují s různou intenzitou a mívají přechodné trvání. Babiaková (2006) ve své publikaci také uvádí, již zmíněnou agresivitu, vztek, dezorientaci, zmatenost, úzkost i apatii.

Osmou kategorií je „Odlišnost“. V této části se zabýváme rozdílem v ošetřování pacientů s duševní poruchou a psychicky zdravými pacienty. Devět sester z deseti uvedlo, že největší rozdíl je v dohledu. U pacientů s duševní poruchou je potřeba větší

dohled nad užíváním léků, nad stravováním i hygienou. Ve své práci se hygieně a podávání léků u duševně nemocných pacientů věnuje Mikšová (2006). Další velmi důležitou částí je stravování, které zmiňuje Krišková (2006). Ta uvádí možnosti a postup péče při stravování u duševně nemocných pacientů. Pět sester z deseti uvedlo, že rozdíl v ošetřování je zejména v čase. U psychicky zdravých pacientů je možno trávit méně času než u duševně nemocných pacientů, u kterých je potřeba zmiňovaný dohled. Mezi další rozdíly sestry uvedly rozdílný přístup, více trpělivosti, důkladnější a častější vysvětlování. Pouze jedna sestra z deseti uvedla, že u každého pacienta je potřeba individuální přístup.

Devátá kategorie má název „Řešení problematických situací“. V této části se zabýváme možnostmi řešení problematických situací, které mohou nastat při ošetřování pacientů s duševními poruchami. Všech deset dotázaných sester odpovědělo, že při takové situaci se nejdříve pokusí pacienta uklidnit. Devět sester z deseti uvedlo, že si na pomoc zavolají sanitáře a lékaře, mají možnost volat i Policii České Republiky. Šest sester uvedlo, že se k pacientovi raději nebudou přibližovat. Další uváděnou možností je aplikace léků a na posledním místě zápis do dokumentace. Venglářová (2006) ve své práci potvrzuje, že důležité je se pacienta pokusit uklidnit, chovat se k němu vlídně, vyslechneme ho. Také si udržujeme bezpečnou vzdálenost od pacienta a zanechat si ústupovou cestu. Dále uvádí, že je nutné si přivolat pomoc. Dle mých zkušeností jsou uvedené možnosti osvědčené. Rozrušeného či agresivního pacienta se snažíme uklidnit, ale jak Venglářová (2006) uvádí, v převaze je síla. Je opravdu nutné si přivolat pomoc.

Poslední kategorie v našem výzkumném šetření má název „Další vzdělávání“. V této části rozhovorů se dotýkáme možností, které se týkají dalšího vzdělávání zdravotnického personálu, které slouží zejména pro zlepšení péče o pacienty s duševní poruchou. Sedm sester z deseti uvedlo, že navštěvují odborné semináře. Pět sester uvedlo, že k dalšímu vzdělávání používají odborné časopisy a literaturu. Dvě sestry uvedly, že k dalšímu vzdělávání používají převážně vlastní zkušenosti z praxe. Dle svých zkušeností mohu potvrdit, že další vzdělávání v této oblasti je velmi důležité. Myslím, že použití jen vlastních zkušeností je nedostačující i když některé situace se

takto řešit dají. Bohužel odborných seminářů pro sestry je na toto téma málo a ne všichni mají možnost se jich zúčastnit.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala ošetrovatelskou péčí u pacientů s duševní poruchou na interním oddělení. Je rozdělena na část teoretickou a empirickou a naší snahou bylo zjistit, jak sestry na tuto problematiku nahlíží a jaké znají postupy při ošetřování pacienta s duševní poruchou.

V teoretické části jsme nejprve uvedli do tématu, popsali jsme druhy duševních poruch, uvedli jsme definice od různých autorů a vysvětlili základní pojmy této problematiky. Dále jsme se zabývali komunikací s pacienty s duševní poruchou a zajištění bezpečí těmto pacientům.

Pro empirickou část našeho výzkumného šetření jsme zvolili strategii kvalitativního výzkumu, který probíhal metodou dotazování a technikou polostrukturovaného interview. Výzkumný soubor jsme vytvořili záměrným výběrem a tvořilo ho deset všeobecných sester. Jsou to sestry pracující na interním oddělení nemocnice Český Krumlov a.s. Rozhovory se sestrami probíhaly anonymně a byly doslova zaznamenávány (Příloha 2).

Cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, s jakými duševními poruchami se sestry na interním oddělení setkávají a jaká je znalost sester o zásadách komunikace s pacienty s duševní poruchou. Dále bylo naším cílem zjistit, jaké zkušenosti mají sestry s ošetřováním pacientů s duševní poruchou, jaká jsou nejzávažnější rizika v péči o pacienty s duševní poruchou a způsob zajištění bezpečí u pacientů s duševní poruchou.

V návaznosti na tyto cíle jsme si předpřipravili deset otázek k rozhovoru (Příloha 1). Po analýze rozhovorů, kterou jsme prováděli pomocí otevřeného kódování a na které navázala takzvaná technika vyložení karet, nám vzniklo deset kategorií, které jsme pojmenovali Duševní poruchy, příznaky a psychické problémy, Zásady komunikace, Zkušenosti sester, Rizika, Zajištění bezpečí, Četnost ošetřování, Chování pacientů, Odlišnost, Řešení problematických situací, Další vzdělávání.

Za nejdůležitější výsledky z našeho výzkumného šetření považujeme fakt, že všechny dotazované sestry znají nejčastější duševní poruchy. Nejčastěji sestry uváděly depresi, demenci a Alzheimerovu chorobu. Jako další pak delirium, Parkinsonovu chorobu a schizofrenii. Dále nás zajímala znalost sester o zásadách komunikace

s pacienty s duševní poruchou a zkušenosti sester s ošetřováním těchto pacientů. V této části sestry nejčastěji uvádějí klidný přístup, pacienta uklidnit, vše důkladně vysvětlit a tím se shodují s literaturou. Při dotazování sester na nejzávažnější rizika v péči o pacienty s duševní poruchou byly odpovědi jednoznačné. Největším rizikem je útěk pacienta z oddělení, pád, nebezpečí pro pacienta, ale i pro okolí, agresivita. V našem výzkumném šetření jsme také zjistili, jaké znají sestry způsoby zajištění bezpečí pacientů s duševní poruchou, kdy nejčastěji uvedená možnost je aplikace postranic, dále přestěhování pacienta blíže k inspekční místnosti sester a pokud je to možné, tak uzamknutí oddělení. Čtyři sestry uvedly možnost použití medikace a pouze jedna sestra uvedla použití fixace.

Celkově mají sestry povědomí o problematice ošetřování pacientů s duševní poruchou, znají zásady komunikace a rizika při ošetřování těchto pacientů. Také znají způsoby zajištění bezpečí pacientům s duševní poruchou, ale další vzdělávání v této oblasti je opomíjeno. Právě ošetrovatelská péče a rizika s tím spojená by mohla být námětem pro další vzdělávání, například mezioborový seminář.

7 Seznam použitých zdrojů

BABIAKOVÁ, Mira a kol., 2006. Organické duševní poruchy včetně symptomatických. In: MARKOVÁ, Eva a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, s. 190-211. ISBN 80-247-1151-6.

ČEŠKOVÁ, Eva, 2011. Léčba deprese ve stáří. *Medicína pro praxi*. **11**(7), 330-332. ISSN 1214-8687.

DOHNALOVÁ, Hana, 2010. *Standardy ošetrovatelské péče v psychiatrii*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice a.s. ISBN 978-80-254-8782-2.

FRANKOVÁ, Vanda, 2010. Depresivní poruchy ve stáří. *Postgraduální medicína* [online]. Roč. 2010, č. 6, s. 634. [cit.2016-04-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/depresivni-poruchy-ve-stari-452349>

HANZLOVSKÝ, 2013. Nejčastější duševní poruchy. *Celostní medicína* [online].[cit.2016-03-26]. Dostupné z: <http://www.celostnimediceina.cz/nejcastejsi-dusevni-poruchy.htm>

HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2002. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema. ISBN neuvedeno

HUUB, Buijssen, 2006. *Demence*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X

CHVAL, Josef, 2008. Nejčastější příčiny neklidu na somatickém oddělení. *Psychiatrie pro praxi*. **8**(4), 166-168. ISSN 1213-0508.

JIRÁK, Roman a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2490-4.

- KONRÁD, Jiří, 2007. Organické duševní poruchy. In: HOSÁKOVÁ, Jiřina a kol. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská Univerzita v Opavě, s. 17. ISBN 978-80-7248-442-3.
- KONRÁD, Jiří, 2013. Deprese ve stáří. *Practicus*. **13**(2), 7-12. ISSN 1213-8711.
- KOUDA, 2014. Duševní nemoci. Medixa [online].[cit.2016-04-17]. Dostupné z: <http://cs.medixa.org/nemoci/dusevni-nemoci>
- KRIŠKOVÁ, Anna, 2006. *Ošetrovatelské techniky – metodika sesterských činností*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-202-2.
- LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-573-2.
- MAUK, Kristen L., 2009. *Gerontological nursing: competencies for care*. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers. ISBN 978-0-7637-5580-5.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka a kol., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.
- MINIBERGEROVÁ, Lenka a kol., 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-7013-436-4.
- MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
- NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2008. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2472319-8.
- NENO, Rebecca, AVEYARD, Barry a Hazel, HEATH, 2007. *Older people and mental health nursing: a Handbook of care*. Oxford: Blackwell. ISBN 978-1-4051-5169-6.
- PETR, Tomáš, 2006. Restriktivní postupy. In: MARKOVÁ, Eva a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, s. 113-120. ISBN 80-247-1151-6.

SOBOTKA, 2012. Podvýživa u českých pacientů a možnosti řešení. *Zdravotní medicína* [online]. Roč. 2012, č. 5, s. 11.[cit.2016-03-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/podvyziva-u-ceskych-pacientu-a-moznosti-reseni-464939>

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára, ŠEĐOVÁ, a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

ÚZIS ČR, 2007. *Hospitalizace v nemocnicích ČR v roce 2006*. [online]. [cit.2016-05-09]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/en/system/files/60_07.pdf

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

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2170-5.

VYTEJČKOVÁ, Renata a Petra, SEDLÁŘOVÁ a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

ZGOLA, Jitka, 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0183-9.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 2 – Přepis rozhovorů se sestrami

Příloha 3 – Informační manuál

Příloha 1 – Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

- 1.** S jakými nejčastějšími duševními poruchami se u pacientů na tomto (interním) oddělení setkáváte?
- 2.** Jaké znáte zásady komunikace s pacienty s duševní poruchou?
- 3.** Jaké máte zkušenosti s péčí o pacienty s duševní poruchou?
- 4.** Jaká znáte rizika při ošetřování a péči o pacienty s duševní poruchou na interním oddělení?
- 5.** Jaké máte možnosti zajistit bezpečí pacientům s duševní poruchou na interním oddělení?
- 6.** Jak často ošetřujete pacienta s duševní poruchou?
- 7.** S jakým chováním se u pacientů s duševní poruchou setkáváte?
- 8.** V čem se liší ošetrovatelská péče u pacientů s duševní poruchou od ostatních pacientů?
- 9.** Jak přistupujete k pacientovi s duševní poruchou při problematické situaci?
- 10.** Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s duševní poruchou?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Příloha 2 – Přepis rozhovorů se sestrami

Sestra 1

Rok narození 1980. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Na oddělení pracuje asi 10 let.

- 1. S jakými nejčastějšími duševními poruchami se u pacientů na tomto (interním) oddělení setkáváte?** „Dle mého názoru je to Parkinsonova choroba, Alzheimer. Také maniodepresivní syndrom a vlastně i deprese. Také dost často různá deliria a úzkosti.”
- 2. Jaké znáte zásady komunikace s pacienty s duševní poruchou?** „Tak hlavně pacienta uklidnit, mluvit na něj pomalu. Také musím být trpělivá, nespěchat na něj.”
- 3. Jaké máte zkušenosti s péčí o pacienty s duševní poruchou?** „No řekla bych, že špatné.” **A proč?** „Protože jsou velmi často agresivní a dost často se pozdě zahájí léčba.”
- 4. Jaká znáte rizika při ošetřování a péči o pacienty s duševní poruchou na interním oddělení?** „Myslím, že nejvíc je to nebezpečí ohledně mé osoby. Dále je to nespolupráce pacienta, samozřejmě agresivita, pády, útky a také může být pacient nebezpečný sám sobě.”
- 5. Jaké máte možnosti zajistit bezpečí pacientům s duševní poruchou na interním oddělení?** „Řekla bych, že skoro žádné. Mohu dát postranice, které mi pacient přeleze, takže to není moc bezpečné. Fixaci používat nemáme, pouze v krajních případech. Jedinou možností je častá kontrola, což je v tomto provozu dost náročné. A pak si pacienta přestěhovat blíž k sesterně.”
- 6. Jak často ošetřujete pacienta s duševní poruchou?** „Skoro denně.”
- 7. S jakým chováním se u pacientů s duševní poruchou setkáváte?** „Nejčastěji je to agresivita. Také bývají nervózní, úzkostní, pláčou, nebo mají vztek.”
- 8. V čem se liší ošetrovatelská péče u pacientů s duševní poruchou od ostatních pacientů?** „Myslím, že všem. Rozhodně v přístupu. U takto

nemocných pacientů, je potřeba více času na vysvětlení. Také je potřeba dohled nad užíváním léků, nad hygienou a stravováním.”

9. Jak přistupujete k pacientovi s duševní poruchou při problematické situaci? „Já rozhodně opatrně. Vždy volám na pomoc sanitáře a lékaře. Podle situace přistupuji k pacientovi. Buď mu lze situaci vysvětlit a zklidnit ho jen slovně nebo je potřeba aplikovat léky.”

10. Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s duševní poruchou? „Ve většině případů se vzdělávám danou situací a dále na různých odborných seminářích.”

Sestra 2

Rok narození 1976. Vystudovala střední zdravotnickou školu, dále má specializaci ARIP. Na oddělení pracuje 15 let.

1. S jakými nejčastějšími duševními poruchami se u pacientů na tomto (interním) oddělení setkáváte? „Řekla bych stařecká demence, úzkost, zmatenost.”

2. Jaké znáte zásady komunikace s pacienty s duševní poruchou? „Mírný přístup, vlídné chování, vše důkladně vysvětlit. V podstatě jako k dětem. Musí se s nimi zacházet a jednat jemně.”

3. Jaké máte zkušenosti s péčí o pacienty s duševní poruchou? „Já myslím, že celkem dost.”

4. Jaká znáte rizika při ošetrování a péči o pacienty s duševní poruchou na interním oddělení? „Tak rozhodně pády, agresivita pacienta, únik, možnost poranění a také napadení.”

5. Jaké máte možnosti zajistit bezpečí pacientům s duševní poruchou na interním oddělení? „V noci můžu zamknout oddělení, rozhodně zvýšená kontrola a dohled. Také postranice, ale myslím, že ty u agresivních pacientů moc bezpečné nejsou. A dál medikamentózně.”

6. Jak často ošetřujete pacienta s duševní poruchou? „Denně.”

- 7. S jakým chováním se u pacientů s duševní poruchou setkáváte?** „Většinou jsou pacienti zmatení, apatičtí, uzavření do sebe, plačtivý. Jiní jsou zase agresivní.“
- 8. V čem se liší ošetrovatelská péče u pacientů s duševní poruchou od ostatních pacientů?** „Je nutný větší dohled, více kontaktu s pacientem a také ho více pozorovat.“
- 9. Jak přistupujete k pacientovi s duševní poruchou při problematické situaci?** „Rozhodně jsem opatrnější, obezřetnější. Raději se moc nepřibližuji. Nasadím přátelský tón a snažím se situaci zvládnout vlídným tónem.“
- 10. Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s duševní poruchou?** „Odbornými semináři a časopisy.“

Sestra 3

Rok narození 1971. Vystudovala bakalářské studium, obor všeobecná sestra. Na oddělení pracuje 18 let.

- 1. S jakými nejčastějšími duševními poruchami se u pacientů na tomto (interním) oddělení setkáváte?** „Často deprese, demence, schizofrenie, Alzheimer a také deliria.“
- 2. Jaké znáte zásady komunikace s pacienty s duševní poruchou?** „Tak pacientovi nelhat, nehádat se s ním. Snažit se pacienta orientovat. Mluvit pomalu a klidně.“
- 3. Jaké máte zkušenosti s péčí o pacienty s duševní poruchou?** „Letité.“
- 4. Jaká znáte rizika při ošetrování a péči o pacienty s duševní poruchou na interním oddělení?** „Sebepoškození, například spolknutí velkého množství léků. Odchod z oddělení, agresivita, malnutrice a dehydratace.“
- 5. Jaké máte možnosti zajistit bezpečí pacientům s duševní poruchou na interním oddělení?** „Řekla bych, že moc možností nemám. Zvýšená kontrola a postranice a pak už je vše na lékaři.“

- 6. Jak často ošetřujete pacienta s duševní poruchou?** „Téměř denně.”
- 7. S jakým chováním se u pacientů s duševní poruchou setkáváte?** „Většinou jsou pacienti zmatení, ztrácí orientaci, jsou úzkostní, pláčou, mají strach nebo vztek.”
- 8. V čem se liší ošetrovatelská péče u pacientů s duševní poruchou od ostatních pacientů?** „U těchto pacientů je potřeba zvýšená trpělivost, věnovat mu více času. Je potřeba zvýšený dohled, kontrolovat hygienu, stravování a užívání léků.”
- 9. Jak přistupujete k pacientovi s duševní poruchou při problematické situaci?** „Snažím se zachovat klid, mluvím klidně a tiše. Pokud toto nefunguje, zkusím rázný přístup podle situace. V případě potřeby volám sanitáře a lékaře. A samozřejmě vše zapisuji do dokumentace.”
- 10. Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s duševní poruchou?** „Různé odborné semináře, ale v současné době jsem na toto téma žádný nenavštívila.”

Sestra 4

Rok narození 1978. Vystudovala bakalářské studium, obor všeobecná sestra. Na oddělení pracuje 10 let.

- 1. S jakými nejčastějšími duševními poruchami se u pacientů na tomto (interním) oddělení setkáváte?** „Já myslím, že je to nejvíce schizofrenie, demence a deprese. Pak asi Alzheimer a Parkinson.”
- 2. Jaké znáte zásady komunikace s pacienty s duševní poruchou?** „Tak důležitý je vlídný přístup, trpělivost. Vše srozumitelně vysvětlit.”
- 3. Jaké máte zkušenosti s péčí o pacienty s duševní poruchou?** „Zkušeností mám myslím dost.”

4. **Jaká znáte rizika při ošetřování a péči o pacienty s duševní poruchou na interním oddělení?** „Rizikem už je samotné ošetřování takového pacienta. Tito pacienti jsou agresivní, utíkají z oddělení, napadají personál i spolupacienty. Jsou nebezpeční i sami sobě.”
5. **Jaké máte možnosti zajistit bezpečí pacientům s duševní poruchou na interním oddělení?** „Snažím se odstranit z dosahu nebezpečné předměty. Můžu použít postranice, v noci zamknout oddělení. V nejkrajnějších případech použití léků.”
6. **Jak často ošetřujete pacienta s duševní poruchou?** „Minimálně jedenkrát týdně.”
7. **S jakým chováním se u pacientů s duševní poruchou setkáváte?** „Nejčastěji jsou zmatení, dezorientovaní, plačtivý, plaší, přecitlivělí a také dost často agresivní.”
8. **V čem se liší ošetrovatelská péče u pacientů s duševní poruchou od ostatních pacientů?** „Už jen v samotné medikaci. Je potřeba na ně neustále dohlížet. Dohlížet na hygienu, stravování a užívání léků. Také dohled nad pohybem po oddělení.”
9. **Jak přistupujete k pacientovi s duševní poruchou při problematické situaci?** „Já raději z dálky. Snažím se být v klidu, snažím se pacientovi vysvětlit situaci, když se mi nedaří, volám lékaře.”
10. **Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s duševní poruchou?** „Čtu odborné časopisy a literaturu.”

Sestra 5

Rok narození 1956. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Na oddělení pracuje 40 let.

1. **S jakými nejčastějšími duševními poruchami se u pacientů na tomto (interním) oddělení setkáváte?** „Nejčastěji demence, Alzheimer a různé depresivní stavy.”

2. **Jaké znáte zásady komunikace s pacienty s duševní poruchou?** Myslím, že to jsou pacienti neodporovat, nehádat se s ním. Snažit se vše vysvětlit, být trpělivá.”
3. **Jaké máte zkušenosti s péčí o pacienty s duševní poruchou?** „Ošetřování a péče o tyto pacienty je vysilující a psychicky náročné.”
4. **Jaká znáte rizika při ošetřování a péči o pacienty s duševní poruchou na interním oddělení?** „Největším rizikem je určitě možnost pádu pacienta, útěk z oddělení, agresivita, napadání.”
5. **Jaké máte možnosti zajistit bezpečí pacientům s duševní poruchou na interním oddělení?** „Můžu aplikovat postranice, v noci zamknout oddělení, častěji pacienta kontrolovat, přestěhovat ho na pokoj blíže k sesterně, pokud to stav oddělení dovoluje. Když je nejhůř, tak medikace a fixace.”
6. **Jak často ošetřujete pacienta s duševní poruchou?** „Minimálně jedenkrát týdně.”
7. **S jakým chováním se u pacientů s duševní poruchou setkáváte?** „Myslím, že dost často je to dezorientace, chaotické chování. Někdy jsou moc aktivní, sbalí si věci a odcházejí z oddělení. A také agresivita.”
8. **V čem se liší ošetřovatelská péče u pacientů s duševní poruchou od ostatních pacientů?** „Řekla bych, že ve všem. Musíme dohlížet na hygienu, stravování, užívání léků. Je potřeba dohlížet úplně na vše. Také je nutné vše důkladně vysvětlit.”
9. **Jak přistupujete k pacientovi s duševní poruchou při problematické situaci?** „Raději se držím dál od pacienta. Snažím se mu situaci vysvětlit. Mluvím klidně a pomalu. Pokud to nepomáhá, volám lékaře.”
10. **Jak se vzděláváte v oblasti ošetřovatelské péče o pacienty s duševní poruchou?** „Snažím se navštěvovat odborné semináře a číst odborné časopisy.”

Sestra 6

Rok narození 1985. Vystudoval bakalářské studium, obor všeobecná sestra. Na oddělení pracuje 7 let.

- 1. S jakými nejčastějšími duševními poruchami se u pacientů na tomto (interním) oddělení setkáváte?** „Nejčastěji je to demence, deprese, schizofrenie, deliria a suicidální pokusy.”
- 2. Jaké znáte zásady komunikace s pacienty s duševní poruchou?** „Myslím, že mezi zásady patří klidný přístup, neodhadovat se s pacienty. Na někoho platí spíše direktivní přístup, asertivní komunikace.”
- 3. Jaké máte zkušenosti s péčí o pacienty s duševní poruchou?** „Zkušenosti jsem získal v psychiatrické léčebně, kde jsem pracoval. A pacienty s nějakou psychiatrickou diagnózou máme často i zde na interním oddělení.”
- 4. Jaká znáte rizika při ošetřování a péči o pacienty s duševní poruchou na interním oddělení?** „Pacienti mohou být nebezpeční sobě i okolí. Nechtějí užívat léky, nechtějí jíst a pít. Je zde také riziko pádu, riziko vytržení periferního žilního katetru a permanentního močového katetru. Nejsme uzavřené oddělení, takže je zde i riziko útěku.”
- 5. Jaké máte možnosti zajistit bezpečí pacientům s duševní poruchou na interním oddělení?** „Můžu dát postranice, častěji pacienta kontrolovat, přestěhovat ho blíže k sesterně.”
- 6. Jak často ošetřujete pacienta s duševní poruchou?** „Dá se říct, že zde máme pacienty s psychiatrickou diagnózou prakticky denně.”
- 7. S jakým chováním se u pacientů s duševní poruchou setkáváte?** „Pacienti bývají zmatení, agresivní, spaví, mají strach a halucinace.”
- 8. V čem se liší ošetrovatelská péče u pacientů s duševní poruchou od ostatních pacientů?** „Ke každému pacientovi přistupuji individuálně. Nejdůležitější je kontrola užívání léků.”
- 9. Jak přistupujete k pacientovi s duševní poruchou při problematické situaci?** „Snažím se být klidný, používám asertivní přístup. Dle potřeby

využívám asistence sanitáře, volám lékaře. Také mám možnost zavolat Policii ČR.”

10. Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s duševní poruchou? „Navštěvuji odborné ošetrovatelské semináře za kredity.”

Sestra 7

Rok narození 1975. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Na oddělení pracuje 10 let.

- 1. S jakými nejčastějšími duševními poruchami se u pacientů na tomto (interním) oddělení setkáváte?** „Nejčastěji se zde setkáváme s demencí, s depresí, s Alzheimerovou chorobou a delirií.”
- 2. Jaké znáte zásady komunikace s pacienty s duševní poruchou?** Rozhodně sem patří klidný přístup, neodporovat pacientovi. Snažit se vše vysvětlit, zopakovat. Nechvátat na ně.”
- 3. Jaké máte zkušenosti s péčí o pacienty s duševní poruchou?** „Ne moc dobré. Pacienti bývají většinou agresivní, je s nimi těžké pořízení.”
- 4. Jaká znáte rizika při ošetrování a péči o pacienty s duševní poruchou na interním oddělení?** „Největším rizikem jsou pády, útek z oddělení a agresivita.”
- 5. Jaké máte možnosti zajistit bezpečí pacientům s duševní poruchou na interním oddělení?** „Snažím se pacienta uklidnit slovy, pak můžu dát postranice, a když mi to stav oddělení umožní, tak pacienta přestěhuji blíž k sesterně.”
- 6. Jak často ošetrujete pacienta s duševní poruchou?** „Řekla bych, že téměř denně.”
- 7. S jakým chováním se u pacientů s duševní poruchou setkáváte?** „Nejčastěji je to zmatenost, strach, taky agresivita. Někdy i pláč.”

- 8. V čem se liší ošetrovatelská péče u pacientů s duševní poruchou od ostatních pacientů?** „Podle mě ve všem. Jinak k nim přistupuji. Vše jim důkladně vysvětluji, ukazuji. Je potřeba jim věnovat více času a péče.”
- 9. Jak přistupujete k pacientovi s duševní poruchou při problematické situaci?** „Já rozhodně opatrně. Snažím se být v klidu, mluvit tišeji, nerozkazovat, domluvit pacientovi. Pokud to nepomáhá, volám lékaře a sanitáře na pomoc.”
- 10. Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s duševní poruchou?** „Vím o odborných seminářích a literatuře, ale sama jsem jich navštívila jen pár.”

Sestra 8

Rok narození 1977. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Na oddělení pracuje 12 let.

- 1. S jakými nejčastějšími duševními poruchami se u pacientů na tomto (interním) oddělení setkáváte?** „Nejčastěji je to určitě demence, deprese, Parkinsonova nemoc a Alzheimer.”
- 2. Jaké znáte zásady komunikace s pacienty s duševní poruchou?** „Je potřeba přistupovat k pacientovi klidně, mluvit pomalu a vše důkladně vysvětlit. Na nic nechvátat.”
- 3. Jaké máte zkušenosti s péčí o pacienty s duševní poruchou?** „Dovolím si říct, že bohaté. Už na tomto oddělení nějakou dobu pracuji.”
- 4. Jaká znáte rizika při ošetřování a péči o pacienty s duševní poruchou na interním oddělení?** „Největším rizikem je podle mě útěk pacienta z oddělení, pád, sebepoškození nebo napadení.”
- 5. Jaké máte možnosti zajistit bezpečí pacientům s duševní poruchou na interním oddělení?** „Já sama jich asi moc nemám. Tak akorát postranice, v noci

můžu zamknout oddělení, častěji pacienta kontrolovat, pak už mi musí pomoci lékař.”

- 6. Jak často ošetřujete pacienta s duševní poruchou?** „Já myslím, že denně.”
- 7. S jakým chováním se u pacientů s duševní poruchou setkáváte?** „Setkáváme se s pláčem, se vztekem, s agresivitou, ale i strachem a zmateností.”
- 8. V čem se liší ošetrovatelská péče u pacientů s duševní poruchou od ostatních pacientů?** „Hlavně v přístupu. U takových pacientů je potřeba klidný přístup, dostatek času, více dohledu nad pacientem.”
- 9. Jak přistupujete k pacientovi s duševní poruchou při problematické situaci?** „Snažím se pacienta uklidnit slovně, ale když to nepomáhá, okamžitě volám lékaře. Máme možnost volat i Policii ČR.”
- 10. Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s duševní poruchou?** „Navštěvuji odborné semináře a čtu odborné časopisy.”

Sestra 9

Rok narození 1965. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Na oddělení pracuje asi 25 let.

- 1. S jakými nejčastějšími duševními poruchami se u pacientů na tomto (interním) oddělení setkáváte?** „Nejčastěji Alzheimer, demence a deprese.”
- 2. Jaké znáte zásady komunikace s pacienty s duševní poruchou?** „Já bych mezi zásady zařadila klidný a vlídný přístup, empatické chování, vše v klidu a pomalu.”
- 3. Jaké máte zkušenosti s péčí o pacienty s duševní poruchou?** „Zkušenosti mám letité.”
- 4. Jaká znáte rizika při ošetřování a péči o pacienty s duševní poruchou na interním oddělení?** „Mezi rizika patří útek z oddělení, pád pacienta, možnost

napadení personálu a ostatních pacientů, také sebepoškození, například vytržení kanyly.”

- 5. Jaké máte možnosti zajistit bezpečí pacientům s duševní poruchou na interním oddělení?** „Můžeme použít postranice, v noci zamknout oddělení, pak už je to na lékaři a lécích.”
- 6. Jak často ošetřujete pacienta s duševní poruchou?** „Každý den.”
- 7. S jakým chováním se u pacientů s duševní poruchou setkáváte?** „Ne všichni se chovají nějak jinak než jiní pacienti. Kolikrát ani není poznat, že mají nějakou duševní nemoc. Ale když, tak bývají pomalejší, buď mají kolem sebe velký nepořádek, nebo naopak mají vše uklizené a sbalené. A bývají zmatení a někdy agresivní.”
- 8. V čem se liší ošetrovatelská péče u pacientů s duševní poruchou od ostatních pacientů?** „Takovému pacientovi věnuji více času, dohlížím na užívání léků, na hygienu a stravování.”
- 9. Jak přistupujete k pacientovi s duševní poruchou při problematické situaci?** „Snažím se působit klidně, nedělám prudké pohyby, mluvím tiše, snažím se pacienta uchláholit a uklidnit. Většinou volám lékaře.”
- 10. Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s duševní poruchou?** „Čtu odborné časopisy a literaturu.”

Sestra 10

Rok narození 1980. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Na oddělení pracuje 12 let.

- 1. S jakými nejčastějšími duševními poruchami se u pacientů na tomto (interním) oddělení setkáváte?** „Nejčastěji je to demence, depresivní stavy, úzkost a deliria.”

2. **Jaké znáte zásady komunikace s pacienty s duševní poruchou?** „Mezi zásady patří asertivita, klidný přístup a dostatek času.”
3. **Jaké máte zkušenosti s péčí o pacienty s duševní poruchou?** „Řekla bych, že zkušeností mám dost, zde leží poměrně hodně pacientů s nějakou duševní nemocí.”
4. **Jaká znáte rizika při ošetřování a péči o pacienty s duševní poruchou na interním oddělení?** „Pacienti nechtějí užívat léky, nechtějí jíst a pít, takže dehydratace a riziko podvýživy. Rozhodně mohou být nebezpeční sobě i okolí.”
5. **Jaké máte možnosti zajistit bezpečí pacientům s duševní poruchou na interním oddělení?** „Nejdůležitější je častá kontrola. Pokud mi to stav oddělení dovolí, přestěhovat si pacienta blíž k sesterně. V noci můžu zamknout oddělení. A dát pacientovi postranice.”
6. **Jak často ošetřujete pacienta s duševní poruchou?** „Určitě denně.”
7. **S jakým chováním se u pacientů s duševní poruchou setkáváte?** „Pacienti bývají zmatení, neklidní, nechtějí ležet. Odcházejí z oddělení. Mají strach a také bývají agresivní.”
8. **V čem se liší ošetrovatelská péče u pacientů s duševní poruchou od ostatních pacientů?** „Každý má jiné projevy nemoci, někteří nepotřebují úplně moc odlišnou péči. Ale většinou je potřeba více času a kontrola nad užíváním léků.”
9. **Jak přistupujete k pacientovi s duševní poruchou při problematické situaci?** „Snažím se působit klidně, zavolám si sanitáře a lékaře.”
10. **Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s duševní poruchou?** „Ve většině případů využívám vlastních zkušeností.”

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Zásady při péči o pacienty s duševním onemocněním

Jak komunikovat:

1. Zachovat klid
2. Vlídlné jednání
3. Pacienta pozorně vyslechnout
4. Mluvit pomalu a srozumitelně
5. Dostatek trpělivosti
6. Vytvořit pacientovi dostatek času k vyjádření
7. Projevit zájem o situaci nemocného
8. Vyjádřit empatii

Jaká rizika mohou nastat:

1. Pád pacienta
2. Útěk pacienta
3. Agresivita
4. Malnutrice a dehydratace
5. Nespolupráce

Jak pacientovi zajistit bezpečí:

1. Pacienta často kontroluj
2. Aplikuj na lůžko postranice
3. Přestěhuj pacienta blíže k sesterně
4. Pokud je to možné, uzavři oddělení
5. Pokud je situace vážná, volej lékaře (možnost podání farmak)

Jak řešit problematiku situace:

1. Pokus se pacienta uklidnit
2. Dodržuj dostatečnou vzdálenost
3. Zajisti si ústupovou cestu
4. Zavolej si pomoc (Sanitář/ Lékař)
5. Aplikuj léky dle ordinace lékaře
6. Každou nežádoucí událost zapiš do

DOKUMENTACE