

Eva Marková, Martina Venglářová, Mira Babiaková

PSYCHIATRICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



Autorský kolektiv

Bc. Jana Akrmannová, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

MUDr. Míra Babiaková, Krizové centrum RIAPS, Praha

Mgr. Alžbieta Babková, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Mgr. Alice Bezoušková, Bílý kruh bezpečí, Praha

Mgr. Jindra Blatnická, 1. lékařská fakulta UK v Praze

Mgr. Hana Elexová, Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze

Bc. Jan Kříčka, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Mgr. Eva Marková, 1. lékařská fakulta UK v Praze

Andrea Nováková, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Mgr. Tomáš Petr, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Bc. Lenka Pípalová, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Mgr. Květa Poskočilová, Dětská psychiatrická léčebna Opařany

Mgr. Eva Rajmová, Střední zdravotnická škola Turnov

PhDr. Martina Venglářová, 3. lékařská fakulta UK v Praze

Mgr. Markéta Vitoušová, Bílý kruh bezpečí, Praha

PSYCHIATRICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Hlavní autoři:

Mgr. Eva Marková
PhDr. Martina Venglářová
MUDr. Mira Babiaková

Autorský kolektiv:

Bc. Jana Akrmannová	Andrea Nováková
MUDr. Mira Babiaková	Mgr. Tomáš Petr
Mgr. Alžběta Babková	Bc. Lenka Pípalová
Mgr. Alice Bezoušková	Mgr. Květa Poskočilová
Mgr. Jindra Blatnická	Mgr. Eva Rajmová
Mgr. Hana Elexová	PhDr. Martina Venglářová
Bc. Jan Kříčka	Mgr. Markéta Vitoušová
Mgr. Eva Marková	

Recenzoval:

MUDr. Zdeněk Kalvach

*Knihu významně podpořily Česká asociace sester
a firma Elli Lilly ČR, s.r.o.*

© Grada Publishing, a.s., 2006
Cover Photo © profimedia.cz/CORBIS

Vydala Grada Publishing, a.s.,
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 2435. publikaci
Odpovědný redaktor Mgr. Martin Tarant
Sazba a zlom Blažena Posekaná
Fotodokumentaci a kresby zapůjčila Psychiatrická léčebna Bohnice.
Počet stran 352

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.,
Husova 1881, Havlíčkův Brod

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmí být žádným způsobem reprodukována, ukládána či rozšiřována bez písemného souhlasu nakladatelství.

ISBN 80-247-1151-6 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-6658-4 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2011



Lilly

Obsah

Předmluva	13
1 Duševní zdraví (Mgr. E. Marková).....	15
2 Člověk a duševní porucha (Mgr. E. Marková, Mgr. T. Petr)	19
2.1 Stigma	19
2.2 Třídění duševních poruch	20
2.3 Stereotyp psychiatra a sestry	23
2.4 Prestiž oboru psychiatrie	23
3 Historie psychiatrického ošetrovatelství a vývoj vzdělávání ošetrovatelského personálu v psychiatrii (Mgr. E. Rajmová)	25
3.1 Starověk	25
3.2 Středověk	26
3.3 Novověk	27
3.4 Ústavy pro duševně choré	28
3.5 Dvacáté století až do současnosti (Mgr. E. Rajmová, Mgr. T. Petr)	32
3.6 Vývoj vzdělávání ošetrovatelského personálu v psychiatrii	32
4 Organizace péče o osoby s duševní poruchou (Mgr. E. Marková)	38
4.1 Síť psychiatrických zařízení v ČR	38
4.2 Ambulantní péče	38
4.3 Lůžková péče	41
4.4 Intermediární péče	44
4.5 Meziřesortní zařízení	47
4.6 Zařízení mimo resort zdravotnictví	49
5 Organizační formy ošetrovatelské péče (Mgr. H. Elexová, Mgr. T. Petr)	52
5.1 Charakteristika forem ošetrovatelské péče	52
5.2 Náplň práce členů ošetrovatelského týmu	53
5.3 Specifika práce sestry na psychiatrii	57

6 Právní problematika ve vztahu k psychiatrii	
(Mgr. E. Marková, PhDr. M. Venglářová).....	59
6.1 Hospitalizace se souhlasem duševně nemocného	59
6.2 Hospitalizace bez souhlasu duševně nemocného	59
6.3 Ochranná léčba.	62
6.4 Jiné druhy nedobrovolné psychiatrické hospitalizace	66
6.5 Sociální hospitalizace	66
6.6 Stížnosti duševně nemocných	66
6.7 Způsobilost k právním úkonům.	67
6.8 Další právní problematika se vztahem k psychiatrii	69
7 Hospitalizace (Mgr. J. Blatnická, Mgr. E. Marková).....	72
7.1 Formy hospitalizace.....	72
7.2 Přijetí	74
7.3 Režim oddělení	78
7.4 Terapeutická komunita	80
7.5 Propuštění	83
8 Ošetrovatelský proces a interaktivní procesy	
(Mgr. E. Marková, PhDr. M. Venglářová).....	85
8.1 Posuzování stavu pacienta.....	85
8.2 Zásady chování k psychiatrickým pacientům	87
8.3 Ošetrovatelský proces v ošetrovatelské péči na psychiatrii	88
8.4 Syndrom vyhoření (Mgr. T. Petr).....	92
9 Vyšetřovací, zobrazovací a léčebné metody	
(Mgr. J. Blatnická, PhDr. M. Venglářová).....	93
9.1 Vyšetřovací metody	93
9.2 Zobrazovací metody	96
9.3 Elektrokonvulzivní terapie (Mgr. Eva Marková).....	96
10 Nutriční problematika v psychiatrii	
(Mgr. J. Blatnická, PhDr. M. Venglářová).....	102
11 Ošetrovatelský přístup k neklidným a agresivním nemocným	
(Mgr. T. Petr)	106
12 Restriktivní postupy (Mgr. T. Petr).....	113
12.1 Omezení pacienta v lůžku	117

12.2	Terapeutická izolace	120
12.3	Omezení pacienta v síťovém lůžku	122
12.4	Ochranný kabátek	123
12.5	Manuální fixace	123
12.6	Aplikace psychofarmak bez souhlasu nemocného	123
12.7	Ochranná opatření	124
13	Zvláštní situace v psychiatrii (Mgr. J. Blatnická)	126
14	Rehabilitace v psychiatrii (Mgr. A. Babková, Bc. L. Pípalová)	129
14.1	Rehabilitační ošetřování pacientů	129
14.2	Úkony rehabilitačního ošetřování	129
14.3	Praktická část	131
14.4	Rehabilitace	137
14.5	Komplexní psychiatrická rehabilitace	141
14.6	Léčebná tělesná výchova (LTV) v psychiatrii	144
14.7	LTV – kineziterapie při různých typech duševních poruch	146
14.8	Využití tance a tanečních prvků v LTV v psychiatrii	148
14.9	Jógová cvičení a jejich využití v LTV v psychiatrii	148
15	Sociální práce (A. Nováková)	150
15.1	Organizace a náplň sociální práce v lůžkových zařízeních	150
15.2	Sociální práce v různých typech zařízení	152
15.3	Bezdomovectví.	153
16	Komunitní péče (Bc. J. Křička)	155
16.1	Komunitní plánování	159
16.2	Služby poskytované v komunitní péči	161
16.3	Formy podpory	167
16.4	Case management	169
16.5	Aktivity klientů, svépomoc	171
16.6	Organizace a koordinace služeb v komunitní péči	172
16.7	Vedení týmu	172
16.8	Psychosociální rehabilitace	174
17	Domácí násilí	178
17.1	Pomoc obětem domácího násilí (Mgr. A. Bezoušková)	178
17.2	Psychosociální aspekty definice oběti trestného činu (Mgr. M. Vitoušová)	184

18 Organické duševní poruchy včetně symptomatických	
<i>(MUDr. M. Babiaková, Mgr. E. Marková, PhDr. M. Venglářová)</i>	190
18.1 Definice poruchy	190
18.2 Charakteristika pacienta.	191
18.3 Možnosti léčby.	195
18.4 Ošetrovatelská péče	197
19 Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami	
<i>(MUDr. M. Babiaková, Bc. J. Akrmannová)</i>	212
19.1 Definice	212
19.2 Léčba závislostí	218
19.3 Ošetrovatelská péče	219
Přílohy Denní program pacientů	224
20 Schizofrenní poruchy <i>(MUDr. M. Babiaková, PhDr. M. Venglářová)</i> . . .	235
20.1 Definice	235
20.2 Charakteristika pacienta.	236
20.3 Možnosti léčby.	237
20.4 Ošetrovatelská péče	239
21 Afektivní poruchy	
<i>(MUDr. M. Babiaková, Mgr. T. Petr, PhDr. M. Venglářová)</i>	248
21.1 Definice	248
21.2 Depresivní syndrom.	250
21.3 Možnosti léčby.	251
21.4 Ošetrovatelská péče	254
21.5 Manický syndrom	256
21.6 Možnosti léčby.	257
21.7 Ošetrovatelská péče	257
22 Neurotické poruchy <i>(MUDr. M. Babiaková, PhDr. M. Venglářová)</i>	260
22.1 Definice	260
22.2 Možnosti léčby.	266
22.3 Ošetrovatelská péče	266
23 Teorie krize a krizové intervence	
<i>(MUDr. M. Babiaková, PhDr. M. Venglářová)</i>	272
23.1 Definice krize	272

23.2	Krizová intervence	276
23.3	Suicidiální krize	278
23.4	Péče o sebevražedného klienta	280
23.5	Ošetrovatelská péče	282
23.6	Práce sestry v krizovém centru (Mgr. J. Blatnická, Mgr. E. Marková)	283
24	Poruchy příjmu potravy (MUDr. M. Babiaková, Mgr. E. Marková)	287
24.1	Definice	287
24.2	Možnosti léčby	288
24.3	Ošetrovatelská péče	289
25	Poruchy osobnosti (MUDr. M. Babiaková, PhDr. M. Venglářová)	292
25.1	Definice	292
25.2	Charakteristika člověka s poruchou osobnosti	298
25.3	Léčba poruch osobnosti	300
25.4	Ošetrovatelská péče	302
26	Mentální retardace a poruchy intelektu (MUDr. M. Babiaková, PhDr. M. Venglářová)	306
26.1	Výchova osob s mentální retardací	306
26.2	Formy péče	308
26.3	Ošetrovatelská péče	310
26.4	Poruchy intelektu	311
26.5	Ošetrovatelská péče	312
27	Dětská a dorostová psychiatrie (Mgr. K. Poskočilová)	314
27.1	Historie	314
27.2	Nejčastější projevy duševních poruch a odchylek u dětí	315
27.3	Nejčastější projevy duševních poruch a odchylek u mladistvých	317
27.4	Vyšetřování a diagnostika v dětské a dorostové psychiatrii	318
27.5	Základní terapeutické postupy v dětské a dorostové psychiatrii	319
27.6	Školní problematika v dětské a dorostové psychiatrii	321
27.7	Specifika práce sestry v dětské a dorostové psychiatrii	321
27.8	Dětská a dorostová psychiatrii – speciální část	323
	Literatura	338
	Rejstřík	343

Poděkování

Děkujeme psychiatru panu MUDr. Zdeňkovi Kalvachovi za pečlivé přečtení knihy při recenzi, věcné poznámky, připomínky, náměty i povzbuzení. Děkujeme za podporu, které se nám při vzniku knihy dostalo od Psychiatrické léčebny Bohnice.

Poděkování patří nakladatelství GradaPublishing, a.s., jmenovitě Mgr. Janě Heřmanové, Mgr. Martinu Tarantovi a Blaženě Posekané, bez nichž by kniha nespátřila světlo světa.

Dík také patří Martinu Ouvínovi za technickou pomoc při vzniku knihy.

Vám, čtenářům, přejeme, aby kniha byla užitečná pro vaši práci nejen na psychiatrických pracovištích a přispěla ke zlepšování kontinuální péče o vaše klienty a pacienty.

Motto:

*„Ošetřování nemocných jest povoláním těžkým, dvakrát, třikrát
těžším, jedná-li se o ošetřování choromyslných!“*

Dr. Jan Hraše,
ředitel Královského českého zemského ústavu
pro choromyslné v Dobřanech

Předmluva

V první polovině 90. let vznikaly v České republice vyšší zdravotnické školy. V původním návrhu jejich vzniku nebyla zmínka o oboru sestra pro psychiatrii. Uvažovalo se jen o dvouletém studiu tohoto směru po maturitě na střední zdravotnické škole. Skupina sester kolem tehdejšího hlavního ošetřovatele v Psychiatrické léčebně Bohnice Bc. Jana Kříčky usilovala o to, aby bylo vzdělávání psychiatrických sester na vyšší zdravotnické školy zařazeno. Za pomoci tehdejšího ředitele bohnické léčebny MUDr. Zdeňka Bašného se nám tento záměr podařilo prosadit na Ministerstvu zdravotnictví ČR. Ustavili jsme pracovní skupinu pod vedením Mgr. Evy Markové a vypracovali pedagogické dokumenty pro tento obor. Pomyslnou štafetu jsme předali další skupině kolem PhDr. Martiny Venglářové. Pod jejím vedením byly pedagogické dokumenty oboru sestra pro psychiatrii uvedeny do života. Studium bylo realizováno na několika vyšších zdravotnických školách (VZŠ Duškova Praha 5, VZŠ J. Podsedníka Brno, VZŠ Jihlava). Bohužel, z moci úřední obor skončil v roce 2004. Po celou dobu, kdy obor existoval, jsme koketovali s myšlenkou napsat knihu o ošetřovatelské péči v psychiatrii. Na počátku nového století začala kniha vznikat. Dopsaná byla v době, kdy studijní program sestra pro psychiatrii přestal v České republice existovat. Teď vám ji, milí čtenáři, předkládáme. Je pro nás jakýmsi završením našich dlouholetých snah o prosazování psychiatrické ošetřovatelské péče a vzdělávání sester v tomto oboru v České republice. Věříme, že se kniha stane základní učebnicí psychiatrické ošetřovatelské péče pro studenty oboru všeobecná sestra, pro sestry v klinické praxi zejména na psychiatrii a jistě bude užitečná i pro sestry, které budou studovat specializaci v ošetřovatelské péči v psychiatrii.

Publikací, které se zabývají ošetřovatelskou péčí, ať už původních českých prací nebo zahraničních překladů, dnes najdeme oproti době před rokem 1989 celou řadu. Pokud je v některých zmínka o ošetřovatelské péči v psychiatrii, pak většinou jen na malém prostoru a nekompletně. Překlady knih jsou jistě užitečné jako inspirace, ale vycházejí z jiného prostředí a jiné reality zdravotní politiky, zdravotní a ošetřovatelské péče. Publikace, které se zabývají samotnou ošetřovatelskou péčí v psychiatrii, jsou už dílem co do úrovně poznatků zastaralé a neodpovídají moderním trendům ošetřovatelské péče a dílem nejsou pojaty komplexně.

Ošetřovatelskou péčí v psychiatrii jsme se v našem textu snažili pojmut komplexně. Rozhodli jsme se téma zpracovat z několika úhlů pohledu a v odpovídajících souvislostech. Publikace je rozdělena do dvou částí, obecné a speciální. Při její přípravě jsme kladli důraz na aktuální a relevantní témata.

V obecné části se zabýváme duševním zdravím, pohledy společnosti na duševní poruchy, organizací a formami psychiatrické péče, ošetrovatelskou péčí v psychiatrii v historických souvislostech a vzděláváním sester, dotkli jsme se etických i právních otázek. Zmiňujeme problematiku hospitalizace, ošetrovatelský proces a péči o osoby neklidné až agresivní.

Ve speciální části jsme se zaměřili na ošetrovatelskou péči u jednotlivých duševních poruch. Duševní poruchy, jejich definice, epidemiologické aspekty, diagnostiku a léčbu zmiňujeme jen v základních rysech a čtenáře, který potřebuje více informací, odkazujeme na učebnice psychiatrie. Přinášíme základní principy, poznatky, informace přispívající k teoretické výbavě a praxi sester v ošetrovatelské péči o adolescenty, dospělé a seniory trpící duševními poruchami. Zaměřujeme se více na práci s pacienty než na práci za ně. Taková interakce pacient – sestra je oboustranně prospěšný proces. Se zřetelem na podmínky, ve kterých se realizuje zdravotní a ošetrovatelská péče, je důležité, aby byla komunikace mezi pacientem a sestrou otevřená a aby co nejvíce sloužila potřebám pacienta.

V medicíně a ošetrovatelství se péče o pacienty v minulosti podřizovala medicínské i ošetrovatelské profesi a kladl se důraz na kontrolu nad mnohými aspekty péče. Namísto kontroly a podřízenosti tvoří základ vztahu sestra – pacient kooperace. Podstatné je zapojit pacienta do procesu péče. Vyžaduje se od něho aktivní spoluúčast, rozhodování a domluva se sestrou, oba společně se snaží saturovat pacientovy potřeby. Daří se to, když sestra pacientovi nabízí intervence, které redukuje stigma duševní poruchy, když systematicky řeší problémy pacienta (ošetrovatelský proces), zohledňuje jeho individuální potřeby i potřeby jeho rodiny a dalších blízkých osob. Péče o pacienty s duševní poruchou se realizuje v týmu, což dokládá i složení autorského kolektivu předkládané publikace. Autory jsou lékařka – psychiatr, psycholog, sestry, sociální pracovnice, fyzioterapeuti. Publikaci považujeme za příspěvek k reformnímu úsilí v oblasti péče o klienty a pacienty trpící duševní poruchou v České republice.

Mgr. Eva Marková

1 Duševní zdraví

(Mgr. E. Marková)

Pojem zdraví je základní kategorií medicíny i ošetřovatelství. Má aspekty biologické, psychologické a sociální, které vyjadřují sepětí člověka s prostředím. Zdraví je dynamický proces. Je jedním ze základních práv každého člověka, jak zdůraznila Světová deklarace zdraví v roce 1978. Zdraví je podmínkou dobré fyzické a psychické pohody a dobré kvality života. Zdravý člověk je schopen seberealizace, umí se postarat sám o sebe, přizpůsobit prostředí, vykonávat svoji práci, plnit sociální role a nemá chorobu. Zdraví je základem stabilního ekonomického růstu. Definice WHO z roku 1948 formuluje zdraví jako **stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady** (health is state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.)

Tato definice má tři základní charakteristiky pozitivní koncepce zdraví:

- zájem o jednotlivce jako o celistvou osobu, ne jen o jednotlivé části,
- klade zdraví do vzájemného vztahu s prostředím,
- klade rovnítko mezi zdravím a produktivním, tvořivým životem.

Jde o celostní (holistické) pojetí zdraví. Vedle faktorů biologických zahrnuje i faktory společenské. Podle stávající holisticko – dynamické (rozvojové) interpretace definice WHO můžeme chápat zdraví nikoliv jako neměnnou položku (stav dosažení), ale jako neustálé hledání vlastní cesty v průběhu života každého jedince ohledně podpory osobního zdraví a adaptace organismu na podmínky prostředí. Tato definice otevřela prostor pro nové chápání pojmu zdraví. Je pozitivně laděna a obohacena o psychosociální rozměr. Definice zdraví odpovídá filozofii **Florence Nightingalové** (1820–1910), která mobilizovala uzdravující potenciál pacientů odstraňováním nepříznivých faktorů prostředí. Časem však byla definice z roku 1948 kritizována pro jistou neurčitost. V roce 1977 se objevuje realističtější definice zdraví v souvislosti s celosvětovou kampaní „Zdraví pro všechny“. Zní: **Zdraví je schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život**. Definice vyjadřuje touhu člověka vést harmonický život.

Epidemiologické studie dokládají, že člověk má péči o své zdraví ve svých rukou. Tyto studie uvádějí, že zdraví ovlivňuje životní styl (50–60 %) – kouření, složení stravy a její energetická hodnota, pohybová aktivita, psychická zátěž spojená se stresem, alkohol, drogy a rizikové sexuální chování, životní prostředí (10–20 %), genetické faktory (20 %), ale zdravotní péče podstatně méně (0–10 %).

Zdraví je hodnota individuální, sociální, která ovlivňuje kvalitu života člověka. Výstižně to vyjádřil dr. Halfdan Mahler, bývalý generální ředitel WHO: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.“

Ke zdraví výrazně přispívají profesní skupiny, lékaři, sestry a ostatní zdravotníci. Zdraví je kategorií široce humánní, nejen výlučně medicínskou. K dosažení zdraví je důležitá prevence, diagnostika, terapie, rehabilitace, ale zdravotnické služby samy o sobě nezajistí zdraví. Důležitý je osobní příspěvek jednotlivců k ochraně, udržení a rozvoji zdraví. Zdraví spočívá v rodinách, školách a na pracovištích, všude tam, kde žijí lidé. V nemocnicích se jen napravuje, co se pokazilo. V nemocnicích se léčí, ale ne vždy uzdravuje.

Zdraví determinují genetické faktory, sociální podmínky, životní prostředí, ekonomické podmínky, životní styl i systém zdravotní péče. Hlavními společnými problémy evropského regionu jsou nepřenositelné a přenosné choroby, úrazy, poruchy duševního zdraví a komplikace související s těhotenstvím a porodem. (Zdraví 21, 2001)

Uvažujeme-li o duševním zdraví a o budoucnosti zdraví v Evropě, musíme si uvědomit, že se téměř denně potýkáme s nejistotou a problémy, například migrací obyvatel a sociálními konflikty.

Přesto máme důvody k naději a optimismu. V evropském regionu (51 států, ve kterých žije zhruba 870 miliónů lidí) je nyní relativní klid, protože válečné konflikty na území bývalé Jugoslávie na počátku 90. let minulého století skončily. Lidé i státy se postupně vyrovnávají s nesnázemi a problémy, které přinesly změny v zemích bývalého východního bloku. Rozšiřování Evropské unie nabízí nové možnosti spolupráce a podpory mezi jednotlivými zeměmi.

Evropský region má téměř dvacetiletou zkušenost s monitorováním, plánováním a vyhodnocováním společných strategií zaměřených na prosazování zdravého životního stylu, životního prostředí a kvalitní zdravotní péče s efektivním vynaložením nákladů.

Program „Zdraví pro všechny“ v sobě integruje zdravotní politiku a soubor konkrétních opatření, postupů a metod zaměřených na rozvoj duševního zdraví, zdravé výživy, tělesné aktivity a snižování zdravotních rizik, kterými jsou zejména alkohol, tabák a drogy. V zemích evropského regionu se klade důraz na zvyšování kvality poskytované péče.

Duševní zdraví znamená dobrou kondici celé osobnosti, není to jen nepřítomnost duševní poruchy. Jak se pozná duševně zdravý člověk? Má schopnost přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet. Umí plánovat a plány uskutečňovat. Je schopný podílet se na změnách a vytvářet nové věci. Umí komunikovat. Aktivně se zúčastňuje dění kolem sebe. Dobře se adaptuje na nové situace. Poznává se podle citové vyrovnanosti, zvládá vlastní emoce a zároveň se dovede uvolnit. Dokáže pracovat a udržovat partnerský vztah. Duševní zdraví představuje schopnost přizpůsobovat se situacím a reagovat na ně.

Evropský region WHO si stanovil 21 cílů pro realizaci záměru „Zdraví pro všechny“. Zlepšení duševního zdraví je cílem číslo šest.

Cíl 6 – Zlepšení duševního zdraví

Do roku 2020 by se měla zlepšit psychosociální pohoda lidí a pro lidi s duševními problémy by měly být plně dostupné komplexní služby.

Konkrétně:

6.1 Výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch by se měly podstatně omezit a měla by být posílena schopnost lidí se vyrovnávat se stresujícími životními okamžiky.

6.2 Počet sebevražd by měl být snížen alespoň o jednu třetinu, přičemž k nejvýraznějšímu snížení by mělo dojít v těch zemích a u těch skupin obyvatelstva, kde se nyní sebevraždy vyskytují nejčastěji.

Je těžké přesněji určit rozsah zátěže, kterou přinášejí lidem duševní poruchy. Důvodem jsou kulturní rozdíly, které mají vliv na různé způsoby definování duševního zdraví. Podíl obyvatel evropského regionu trpících závažnými duševními poruchami se pohybuje mezi 1 až 6 %. (Zdraví 21, 2001) Podle údajů Světové banky a WHO jsou třemi hlavními duševními poruchami deprese, bipolární poruchy a schizofrenie. Dalšími vážnými duševními poruchami jsou Alzheimerova choroba, demence a degenerativní porucha CNS, užívání alkoholu, závislost na drogách, stavy úzkosti a nespavost. (Zdraví 21, 2001) Sebevražda představuje 15 % příčin úmrtí u dospívající mládeže a mladých lidí mezi 15 až 24 lety života. Často souvisí s užíváním drog a konzumací alkoholu. Počet sebevražd roste u starších lidí, zejména u mužů nad 85 let věku. (Zdraví 21, 2001) Problémem je také výskyt deprese a její ne vždy účinná léčba. Lidé s depresí jsou často v péči praktických lékařů, ale jen malé procento případů je včas zachyceno a léčeno. (Zdraví 21, 2001)

V evropském regionu narůstají rizikové faktory vedoucí k poruchám duševního zdraví. Patří k nim nezaměstnanost, migrace, chudoba, politické převraty, napětí mezi etnickými skupinami, mezi specifickými skupinami v hlavních městech, nárůst počtu bezdomovců, samota, rozpad sociálních sítí, zneužívání návykových látek, deprivace a socioekonomický neklid. (Zdraví 21, 2001)

V Evropě existuje rozdíl mezi pojetím psychiatrické péče v jednotlivých zemích. Mnoho zemí v západní Evropě snížilo počet lůžek a snaží se zajistit péči o lidi s duševní poruchou v místních komunitách, kde pacienti žijí a pracují. Naplňování tohoto záměru je velmi obtížné z finančních a někdy i organizačních důvodů. Podobným směrem jde i Česká republika. Ideálním stavem by měla být podpora duševního zdraví a prevence duševních poruch v místní komunitě a léčení v blízkosti bydliště pacienta.

Dokument Zdraví 21 navrhuje postupy, jak naplnit cíl číslo 6. Stigma duševních poruch by se mělo redukovat tím, že by přestaly být tabuizovány a více by se o nich diskutovalo.

Kvalita preventivních, nemocničních, ústavních a rehabilitačních služeb by se měla kontinuálně zlepšovat. Nabídka služeb by měla být dostatečně široká od komunitní péče až po péči nemocniční.

Pozornost by měla být zaměřena na problémy některých skupin obyvatel, menšin a handicapovaných osob. Zdravotnický personál, který pečuje o nemocné s duševní poruchou, musí být lépe odborně vyškolen a jeho způsobilost k výkonu povolání by měla být neustále aktualizována. Zdravotnický personál by měl umět identifikovat rizikové faktory a ovlivňovat je, časně diagnostikovat duševní poruchy a adekvátně používat moderní léčebné postupy.

Dokument doporučuje zemím ve východní Evropě, aby nahradily velké léčebny kombinací nemocniční psychiatrické péče a služeb poskytovaných v rámci komunitní péče. Všem zemím evropského regionu bez rozdílu ukládá úkol nemocniční psychiatrickou i komunitní péči zlepšit.

Základní i aplikovaný výzkum by měl být zaměřen na studium postojů veřejnosti vůči lidem s duševními poruchami i vůči poruchám samotným, na strategii prevence a terapii duševních poruch.

Manažeři ve zdravotnictví i zaměstnanci ostatních resortů by měli při svých rozhodnutích vzít v potaz, že řada psychických problémů a potíží pramení ze sociálních okolností i rizikových faktorů, a měli by dbát na efektivní přidělování a využívání prostředků. (Zdraví 21, 2001)

2 Člověk a duševní porucha

(Mgr. E. Marková, Mgr. T. Petr)

2.1 Stigma

Stigma je znamení domnělé méněcennosti. Vede k odmítání jeho nositele okolím. Zdrojem stigmatizace může být viditelná vlastnost (deformita těla) nebo vlastnost neviditelná (příslušnost k určité skupině lidí). (Höschl, Libiger, Švestka, 2002) Stigma je slovo řeckého původu a původně označovalo cejch vypalovaný otrokům v thessalských dolech.

Stigmatizovaní jedinci jsou vystaveni různé míře odmítání v běžných každodenních situacích (partnerské vztahy, bydlení, pracoviště, zájmová činnost). U jedinců postižených duševní poruchou jsou mechanismy působení stigmatu již zmapované. Stigma může vést k posílení příznaků duševní poruchy. Nemocným lidem snižuje sebedůvěru. Vede ke strachu, který je živnou půdou stresu. Pacienti se snaží vyrovnat se stigmatizací změnou svého sociálního chování. Omezují dřívější sociální kontakty, opatrně komunikují a vyhledávají podobně stigmatizované. Tito lidé trpí dvojnásob, příznaky choroby i odmítáním okolí. (Marková, 1994) Mají zkušenost, že dostanou-li nálepku – diagnózu, okolí se od nich více či méně odvrací a zaměstnavatel o ně přestává mít zájem. Jejich důvěra k okolí je narušena, což může vést ke vztahovačnosti až perzekučním bludům. Stigma může narušit i vztah zdravotníků a pacientů. Pacient se bojí hovořit o svých problémech a pocitech. Brání se lékařem doporučené medicaci. Zdrojem stigmatizace může být také léčebně neovlivnitelné chování na veřejnosti (psychotické). Ke zmírnění stigmatu může vést úspěšná léčba, pokud nevyvolá zřetelné vedlejší efekty (obličejové dyskineze). Stigmatizace se méně projevuje v rodinných (intimních) vztazích a v prostředí, kde se jedinec dobře uplatňoval (pracoviště). Stigmatizace je ovlivněna některými demografickými charakteristikami jedince a okolí. Muži s duševní poruchou jsou stigmatizováni více než ženy. Starší lidé vnímají pacienty hůře. Z výsledků výzkumu v oblasti stigmatu v psychiatrii vyplývají některé možnosti, jak stigma zmírnit. Mezi důležité patří adekvátní léčba, zachování mlčenlivosti ve věci pacientovy příslušnosti ke skupině duševně nemocných a nácvik sociálních dovedností pacienta v běžných denních situacích, zaměřených na pojetí sebe sama.

Stigma se netýká jen pacienta samotného, ale i jeho rodiny. Dopad na rodinu je hlavní příčinou dlouhého váhání, než vezme na vědomí, že jejich člen je duševně nemocný. Duševní porucha vrhá špatné světlo i na ostatní příslušníky rodiny a v tom se rodina nemylí. (Höschl, Libiger, Švestka, 2002)

Hospitalizace v psychiatrickém zařízení může být pro klienta a jeho rodinu výrazným stigmatem. Na to poukazuje např. Erving Goffman, který se mimo jiné zabývá stigmatizací duševně nemocných. Ve své knize *Stigma* cituje manželku pacienta hospitalizovaného v ústavu pro duševně choré: „...a představte si, že poté, co George pustí, půjde všechno dobře a najednou to na něj někdo vytáhne. To by byl konec. Tohle mě naplňuje hrůzou, naprostou hrůzou.“ (Goffman, 2003: 103) Toto stigma mohou blízcí nemocného zvládat různými způsoby. Manželka pacienta umístěného v psychiatrické léčebně například uvedla:

„S nikým v kanceláři jsem se příliš nespřátelila, protože nechci, aby lidé věděli, kde mám manžela. Říkám si, že kdybych se s nimi moc sblížila, začali by se vyptávat a já bych mohla začít mluvit. A já si prostě myslím, že je lepší, když o Joeovi ví co možná nejméně lidí.“ (Goffman, 2003: 117)

Média občas líčí lidi s duševní poruchou jako násilníky nebo podivíny, což je v souladu s indikací nedobrovolné hospitalizace v lůžkovém psychiatrickém zařízení (nebezpečnost sobě nebo okolí). Někdy se i o psychiatrech hovoří jako o podivínech. Někteří se setkali ve své praxi s podceňováním či přehlížením od lékařů z jiných medicínských oborů. Sestra pracující na psychiatrické ambulanci se dříve setkávala s označením „ta, co je od psacího stroje“ (sestra na ambulanci sepisovala anamnézu s pacientem na psacím stroji). Na psychiatrii byly posílány sestry, které nebyly na somatických odděleních dost rychlé. Despekt k psychiatrii a strach z duševní poruchy je neadekvátní strachu z jiných chorob nebo medicínského oboru. Strach vedl u stigmatizovaných osob k zatajování či popírání nemoci.

Je zajímavé, že jako nejvíce stigmatizované pojmají jedince odborníci – personál na psychiatrii. V běžných sociálních situacích zaujímá největší odstup. Je málo pacientů, s nimiž uzavírají sňatek psychiatři, o něco „lepší“ situace je mezi sestrami. Sestry navazují bližší kontakty například s muži se sexuální deviací, s alkoholiky a jen minimálně s lidmi s vážnější duševní poruchou. Tyto skutečnosti se dají vysvětlit selektivní zkušeností odborného personálu s jedinci s duševní poruchou. Personál na psychiatrii je vidí v jejich nejakutnější fázi choroby. (Höschl, Libiger, Švestka, 2002)

Destigmatizace spočívá ve změně postojů a v legislativních opatřeních. Péče o duševně nemocné se přesouvá do komunity mimo lůžková zařízení, do denních stacionářů a středisek. Tento posun v péči napomáhá pacientům udržet si své sociální kompetence.

2.2 Třídění duševních poruch

Existenci ustálené lidové představy o duševně nemocném zkoumá od poloviny minulého století obor sociologie. Tyto představy se nazývají **stereotypy**. Ste-

reotypy jsou vytvořeny mezi lidmi o jiných skupinách lidí, často minoritních (rasově odlišných, náboženských skupin aj.). Stereotyp jedince s duševní poruchou bývá vyjadřován adjektivy jako nebezpečný, nevypočitatelný, nespolehlivý, iracionální. Říkáme „je to blázen“. Stereotyp blázna je užíván při dětských hrách, koluje ve vtipcích a objevuje se ve sdělovacích prostředcích, kde jsou lidé s duševní poruchou barvitě líčeni například v kriminálních příbězích. Tento stereotyp je veskrze negativní. Přetrvává generace a je jen málo ovlivnitelný různými edukačními kampaněmi. Laikovi, který nemá mnoho zkušeností s duševními poruchami, slouží jako „diagnostické kritérium“. Existence negativního stereotypu má dalekosáhlé důsledky pro nositele duševní poruchy. Laik rozpozná ve svém okolí zřídka a často i pozdě duševní poruchu. (Höschl, Libiger, Švestka, 2002)

Laické třídění duševních poruch je spjato s konkrétní kulturou. Pro středoevropskou populaci je typická dichotomická taxonomie duševních poruch. Dělí se na nervové zhroucení a pravé šílenství.

„Nervové zhroucení“ je připisováno stresu nebo psychotraumatu a považuje se za méně závažné, proto je spojováno s malou stigmatizací jedince. Podivní jsou společností tolerovaní jedinci, dokud jejich projevy nepřekročí limity tolerance. Vyšinití je krátkodobé a je u něj zřejmá vyvolávající příčina. Pomínutí znamená náhlou duševní poruchu jakoby bez příčiny, ale špatnou prognózu.

„Pravé šílenství“ je trvalé, které souvisí s poškozením mozku a je výrazně stigmatizováno. Časté laické označení je blázen, tichý, veselý a zuřivý. Formy označení se liší podle stupně projevů v chování ve společnosti a v oblasti psychomotoriky. Tichý, smutný blázen je člověk, který má psychomotorické projevy na hranici normy nebo v útlumu, ale aby byl takto nemocný hodnocen laickou veřejností, musí mít tyto příznaky delší dobu. Veselého blázna laici přijímají s rezervou a jeho onemocnění také (např. mánie, eretické formy oligofrenie). Zuřivý blázen je označení pro člověka, který se projevuje dlouhodobou a nepochopitelnou agresivitou vůči okolí bez vyvolávajícího momentu. Člověk, který je v akutní fázi duševní poruchy, je laiky vnímán jako jedinec s chorým mozkiem, jako „nevyléčitelný šílenec“, od něhož je třeba se držet dál. Jako „šílenci“ jsou označováni lidé s poruchou osobnosti (schizoidní, hysterická, explozivní), nebo s některou formou obnubilace a deliriózního stavu.

Tyto skupiny se někdy navzájem prolínají. Mezi podivnými jsou zahrnovány i osoby s paranoidní psychózou. Intenzita příznaků jejich onemocnění nesmí překročit limity tolerance sociálního prostředí.

Blouznění je termín užívaný v případě organické příčiny onemocnění (např. febrilní delirium). Označení blb, blbec vyjadřují těžší stupeň oligofrenie. (Höschl, Libiger, Švestka, 2002)

Mimo popsané skupiny stojí psychické poruchy, které se obvykle nespojují s pojmem „bláznění“. Jde zpravidla o krátce trvající duševní poruchy a laická