

Nedobrovolná hospitalizace v psychiatrických nemocnicích pohledem všeobecné sestry

Robert Válek, DiS.

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Robert Válek, DiS.
Osobní číslo:	H22728
Studijní program:	B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Nedobrovolná hospitalizace v psychiatrických nemocnicích pohledem všeobecné sestry

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti nedobrovolné hospitalizace v psychiatrických nemocnicích.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků kvalitativního výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

ČESKO, 2011. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách*. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2024-10-10].

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. 2. vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf, 2023. ISBN 978-80-7345-762-4.

PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva. *Ošetrovatelství v psychiatrii. Sestra*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

WASSER, Tobias. *Psychiatry and the law: basic principles*. Cham, Switzerland: Springer, 2017. ISBN 978-3-319-63148-6. Dostupné také z: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/natl-ebooks/detail.action?docID=5122235>.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marcela Dolejšová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou nedobrovolné hospitalizace v psychiatrických nemocnicích z pohledu všeobecné sestry. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části je pozornost věnována právnímu rámci nedobrovolné hospitalizace, specifikům psychiatrické péče, právům pacientů, postupu hospitalizace a roli všeobecných sester v tomto procesu. Praktická část vychází z kvalitativního výzkumu realizovaného prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se sestrami z psychiatrických zařízení. Jsou zde shrnuty nejčastější problémy, které proces nedobrovolné hospitalizace přináší. Na základě zjištění jsou navržena doporučení pro praxi, jejichž cílem je přispět ke zlepšení péče o pacienty během nedobrovolné hospitalizace a zároveň posílit roli všeobecné sestry.

Klíčová slova: nedobrovolná hospitalizace, psychiatrická péče, všeobecná sestra, etická dilemata, detenční řízení, ústavní léčba

The bachelor's thesis focuses on the issue of involuntary hospitalization in psychiatric hospitals from the perspective of a general nurse. The thesis is divided into two parts – theoretical and practical. The theoretical part is dedicated to the legal framework of involuntary hospitalization, the specifics of psychiatric care, patients' rights, the hospitalization procedure, and the role of general nurses in this process. The practical part is based on qualitative research conducted through semi-structured interviews with nurses from psychiatric facilities. It summarizes the most common problems associated with the process of involuntary hospitalization. Based on the findings, recommendations for practice are proposed with the aim of improving patient care during involuntary hospitalization and strengthening the role of the general nurse.

Keywords: involuntary hospitalization, psychiatric care, general nurse, ethical dilemmas, detention procedure, institutional treatment

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucí mé práce paní Mgr.et Mgr. Marcelle Dolejšové za náměty, připomínky a rady, které mi v průběhu práce poskytovala.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 PSYCHIATRICKÁ PÉČE	14
1.1 ORGANIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR	14
1.1.1 Ambulantní péče	14
1.1.2 Lůžková péče	14
1.2 HOSPITALIZACE V PSYCHIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍCH	15
1.2.1 Dobrovolná hospitalizace	15
1.2.2 Nedobrovolná hospitalizace	15
2 PRÁVNÍ PŘEDPISY V PSYCHIATRII.....	17
2.1 MEZINÁRODNÍ ÚMLUVY	17
2.2 ČESKÉ PRÁVNÍ NORMY	18
3 NEDOBROVOLNÁ HOSPITALIZACE A POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB.....	20
3.1 ZÁKONNÉ PODMÍNKY NEDOBROVOLNÉHO PŘIJETÍ K HOSPITALIZACI	20
3.1.1 Příklady indikace k nedobrovolné hospitalizaci	21
3.2 SPECIFICKÁ PRÁVA NEDOBROVOLNĚ HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA.....	21
3.3 POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB PŘI NEDOBROVOLNÉ HOSPITALIZACI	22
3.4 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY	23
3.4.1 Druhy omezovacích prostředků	23
3.4.2 Právní a etické aspekty	24
3.5 POSTUP PŘI HOSPITALIZACI BEZ SOUHLASU	25
3.5.1 Oznamovací povinnost.....	25
3.5.2 Detenční řízení	26
3.5.3 Další průběh hospitalizace	27
4 SESTRY PRACUJÍCÍ NA PSYCHIATRII	28
4.1 KOMPETENCE SESTRY PRO PÉČI V PSYCHIATRII	28
4.2 ROLE PSYCHIATRICKÝCH SESTER	28
4.3 KONFLIKTNÍ SITUACE V PRAXI PSYCHIATRICKÉ SESTRY	30
5 ETIKA A MODERNÍ PŘÍSTUPY V PSYCHIATRICKÉ PÉČI	32
5.1 ETICKÉ ASPEKTY	32
5.2 TRENDY A ALTERNATIVY K NEDOBROVOLNÉ HOSPITALIZACI V PSYCHIATRII.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
6 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	37
6.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	37

6.2	KVALITATIVNÍ VÝZKUM	37
6.3	VÝZKUMNÉ CÍLE.....	38
6.4	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
6.5	VÝZKUMNÝ SOUBOR A JEHO ZPŮSOB VÝBĚRU	39
6.6	DESIGN KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU	40
6.7	TECHNIKA SBĚRU DAT	41
6.8	ETICKÉ OTÁZKY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU	41
7	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	42
7.1	OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ.....	42
7.2	AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ	50
7.3	PARADIGMATICKÝ MODEL.....	50
8	SHRNUTÍ VÝZKUMU	53
9	DISKUSE.....	57
	ZÁVĚR.....	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
	SEZNAM OBRÁZKŮ	65
	SEZNAM TABULEK.....	66
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	67
	SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

Osoby s duševní onemocněním patří k nejvíce sociálně vyloučeným skupinám v naší společnosti. Současná společnost čelí rostoucímu výskytu duševních onemocnění, která jsou nejen medicínským, ale i významným společenským a právním problémem. Duševně nemocní lidé často čelí sociálnímu vyloučení, stigmatizaci a obtížím při začleňování zpět do běžného života.

Dodržování lidských práv je jedním ze základních rysů demokratické společnosti. Psychiatrická péče je nedílnou součástí zdravotního systému a zahrnuje jak dobrovolnou, tak nedobrovolnou hospitalizaci pacientů. Téma nedobrovolné hospitalizace je dlouhodobě diskutovanou oblastí nejen v rámci psychiatrické péče, ale také z hlediska právního, etického a společenského. Nedobrovolná hospitalizace představuje podstatný zásah do ústavně zaručených práv pacienta, který je však za určitých situací nezbytný k zajištění jeho bezpečí i ochrany okolí, zejména když pacient není schopen poskytnout informovaný souhlas. Tento proces je regulován právními předpisy a vyžaduje pečlivé posouzení lékaři a následné soudní přezkoumání. Ačkoli platná právní úprava dnes poskytuje řadu procesních záruk proti nedůvodným zásahům do osobní svobody pacientů, v praxi se často ukazuje, že tyto záruky nejsou důsledně dodržovány.

Téma nedobrovolné hospitalizace v psychiatrických nemocnicích proto nabývá na aktuálnosti nejen z pohledu zdravotnické práce, ale i z hlediska etického a právního. Je spojeno s nutností nalezení rovnováhy mezi ochranou jednotlivce a bezpečností okolí. Změny v přístupu k psychiatrické péči, včetně probíhající reformy a důrazu na lidskoprávní přístup, přinášejí nové výzvy pro zdravotnický personál i celou společnost.

Autor této práce přichází do přímého kontaktu s problematikou nedobrovolné hospitalizace ve své profesi praktické sestry v psychiatrické nemocnici. Denně se setkává s pacienty, kteří byli hospitalizováni proti své vůli, vnímá jejich emoce, obavy i rezistenci. Zároveň reflektuje náročnost těchto situací také z pohledu zdravotnického personálu, který musí zvládat krizové situace, efektivně komunikovat s pacienty a jejich rodinami a současně důsledně respektovat právní a etické normy.

Cílem této bakalářské práce je analyzovat problematiku nedobrovolné hospitalizace z pohledu zdravotnického personálu, zaměřit se na právní, etické a praktické aspekty péče o pacienty hospitalizované bez jejich souhlasu. Práce vychází nejen z profesních zkušeností autora, ale také ze spolupráce s kolegy z klinické praxe a z poznatků získaných od účastníků

výzkumu s cílem přispět ke zvýšení kvality péče a hlubšímu porozumění tomuto složitému fenoménu.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se skládá z pěti hlavních kapitol. První kapitola se věnuje psychiatrické péči a popisuje její organizaci v České republice. Druhá kapitola se zaměřuje na právní rámec psychiatrické péče, včetně mezinárodních úmluv i českých legislativních norem. Třetí kapitola rozpracovává problematiku nedobrovolné hospitalizace a poskytování zdravotnických služeb bez souhlasu pacientů. Podrobně se zde rozebírají zákonné podmínky hospitalizace, práva pacientů, použití omezovacích prostředků, stejně jako detence a její právní postup. Čtvrtá kapitola se zabývá rolí a kompetencemi sester pracujících v psychiatrickém prostředí a popisuje aspekty jejich činnosti, včetně zvládání konfliktních situací. Pátá kapitola se věnuje etickým otázkám souvisejícím s nedobrovolnou hospitalizací a poukazuje na možné alternativy v péči o duševně nemocné.

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na kvalitativní výzkum, jehož cílem je analyzovat zkušenosti a názory zdravotnického personálu k nedobrovolné hospitalizaci v psychiatrických zařízeních. Výzkum realizovaný pomocí polostrukturovaných rozhovorů přináší hlubší pochopení etických, právních a praktických výzev, s nimiž se zdravotníci setkávají při péči o pacienty hospitalizované bez jejich souhlasu.

Výsledky výzkumu poskytují cenné informace pro zlepšení současné praxe, identifikaci oblastí, ve kterých je možné zlepšit poskytovanou péči, a podporují zlepšení komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacienty. Tato část práce přispívá k hlubšímu porozumění problematice nedobrovolné hospitalizace a může napomoci odstraňování předsudků vůči osobám s duševním onemocněním.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHIATRICKÁ PÉČE

Psychiatrie je lékařský obor, který se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí duševních poruch. Je nedílnou součástí zdravotního systému České republiky a její význam neustále roste, což souvisí se zvyšujícím se výskytem psychických onemocnění. Psychiatrie se zaměřuje nejen na široké spektrum psychických onemocnění, ale i na stavy ovlivňující myšlení, chování a emoce člověka.

Tento obor je v mnoha ohledech v užším kontaktu s právními normami než jiné lékařské specializace. Profesionálové působící v psychiatrii se často pohybují na pomezí zdravotnictví, sociální sféry a práva.

1.1 Organizace psychiatrické péče v ČR

Způsob organizace zdravotních služeb významnou měrou ovlivňuje kvalitu poskytovaných služeb i spokojenost pacientů. Psychiatrická péče v ČR je realizována prostřednictvím systému vzájemně propojených služeb. Základními prvky této sítě jsou psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení (psychiatrické nemocnice, psychiatrické oddělení všeobecných nemocnic a psychiatrické kliniky) a zařízení komunitní péče, která spojují psychiatrickou péči a sociální služby (Koncepce oborů psychiatrie, 2008).

1.1.1 Ambulantní péče

Základním článkem systému psychiatrické péče jsou ambulance, které ve většině případů představují první kontakt pacienta s psychiatrií. Tento vztah bývá často dlouhodobý, psychiatr se stává koordinátorem péče a průvodcem pacienta systémem zdravotních služeb.

1.1.2 Lůžková péče

Lůžková psychiatrická péče se dělí na akutní, následnou, případně specializovanou. Je poskytována ve zdravotnických zařízeních, jako jsou psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení a kliniky.

Ačkoli je poslední době kladen důraz na reformu psychiatrie, která usiluje o deinstitucionalizaci a rozvoj komunitních forem péče, hospitalizace v psychiatrických zařízeních zůstává důležitým nástrojem pro léčbu pacientů, pro které není ambulantní péče dostačující (Petr, 2013, s.65).

1.2 Hospitalizace v psychiatrických zařízeních

Hospitalizace je proces, při němž je pacient přijat do zdravotnického zařízení za účelem poskytování léčby a odborné péče. V psychiatrii se hospitalizace často využívá k intenzivnímu sledování a léčbě pacientů s duševním onemocněním, kteří vyžadují specializovaný přístup a dohled. Rozhodnutí o hospitalizaci je vždy komplexním rozhodnutím, které zohledňuje potřebu péče pacienta, ale také právní a etické aspekty.

Hospitalizace v psychiatrickém zařízení znamená přijetí pacienta k léčbě na lůžkové oddělení psychiatrické nemocnice nebo kliniky a může probíhat buď dobrovolně, nebo nedobrovolně.

1.2.1 Dobrovolná hospitalizace

V případě dobrovolné hospitalizaci pacient rozumí svému zdravotnímu stavu a souhlasí s léčbou na základě informovaného souhlasu. Tento typ hospitalizace je vhodný pro pacienty, jejichž symptomy nelze zvládnout ambulantně nebo komunitně.

Podle Wassera (2017, s.58) představuje dobrovolná hospitalizace nejméně komplikovaný model, kdy pacient aktivně spolupracuje s lékaři a podílí se na rozhodování o léčbě. Tento přístup zajišťuje ochranu práv pacienta a podporuje jeho autonomii.

Dobrovolná hospitalizace je nejčastější formou přijetí k léčbě. Pacient má právo ji kdykoli na vlastní žádost ukončit. Včasná dobrovolná hospitalizace navíc může předejít nutnosti následné nedobrovolné hospitalizace.

1.2.2 Nedobrovolná hospitalizace

Nedobrovolná hospitalizace je nutná tehdy, kdy pacient není schopen dát informovaný souhlas nebo adekvátně posoudit svůj zdravotní stav. V České republice je tento proces striktně regulován právními předpisy, které stanovují jasná pravidla pro její provedení.

Podle Ligy lidských práv a Centra podpory transformace (2015, s.15) může být pacient přijat na základě lékařského rozhodnutí. Současně je nutné respektovat jeho práva na osobní svobodu a lidskou důstojnost.

Tento typ hospitalizace často reaguje na akutní zhoršení zdravotního stavu, s cílem zajistit ochranu pacienta i jeho okolí. Podle Wassera (2017, s.82) je nedobrovolná hospitalizace specifickým právním a terapeutickým opatřením, které se uplatňuje

v případech, kdy pacient představuje nebezpečí pro sebe nebo své okolí a není schopen si uvědomit závažnost své situace.

Hospitalizace a léčba bez souhlasu pacienta představuje podstatný zásah do ústavně garantovaných práv pacienta. Ačkoli je právně ošetřena, jedná se o jedno z nejdiskutovanějších témat v oblasti psychiatrie, a to jak v odborné, tak i laické veřejnosti. Vyvolává tak řadu etických, právních a praktických otázek (Petr, 2013, s.56).

Etické a právní dilema spojené s nedobrovolnou hospitalizací spočívá v konfliktu mezi právem pacienta na svobodu a povinností zdravotnického personálu zajistit pacientovo bezpečí a zdraví. Tento proces se náročný nejen z právního, ale i etického hlediska, neboť je třeba hledat rovnováhu mezi ochranou pacienta před nebezpečím vyplývajícím z jeho duševního stavu a zachováním jeho autonomie. Jak zdůrazňuje Wasser (2017, s.85), při rozhodování o nedobrovolné hospitalizaci je nezbytné respektovat práva pacienta, zároveň však nelze ignorovat nutnost chránit jeho zdraví a bezpečnost v situacích, kdy není schopen adekvátně posoudit své vlastní potřeby

2 PRÁVNÍ PŘEDPISY V PSYCHIATRII

V České republice neexistuje samostatná psychiatrická legislativa, ale právní předpisy jsou roztroušeny v řadě legislativních norem. I zde platí právní hierarchie. K nejvýznamnějším právním normám patří Listina základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky. Velmi významné jsou mezinárodní úmluvy, kterými je Česká republika vázána a které mají aplikační přednost před běžnými českými zákony. Následují zákony a na jejich základě vydaná nařízení vlády a vyhlášky (Petr et. Al., 2014, s. 65).

2.1 Mezinárodní úmluvy

Nejdůležitější lidskoprávní úmluvou sjednanou v rámci Rady Evropy je **Úmluva o ochraně lidských práv a svobod**. Je to základní dokument pro ochranu lidských práv v Evropě. Byla podepsána v Římě v roce 1950, Československo ji ratifikovalo 18. března 1992. Zakotvuje právo každého na svobodu a osobní bezpečnost. Toto právo však není právem absolutním a lze jej tedy v taxativně vyjmenovaných případech v souladu s řízením stanoveným zákonem omezit. V psychiatrii má význam zejména z hlediska posuzování sporů týkajících se nedobrovolné hospitalizace. Významný je článek 5, zvláště pak tyto paragrafy:

„Každý má právo na svobodu a osobní bezpečnost. Nikdo nesmí být zbaven svobody kromě následujících případů, pokud se tak stane v souladu s řízením stanoveným zákonem.“ Jednu z výjimek představuje *„Zákonné držení osob za účelem zabránění šíření nakažlivé nemoci nebo osob trpící duševní poruchou“* (Česko, 1992).

Tato úmluva rovněž zakotvuje právo toho, kdo by byl svobody zbaven, podat návrh na urychlené řízení přezkumu zákonnosti takového opatření.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením dále zakotvuje povinnost respektovat přirozenou důstojnost, osobní nezávislost, svobodu volby a samostatnost osob se zdravotním postižením. Významná ustanovení pro péči o duševně nemocné obsahuje také článek 19, kde je zdůrazněno právo na nezávislý způsob života osob se zdravotním postižením a jejich zapojení do společnosti: *„Zdravotně postižení by neměli být nuceni žít ve specifickém prostředí a měli by mít možnost i zvolit místo pobytu. Měli by mít přístup ke službám v domácím prostředí, komunitním službám a osobní asistenci tak, aby se mohli začlenit a nežít v izolaci.“* (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Sbírka

mezinárodních smluv č.10/2010). Tato úmluva vstoupila v platnost v ČR 28. října 2009 (Evropa, 2010).

Mezinárodní pakt o občanských a politických právech stanoví, že se všemi osobami zbavenými osobní svobody je nezbytné jednat lidsky a respektovat jejich důstojnost (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2024, s. 3).

Doporučení výborů ministrů Rady Evropy týkající se osob trpících duševní poruchou mimo jiné zdůrazňuje právo osob hospitalizovaných z důvodu duševního onemocnění na informace o svých právech a právo na dostupnou asistenci odpovědné osoby nebo orgánu nezávislého na poskytovateli zdravotních služeb za účelem porozumění těmto právům nebo jejich výkonu (článek 6), komunikaci se svým zástupcem a přijímání návštěv. (článek 23). Osoby trpící duševní poruchou mají právo na péči v co nejméně omezujících prostředích (článek 8) a právo podílet se na sestavování plánu péče (článek 12 odst. 1). K nedobrovolné hospitalizaci osoby s duševním onemocněním lze přistoupit jen v případě, jsou-li splněny taxativně stanovené podmínky, přičemž i v tomto případě by mělo být přihlédnuto k názoru dotčené osoby (článek 17) (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2024, s.4).

2.2 České právní normy

Listina základních práv a svobod je součástí ústavního pořádku. Má podobu katalogu lidských práv a svobod. Stanoví, že při jakémkoliv zákonném omezení základních práv a svobod musí být šetřena podstata a smysl těchto práv, a stejně tak tato omezení nesmí být zneužita k jiným účelům (článek 4 odst. 4). Žádný člověk nesmí být podroben ponižujícímu zacházení (článek 7 odst. 2) a každý má právo na zachování lidské důstojnosti a osobní cti (článek 11 odst. 1). Jen zákon stanoví případy, kdy může být osoba bez svého souhlasu převzata nebo držena ve zdravotnickém zařízení. Takové opatření musí být do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do 7 dnů (článek 8 odst. 6) (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2024, s. 4; Česko, 1993).

Občanský zákoník stanoví, že převzít nebo držet člověka bez jeho souhlasu v zařízení poskytující zdravotní péči lze jen ze zákonného důvodu a současně za situace, kdy nezbytnou péči nelze zajistit mírnějšími prostředky (§104) (Česko, 2012).

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách – stanovuje podmínky hospitalizace pacienta bez jeho souhlasu, zejména v § 38, který definuje kritéria pro nedobrovolné přijetí

a povinnost poskytovatele zdravotních služeb oznámit hospitalizaci soudu do 24 hodin (Česko, 2011a).

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách – týká se právního rámce pro poskytování zdravotních služeb, které jsou zaměřeny na osoby s duševními poruchami a poruchami chování. Tento zákon se zejména zaměřuje na oblast psychických nemocí, včetně pravidel pro nedobrovolnou hospitalizaci, specifických zdravotních služeb osobám s duševními poruchami a věnuje se i ochraně práv pacientů (Česko, 2011b).

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník – v § 123-127 upravuje detenci (nedobrovolné zadržení nebo omezení svobody) osob v psychiatrické péči v souvislosti s trestnou činností, postup při soudním přezkumu nedobrovolné hospitalizace (Česko, 2009).

Zákon č. 292/2013 S., o zvláštních řízeních soudních – upravuje proces detenčního řízení (§66 – §83), přiznává mimo jiné právo si zvolit důvěrníka či podpůrce (§68) a stanovuje postup při soudním přezkumu nedobrovolné hospitalizace (§81-86) (Česko, 2013).

Hospitalizace bez souhlasu pacienta či jakýkoliv lékařský zákrok bez souhlasu pacienta jsou přípustné pouze v případech, které jsou taxativně a přesně stanoveny zákonem. V ostatních případech by takové postupy mohly být hodnocena jako trestný čin omezování osobní svobody, popřípadě poškozování cizích práv. Procedura nedobrovolné hospitalizace je popsána v **občanském soudním řádu č. 99/1963Sb** (Česko, 1963).

3 NEDOBROVOLNÁ HOSPITALIZACE A POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

Podle Kaplana a Sadocka (2022, s.3625–3660) je nedobrovolná hospitalizace indikována zejména tehdy, pokud pacient představuje bezprostřední nebezpečí pro sebe nebo své okolí, případně není schopen vnímat realitu v takové míře, že ohrožuje základní životní potřeby. Nedobrovolná hospitalizace je možná pouze za přísně vymezených podmínek, kdy je ohroženo zdraví či život pacienta nebo jeho okolí (Pánek, 2018, s.45).

Dle zákona o zdravotnických službách lze pacientovi poskytnout zdravotní péči pouze s jeho informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak. Hospitalizace bez souhlasu pacienta řeší § 38 (Česko, 2011a).

3.1 Zákonné podmínky nedobrovolného přijetí k hospitalizaci

Zákon o zdravotních službách uvádí taxativní výčet případů, ve kterých lze přistoupit k nedobrovolné hospitalizaci pacienta. Jedná se o případy, kdy:

- a) Pacientu bylo nařízeno ochranné léčení formou lůžkové zdravotní péče na základě pravomocného rozhodnutí soudu [§38 odst. 1 písm. a) bod 1];
- b) Pacientu je nařízena izolace, karanténa nebo léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví [§38 odst. 1 písm. a) bod 2];
- c) Pacientu je nařízeno vyšetření zdravotního stavu ve smyslu trestního řádu nebo zákona o zvláštních řízeních soudních [§38 odst. 1 písm. a) bod 3];
- d) Pacient bezprostředně a závažným způsobem **ohrožuje sebe nebo své okolí a současně jeví známky duševní poruchy** (popřípadě touto poruchou trpí) nebo je pod vlivem návykové látky, a to za předpokladu, že tuto hrozbu nelze odvrátit mírnějšími prostředky [§38 odst. 1 písm. b)];
- e) Zdravotní stav pacienta vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň pacientu neumožňuje poskytnout s takovou péčí informovaný souhlas [§38 odst. 1 písm. c)]; (Česko, 2011).

Je třeba zmínit, že pro přistoupení k nedobrovolné hospitalizace postačí, že jsou u pacienta přítomny projevy duševní poruchy či ovlivní návykovou látkou, přičemž přítomnost těchto stavů nemusí být ověřena. (Ministerstvo zdravotnictví, 2024). Jak uvádějí Kaplan a Sadock (2022, s. 3635), proces nedobrovolného přijetí je často vnímán jako eticky

problematický, neboť se jedná o zásah do základních práv a svobod. Z toho důvodu je důležité, aby celý proces byl provázen transparentní dokumentací, mezioborovou spoluprací a co nejmenším možným omezením.

3.1.1 Příklady indikace k nedobrovolné hospitalizaci

Pacient může být hospitalizován bez svého souhlasu, pokud:

- **ohrožuje sebe** (sebepoškozování, suicidální tendence, neschopnost se postarat se o základní potřeby, pacient se pokusil o sebevraždu). Pacient kvůli své duševní poruše provádí jednání, které ho ohrožuje (např. vbíhá do silnice, ztrácí orientaci v čase a prostoru)
- **ohrožuje své okolí** (agresivita, násilné chování, psychotické projevy s nebezpečným jednáním)
- **trpí závažnou duševní poruchou** (např. schizofrenie, manické fáze bipolární poruchy, těžká deprese s psychotickými rysy, má závažnou infekční psychiatrickou nemoc a představuje epidemiologické riziko)

Zákon o zdravotních službách dále **nad rámec** výše uvedeného umožňuje hospitalizaci nezletilého pacienta či pacienta s omezenou svéprávností v rozsahu způsobilosti posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí, bez souhlasu jeho zákonného zástupce, respektive opatrovníka, v případě, kdy existuje důvodné podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání tohoto pacienta [§38 odst. 2]; (Česko, 2011a).

Podle Kaplana a Sadocka (2022, s. 2895-2940) tvoří akutní krizové stavy, zejména riziko sebevraždy nebo závažného sebepoškození jeden z nejčastějších důvodů pro nedobrovolné přijetí pacienta na psychiatrické oddělení.

3.2 Specifická práva nedobrovolně hospitalizovaného pacienta

Přestože je pacient hospitalizován bez svého souhlasu, neztrácí svá základní práva. Je nadále subjektem právního řádu a má nárok na důstojné zacházení, právo na informace a možnost obrany prostřednictvím veřejného opatrovníka nebo zástupce. Omezení svobody musí být přiměřené a časové omezené (Pánek, 2018, s. 59).

Zákon o zdravotních službách uvádí v § 28 a násl. patientská práva. Nad jejich rámec má nedobrovolně hospitalizovaný pacient následující specifická práva:

Základním právem je právo pacienta hospitalizovaného bez souhlasu **srozumitelné a dostatečné vysvětlení jeho právního postavení, zákonného důvodu nedobrovolné hospitalizace a možností právní ochrany**. Ve stejném rozsahu je informován rovněž jeho podpůrce a důvěrník pacienta, pakliže je znám.

Pacient musí být poskytovatelem zdravotních služeb poučen o svém **právu zvolit si důvěrníka nebo zmocněnce**, který může svým jménem ve prospěch umístěného pacienta uplatnit všechna práva spojená s nedobrovolnou hospitalizací.

Pacient má dle § 108 občanského zákoníku dále **právo na konzultace s jím zvoleným zástupcem**, podpůrcem či důvěrníkem, a to formou osobního rozhovoru bez přítomnosti třetích osob.

Podle Pánka (2018, s.59) nedobrovolně hospitalizovaný pacient má kdykoliv za trvání této hospitalizace právo zvolit si **lékaře nezávislého na poskytovateli, aby provedl přezkum** jeho zdravotního stavu, zdravotnické dokumentace nebo vyjádření ošetřujícího lékaře o schopnosti úsudku a projevení vlastního přání.

Pacient má dále **právo na soudní přezkum** přípustnosti nedobrovolné hospitalizace ze strany soudu. Nedobrovolnou hospitalizace pacienta je povinen oznámit soudu sám poskytovatel; neučiní-li tak, má pacient sám právo podat návrh na zahájení řízení.

V případě, že ještě před uplynutím doby, na kterou bylo soudem rozhodnuto o přípustnosti nedobrovolné hospitalizace, vyvstane **opožděná domněnka o nedůvodnosti dalšího trvání této hospitalizace**, má pacient, jeho zástupce, opatrovník a osoby blízké právo **žádat o nové vyšetření a rozhodnutí o propuštění** ze zdravotnického zařízení (Ministerstvo zdravotnictví, 2024).

Dalším dokumentem, který sice není právně závazný, ale představuje důležitý etický rámec pro zdravotníky v oblasti psychiatrické péče, je **Listina práv hospitalizovaných pacientů**, vydaná organizací OS-Kolumbus. Zdůrazňuje, že i pacient hospitalizovaný bez svého souhlasu má právo na důstojné zacházení, informovat se své situaci a možnost obrany vůči neoprávněným zásahům od svých práv (OS-KOLUMBUS.ORG, 2025).

3.3 Poskytování zdravotnických služeb při nedobrovolné hospitalizaci

I v případě, kdy je pacient nedobrovolně hospitalizován, má právo odmítnout jednotlivé zákroky a léčebné výkony (§ 110 občanského zákoníku). Obsahem následného rozhodnutí soudu o přípustnosti nedobrovolné hospitalizace či dalšího držení pacienta ve zdravotnickém

zařízení je tedy pouze omezení osobní svobody, nikoli nahrazení informovaného souhlasu pacienta s poskytováním jednotlivých zdravotních výkonů.

Zákon o zdravotních službách v §38 odst.3 stanoví, že: „*Pacientovi lze bez jeho souhlasu poskytnout pouze neodkladnou péči, a to v případě:*

- a) kdy zdravotní stav neumožňuje pacientovi tento souhlas vyslovit; tím není dotčeno dříve vyslovené přání podle §36, nebo*
- b) léčby vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta.“*

Pokud je pacientem osoba nezletilá či osoba s omezenou svéprávností, lze jí bez souhlasu (a to bez souhlasu zákonného zástupce či opatrovníka) poskytnout neodkladnou péči toliko za situace (případy podle odstavce 3 písm. b) nebo jde o zdravotní služby nezbytné k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví.

3.4 Omezovací prostředky

Omezovací prostředky v psychiatrii jsou zásahy používané k zajištění bezpečnosti pacienta nebo jeho okolí. Při nedobrovolné hospitalizaci se používají ve stavech, kdy hrozí sebepoškození pacienta nebo agresivní chování. Použití omezovacích prostředků upravuje zákon č.372/2011 Sb. o zdravotních službách.

3.4.1 Druhy omezovacích prostředků

Způsoby (druhy) omezovacích prostředků lze rozdělit do skupin na omezení: mechanické, farmakologické, fyzické a izolaci. Paragraf 39 zák. 372/2011 Sb. pak uvádí konkrétní výčet těchto omezovacích prostředků. K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb lze použít:

- a) Úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu učenými poskytovatelem,
- b) omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty,
- c) umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu,
- d) ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta,
- e) psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou podány pacientovi silou za účelem zvládnutí chování pacienta, nebo

f) kombinaci prostředků uvedených v písmenech a) až e) (Česko, 2011).

3.4.2 Právní a etické aspekty

Použití omezovacích prostředků je vždy krajním řešením, když selžou jiné metody. Musí být odůvodněné, přiměřené a časově omezené.

Omezovací prostředky lze použít pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví či bezpečnost pacienta nebo jiných osob, a pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití.

Poskytovatel je povinen zajistit, aby pacient, u kterého je omezovací prostředek použit, byl s ohledem na jeho zdravotní stav srozumitelně informován o důvodech použití omezovacího prostředku. Zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta byl o použití omezovacích prostředků bez zbytečného odkladu informován. Použití omezovacího prostředku indikuje vždy lékař. Ve výjimečných případech vyžadujících neodkladné řešení, může použití omezovacích prostředků indikovat i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání, který je přítomen. Lékař musí být o takovém použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení (Česko, 2011, §39).

Poskytovatel je povinen vést **centrální evidenci použití omezovacích prostředků**, která obsahuje souhrnné údaje o počtech případů použití omezovacích prostředků za kalendářní rok, a to pro každý omezovací prostředek zvlášť. (Identifikační údaje pacientů, u kterých byly omezovací prostředky použity, se v centrální evidenci neuvádějí. Použití omezovacího prostředku se zaznamenává do centrální evidence nejpozději do 60 dnů ode dne jeho použití (Česko, 2011, §39).

Použití omezovacích prostředků je vážným zásahem do osobní svobody jedince, proto je velmi důležité řádně dokumentovat indikaci a průběh omezení **do zdravotnické dokumentace** (Pánek, 2018, s.68). Záznam by měl dle vyhlášky o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb. obsahovat: důvod použití (proč bylo omezení nezbytné), druh omezovacího prostředku, čas zahájení a ukončení, záznamy o průběžném hodnocení zdravotního stavu, zdravotní stav pacienta během omezení, odpovědná osoba (lékař nebo jiný zdravotnický pracovník, který omezovací prostředek použil a kontroloval jejich použití (Petr et.al., 2014, s.74).

3.5 Postup při hospitalizaci bez souhlasu

Procedura nedobrovolné hospitalizace je legislativně upravena. Z důvodu posílení ochrany pacientů hospitalizovaných ve zdravotnických službách vydalo Ministerstvo zdravotnictví na konci října roku 2024 Metodický pokyn. Tento metodický pokyn MZ ke správnému postupu poskytovatelů zdravotních služeb při nedobrovolné hospitalizaci pacienta popisuje správný postup poskytovatelů při komunikaci s pacientem a jeho blízkými, při přezkumu zdravotního stavu pacienta nezávislým lékařem a dále při spolupráci se soudem v rámci detenčního řízení. Metodický pokyn byl publikován ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví 13/2024, který byl vydán 25.října 2024 a je dostupný v sekci „Metodiky a stanoviska“ na internetových stránkách ministerstva.

3.5.1 Oznamovací povinnost

Transport pacienta nejčastěji zajišťuje záchranná služba na základě výzvy od rodiny, policie nebo lékaře. Policie může pacienta převést do nemocnice, pokud ohrožuje sebe nebo okolí a odmítá se podrobit vyšetření.

Po příjezdu na psychiatrii musí lékař pacienta vyšetřit. V případě, že pacient nedá písemný souhlas se svou hospitalizací, posoudí lékař jeho zdravotní stav a pacienta buď propustí, nebo **rozhodne o nedobrovolné hospitalizaci**. Lékař vyplní záznam o nedobrovolném přijetí a zdůvodní ho. Pacientovi se (pokud je to možné) vysvětlí důvody hospitalizace. Informace se zaznamenají do **zdravotnické dokumentace** (Petr et. al., 2014, s. 72).

Pánek (2018, s. 45) uvádí, že v případě, kdy se lékař rozhodne hospitalizovat pacienta bez jeho souhlasu, **musí do 24 hodin od přijetí pacienta oznámit soudu**, jehož obvodu má zdravotnické zařízení sídlo, že se jedná o nedobrovolnou hospitalizaci. Převzetí se soudu neoznamuje, jestliže pacient dodatečně ve lhůtě 24 hodin od hospitalizace projevil souhlas s ústavní péčí. Dojde-li k situaci, kdy pacient byl přijat do ústavní péče se svým písemným souhlasem a posléze byl omezen ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem až v průběhu léčení, je zdravotnické zařízení povinno oznámit do 24 hodin soudu, že došlo k omezení volného pohybu nebo omezení styku pacienta s vnějším světem. Součástí podání je **lékařský zpráva s důvody hospitalizace**. Tato opatření jsou zásadní pro ochranu práv pacientů a zároveň pro bezpečnost veřejnosti.

3.5.2 Detenční řízení

Detenční řízení je **soudní řízení**, které rozhoduje o tom, zda byla nedobrovolná hospitalizace pacienta v psychiatrickém zařízení oprávněná. Jedná se o řízení o přípustnosti převzetí do ústavní zdravotní péče. Zahajuje se automaticky poté, co soud obdrží oznámení o nedobrovolné hospitalizaci pacienta. Je tedy **klíčovým právním mechanismem**, který vyvažuje ochranu zdraví pacienta a jeho osobní svobody.

V tomto řízení rozhoduje samosoudce. Některé úkony, jako například výslech lékaře a výslech pacienta, však činí vyšší soudní úředníci. **Účastníkem řízení je umístěný pacient**, zatímco poskytovatel zdravotnických služeb není účastníkem řízení. Pacient musí být kvůli své ochraně právně zastoupen, proto mu soud ustanoví **opatrovníka** z řad advokátů, pokud si pacient nezvolí jinou možnost. Ustanovený opatrovník musí důsledně chránit práva umístěné osoby, to znamená hájit zájmy pacienta, studovat spisy, podávat vyjádření, být v aktivním kontaktu s pacientem, komunikovat s příbuznými a podobně.

Soud musí do sedmi dnů od zbavení svobody pacienta rozhodnout, zda bylo přijetí bez souhlasu pacienta v souladu se zákonnými důvody či nikoli. Soud rozhoduje o pobytu ve zdravotnickém zařízení, kterým dochází k omezení práv jednotlivce, nikoliv o vhodnosti či nutnosti léčby. Rozhodnutí soudu je doručeno pacientovi, respektive jeho zákonnému zástupci, a zdravotnickému zařízení. Toto rozhodnutí musí zároveň obsahovat poučení pro pacienta a vysvětlení postupu při odvolání.

Rozhodne-li soud, že převzetí do ústavu péče bylo v souladu se zákonnými důvody, **proces pokračuje řízením o vyslovení přípustnosti dalšího držení pacienta v ústavu**. Soud ustanoví **znalce** – psychiatra ke zjištění zdravotního stavu pacienta (nemůže to být lékař pracující ve zdravotnickém zařízení, kde je pacient hospitalizován) a poté rozhodne, zda je držení pacienta přípustné a na jak dlouhou dobu (maximálně 1 rok). Toto rozhodnutí musí být učiněno do tří měsíců od výroku o přípustnosti převzetí do zařízení. Delší lhůta na učinění rozhodnutí umožňuje vykonat rozsáhlejší dokazování, včetně vyžádání znaleckého posudku. V této fázi řízení již soud nařizuje jednání (na rozdíl od fáze první), kterého by měl pacient možnost se zúčastnit.

Proti soudnímu rozhodnutí je možné se odvolat do 15 dní od jeho vydání. Následuje soudní přezkum, kdy soud svým rozhodnutím může potvrdit oprávněnost hospitalizace a pacient tak zůstává v léčbě, nebo soud rozhodne o neoprávněnosti hospitalizace a pacient musí být okamžitě propuštěn.

3.5.3 Další průběh hospitalizace

Pacient je umístěn na uzavřené psychiatrické oddělení, probíhá standardní léčba, medikace, psychoterapie a další léčebné postupy. Pokud to zdravotní stav vyžaduje, může být pacient omezen na pohyb (např. uzamčené oddělení, fixace při nebezpečném chování). Pokud pomine důvod hospitalizace, lékař rozhodne o propuštění pacienta. Pacient může být propuštěn i proti své vůli, pokud už není nebezpečný.

4 SESTRY PRACUJÍCÍ NA PSYCHIATRII

Psychiatrické sestry hrají stěžejní roli v péči o nedobrovolně hospitalizované pacienty. Jejich práce zahrnuje široké spektrum úkolů, které vyžadují odborné znalosti, empatii a schopnost krizové intervence.

Sestry poskytují bezpečné a empatické prostředí, uplatňují deeskalační techniky při agresivním chování pacientů. Spolupracují s týmem lékařů, psychologů a sociálních pracovníků. Dokumentují průběh hospitalizace pacienta a poskytují informace o léčbě. V akutní psychiatrii se sestry často podílejí na rozhodování o zavedení restriktivních opatření (např. fyzické omezení, medikace na zklidnění), přičemž podle Kaplana a Sadocka (2022, s. 2932) musí být vždy přítomen důkaz, že byla vyčerpána méně invazivní řešení a že stav pacienta ohrožoval jeho život nebo životy druhých.

4.1 Kompetence sestry pro péči v psychiatrii

Kompetence sestry je tak možné vidět jednak jako odborné znalosti a dovednosti, získané absolvováním příslušného vzdělání a rozvíjené praxí, jednak jako oprávnění k výkonu určitých činností, vymezené právní normou.

Současná česká legislativa rozlišuje u nelékařských zdravotnických pracovníků odbornou způsobilost (například všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ergoterapeut) a specializovanou způsobilost (např. sestra pro péči v psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, dětská sestra), kterou je možné získat absolvováním specializačního vzdělávání.

Kompetence ve smyslu činnosti, k jejichž provádění je sestra oprávněna, jsou uvedeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků. Ošetrovatelská péče v psychiatrii podle této vyhlášky naplňuje kritéria specializované a vysoce specializované péče (Petr et. al., 2014, s. 38).

4.2 Role psychiatrických sester

Všeobecná sestra hraje při nedobrovolné hospitalizaci na psychiatrii zásadní roli v péči o pacienta, zajištění jeho bezpečnosti a respektování jeho práv. Podle Papežové (2023, s. 45) představuje tento proces nejen právní a organizační výzvu, ale rovněž etické dilema pro zdravotnický personál, zejména všeobecné sestry, které s pacienty přicházejí do bezprostředního kontaktu. Plní roli nejen ošetrovatelskou, ale i komunikační a bezpečnostní, přičemž je důležité zachovat lidský přístup i v náročných situacích.

Kaplan a Sadock (2022, s.2904-2907) uvádějí, že suicidální krize (krize sebevražedného chování) se vyznačuje náhlým a často nepředvídatelným výkyvem v psychickém stavu jedince. Podle Michalové (2019, s.88-92) má všeobecná sestra při péči o pacienta v suicidální krizi zásadní roli, přičemž jejím úkolem je identifikovat rizikové faktory a monitorovat pacientův stav. V případě, že pacient vykazuje známky suicidálního chování nebo hrozí nebezpečí pro sebe či své okolí, sestra je odpovědná za zabezpečení bezpečného prostředí a okamžité informování lékaře, který rozhodne o dalším postupu. V rámci krizové intervence sestra provádí úvodní hodnocení rizika, přičemž používá pozorování, rozhovor s pacientem a zhodnocení aktuálního stavu, což je klíčové pro včasné zajištění péče (Michalová, 2018, s.95-96).

Mezi hlavní odpovědnosti psychiatrických sester patří:

- **zajištění bezpečnosti pro pacienta:** poskytování bezpečného a empatického prostředí pro pacienty, prevence krizových situací a monitorování chování pacienta, používání deeskalačních technik při agresivním chování, spolupráce s týmem (lékaři, psychologové, sociální pracovníci)
- **přímá péče o pacienta:** podávání předepsané medikace, sledování jejího účinku, asistence při každodenních aktivitách pacientů (hygiena, odpočinek, stravování), poskytování psychické podpory a naslouchání pacientům
- **komunikace a dokumentace:** dokumentace průběhu hospitalizace, změn v chování pacienta a provedených intervencí, informování pacienta, podpora rodiny pacienta

Všeobecná sestra musí v daném rámci respektovat pacientova práva a důstojnost. Papežová (2023, s. 47) upozorňuje na nutnost citlivé komunikace, protože pacienti často vnímají nedobrovolný pobyt jako traumatizující a mohou reagovat nepřátelsky, úzkostně nebo agresivně.

Jak Wasser (2017, s. 90) uvádí, podstatným faktorem pro zmírnění negativních účinků nedobrovolné hospitalizace je správně vedená komunikace. Ta by měla být klidná, srozumitelná a empatická, a zdravotníci by měli být připraveni odpovědět na jakékoli otázky pacienta, které by mohly vzniknout.

Sestra tedy při krizových situacích nejen sleduje bezpečnost pacienta, ale je odpovědná za včasnou reakci, která může výrazně ovlivnit celkový průběh léčby a přispět k prevenci vážnějších následků (Michalová, 2019, s. 95–96).

4.3 Konfliktní situace v praxi psychiatrické sestry

Psychiatrické sestry v průběhu poskytování ošetrovatelské péče přicházejí do kontaktu s pacienty, kteří nemají náhled na svoji nemoc, nespolupracují a často odmítají pomoc zdravotnického personálu. Mohou se při své práci setkat s různými **projevy neklidu** (stavem zvýšené pohybové aktivity) a **agrese**, která je často doprovázena afektem hněvu, vzteku a pocity nenávisti a může vést až k fyzickému zranění zdravotníka nebo spolupacienta či zničení různých předmětů.

Všeobecná sestra hraje nezastupitelnou roli v procesu farmakologické léčby pacienta během nedobrovolné hospitalizace. Je odpovědná nejen za **správné podání léčiv**, ale také za monitoraci účinků a **včasné rozpoznání nežádoucích reakcí**. Podle Stahla (2021, s.392) je důležité, aby sestra dokázala rozpoznat příznaky jako je sedace, motorický neklid nebo známky extrapyramidového syndromu.

Sestra musí při nedobrovolné hospitalizaci počítat s tím, že pacient bude agresivní. Jejím hlavním úkolem je potencionální riziko agresivního jednání rozpoznat, vhodným přístupem předcházet jeho rozvoji a zajistit bezpečnost pro pacienta a jeho okolí. Komunikace je významným nástrojem všeobecné sestry v kontextu nedobrovolné hospitalizace. Stahl (2021, s.389) zdůrazňuje, že aktivní naslouchání a empatická komunikace jsou základem terapeutického vztahu, který může pozitivně ovlivnit pacientovu ochotu spolupracovat. V situacích, kdy pacient odmítá léčbu nebo je neklidný, může sestra využít techniky jako je klidná a stabilní komunikace, zklidnění hlasu a jasné vysvětlení postupů, což může výrazně zmírnit napětí a podpořit spolupráci pacienta. Zároveň je důležité, aby sestra při podávání léků, zejména v krizových okamžicích, poskytla dostatečné informace o léčbě, vysvětlila účel farmakoterapie a ujistila pacienta o bezpečnosti daného postupu. To vše přispívá k budování důvěry, což je podle Stahla (2021, s.390) důležité pro úspěšné zahájení a udržení elektivní dlouhodobé léčby.

Dojde-li k vyhocení situace a chování pacienta se stává nebezpečné a ohrožující pro jeho okolí, sestra se musí snažit působit profesionálně a sebejistě.

Musí-li sestra řešit otevřenou agresi, dbá zejména:

- na bezpečí pro personál,
- na bezpečí pro ostatní pacienty,
- na bezpečí pro pacienta.

Ochrana zařízení je až na dalším místě. Pro optimální zvládnuté agresivního chování je nezbytná dostupnost dostatečného počtu personálu. Kromě zvládání akutních symptomů a péče o somatický stav musí být sestra schopna reagovat na náhlé změny v chování pacienta. To vyžaduje znalost postupů při použití omezovacích prostředků, a především schopnost navázat terapeuticky vztah, který snižuje riziko eskalace napětí. Papežová (2023, s.49) zdůrazňuje, že kvalitní práce sestry může pozitivně ovlivnit pacientovu adaptaci na léčbu, a tím i celkový průběh hospitalizace. Sestra tak působí nejen jako výkonný člen týmu, ale jako prostředník mezi pacientem a lékařem, který může citlivou komunikací tlumit napětí a přispět ke zklidnění celé situace. Jak upozorňuje Stahl (2021, s.388), vytváření bezpečného prostředí a budování důvěry mezi pacientem a zdravotnickým personálem je podstatné pro zvládnutí akutní agitace a efektivní nasazení léčby.

Jak Wasser (2017, s.90) zdůrazňuje, zajištění důstojnosti pacienta má nejen etický rozměr, ale také praktický dopad na průběh léčby. Pacienti, kteří se cítí respektováni a rozumí důvodům své hospitalizace, mají větší šanci přistoupit na léčbu a spolupracovat s odborníky, což může výrazně přispět k pozitivnímu průběhu jejich zotavení. Naopak, pokud je komunikace nedostatečná nebo agresivní, může to mít za následek zhoršení psychického stavu pacienta a ztížit léčbu.

5 ETIKA A MODERNÍ PŘÍSTUPY V PSYCHIATRICKÉ PÉČI

Nedobrovolná hospitalizace v psychiatrických zařízeních je proces, který vyvolává řadu etických dilemat a problémů. Etika ve zdravotnictví představuje základní rámec pro rozhodování, který přesahuje právní normy a zaměřuje se na hodnoty, jako je důstojnost, autonomie a odpovědnost.

Nucená hospitalizace nezapadá do tradičního konceptu medicíny, kdy se očekává, že pacient pomoc sám vyhledává a je za ni vděčný. Psychiatři se ocitají v pro lékaře netypické roli, kdy pacienta k léčbě doslova přemlouvají a někdy ho léčí i přes jeho nesouhlas. Často se uklidňují tím, že rozhodují za pacienta v jeho prospěch a ten jim po zlepšení stavu konec poděkuje. Není to však jen dobro pacienta, co ospravedlňuje nedobrovolnou hospitalizaci. Je to také dobro pro ostatní a jejich ochrana. Ochrana okolí před nebezpečným pacientem je jedním z nejpoužívanějších argumentů pro detenci. Psychiatrům je tak umožněním nedobrovolné hospitalizace do rukou svěřen nástroj, kterým mají ochraňovat společnost. Je to role, která je pro psychiatry specifická. (Petr, 2013, s. 59)

S rostoucím důrazem na respektování práv pacientů a humanizaci péče se objevují nové etické otázky, které se týkají nejen samotného procesu hospitalizace, ale i jejího vlivu na kvalitu života pacientů a jejich autonomie. V této souvislosti se etické aspekty mobilizují s novými trendy ve zdravotní péči, které směřují k větší individualizaci a participaci pacientů na rozhodovacích procesech.

Psychiatři se mnohdy dostávají „mezi mlýnské kameny“, kdy z jedné strany jsou pod tlakem společnosti obávající se ataků duševně nemocných a z druhé strany jsou obhájci lidských práv kritizováni za extenzivní užívání omezovacích opatření, včetně nedobrovolné hospitalizace. Nastává zde střet několika hodnot. Právo pacienta na to, aby jeho názory, postoje a přání byly respektovány a brány v potaz, právo společnosti být chráněna před malým, ale reálným rizikem ohrožení působeným duševně nemocnými, a právo každého občana očekávat, že jeho život bude chráněn před neoprávněnými zásahy státu (Petr, 2013, s. 60).

5.1 Etické aspekty

V kontextu nedobrovolné hospitalizace na psychiatrii je etické posuzování obzvláště citlivé, neboť zahrnuje zásah do osobností svobody jednotlivce – často v okamžiku, kdy pacient není

schopen o sobě plně rozhodovat. Jedním ze stěžejních etických rámců jsou tzv. bioetické principy, formulované Beauchampem a Childressem:

- **Princip autonomie** – respekt k rozhodování pacienta, včetně práva odmítnout léčbu.
- **Princip beneficence** – povinnost jednat v nejlepším zájmu pacienta
- **Princip nonmaleficence** – „neškodit“ – vyvarovat se zásahů, které by pacientovi mohly uškodit.
- **Princip spravedlnosti** – **zajištění** rovného a spravedlivého přístupu ke zdravotní péči (Beauchamp a Childress, 2013, s.13-14).

Při nedobrovolné hospitalizaci může dojít ke konfliktu mezi autonomií pacienta a beneficencí – tedy situaci, kdy zdravotníci zasahují proti vůli pacienta v domněnku, že jednají v jeho nejlepším zájmu. V takových případech je nezbytné, aby byly tyto zásahy zdůvodněny, přiměřené a přezkoumatelné. **Etický kodex všeobecné sestry** stanovuje, že sestra má povinnost chránit pacientovo právo na důstojnost, soukromí a informovaný souhlas, a zároveň má povinnost zasáhnout v případě ohrožení zdraví nebo života (Mezinárodní rada sester, 2012, čl. 1.).

Zajímavým etickým a advokačním pohledem přispívá **Deklarace lidských práv a duševního zdraví**, zveřejněná na portálu HELP24.cz. Tato deklarace zdůrazňuje, že: *„Žádný člověk s duševním onemocněním nesmí být zbaven svých občanských, politických ekonomických, sociálních ani kulturních práv.“* (HELP24.CZ, 2012).

Deklarace apeluje na šetrný přístup, možnost svobodného vyjádření a respekt k důstojnosti osob s duševní nemocí. Také připomíná potřebu dostupnosti psychosociální podpory jako alternativy k nedobrovolným zásahům. Taková doporučení jsou v souladu s moderními přístupy k duševnímu zdraví, které zdůrazňují lidskoprávní rámec péče.

Jedním z hlavních etických principů, které se vztahuje k nedobrovolné hospitalizaci, je autonomie pacienta. Týká se práva pacienta rozhodovat o svém zdravotním stavu a léčbě. Nedobrovolná hospitalizace, kdy je pacient přijat bez svého souhlasu, představuje zásah od této autonomie. Podle Ligy lidských práv a Centra podpory transformace (2015, s. 20) by však měla být provedena pouze v případech, kdy pacient představuje bezprostřední nebezpečí pro sebe nebo své okolí. Etický problém nastává, pokud je pacient nucen postoupit

léčbu, která není v souladu se jeho vlastním přáním, což často vede k pocitu bezmoci a ztrátě důvěry v léčebný proces.

V případě, kdy pacient odmítá hospitalizace nebo přenos do nemocnice, stává se rozhodujícím faktorem vyvážení ochrany pacienta a jeho právní autonomie. Tento konflikt je detailně zkoumán v článku Echepare Oraá et al. (2025), který analyzuje případ, kdy pacient z různých důvodů odmítl přijetí do nemocnice, což vedlo k nedobrovolného přenosu do pohotovostní služby. Echepare Oraá et al. (2025) zdůrazňují, že v takových situacích je velmi podstatná komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem, která může pomoci snížit stres a negativní emocionální reakce na zásah.

5.2 Trendy a alternativy k nedobrovolné hospitalizaci v psychiatrii

V posledních desetiletích dochází k proměně přístupu v péči o osoby se závažným duševním onemocněním. Tradiční psychiatrické instituce bývají nahrazovány nebo doplňovány **komunitními a multidisciplinárními modely péče**. Ty se snaží omezit potřebu hospitalizace, zejména té nedobrovolné. Tento posun reflektuje nejen zvýšený důraz na lidská práva pacientů, ale také snahu o **ekonomickou efektivitu a vyšší míru zotavení** díky podpoře v přirozeném prostředí pacienta.

Jedním z příkladů těchto alternativních přístupů je model FACT (Flexible Assertive Community Treatment), který je flexibilnější v intenzitě péče a umožňuje lepší přechod mezi stabilními a krizovými fázemi nemoci. Tým FACT se obvykle skládá z psychiatra, psychologa, všeobecných sester, sociálního pracovníka a dalších odborníků, kteří zajišťují péči pacientům v jejich domácím prostředí. Cílem je minimalizovat potřebu hospitalizace – zejména té nedobrovolné, která bývá psychicky i právně velmi zatěžující.

Výsledky účinnosti modelu FACT přináší například Brekke et al. (2025), kteří provedli observační kohortovou studii v Norsku. Studie sledovala 71 pacientů se závažnými duševními poruchami a porovnávala jejich využívání psychiatrických služeb 24 měsíců před a 24 měsíců po zařazení do FACT týmu. Zjištění byla jednoznačná:

- Průměrný počet hospitalizačních dnů klesl z 50,5 na 30,8 dnů ročně, což znamená pokles přibližně 39 %
- Výrazně se snížil i počet dnů nedobrovolné hospitalizace, a to přibližně o polovinu (z 15 230 na 8 640 dnů ve sledované skupině)

- Celkové náklady na léčbu klesly o 36 %, přičemž mírně vzrostly náklady na ambulantní péči – výsledkem byl však celkový pokles výdajů na psychiatrickou léčbu.
- Pacienti byli díky tomuto modelu méně hospitalizováni, více zapojeni do ambulantní péče a vykazovali větší stabilitu v komunitním prostředí.

Autoři studie publikované 25. února 2025 v časopise BMC Psychiatrie, konstatují, že FACT má potenciál snížit potřebu nedobrovolných hospitalizací a zároveň zlepšit kvalitu péče a život pacientů (Brekke et al. 2025, s. 6).

Zavádění podobných modelů je předmětem zájmu i v dalších evropských zemích, včetně České republiky, kde je rozvoj komunitní psychiatrie zakotven v reformách Ministerstva zdravotnictví. Tyto přístupy podporují přesun těžiště péče z nemocničního prostředí do terénního a mají potenciál snížit zátěž systému nedobrovolných hospitalizací.

II PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

Kvalitativní výzkumná metodologie byla zvolena s ohledem na jasně definovaný výzkumný problém a specifickou výzkumnou otázku. Cílem výzkumu je hloubkově analyzovat problematiku nedobrovolné hospitalizace v psychiatrických nemocnicích. Výzkumným záměrem je získat co nejvíce informací od zdravotních sester přímo z praxe, a to v několika oblastech, které jsou spojeny s péčí o pacienty hospitalizované bez souhlasu.

6.1 Výzkumný problém

Problematika nedobrovolné hospitalizace osob s vážným duševním onemocněním představuje významnou výzvu nejen pro samotné pacienty, ale i pro zdravotnický personál, zejména pro všeobecné sestry pracující v psychiatrických nemocnicích. Tyto situace často vyžadují rychlé a citlivé jednání, a zároveň kladou nároky na profesní odbornost, etické rozhodování a komunikační dovednosti sester. V praxi dochází k řadě složitých situací, kdy je nutné vyvažovat ochranu práv pacienta s nutností zajištění bezpečnosti jeho i okolí. V rámci reformy psychiatrické péče se klade důraz na humanizaci služeb a podporu pacientovy autonomie, což se promítá i do způsobu, jakým je přistupováno k nedobrovolným hospitalizacím. Výzkumným problémem je proto pohled všeobecných sester na průběh a dopady nedobrovolné hospitalizace – jak ji vnímají, jaké mají zkušenosti s její realizací a jaké výzvy či dilemata jim přináší v každodenní klinické praxi.

6.2 Kvalitativní výzkum

Vybraný polostrukturovaný rozhovor jako kvalitativní metoda umožňuje sběr podrobných dat skrze flexibilní strukturované předem připravené otázky s prostorem pro spontánní doplňující dotazy, které prohlubují subjektivní pocity a kontextuální vazby participanta, které standardizované postupy nezachytí. Jak uvádí Hendl, kvalitativní výzkum je vhodnou metodologickou volbou v případech, kdy je třeba zkoumat lidské zkušenosti, postoje a významy, které nelze kvantifikovat (Hendl, 2023, s.53).

Otevřené otázky iniciují volnou výpověď participantů, zatímco cílené dotazy rozkrývají skryté souvislosti a umožňují hloubkové zkoumání nově se objevujících témat. Výzkumník během rozhovoru aktivně naslouchá a usměrňuje dialog k podstatě problému bez narušení autenticity výpovědi (Hendl, 2023, s. 54-55).

Tematická analýza získaných dat umožňuje identifikovat znalosti, zkušenosti, postoje a významy, které samotní účastníci výzkumu přikládají jednání a vnímání reality samotných

interpretů. Výzkumné šetření nelze zobecnit na celou populaci. Jeho přínos spočívá právě ve schopnosti postihnout jedinečnost, hloubku a komplexnost zkoumaného tématu, což je obtížně dosažitelné prostřednictvím kvantitativních metod (Hendl, 2023, s. 60-61).

„Kvalitativní výzkum je výzkumný přístup, který zdůrazňuje významy, procesy a kontexty. Zkoumá realitu tak, jak je vnímána a interpretována účastníky výzkumu. Vychází z předpokladu, že realita je víceznačná, proměnlivá a závislá na sociálních, kulturních a historických kontextech.“ (Hendl, 2023, s.53–54).

Pro účely výzkumu jsou zajištěny prostory na konkrétní stanici Psychiatrické nemocnice Brno. Realizace rozhovorů proběhne vždy v soukromí a předem domluveném čase. Participantů budou seznámeni s obsahem rozhovoru a bude jim předán informovaný souhlas s účastí ve výzkumném rozhovoru pro bakalářskou práci. Prezentování výsledků, doporučení, diskuse, mohou být se souhlasem autora práce postoupeny vedení Psychiatrické nemocnice Brno a použity k interním potřebám.

6.3 Výzkumné cíle

Dle Hendla (2023, s. 54 – 55) jsou výzkumné cíle v kvalitativním výzkumu formulovány tak, aby směřovaly k hlubšímu porozumění zkoumaného jevu v jeho přirozeném kontextu a zároveň umožnily aplikaci získaných poznatků v konkrétním praktickém prostředí.

HVC: Analyzovat konkrétní zkušenosti a názory všeobecných sester z psychiatrických nemocnic na problematiku nedobrovolné hospitalizace.

Hlavní výzkumný cíl byl výzkumníkem formulován v souladu s hlavní výzkumnou otázkou.

DVC 1: Zjistit praktikování nedobrovolné hospitalizace v psychiatrických nemocnicích pohledem všeobecné sestry.

DVC 2: Analyzovat postoje a názory všeobecných sester na kritéria a zásady nedobrovolné hospitalizace v psychiatrické péči.

DVC 3: Prozkoumat zkušenosti s ošetrovatelskou péčí u různých psychiatrických diagnóz u nedobrovolně hospitalizovaných pacientů, včetně identifikace nejnáročnějších a nejefektivnějších případů spolupráce.

DVC 4: Zhodnotit strategie a techniky využívané všeobecnými sestrami při zvládání odporu pacientů, včetně užití omezovacích prostředků a edukace pacientů o jejich nutnosti.

DVC 5: Identifikovat etická dilemata, emocionální nároky a dopady nedostatku zdrojů na kvalitu péče o nedobrovolně hospitalizované pacienty z pohledu všeobecných sester a formulovat doporučení pro praxi.

6.4 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsou v kvalitativním výzkumu velmi důležité, protože určují, na co se výzkum zaměřuje. Nejde o testování hypotéz, ale o snahu pochopit, jak lidé vnímají svou zkušenost a jak ji rozumí ve svém prostředí (Hendl, 2023, s.61-62).

HVO: Jaké jsou zkušenosti, postoje a vnímání všeobecných sester při péči o nedobrovolně hospitalizované pacienty v psychiatrické péči?

Hlavní výzkumná otázka je obecná a určuje hlavní směr celého výzkumu. Dílčí výzkumné otázky pak rozvíjejí hlavní otázku do konkrétnějších oblastí, zaměřují se na jednotlivé aspekty problému nebo zkoumají různé pohledy účastníků. Pomáhají strukturovat sběr dat a napomáhají hlubšímu porozumění zkoumaného jevu (Hendl, 2023, s. 62-63).

DVO 1: Jaké jsou zkušenosti a vnímání všeobecných sester ohledně praktik nedobrovolné hospitalizace pacientů v psychiatrických nemocnicích?

DVO 2: Jaké jsou postoje všeobecných sester k nedobrovolné hospitalizaci?

DVO 3: S jakými psychiatrickými diagnózami se všeobecné sestry nejčastěji setkávají u nedobrovolně hospitalizovaných?

DVO 4: Jaké strategie a techniky využívají všeobecné sestry při zvládání odporu pacientů?

DVO 5: Jaká etická dilemata a emocionální nároky zažívají všeobecné sestry při péči o nedobrovolně hospitalizované pacienty?

6.5 Výzkumný soubor a jeho způsob výběru

Tématem bakalářské práce je pohled a vlastní zkušenosti všeobecných sester s nedobrovolnou hospitalizací. Výzkum je soustředěn na individuální pocity a zkušenosti sester z Psychiatrické nemocnice Brno, které zajišťují ošetrovatelskou péči. Výběr participantů probíhal cíleně na základě výzkumného problému dle stanovených kritérií:

- Musí se jednat o všeobecnou sestru, která splňuje podmínky odborné způsobilosti dle zákona č.96/2024 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, případně může mít dokončené specializační vzdělání zejména v oblasti psychiatrické péče.
- Musí mít uzavřenu pracovní smlouvu s Psychiatrickou nemocnicí Brno (PNB), a to na pozici odpovídající výkonu přímé ošetrovatelské péče.
- Musí mít alespoň 1 rok praxe v psychiatrickém zařízení, aby bylo zajištěno, že má dostatečnou zkušenost s hospitalizačním procesem.

Určení kritérií představuje nezbytný krok při výběru relevantních participantů, kteří mohou přinést cenné poznatky k dané problematice v rámci kvalitativního výzkumu (Hendl, 2023, s. 62). Vybraní účastníci souhlasili s poskytnutím a nahráním jejich rozhovoru. Vedení PNB souhlasilo s výzkumem. Ve všech případech se rozhovor realizoval v soukromí v předem dohodnutý čas v prostorách nemocnice. Čtyři z pěti participantů projeví zájem o poskytnutí výsledků bakalářské práce.

Tabulka 1 Účastníci výzkumu

Kód participanta	Specializační vzdělání	Délka praxe v letech
P1	ano	30
P2	ne	2
P3	ano	28
P4	ano	37
P5	ne	20

6.6 Design kvalitativního výzkumu

Při realizaci kvalitativního výzkumu je důležité zvolit vhodný výzkumný design, který odpovídá povaze zkoumaného problému a výzkumným cílům.

V této práci byl zvolen design otevřeného a axiálního kódování, který umožňuje vytvářet teoretická východiska přímo z nasbíraných dat. Tento přístup je založen

na induktivní analýze výpovědi účastníků a klade důraz na systematický postup práce s daty, aniž by výzkumník vycházel z předem dané teorie (Hendl, 2023, s.174-176). Výstupem tohoto analytického postupu je paradigmatický model, který zachycuje vztahy mezi hlavními kategoriemi a pomáhá porozumět zkoumanému jevu v jeho širších souvislostech.

Výzkum se zaměřuje na to, jak všeobecné sestry vnímají a prožívají problematiku nedobrovolné hospitalizace v prostředí psychiatrické péče. Realizace výzkumu probíhá ve třech základních fázích: **sběru dat, kódování a tvorby teorie**. Analýza dat je provedena pomocí techniky otevřeného, axiálního a selektivního kódování, přičemž je využit paradigmatický model, který napomáhá k propojení vzniklých kategorií a jejich vztahů. Tento proces umožňuje systematicky zpracovat data a na jejich základě vybudovat teoretický rámec.

6.7 Technika sběru dat

Kvalitativní výzkum se zaměřuje na konkrétní sociální skupinu, což určuje volbu metodologie. Nejčastější technikou sběru dat je hloubkový rozhovor, který poskytuje prostor pro podrobné a osobní vyjádření účastníků. V tomto výzkumu se používají polostrukturované rozhovory, ve kterých jsou položeny otevřené otázky. Tyto otázky umožňují participantům rozvinout diskusi a nabídnout širší spektrum popisných informací o jejich zkušenostech a názorech (Hendl, 2023, s. 116-118).

Otázky v rozhovorech jsou formulovány tak, aby odpovídaly konceptuálnímu přístupu a umožnily odpovědět na každou výzkumnou otázku. Úvodní otázky (1-2) slouží k ověření, že účastníci splňují kritéria výběru participantů. Hlavní otázky jsou formulovány v přirozené řeči, což usnadňuje jejich porozumění. Mají deskriptivní charakter a jsou navrženy tak, aby je účastníci mohli odpovědi rozvést na doplňující otázky. Tento přístup poskytuje participantům prostor pro detailní popis jejich zkušeností, postojů a názorů na zkoumanou problematiku.

6.8 Etické otázky kvalitativního výzkumu

Etika má v kvalitativním výzkumu zásadní význam, protože se pracuje s osobními a citlivými daty. Zajišťuje respekt k účastníkům, důvěryhodnost a validitu výsledků. Hendl (2023, s. 116-118) uvádí pět základních etických principů: informovaný souhlas, důvěrnost a anonymitu, bezpečnost účastníků, dobrovolnost účasti, transparentnost s odpovědností.

7 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V této kapitola bakalářské práce jsou analyzovány a interpretovány nasbíraná data. Tato kapitola popisuje postupy empirického šetření a zaznamenává výsledky výzkumu. Výstupem výzkumu je odpověď na hlavní výzkumnou otázku: „*Jaké jsou zkušenosti, postoje a vnímání všeobecných sester při péči o nedobrovolně hospitalizované pacienty v psychiatrické péči?*“

Hendl zdůrazňuje, že je zásadní zajistit úplnost konceptu výzkumu o dosažení plné nasycenosti dat, což zahrnuje hledání odpovědí na dílčí výzkumné otázky, Cílem je, nejenom odpovědět na tyto otázky, ale i vyvinout a rozvinout nově vznikající teorii, které jsou pevně zakotvené v získaných datech (Hendl, 2023 s. 144).

Dílčí výzkumné otázky:

Jaké jsou zkušenosti a vnímání všeobecných sester ohledně praktik nedobrovolné hospitalizace pacientů v psychiatrických nemocnicích?

Jaké jsou postoje všeobecných sester k nedobrovolné hospitalizaci?

S jakými psychiatrickými diagnózami se všeobecné sestry nejčastěji setkávají u nedobrovolně hospitalizovaných?

Jaké strategie a techniky využívají všeobecné sestry při zvládání odporu?

Jaké etická dilemata a emocionální nároky zažívají všeobecné sestry při péči o nedobrovolně hospitalizované pacienty?

7.1 Otevřené kódování

Základní technikou zakotvené teorie je kódování. Otevřené kódování podle Hendla je počáteční fází analýzy kvalitativních dat, kdy výzkumník pečlivě prochází text a identifikuje relevantní pasáže, které jsou spojeny s výzkumnými otázkami. V tomto procesu jsou odpovědi rozděleny na menší jednotky, které jsou následně označeny specifickými kódy vystihujícími jejich význam a kontext. Otevřené kódování umožňuje výzkumníkovi odhalit opakující se vzory, témata nebo kategorie, které se v datech objevují, a tvoří tak základ pro další analýzu, konkrétně pro fázi axiálního a selektivního kódování (Hendl, 2023, s. 151 - 153).

Na základě otevřeného kódování výpovědi všeobecných sester bylo identifikováno pět hlavních tematických kategorií, které vystihují zkušenosti s péčí o pacienty

hospitalizovanými bez jejich souhlasu. Každá z těchto kategorií reflektuje jiný aspekt této problematiky. Kategorie **NEDOBROVOLNÁ HOSPITALIZACE** zachycuje situace spojené s přijetím pacienta proti jeho vůli a emoční dopad tohoto procesu. Kategorie **DIAGNÓZY** se zaměřuje na typická duševní onemocnění, s nimiž jsou tito pacienti přijímáni, a jejich vliv na péči. Kategorie **POSTOJ SESTER** odráží vnitřní postoje, profesní postoje a prožívání této náročné péče ze strany zdravotnického personálu. Kategorie **OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY** popisuje využívání restriktivních opatření při zvládání krizových situací. Poslední kategorie **ETIKA A KVALITA PÉČE** přináší pohled sester na etické otázky, lidskost a kvalitu poskytované péče ve specifickém kontextu nedobrovolné hospitalizace.

Kategorie č. 1 – NEDOBROVOLNÁ HOSPITALIZACE

Nedobrovolná hospitalizace je jedním ze specifíků práce v psychiatrických nemocnicích. Výzkumníka zajímal pohled a znalosti všeobecných sester, které pracují přímo s nedobrovolně hospitalizovanými klienty.

Účastníci byli dotazováni na své subjektivní pocity, osobní zkušenosti a postoje k problematice nedobrovolné hospitalizace. Do této kategorie byly zařazeny také otázky týkající se právních podmínek nedobrovolné hospitalizace.

Oslovení participantů vnímají nedobrovolnou hospitalizaci jako velmi užitečnou, ale jen v případech nezbytně nutných. Názory na tuto problematiku se liší pouze v detailech, ale všichni se shodují na důležitosti a prospěšnosti. Všichni oslovení participantů vykazovali rozsáhlé zkušenosti v oblasti práce s nedobrovolně hospitalizovanými pacienty. Uvádějí, že velká část pacientů, kteří hospitalizovaných na oddělení, jsou hospitalizováni bez souhlasu. Participant 2 uvádí: *„Zhruba 50 % pacientů na našem oddělení je u nás nedobrovolně.“* Participant 4: *„Setkávám se každou službu s někým, kdo je tu bez souhlasu.“* Participant 1 uvádí: *„... někteří jsou i rádi za tu péči, která je jim poskytnuta, i když jsou přijatí de facto nedobrovolně.“* Při práci s nedobrovolně hospitalizovanými pacienty je kladena důležitost na správné vedení ošetrovatelské dokumentace. Podobnou odpověď měl i participant 4: *„Důkladný popis chování pacienta v dokumentaci a obecně správné detailní vedení dokumentace je nejdůležitější.“* Participant 3 uvedl zajímavou myšlenku ze své osobní zkušenosti: *„Někdy postačí jenom pocit bezpečí na uzavřeném oddělení a pacientovi je úplně jedno, že je nedobrovolně.“*

Odpovědi na otázku doporučení pro méně zkušené kolegy byly podobné a mezi odpověďmi dominoval klidný tón hlasu, empatie, osobní a individuální přístup. Participant 5 uvedl: *„Mladším kolegům bych určitě doporučila, aby byli velmi opatrní při své práci, aby se především zaměřili na svou bezpečnost jako prvotní. Byli velmi obezřetní, vychytávali určité příznaky všech psychiatrických onemocnění u pacientů a taky o nich teda věděli, aby nebyli v klidu a mysleli si, že se nemůže nic stát. Aby té práci vložili obrovskou odpovědnost jak u sebe, tak i u pacientů.“*

Obecně všichni oslovení interpreti uvedli správně hlavní důvody k tomu, aby byl pacient přijat bez souhlasu, ale jen participant 2 uvedl: *„A potom taky základní znalost zákona.“*

Shrnutí kategorie č.1

Všichni oslovení participanté vnímají nedobrovolnou hospitalizaci jako nezbytně nutnou a pro pacienta přínosnou. Z rozhovorů vyplývají rozsáhle znalosti ošetřovatelského personálu v oblasti nedobrovolné hospitalizace. Dotazované všeobecné sestry podaly několik osobních rad, které mohou být příležitostí pro zlepšení kvality ošetřovatelské péče. Velký důraz kladou na správné a detailní popisování v ošetřovatelské dokumentaci včetně chování pacienta. Pouze jeden participant uvedl, že bere za důležité znát právní hledisko nedobrovolné hospitalizace.

Kategorie č.2 – DIAGNÓZY

Druhá kategorie se zaměřuje na dotazy ohledně konkrétních psychiatrických diagnóz, se kterými se všeobecné sestry setkávají přímo v praxi a kteří jsou hospitalizováni bez souhlasu. Participanté vyjádřili vlastní zkušenosti, poznatky a pohled na ošetřovatelskou péči.

První otázku z bloku týkajícího se diagnóz odpověděli všichni participanté shodně. Otázka směřovala na to, s jakými diagnózami, které jsou přijaty nedobrovolně, se setkávají ve své praxi. Všech pět dotazovaných participantů uvedlo rozsáhlé spektrum psychiatrických diagnóz. Jak uvádí participant 4: *„Jsou to paranoidní schizofrenie, predelirantní a post delirantní stavy, schizoafektivní poruchy, bipolárky, poruchy osobnosti, mentální retardace a toxické psychózy.“* Participant 3 uvedl: *„Dnes jsou i časté překlady z vazebních věznic.“*

Další část byla zaměřena na to, která konkrétní psychiatrická diagnóza je dle jejich vlastní zkušenosti nejnáročnější na spolupráci a ošetrovatelskou péči. V této otázce se odpovědi shodovaly ve dvou diagnózách. Tři všeobecné sestry uvedly, že nejnáročnější na spolupráci a ošetrovatelskou péči jsou všechny stupně mentální retardace. Důvody uvedl participant 1 *„Vzhledem k tomu, že nejsou v rámci svého intelektu schopni postihovat situaci a edukace je zde téměř nemožná.“* Participant 4 a 2 se shodli, že nejnáročnější péče je o pacientech geriatrického věku, a to s konkrétně Alzheimerovou demencí. Konkrétně participant 4 uvedl: *„.... nejnáročnější ošetrovatelská péče je pro mě, asi u geriatrických pacientů a Alzheimerovy choroby.“*

V poslední část z bloku o diagnózách se výzkumník zaměřil na to, se kterou diagnózou je spolupráce nejefektivnější. Všechny odpovědi se podobaly a oslovení participant 1 uvedli psychotické poruchy, ale ve fázi, kdy už byla zahájena intenzivní medikace participant 5: *„...asi ty psychotické schízky...nastoupí tam za nějakou dobu určitě medikace.“* Nebo participant 2: *„Určitě nejlépe se pracuje s psychotikama.“* Participant 4 uvedl: *„Nejlepší jsou toxické psychózy.“* Participant 3 jako jediný uvedl: *„Pravděpodobně suicidální pokusy u psychicky zdravých lidí.“*

Shrnutí kategorie č. 2

Oslovení participant 1 se v oblasti problematiky spolupráce a ošetrovatelské péče psychiatrických diagnóz shodovali ve velké míře. Uvedli důvody, které zhoršují ošetrovatelskou péči, ale také schopnost spolupráce. Hovořili o subjektivních pocitech, které je doprovází v každodenní péči o tyto pacienty. Dle výpovědí participantů je nejlepší spolupráce u pacientů, u kterých se nastaví rychle a účinně medikace. Nejobtížnější spolupráci vidí v pacientech s demencí a mentální retardací z důvodu nemožnosti edukace a obtížné pochopení aktuální situace.

Kategorie č.3 – POSTOJ SESTER

Třetí kategorie má za úkol zhodnotit názor a postoj sester k nedobrovolně hospitalizovaným pacientům a posoudit, zda se mění jejich postoj k ošetrovatelské péči oproti pacientům hospitalizovaných dobrovolně.

Všechny dotazované všeobecné sestry odpověděly shodně v tom, že nerozlišují, zda je pacient přijat bez nebo se souhlasem. Odpovědi se shodovaly také v tom, že u pacientů hospitalizovaných nedobrovolně je nutný zvýšený dohled. Participant 1 uvedl: *„Úplně*

stejný... Akorát nedobrovolně hospitalizovaní jsou náročnější na péči v rámci svého onemocnění a potíží, s kterými byli přijati.“ Participant 5 se zmínil: *„Postoj zaujímám stejný u všech pacientů, u nedobrovolných je nutný zvýšený dohled z důvodu možných suicidálních tendencí.“* Podobnou odpověď měl i participant 4: *„Bud' je dobrovolně nebo nedobrovolně, ale vždycky je to pacient, takže člověk rozdíl nedělá, to nejde.“* Na dotaz, zda je spolupráce obtížnější u nedobrovolné hospitalizace odpovídá participant 2 takto: *„Dá se říct, že občas ano, ale není to vůbec pravidlem.“* Participant 3 vnímá pozitivum v nedobrovolné hospitalizaci: *„Postoj zaujímám pozitivní, protože málo pacientů se chce léčit dobrovolně.“* *„Je to pozitivní i pro společnost.“*

Shrnutí kategorie č.3

Z výsledků vyplynulo, že všechny dotazované všeobecné sestry deklarovaly jednotný přístup ke všem pacientům bez ohledu na formu jejich přijetí. Vnímání rovnosti v péči bylo jedním z opakujících se témat napříč rozhovory. Zároveň však sestry upozorňovaly, že pacienti hospitalizovaní nedobrovolně vyžadují zvýšenou míru dohledu, zejména kvůli riziku suicidálního chování, agresivity nebo odporu ke spolupráci. Tento zvýšený dohled však není důsledkem diskriminace, ale odrazem zvýšené potřeby bezpečnosti a ochrany jak samotného pacienta, tak i okolí.

Kategorie č.4 – OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY

Čtvrtá kategorie se zaměřuje na omezovací prostředky, které jsou specificky využívány v psychiatrických nemocnicích. Otázky v této kategorii se zaměřovaly na jejich využívání, specifika edukace pacienta o nutnosti o jejich použití a také na stav před a po jejich aplikaci. Výzkumník se v této kategorii zajímá i o reakce všeobecných sester na odpor pacienta vůči hospitalizaci. Přínosné odpovědi pro praxi byly zodpovězeny v oblasti využívání deeskalačních technik, které se využívají denně při práci s hostilními pacienty. Participant odpovídaly také na názory na omezovací prostředky a podělili se o zkušenosti spojené s péčí o omezené pacienty. Odpovědi participantů tak mohou napomoci čtenářům pochopit význam a nutnost používání omezovacích prostředků.

První otázka byla směřována na reakce a konkrétní strategie, které se využívají při práci s hostilními pacienty. Odpovědi participantů se shodovaly v důrazu na klidný přístup, edukaci pacienta srozumitelné vysvětlení aktuální situace. Jak uvedl participant 4 *„Samozřejmě klidný přístup a vysvětlování na jeho úrovni inteligence.“* Participant 3 podal

podobnou výpověď, ve které klade důraz na navázání osobní kontaktu s pacientem a pacientovi nelhat. Mezi používané deeskalační techniky převažoval v odpovědích: klidný přístup, pohovor, snaha vysvětlit situaci a ujistit pacienta o bezpečí. Participant 1 uvedl ze své 30leté praxe i metodu, se kterou má pozitivní zkušenost: „*Nabídnutí pacientovi něco, co je pro něho příjemné.... většinu je to cigareta.*“ Participant 2: „*Dobrou zkušenost mám i s pohlazením pacienta.*“

Další otázka se týkala přímo situací, kdy psychický stav pacienta není možno řešit jinak, než užitím omezovacích prostředků a kdy selhaly veškeré deeskalační techniky. Participant zde popisují i vliv na psychický stav před a po použití omezovacích prostředků. Všichni dotazovaní vidí užívání omezovacích prostředků jako krajní ale účinné řešení. Participant 3 spontánně odpovídá: „*Nepovažuji omezování pacienta za něco nepřiměřeného a sama z praxe vím, že to většinu pacienti nevnímají.... Je hromada pacientů, co si i omezení žádá.... cítí se při kurtaci v lůžku bezpečně a klidněji.*“ Odpověď participanta 1 byla: „*Musí se používat v době, kdy nejde zvládnout deeskalačními metodami....nejkrajnější řešení, ale účinné.*“ Podobnou odpověď sdělil i participant 4: „*Když budu mít pacienta, který chce ublížit sobě nebo svému okolí, není žádná jiná možnost....nemám ráda, nerada je používám, ale jsou situace, kdy to bez nich opravdu nejde nijak jinak zvládnout.*“ Participant 5 sdělil: „*Omezovací prostředky hodnotím jako velmi důležité ve stavech neklidu, dokážou pacienta uklidnit, ale přistupuji k nim až v krajní situaci, kdy selžou veškeré deeskalační techniky.*“

Poslední část oblasti zaměřenou na omezovací prostředky byla otázka na edukaci pacienta o nutnosti jejich užití. Zde byly odpovědi totožné. Vždy záleží hlavně na psychickém stavu a možnosti postihnout situaci jako například odpovídá participant 5: „*Záleží na stavu, v jakém se pacient nachází po použití.... Vysvětlím mu, že to bylo z hlediska jeho stavu nutné a pro něho nejlepší, aby neublížil sám sobě nebo někomu jinému.*“

Shrnutí kategorie č. 4

Otázky zkoumaly nejen samotné použití těchto prostředků, ale také edukaci pacientů o jejich nutnosti, stav pacienta před a po jejich aplikaci a reakce sester na odpor vůči hospitalizaci. Z odpovědí účastníků vyplývá, že v praxi hrají stěžejní roli deeskalační techniky, jako je klidný přístup, vysvětlování situace a navázání kontaktu s pacientem. Některé sestry uvádějí i konkrétní osvědčené strategie, jako je nabídnutí cigarety či fyzický kontakt.

Všichni participanti se shodují, že omezovací prostředky jsou krajním řešením, ke kterému se přistupuje pouze tehdy, když selžou veškeré deeskalační metody. Přesto je hodnotí jako účinné a v některých případech i uklidňující pro pacienty. Edukace o jejich použití je považována za důležitou, ale její rozsah závisí na aktuálním psychickém stavu pacienta a jeho schopnosti situaci pochopit. Celkově odpovědi potvrzují nutnost individuálního a citlivého přístupu k pacientům v krizových stavech.

Kategorie č. 5 – ETIKA A KVALITA PÉČE

Poslední kategorie odkrývá etická dilemata, se kterými se všeobecné sestry pracující v psychiatrických nemocnicích setkávají na každodenní bázi. Psychická odolnost personálu patří mezi základní vlastnosti, které všeobecná sestra musí zvládat. Participanti zde sdělují své pocity během výkonu zaměstnání, ale i po odchodu z práce domů. V další části se výzkumník zaměřuje na vztah nedostatku zdrojů na možnost poskytování kvalitní péče pacientům. V závěru rozhovorů se výzkumník zajímá o pohled osob v okolí na praktikování nedobrovolné hospitalizace.

Odpovědi na otázku, jaká etická dilemata Vás při této práci trápí, byly ve čtyřech případech totožné pouze participant 2, který má nejkratší praxi v oboru (3 roky) odpověděl: „*Jde tam o narušení základních lidských práv a svobod....to je samozřejmě nepříjemné.*“ Zbylí participanti odpovědi, že za dobu jejich působení v psychiatrické nemocnici jsou zvyklí na psychickou i etickou zátěž, která je spojena s tímto zaměstnáním. Participant 5 uvádí: „*Etická dilemata za tu dobu už žádné nevnímám.... Prostě je to práce...*“, podobnou odpověď vykazoval i participant 4: „*Já to tak už vůbec nevnímám...*“ Participant 1 se vyjádřil: „*Vzhledem k tomu, že je nutno se o toho pacienta postarat, aby se uklidil, aby byl v pohodě, tak žádná etická dilemata nemám.*“

Otázka na vliv nedostatků zdrojů má ve všech odpovědích společné to, že je naprosto nezbytné mít dostatečný počet personálu, a to je přímo úměrné kvalitě péče. Z výpovědi participanta 1 je zjevné, že dostatečný počet personálu je nezbytný: „*Když máš u neklidu málo lidí není možnost se dostatečně postarat o toho pacienta, musíme ale situaci zvládnout v jakýchkoli podmínkách.*“ Participant 4 sdílí nezávisle stejnou myšlenku: „*Když je málo personálu, není na pacienta takový čas..., ale nedostatek personálu je zásadní problém... Pokud je personální převaha pacient se uklidní i sám a nemusí vůbec ke kurtaci dojít.*“

Participant 5 uvádí také stejnou myšlenku: „*Pokud je personálu málo, tak to odpovídá i úrovni péče, protože psychiatrický pacient potřebuje velkou péči.*“

Další otázkou bylo jakým způsobem se participanti vypořádávají s emocionálními nároky spojenými s péčí o pacienty hospitalizovanými v psychiatrických nemocnicích. Odpovědi se zde lišily a každý participant uvedl svůj vlastní mechanismus odpočinku. Participant 5, který preferuje klid a pasivní odpočinek, sděluje: „*Ráda chodím na procházky do přírody a snažím se nemyslet na svou práci.*“ Podobnou odpověď měl také participant 2: „*Nejlíp si odpočinu sama v přírodě, nebo prací na vlastní zahrádce.*“ Odlišnou odpověď měl participant 3, který uvádí: „*Je dobré mít během 12hodinové služby více menších přestávek... stačí 10 minut v klidu a samotě.*“ Participant 5 zobecnil svůj odpočinek po práci na slova: „*Klid, ticho a samota.*“

Výzkumníka v poslední otázce zajímal pohled blízkých osob participantů na praktikování nedobrovolné hospitalizace. Zde se dotazovaní vyjadřovali podobně. Participant 4 sdělil: „*Myslím si, že laik vůbec nedokáže pochopit dobrovolnou a nedobrovolnou hospitalizaci... Doma o práci nevykládám, takže oni vůbec netuší.*“ Participant 4 se vyjádřil, že se setkává s kritikou od svých blízkých, a to z důvodu odebrání svobody pacientům: „*... je jim těchto lidí líto, a není příjemné slyšet o kurtování pacientů.*“ Sám uvádí, že by uvítal osvětu ve společnosti na tuto problematiku. Odpovědi participanta 5 byly téměř totožné: „*Absolutně tomu nerozumí a vlastně s tím i nesouhlasí.*“ Participant 1 se podělil o zajímavou myšlenku od svého manžela: „*Můj mi vždycky tvrdí, že by tohle nikdy nemohl dělat.*“

Shrnutí kategorie č.5

Z pohledu etických dilemat vyplynulo, že se zkušenější sestry naučily etickou zátěž vnímat jako běžnou součást své profese. Výrazně se odlišoval názor participanta s nejkratší praxí, který stále pociťuje nepříjemné etické napětí spojené s narušováním osobní svobody pacientů. To potvrzuje hypotézu, že vnímání etických dilemat může být do značné míry ovlivněno mírou profesní zkušenosti a mírou vnitřní adaptace na specifika psychiatrického prostředí.

Z rozhovorů bylo jednoznačně potvrzeno, že nedostatek personálu představuje zásadní překážku v poskytování kvalitní péče. Všichni účastníci se shodli na tom, že početní stav personálu přímo ovlivňuje schopnost zvládat krizové situace, emoční napětí a riziko použití omezovacích prostředků. Přítomnost dostatečného počtu pracovníků nejen zvyšuje bezpečí

pacientů, ale také snižuje pravděpodobnost použití omezovacích prostředků, což má i přímý dopad na etickou stránku péče.

V oblasti zvládání psychické a emocionální zátěže se ukázalo, že zdravotní sestry si postupně vytvářejí individuální strategie psychohygieny. Mezi nejčastější způsoby patří pobyt v přírodě, samota a klid, případně organizace krátkých přestávek během směn.

V poslední části se ukázalo, že laická společnost často nerozumí principům a nutnosti formy nedobrovolné hospitalizace a vnímá je jako porušení osobních práv. Zazněl i návrh na nutnost širší osvětové činnosti, která by mohla přispět k většímu porozumění specifikům psychiatrické péče.

7.2 Axiální kódování

Po fázi otevřeného kódování, kdy byla data rozdělena na menší významové jednoty a označena příslušnými kódy, následovalo axiální kódování. Podle Hendla (2023, s.153-155) představuje axiální kódování proces, při kterém jsou kódy vzájemně propojovány a seskupovány do širších kategorií a podkategorií. Ty pak odrážejí vztahy mezi jednotlivými tématy obsaženými v datech. V této fázi se výzkumník snaží pochopit souvislosti, vztahy příčina – následek, podmínky, kontext a důsledky daných jevů.

Cílem axiálního kódování je strukturovat zjištěné poznatky tak, aby bylo možné odhalit hlubší významy, vzorce a souvislosti, které vycházejí z výpovědí participantů.

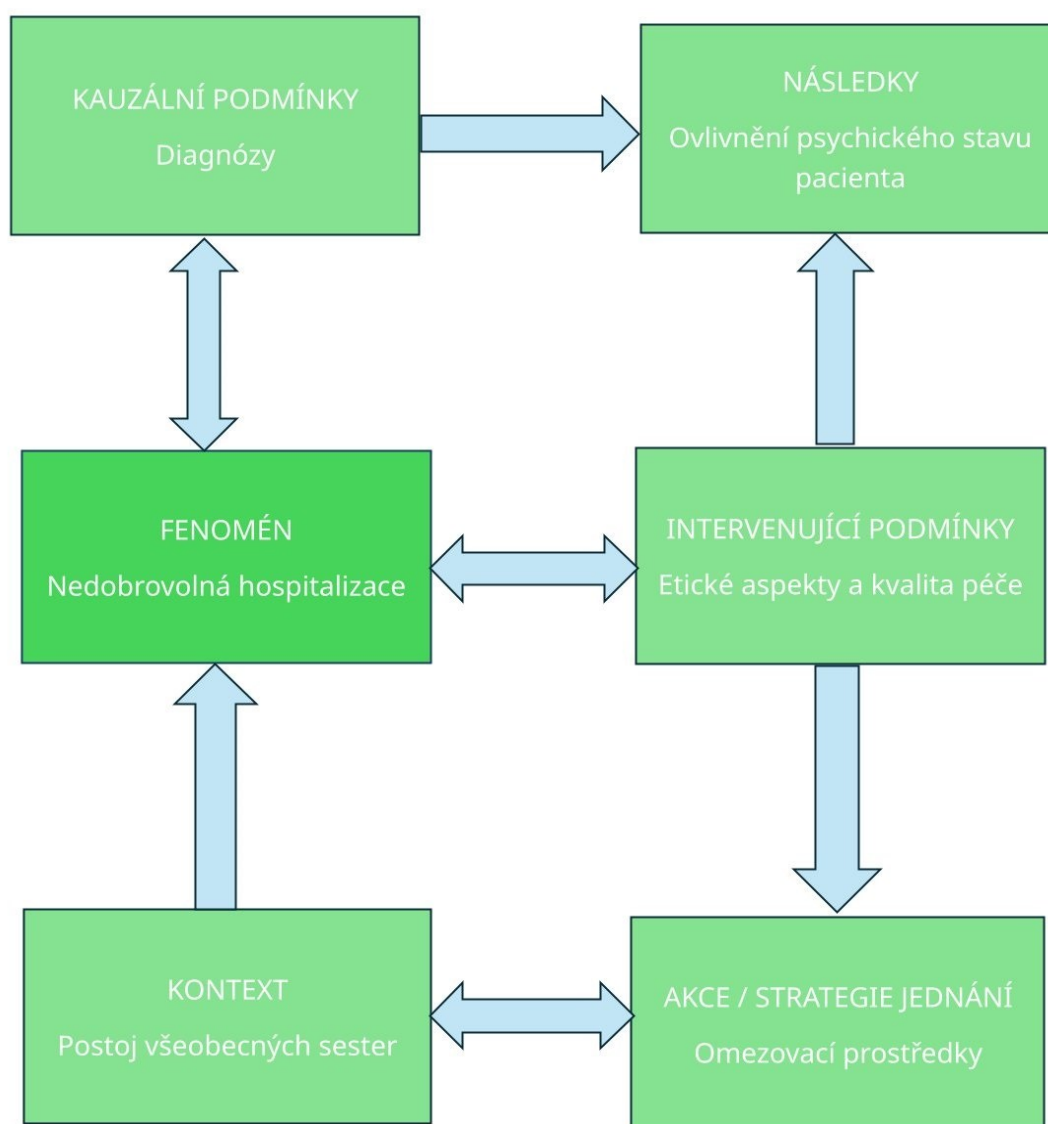
V této fázi výzkumu byla identifikována konkrétní témata a jejich propojení, jež se vztahují k nedobrovolné hospitalizaci. Výsledky axiálního kódování přinesly důležité souvislosti mezi faktory, které ovlivňují přijetí pacienta, jeho stav při přijetí a chování sester vůči pacientovi. Tyto souvislosti jsou zachyceny v jednotlivých kategoriích, jako jsou „*diagnózy, postoj sester, omezovací prostředky, etika kvalita péče.*“

7.3 Paradigmatický model

V souladu s postupy zakotvené teorie byl pro hlubší analýzu dat využit paradigmatický model, který vyjadřuje vztahy mezi hlavními kategoriemi, příčinami, kontextem, strategiemi jednání a důsledky (Hendl, 2023, s.155-157). Tento model napomáhá pochopit, jakým způsobem všeobecné sestry vnímají a zvládají situace spojené s nedobrovolnou hospitalizací.

Na základě výsledků axiálního kódování byla zformulována základní struktura **paradigmatického modelu**, která umožňuje přehledně znázornit souvislosti mezi hlavními kategoriemi. Tento model slouží k pochopení komplexního kontextu nedobrovolné hospitalizace z pohledu všeobecných sester a zároveň poskytuje rámec pro interpretaci příčin, strategií jednání a důsledků, které z této situace vyplývají.

- **Fenomén** – ústředním jevem, který výzkum sleduje, je **nedobrovolná hospitalizace** pacientů na psychiatrickém oddělení, Tento proces se vnímán jako náročný a často emočně i eticky zatěžující jak pro pacienty, tak pro zdravotnický personál
- **Kontext** – fenomén je zasazen do kontextu, který tvoří **postoj všeobecných sester** – jejich přístup k pacientům, osobní postoje, míra empatie i profesní zkušenost významně ovlivňují průběh péče a volbu strategií.
- **Kauzální podmínky** – za příčinu nedobrovolné hospitalizace lze považovat **diagnózu**, konkrétně přítomnost závažných duševních poruch, jako je psychóza, mánie, deprese rizikem suicidia či intoxikace, které vedou k ohrožení pacienta nebo okolí. Diagnóza těchto poruch zároveň výrazně ovlivňuje další psychický stav pacienta.
- **Intervenující podmínky** – mezi intervenující faktory, které modifikují, ztěžují nebo usnadňují reakce na danou situaci, patří také **etické aspekty péče a vnímaná kvalita péče**. Tyto podmínky ovlivňují rozhodování o tom, jak jednat s pacientem, a zároveň ukazují vnitřní dilemata zdravotnického personálu.
- **Akce / Strategie jednání** – v konkrétní praxi sestry volí **strategie zvládnutí situace**, mezi které patří zejména **použití omezovacích prostředků**, ať už fyzických, nebo farmakologických. Výběr těchto strategií bývá ovlivněn kontextem i intervenujícími podmínkami.
- **Následky** – důsledkem zvolených strategií a celkového přístupu může být **ovlivnění psychického stavu pacienta**, a to jak pozitivní (zklidnění, stabilizace), tak negativní (ztráta důvěry, prohloubení úzkosti či traumatu).



Obrázek 1 Paradigmatický model (vlastní zpracování)

8 SHRUTÍ VÝZKUMU

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit zkušenosti, postoje a vnímání všeobecných sester při péči o nedobrovolně hospitalizované pacienty v psychiatrických nemocnicích. Výzkum byl realizován kvalitativním výzkumem s pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory výzkumník kódoval otevřeným a axilárním kódováním s využití paradigmatického modelu.

Participantů výzkumu byly všeobecné sestry nebo všeobecné sestry se specializačním vzděláním v oboru psychiatrie. Participanty spojovalo stejné zaměstnání v oboru psychiatrie, konkrétně práce s pacienty hospitalizovanými bez jejich souhlasu. Obdržené výsledky přinesly odpovědi na pět dílčích otázek, které byly vytvořeny tak, aby mohla být zodpovězena hlavní výzkumná otázka.

Jaké jsou zkušenosti, postoje a vnímání všeobecných sester při péči o nedobrovolně hospitalizované pacienty v psychiatrické péči?

Zkušenosti a vnímání všeobecných sester ohledně praktik nedobrovolné hospitalizace pacientů v psychiatrických nemocnicích jsou dle výzkumu převážně pozitivní, avšak kladnou velký důraz na její nezbytnost pouze ve správně indikovaných případech. Všechny oslovené sestry se shodují, že nedobrovolná hospitalizace má svůj význam a je pro pacienty přínosná, pokud je skutečně nutná. Vnímají ji jako užitečný nástroj v péči o pacienty, kteří nejsou schopni o sobě rozhodovat nebo by mohli být nebezpeční sobě či okolí. Participantů vykazují bohaté praktické zkušenosti s touto formou hospitalizace a potvrzují, že se jedná o běžnou formu hospitalizace v psychiatrických nemocnicích. Z jejich odpovědí také vyplývá, že někteří pacienti nakonec péči ocení, i když byli přijati nedobrovolně. Důležitým aspektem v práci s těmito pacienty je pro sestry správné, podrobné a přesné vedení ošetrovatelské dokumentace. To je vnímáno jako podstatný prvek kvalitní péče. Kromě toho sestry kladou důraz na osobní přístup, empatii, klidné vystupování a především bezpečnost – jak svou, tak pacientovu. Doporučují méně zkušeným kolegům, aby byli obezřetní, dobře se orientovali v příznacích duševních onemocnění a přistupovali k práci zodpovědně. Znalosti o zákonných podmínkách nedobrovolné hospitalizace byly pohledem participantů brány jako méně důležité, o důležitosti se zmínil pouze jeden participant.

Jaké jsou postoje všeobecných sester k nedobrovolné hospitalizaci?

Postoje všeobecných sester k nedobrovolné hospitalizaci jsou převážně neutrální až pozitivní, přičemž všechny oslovené sestry se shodly v tom, že mezi pacienty

hospitalizovanými dobrovolně a nedobrovolně nedělají v rámci poskytované ošetrovatelské péče rozdíly. Vnímají všechny pacienty stejně – jako osoby, které potřebují odbornou pomoc a podporu, bez ohledu na způsob jejich přijetí. Z odpovědí vyplynulo, že sestry přistupují k péči profesionálně a nestranně, avšak uvědomují si, že nedobrovolně hospitalizovaní pacienti mohou být náročnější na dohled a bezpečnostní opatření, zejména z důvodu možných suicidálních tendencí nebo obtížnější spolupráce vyplývající z jejich aktuálního duševního stavu. Podle jednoho z participantů: „*Málo pacientů se chce léčit dobrovolně.*“, a proto může být nedobrovolná hospitalizace vnímána jako nezbytný krok k zahájení léčby a stabilizaci stavu. Celkově lze tedy říct, že všeobecné sestry vnímají nedobrovolnou hospitalizaci jako součást běžné praxe, ke které přistupují s respektem, empatií a profesionálním odstupem. Jejich postoj k pacientům se nezakládá na způsobu přijetí, ale na individuálních potřebách a zdravotním stavu každého jednotlivce.

S jakými psychiatrickými diagnózami se všeobecné sestry nejčastěji setkávají u nedobrovolně hospitalizovaných?

Všeobecné sestry, které pracují v psychiatrických zařízeních, se podle výpovědí participantů v rámci výzkumného šetření nejčastěji setkávají u nedobrovolně hospitalizovaných pacientů s velmi širokým spektrem psychiatrických diagnóz. Všech pět oslovených participantů uvedlo, že se ve své praxi pravidelně setkávají s pacienty trpícími paranoidní schizofrenií, schizoafektivními poruchami, bipolární afektivní poruchou (tzv. „bipolárky“), různými typy poruch osobnosti, mentální retardací, toxickými psychózami a stavy spojenými s delíriem – jak v předcházejícím, tak v následném období (pre delirantní a post delirantní stavy). Dále bylo zmíněno, že v současnosti přibývá případů hospitalizací pacientů přeložených z vazebních věznic, což reflektuje širší společenský i systémový kontext psychiatrické péče. Tyto diagnózy často vyžadují specifický přístup z pohledu ošetrovatelské péče, a to především kvůli snížené schopnosti pacientů spolupracovat, porozumět situaci, případně kvůli zvýšené agresivitě nebo jiným rizikovým projevům chování. Celkově lze tedy říci, že všeobecné sestry se nejčastěji setkávají s pacienty trpícími závažnými psychotickými poruchami, poruchami intelektu, neurodegenerativními onemocněními (např. Alzheimerova choroba) a pacienty v akutních stavech vyžadujících bezprostřední psychiatrickou péči, včetně těch s právním omezením svobody. Tyto diagnózy představují výzvu nejen v oblasti samotné péče, ale i v oblasti komunikace, bezpečnosti a udržení důstojného přístupu k pacientovi.

Jaké strategie a techniky využívají všeobecné sestry při zvládání odporu pacientů?

Dotazovaní participanti využívají při zvládání odporu pacientů především deeskalační techniky, které mají za cíl předejít použití síly nebo omezovacích prostředků. Z výpovědí participantů vyplývá, že základním předpokladem úspěšného zvládnutí krizových situací je klidný, empatický a profesionální přístup. Sestry se snaží s pacientem navázat důvěrný vztah, mluví na něj klidně, přizpůsobují způsob komunikace jeho mentálním schopnostem a opakovaně mu vysvětlují situaci tak, aby se cítil bezpečně. Zásadní roli hraje schopnost reagovat individuálně na konkrétního pacienta. Když však deeskalační techniky selžou a pacient začne být nebezpečný sobě nebo okolí, musí se přistoupit k použití omezovacích prostředků. Jejich indikaci však vnímají jako krajní řešení, které není příjemné, ale v daný okamžik nezbytné. Shodují se na tom, že omezení může některým pacientům dokonce přinášet pocit bezpečí a klidu, protože jim pomáhá zastavit akutní psychický stav. Po odeznění akutní fáze sestry považují za důležité pacienta edukovat a vysvětlit mu, proč k omezení došlo, a že jeho použití mělo za cíl ochranu jeho zdraví či života. Edukace o nutnosti užití je vždy přizpůsobena psychickému stavu pacienta a jeho schopnosti situaci pochopit. Sestry vnímají zvládání odporu pacienta jako citlivou a běžnou součást péče, která vyžaduje nejen odborné znalosti, ale především lidský přístup, zkušenosti a schopnost empatické komunikace. Deeskalační techniky tvoří základ jejich každodenní práce, zatímco omezovací prostředky jsou považovány za krajní, avšak v některých případech nevyhnutelné řešení.

Jaká etická dilemata a emocionální nároky zažívají všeobecné sestry při péči o nedobrovolně hospitalizované pacienty?

Dotazovaní participanti se při péči o nedobrovolně hospitalizované pacienty potýkají s celou řadou etických dilemat a emocionálních nároků, které jsou nedílnou součástí jejich profese. Etická dilemata nejčastěji pramení z akutního psychického stavu pacienta a ze samotné povahy nedobrovolné hospitalizace, která představuje zásah do osobní svobody pacienta a narušení jeho základních lidských práv. Tato dilemata jsou však vnímána rozdílně v závislosti na délce praxe. Z jejich výpovědí vyplývá určitá míra profesní adaptace a emočního odstupu, který jim umožňuje soustředit se na praktické zvládnutí krizových situací. Emocionální nároky na sestry jsou však vysoké bez ohledu na délku praxe. Práce s psychicky neklidnými a často agresivními pacienty vyžaduje vysokou míru psychické odolnosti, empatie i seberegulace. Sestry popisují, že si musí vytvářet individuální strategie,

jak se s emocionální zátěží vyrovnávat. Mezi nejčastější způsoby zvládání stresu patří pobyt v přírodě, klid, samota nebo krátké přestávky během služby. Další rovinou etického napětí je i postoj veřejnosti, který často nedokáže plně pochopit specifika nedobrovolné hospitalizace. Některé sestry se setkávají s nepochopením nebo kritikou ze strany rodiny a blízkých, kteří vnímají takovou péči jako nehumánní nebo příliš represivní. Z výpovědí také vyplynul návrh na větší osvětu v oblasti psychiatrické péče, která by mohla přispět ke zlepšení porozumění a snížení společenského tlaku na zdravotnický personál.

9 DISKUSE

Tato bakalářská práce přináší výsledky výzkumu zaměřeného na zkušenosti sester, které se podílejí na péči o pacienty hospitalizované proti jejich vůli v psychiatrických zařízeních. Hlavním přínosem této práce je přiblížení této problematiku z pohledu pečujících osob, tedy sester. Vzhledem k roli sester v systému péče o duševně nemocné osoby jsou jejich zkušenosti a názory nezbytné pro pochopení a zlepšení tohoto specifického typu zdravotní péče. V této diskusi budou diskutovány významné oblasti zjištěné během výzkumu, zejména v oblasti postojů k nedobrovolné hospitalizaci, praktických zkušeností všeobecných sester a oblasti etických dilemat.

Výzkum ukázal, že sestry mají vysoce pozitivní postoj k nezbytnosti nedobrovolné hospitalizace v případech, kdy je pacientovo zdraví nebo bezpečnost vážně ohroženo. Zjištění tak potvrzují názory Kaplana a Sadocka (2022), kteří upozorňují, že psychiatrické hospitalizace, a to i nedobrovolné, jsou významným nástrojem pro zajištění bezpečnosti pacienta i jeho okolí. V souladu s těmito odborníky sestry zdůrazňují, že nedobrovolná hospitalizace může být přínosná, pokud pacientovi skutečně pomáhá. Tento názor koresponduje s principy uvedenými publikací „*Psychiatric Nursing*“ (Michlová, 2019), která vyzdvihuje roli sesterské péče v krizových obdobích a u pacientů, kteří nejsou schopni rozhodovat o svém zdravotním stavu.

Etická dilemata, která sestry zažívají při práci s nedobrovolně hospitalizovanými pacienty, jsou častým tématem v odborné literatuře, Beauchamp a Childress (2013) v *Principles of Biomedical Ethics* diskutují o vyvažování mezi právem pacienta na autonomii a potřebu ochrany jeho zdraví. Jak potvrzují výsledky tohoto výzkumu, sestry se ocitají v dilematické situaci, kdy musí respektovat právo pacienta na svobodu, ale zároveň zajistit jeho bezpečí, pokud mu hrozí nebezpečí z jeho vlastního chování. Tento problém se objevuje nejen v teorii, ale i v každodenní praxi. Jak ukazují praktické zkušenosti sester, pacienti často neakceptují rozhodnutí o hospitalizaci, což zvyšuje emoční nároky na zdravotnický personál.

Odpovědnost sestry v těchto situacích je velická, protože musí pečlivě zvažovat právní rámce a etické normy, ale také reagovat na okamžité potřeby pacienta. Tento proces vyžaduje vysoce rozvinuté rozhodovací dovednosti a emoční inteligenci, což je zdůrazněno v práci Papežové (2023), která uvádí, že etická dilemata v péči o pacienty se týkají především vyvažování mezi právem na ochranu zdraví a svobodou pacienta.

Autor práce dále poukazuje na nutnost specifického přístupu k pacientům s těžkými psychickými poruchami, jako je paranoidní schizofrenie či bipolární porucha, která je u nedobrovolně hospitalizovaných osob nejčastější. Výzkum potvrzuje, že tyto diagnózy vyžadují cílenou ošetrovatelskou péči s individuálním přístupem, jež přispívá k efektivitě péče a bezpečnosti všech zúčastněných. Tento přístup je v souladu s metodickým pokynem ke správnému postupu při nedobrovolné hospitalizaci (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2024).

Tento závěr odpovídá i teoretickým východiskům odborné literatury, která vyzdvihuje význam bio-psycho-sociálního modelu péče, jenž integruje biologické, psychologické a sociální aspekty onemocnění a podporuje komplexní a na míru šitý přístup k pacientovi (Stahl, 2021).

Deeskalační techniky a správná komunikace s pacienty jsou zásadní pro zvládání krizových situací. V *Psychiatric Nursing: A Practical Approach to Care* (Michalová, 2019) je zdůrazněno, jak je důležité budovat důvěru mezi pacientem a sestrou, což může ovlivnit průběh péče a snížit potřebu použití restrikcí. Výsledky výzkumu potvrzují, že správná komunikace může výrazně snížit napětí a zabránit eskalaci násilného chování, což je v souladu s doporučeními, která byla identifikována v dalších studiích. Důraz na eskalaci a bezpečnost je důležitý nejen z hlediska efektivity péče, ale také z hlediska ochrany pacientů a pracovníků před nebezpečnými situacemi.

Zjištění tohoto výzkumu se shodují s předchozími studiemi, které se zabývaly etickými dilematy při nedobrovolné hospitalizaci a názory zdravotníků na tuto problematiku. Například Petr (2013, s.45-52) ve své disertační práci zdůrazňuje, že zdravotníci čelí často konfliktům mezi potřebou ochrany pacienta s respektem k jeho právům. To vytváří náročná etická dilemata při nedobrovolné hospitalizaci. Tento pohled potvrzuje i Liga lidských práv, Centrum podpory transformace (2015, s.33-37), která upozorňuje na nutnost etické citlivosti a respektu k lidským právům v péči o duševně nemocné hospitalizované pacienty.

Výsledky potvrzují i poznatky Hendla (2023), který zdůrazňuje, že kvalitativní výzkum umožňuje hlubší porozumění složitým postojům, názorům a zkušenostem participantů – což se potvrdilo i v rámci této bakalářské práce.

Autor práce identifikuje jako jedno z hlavních omezení výzkumu velikost vzorku a specifický kontext České republiky. Upozorňuje, že z tohoto důvodu nemusí být výsledky plně přenositelné do jiných kulturních či právních prostředí. Autor dále konstatuje,

že subjektivní vnímání etických dilemat se mezi jednotlivými sestrami výrazně liší, což může mít vliv na interpretaci výstupů výzkumu.

Pro budoucí výzkum autor doporučuje rozšířit výzkumný soubor, případně provést komparativní studie v odlišných kulturních a legislativních kontextech. V neposlední řadě autor zdůrazňuje potřebu systematického vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti etiky a práv pacientů, stejně jako důležitost péče o psychickou pohodu sester, které se při práci s nedobrovolně hospitalizovanými často nacházejí v náročných a stresujících situacích.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo komplexně analyzovat problematiku nedobrovolné hospitalizace v psychiatrických zařízeních a zaměřit se na perspektivu zdravotnického personálu při poskytování péče těmto pacientům. Práce vycházela ze praktických zkušeností autora, který pracuje jako praktická sestra v psychiatrickém zařízení, a z odborné literatury zaměřené na právní, etické a praktické aspekty nedobrovolné hospitalizace. Autor se ve své práci snažil nejen analyzovat teoretické přístupy a normy, ale i reflektovat každodenní výzvy a problémy, s nimiž se zdravotníci při poskytování péče pacientům hospitalizovaným bez jejich souhlasu setkávají.

Teoretická část byla zaměřena na podrobné se seznámení s organizací psychiatrické péče v České republice, včetně ambulantní a lůžkové péče, přičemž hlavní pozornost byla věnována specifikům nedobrovolné hospitalizace. Byla rovněž analyzována právní úprava psychiatrické péče, která zahrnuje mezinárodní úmluvy a české právní normy, jež regulují hospitalizace pacientů bez jejich souhlasu. Důraz byl kladen na porozumění právům pacientů a etickým dilematům, která se vyskytují při poskytování zdravotní péče v kontextu nedobrovolné hospitalizace. V další části teoretické analýzy byly rozebrány omezovací prostředky, právní a etické aspekty jejich použití a postupy, které musí zdravotnický personál dodržovat při hospitalizaci pacientů bez jejich souhlasu.

Praktická část byla zaměřena na zkoumání zkušeností zdravotnického personálu při péči o pacienty hospitalizované bez jejich souhlasu. Výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů se zdravotníky, kteří se s touto problematikou setkávají v každodenní praxi. Získaná data byla analyzována a kategorizována do několika oblastí, které odrážejí významné aspekty této problematiky, jako jsou právní a etické výzvy, role zdravotnického personálu, komunikace s pacienty a využívání omezovacích prostředků. Tato empirická část práce poskytla konkrétní pohled na to, jak v praxi funguje péče o pacienty v této specifické situaci, a jaké problémy a výzvy zdravotníci při péči o ně zažívají.

Výsledky výzkumu ukázaly, že prvořadým faktorem úspěšné péče o pacienty hospitalizované bez jejich souhlasu je komunikace mezi zdravotníky a pacienty. Zdravotníci často čelí výzvám, jak udržet rovnováhu mezi profesními normami a individuálními potřebami pacientů. Významným zjištěním bylo, že zdravotníci vnímají důležitost respektování práv pacientů a zdůrazňují potřebu vyššího vzdělávání a podpory ve zvládání etických dilemat, která se objevují v souvislosti s nedobrovolnou hospitalizací. Významným

přínosem pro praxi je také zjištění, že zlepšení komunikace mezi zdravotníky a pacienty vede k lepší spolupráci a ke zmírnění stresu a úzkosti pacientů, což následně přispívá k rychlejšímu zlepšení jejich zdravotního stavu.

Spojení teoretických poznatků s praktickými zkušenostmi přineslo autorovi hlubší pochopení celé problematiky a umožnilo mu navrhnout konkrétní doporučení pro zlepšení praxe. Na základě výzkumných zjištění lze doporučit zlepšení vzdělávání zdravotníků, především v oblasti právních a etických aspektů nedobrovolné hospitalizace, a posílení interakce mezi multidisciplinárními týmy, což by vedlo k lepší péči o pacienty a ke efektivnějšímu řešení etických dilemat. Výsledky této práce mohou posloužit jako základ pro další výzkum a jako podnět k vylepšení praxe v oblasti psychiatrické péče.

Hlavním přínosem této bakalářské práce je tedy komplexní pohled na nedobrovolnou hospitalizaci v psychiatrické péči, spojení teoretických poznatků s praktickými zkušenostmi a konkrétní návrhy na zlepšení praxe a podpory pro zdravotnický personál. Tato práce přispívá k lepšímu pochopení složitosti této problematiky a přináší návrhy, jak zlepšit péči a respektování práv pacientů hospitalizovaných bez souhlasu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Tištěné knihy:

HENDL, Jan, 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 5. přepracované vydání. Praha: Portál. 496 s. ISBN 978-80-262-1968-2.

KAPLAN, H. I. ; SADOCK, B. J., 2022. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. ISBN 978-1-9751-7573-3.

LIGA LIDSKÝCH PRÁV, CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE. 2015. *Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR*. Praha: Liga lidských práv. ISBN 978-80-87414-25-5.

MICHALOVÁ, Zuzana, 2019. *Psychiatric Nursing: A Practical Approach to Care*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2694-3.

PÁNEK, Stanislav, 2018. *Psychiatrie a právo*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3964-4.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2023. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, ISBN 978-80-7345-762-4.

PETR, Tomáš; MARKOVÁ, Eva; AKRMANNOVÁ, Jana; BĚHOUNEK, Jan; FIŠAROVÁ, Zuzana a kol., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

STAHL, Stephen M., 2021. *Stahl's Essential Psychopharmacology*. 5th ed. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 978-1108971638.

WASSER, Tobias, 2017. *Psychiatry and the Law: Basic Principles*. 1. vyd. Cham: Springer, 2017. ISBN 978-3-319-63147-9.

Internetové zdroje:

BREKKE, Eirik; LAMU, Anne N.; ANGELES, Rommel C.; CLAUSEN, Svein; LANDHEIM, Arne S., 2025. Changes in inpatient mental health treatment and related costs before and after flexible assertive community treatment: a naturalistic observational cohort study. Online. In: *BMC Psychiatry*, 2025, 25 (1), art. no. 164. Dostupné z: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-025-04550-2>. [cit. 2025-03-20].

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. 2013. *Principles of biomedical ethics* Online. 7. vyd. New York: Oxford University Press, 2013. Dostupné z: https://archive.org/details/principlesofbiom0000beau_k8c1. [cit. 2025-04-10].

ECHEPARE, Oraá, N.; GÓMEZ, Bernardo, L.; GORDO Murillo, L.; COBOS López, E.; ALONSO Hernán, A., 2025. What happens when the patient says «no»? Online. In: *Involuntary transfer to a hospital emergency service: Relating to a case*. 51 (2), art. no. 102349. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138270021001971>. [cit. 2025-04-01].

HELP24.CZ, *Deklarace lidských práv a duševního zdraví*. Online. 2012. Dostupné z: <http://www.help24.cz/index.php?page=deklarace-lidskych-prav-a-dusevniho-zdravi>. [cit. 2025-02-03].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Metodický pokyn ke správnému postupu poskytovatelů zdravotních služeb při nedobrovolné hospitalizaci pacienta*. Online. 2024. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/metodicky-pokyn-ke-spravnemu-postupu-poskytovatelu-zdravotnich-sluzeb-pri-nedobrovolne-hospitalizaci-pacienta/>. [cit. 2025-02-03].

MEZINÁRODNÍ RADA SESTER (ICN). *Etický kodex sester*. Online. 2012. Překlad a úprava: V. Di Cara, T. Petr, P. Charvátová. Praha: Česká asociace sester. Dostupné z: https://www.cнна.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf. [cit. 2025-05-04].

OS-KOLUMBUS.ORG. *Listina práv hospitalizovaných pacientů*. Online. 2025. Dostupné z: <http://www.os-kolumbus.org/pravniporadna/etickekodexy/listinapravhospitpsychpac/>. [cit. 2025-02-03].

PETR, Tomáš. *Dodržování lidských práv duševně nemocných. Etické aspekty nedobrovolné hospitalizace*. Online, disertační práce. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Aplikovaná etika, 2013. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/59960/140024939.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [cit. 2025-02-03].

Právní předpisy (elektronické zdroje):

ČESKO, 1993. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ze dne 16. prosince 1992, Listina základních práv a svobod. Online. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>. [cit. 2025-02-04].

ČESKO, 2011a. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Online. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2025-02-10].

ČESKO, 2011b. Zákon č. 373/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011, o specifických zdravotních službách. Online. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-373>. [cit. 2025-02-10].

ČESKO, 2012. Zákon č. 89/2012 Sb. ze dne 3. února 2012, občanský zákoník. Online. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>. [cit. 2025-02-05].

ČESKO, 1992. Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod. Sdělení č. 209/1992 Sb. ze dne 18. března 1992. Online. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/1992-209>. [cit. 2025-02-12].

ČESKO, 2009. Zákon č. 40/2009 Sb. ze dne 20. dubna 2009, trestní zákoník. Online. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>. [cit. 2025-02-03].

ČESKO, 2013. Zákon č. 292/2013 Sb. ze dne 7. listopadu 2013, o zvláštních řízeních soudních. Online. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-292>. [cit. 2025-02-08].

ČESKO, 1963. Zákon č. 99/1963 Sb. ze dne 11. února 1963, občanský soudní řád. Online. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1963-99>. [cit. 2025-02-04].

EVROPA, 2010. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Sdělení MZV č. 10/2010 Sb. ze dne 20. ledna 2010. Online. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2010-10>. [cit. 2025-02-15].

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Paradigmatický model (vlastní zpracování)	52
---	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Účastníci výzkumu.....	40
----------------------------------	----

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ACT Assertive Community Treatment

FAST Flexible Assertive Community Treatment

ČR Česká republika

MZ Ministerstvo zdravotnictví

P Participant

PNB Psychiatrická nemocnice Brno

ZZS Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Informovaný souhlas

Příloha P II: Otázky výzkumného rozhovoru

PŘÍLOHA P I: INFORMOVANÝ SOUHLAS

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMNÉM ROZHOVORU PRO BAKALÁŘSKOU PRÁCI S NÁZVEM:

Vážení účastníci,

Tímto vás žádám o účast ve výzkumném rozhovoru, který bude sloužit jako zdroj dat pro moji bakalářskou práci. Tento výzkum se zaměřuje na zjištění,

Řešitel projektu:

Vedoucí práce:

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, fakulta humanitních studií

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- **Cíl výzkumu**
- **Průběh rozhovoru**

Rozhovor bude trvat přibližně 30-50 minut. Všechny poskytnuté informace budou zaznamenány a přepsány pro účely analýzy v rámci bakalářské práce.

- **Důvěrnost a anonymita**

Vaše osobní údaje budou uchovány v přísné důvěrnosti. Rozhovor bude veden anonymně a jakékoliv informace, které by mohly identifikovat konkrétní osoby, nebudou v závěrečné práci uvedeny. Prosím tedy o nezmiňování vašich osobních údajů, jakmile rozhovor bude nahráván. Nahrávka nebude poskytována třetím osobám.

- **Dobrovolnost a možnost ukončení**

Účast v rozhovoru je zcela dobrovolná a máte právo rozhovor kdykoliv ukončit, a to bez udání důvodu. Máte také právo požádat o odstranění záznamu či jeho části z výzkumných materiálů.

- **Souhlas s nahráváním rozhovoru**

Souhlasím s tím, že rozhovor bude nahráván pro účely přesného přepisu a analýzy dat:

ANO ☒ NE ☐

- **Zachování anonymity**

Souhlasím s tím, že všechny mé odpovědi budou anonymizovány a nebudou obsahovat žádné identifikovatelné údaje:

ANO ☒ NE ☐

○ **Možnost přerušení rozhovoru**

Jsem si vědom/a, že mohu kdykoliv rozhovor přerušit či ukončit:

ANO ☒ NE ☐

○ **Souhlas s nahlížením do dokumentace**

Souhlasím s tím, že výzkumník (zaměstnanec ZZ, kde pravidelně docházím na kontroly) má právo nahlížet do mé zdravotní dokumentace za účelem získání relevantních informací o mém zdravotním stavu, zejména zda netrpím nějakým omezením či onemocněním a pro ověření, zda a kdy jsem podstoupil/a ablaci fibrilace síní, a to pro účely tohoto rozhovoru:

ANO ☒ NE ☐

Děkujeme za Vaši spolupráci a čas.

Já, (jméno účastníka):, nar.,

prohlašuji, že jsem si přečetl/a všechny výše uvedené informace, a dostal/a jsem možnost klást otázky při čtení informovaného souhlasu, na které mi byly poskytnuty odpovědi, a že souhlasím s výše uvedenými informacemi.

Datum V

Podpis participanta:

Podpis vedoucího práce

Podpis výzkumníka

PŘÍLOHA P II: OTÁZKY VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

1. Jak dlouho pracujete v oboru psychiatrie?
2. Jaká je úroveň vašeho vzdělání, případně specializace?
3. Jak často se setkáváte s nedobrovolně hospitalizovanými?
4. Jaké jsou dle Vás kritéria, která musí pacient splňovat, aby byl hospitalizován nedobrovolně?
5. Jaký zaujímáte postoj k nedobrovolně hospitalizovaným pacientům oproti pacientům hospitalizovaným dobrovolně?
6. Které zásady považujete jako neopomenutelné při práci s nedobrovolně hospitalizovanými?
7. S jakými diagnózami se nejčastěji setkáváte, které jsou hospitalizovány nedobrovolně?
8. Kterou diagnózu vnímáte jako nejnáročnější na spolupráci a ošetrovatelskou péči?
9. Naopak se kterou diagnózou je Vámi vnímaná spolupráce nejefektivnější?
10. Jak reagujete na odpor pacienta vůči hospitalizaci?
11. Jaké konkrétní strategie a techniky využíváte k deeskalaci pacienta?
12. Jak hodnotíte užití omezovacích prostředků na psychický stav pacienta před a po jejich použití?
13. Jakým způsobem edukujete pacienta o nutnosti užití omezovacích prostředků?
14. Jaká etická dilemata s Vámi při práci s nedobrovolně hospitalizovanými rezonují?
15. Jakým způsobem pracujete s emocionálními nároky spojenými s péčí o nedobrovolně hospitalizované pacienty?
16. Jaký vliv má nedostatek zdrojů (např. personálu, času atd.) na Vaši možnost poskytovat kvalitní péči pacientům během nedobrovolné hospitalizace?
17. Jaká doporučení byste rádi předali méně zkušeným kolegům na základě Vaší zkušenosti v procesu nedobrovolné hospitalizace?
18. Jaké máte zkušenosti s názory lidí ve Vašem blízkém okolí na praktikování nedobrovolné hospitalizace v psychiatrických nemocnicích?