

INFORMOVANOST ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V OBLASTI PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Jitka Zatloukalová, DiS.

2015/2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jitka Zatloukalová, DiS.**

Osobní číslo: **H13705**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Informovanost zdravotnických pracovníků v oblasti psychiatrické péče**

Zásady pro vypracování:

Nastudovat odbornou literaturu.

Vymezit základní pojmy a teoretická východiska v oblasti psychiatrických onemocnění a psychiatrické péče.

Připravit metodologii průzkumné části.

Realizovat průzkum v ambulantních, lůžkových, popřípadě jiných provozech metodou dotazníkového šetření.

Zpracovat, vyhodnotit a interpretovat získané informace.

Prezentovat výsledky šetření, shrnout a navrhnout doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. Psychoedukace u schizofrenie. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, 71 s. ISBN 978-80-87142-16-5.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetřovatelství v psychiatrii. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 295 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PRAŠKO, Ján. Klinická psychiatrie. 1. vyd. Praha: Tigis, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

SCULLY, James H., et. Psychiatriy. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001, 339 s. National medical series for independent study. ISBN 0-683-30791-6.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

13. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- 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. 3⁴⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ 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.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.
V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně11.2.16.....



¹⁾ Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejněním vědeckých prací.

³⁾ Všeobecně platná právní předpisy (zákon, nařízení vlády, vyhláška, obecně závazná nařízení, opatření a směrnice) vydané v rámci právního systému České republiky.

(2) *Dokladní, diplomová, bakalářská a odborná práce vypracovaná uchazečem k obhajobě není její též uznávána při posuzování této práce kromě obhajoby vyžadující kvalifikační vztahosti v době určení uchazeče předložení práce školy nebo není-li tak určeno, v době posuzování rovněž dluží, ale se níž není obhajoba a práce, která se může ze zveřejnění práce pořízená na své náklady výjimečně, výjimečně nebo jinak.*

(3) *Práci, ze kteréžto práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 131/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších předpisů, § 35 odst. 2;*

(f) *Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školská či vzdělávací zařízení, když-li učitel za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dle výslovné výkazy nebo stanovenej ke splnění školních nebo studijních povinností vyřizujících z jeho pracovního poměru ke škole nebo školské či vzdělávacího zařízení (školská díla).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších předpisů, § 60 Školní díla;*

(1) *Škola nebo školská či vzdělávací zařízení mají na obecních podmínkách právo na uzavření licenční smlouvy a užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Článek 8 autor školního díla udrží své právo na výdělečné dílo, pokud se tyto věci dohodou nezohlední výslovně program nebo více a směr. Ústavem § 35 odst. 2 ustanová ustanovení.*

(2) *Není-li určeno jinak, může autor školního díla své dílo užití k poskytnutí jinému licenční, není-li to v rozporu s oprávněným účelem školy nebo školské či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školská či vzdělávací zařízení jsou oprávněny používat, aby jin autor školního díla z výdělečné díla dosaženého v součinnosti s učitel dle k poskytnutí licenční podle odstavce 2 předložené přílohy na úroveň učitel, které na výdělečné dílo vypracoval, a to podle obhajoby až do jejich ukončení výje; přitom se přihlíží k její výdělečné dosaženého školou nebo školské či vzdělávacího zařízení a užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá historií psychiatrie, vybranými psychiatrickými onemocněními a poruchami. Zmíněny jsou také některé akutní stavy v psychiatrii.

V praktické části je zpracováno výzkumné šetření na téma „Informovanost zdravotnických pracovníků v oblasti psychiatrie“. Dotazníky byly rozdány zdravotnickým pracovníkům z jiných oborů než psychiatrie. Pozornost byla zaměřena převážně na informovanost a přístup zdravotnických pracovníků k oboru psychiatrie.

Klíčová slova:

Hospitalizace proti vůli pacienta, omezovací prostředky, delirium, elektrokonvulzivní terapie, extrapyramidové příznaky.

ABSTRACT

The Bachelor thesis is divided into two parts, the theoretical and practical ones. The theoretical part deals with history of psychiatry, selected mental illnesses and disorders. It also mentions some acute states in psychiatry.

The practical part evolves the research issue of „Knowledge of Psychiatric Care in Health Care Professionals“. Questionnaires were distributed to healthcare staff working in branches outside psychiatry. Attention was focused mainly on healthcare workers awareness and approach to psychiatry.

Keywords:

Involuntary hospitalization, restrictive means, delirium, electroconvulsive therapy, extrapyramidal symptoms.

Moc děkuji doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za odbornost, vstřícnost a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Poděkování patří i všem, kteří se podíleli na mém dotazníkovém šetření.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné. Zatloukalová Jitka, DiS

OBSAH

I	TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1	HISTORIE PSYCHIATRIE	11
1.1	PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ VE STAROVĚKU.....	11
1.2	PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ VE STŘEDOVĚKU.....	12
1.3	PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V NOVOVĚKU A MODERNÍ SPOLEČNOSTI	12
2	ZÁKLADNÍ PSYCHIATRICKÁ ONEMOCNĚNÍ A PORUCHY	15
2.1	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY	15
2.2	DUŠEVNÍ PORUCHY VYVOLANÉ PSYCHOAKTIVNÍMI LÁTKAMI	17
2.3	PSYCHOTICKÁ ONEMOCNĚNÍ	18
2.4	AFEKTIVNÍ PORUCHY	22
2.5	NEUROTICKÉ, STRESOVÉ A SOMATOFORNÍ PORUCHY	23
2.6	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	25
2.7	PORUCHY OSOBNOSTI.....	26
2.8	MENTÁLNÍ RETARDACE A PORUCHY INTELEKTU	28
3	AKUTNÍ STAVY V PSYCHIATRII.....	29
II.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
4	METODIKA VÝZKUMU	31
4.1	CÍLE VÝZKUMU	31
4.2	METODIKA VÝZKUMU	31
4.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	31
4.4	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	32
5	DISKUZE	69
6	ZÁVĚR.....	72

ÚVOD

Psychiatrie je obor medicíny, který se zabývá popisem, tříděním, etiologií, etiopatogenezí, epidemiologií, výkladem, léčbou a prevencí psychických poruch. Název pochází z řeckého: psýché = duše, iatreia = léčba (Praško, 2011, s. 11).

Pacientů s duševními onemocněními přibývá a mění se i celkový přístup k nim. K pacientovi má být přistupováno holisticky. Jenže i v dnešní době jsou stále zdravotničtí pracovníci, kteří přistupují k psychiatricky nemocným s předsudky a tímto je stigmatizují. Většinou je to kvůli neznalosti, nezájmu nebo malé informovanosti o psychiatrických onemocněních, psychoterapeutických přístupech, léčbě.

Snahou této bakalářské práce je upozornit na individualitu člověka a zjistit, jaká je informovanost a zájem zdravotnických pracovníků v oblasti psychiatrické péče. Rovněž chce práce upozornit na skutečnost, že lidé s duševními onemocněními jsou v každém oboru medicíny.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE PSYCHIATRIE

Psychiatrie prošla dlouhým vývojem a stále se rozvíjí. První kapitola proto není celkovým přehledem o historii, ale jen výčtem zajímavých událostí a přístupů k duševně nemocným.

1.1 Péče o duševně nemocné ve starověku

Již ve starém Egyptě asi v 15. stol. př. n. l. můžeme najít zmínky o duševních nemocech a jejich léčbě. Duševně nemocní byli považováni za posedlé démony. Byly pořádány velké rituální obřady, při nichž byli vymítáni démoni z těl nemocných (Černoušek, 1988).

Nejvýznamnějším řeckým lékařem byl bezpochyby Hippokrates (5. stol. př. n. l.), který se jako první odpoutal od mystického pojetí duševní choroby a snažil se duševní nemoci vysvětlovat svou humorální teorií. Hippokrates kladl důraz na klinické pozorování a snažil se vznik duševních chorob vysvětlit materialisticky, přirozeně a ne ho připisovat působení démonů. Nepřímo tak položil základy rozvoji vědeckého pohledu na duševní onemocnění (Vencovský a Dobiáš, 1976, s. 26).

Ve starověku byla používána tzv. šoková terapie.

Šok byl tehdy chápán jako navození intenzivních emocionálních krizí, které měly ústít do předpokládaného účinku návratu nemocného k nepatologickému prožívání. Ve staré Indii byl k takovému šokovému probuzení používán cvičený slon, který předstíral útok na nemocného. Prožitek smrtelné úzkosti z několikátunové živé hmoty, řítící se na člověka, „měl vrátit nemocnému duši zpět, na její správné místo“ a zbavit smysly bludného setrvávání v nereálném světě. Stejně motivované bylo i uštknutí jedovatými hady, kteří byli předtím operativně zbaveni jedovatých zubů, takže uštknutí bylo vysoce symbolické. Ovšem hrůza z pohledu na hada, představitele a vyslance podsvětí, byla tak intenzivní, že vrátila nebohým rozum (Černoušek, 1988, s. 8).

Dokonce římský lékař Scribonius Largus se ve svém spise zmiňuje o elektroléčbě nervových potíží a záchvatů příkládáním rejnoka elektrického či úhoře elektrického, na hlavu nemocného (Černoušek, 1988). To lze považovat za předzvěst dnešní elektrokonvulzivní terapie.

1.2 Péče o duševně nemocné ve středověku

Také ve středověku byli duševně nemocní považováni za posedlé démony, d'ábly a zlými duchy. Halucinace byly považovány za projev čarodějnictví a nemocní, kteří je měli, byli upalováni či kamenováni. Duševně nemocní byli vyčleňováni ze společnosti do ústraní. Časté byly i tzv. klece bláznů, kde byli zavíráni např. lidé s psychózami a agresivním chováním, o něž se nikdo nechtěl starat. Péče o nemocné byla v rukou kněží a církve (Petr, 2014).

Časté byly i tzv. lodě bláznů. *Vykázat nemocného na tuto loď zaručovalo minimální možnost návratu* (Marková et al., 2006, s. 26). Někteří učenci tvrdili, že tyto projevy nejsou způsobeny posedlostí satana. Tito učenci byli církví prohlášeni za kacíře a následně upáleni.

1.3 Péče o duševně nemocné v novověku a moderní společnosti

Počátkem novověku se začaly zakládat ústavy pro duševně nemocné. Humánní snahy pomoci trpícím se však zvrhly na prostou izolaci pacientů, a tak ústavy měly spíše vězeňský než nemocniční charakter. Nemocní byli zavíráni za mříže, uvázáni na řetězy, byli bití, pokud se nechovali podle požadavků, zavírání v temných kobkách, vystavování nepříjemným zápachům, stále buzení, pálení žhavým železem, centrifugování, ponořování do studené vody apod. Ženy byly umísťovány společně s muži. Až do 18. stol. byli nemocní vystavováni pro zábavu publika a ještě v 19. stol. bylo možné si za poplatek pacienty prohlížet (Praško, 2011, s. 17).

V 19. stol. již byl odmítán názor, že duševní nemoc je kletbou či projevem čarodějnictví. Za léčbu se považovalo např. přiložení pijavic, pouštění žilou, koupele, hladovka, podávání laxativ či emetik. Dále se s nemocnými různě otáčelo a manipulovalo pomocí různých přístrojů. *Regulace pohybu jako terapeutická technika vychází z pojetí šílenství, duševní nemoci jako stagnace organismu, duševního života nebo jako dezorganizace jak tělesných tekutin, tak myšlenek a představ* (Černoušek, 1988, s. 24).

Zajímavý je Neumannův popis ošetřování akutně neklidného pacienta: usadit pacienta do donucovací židle, pustit mu žilou, přiložit 10–12 pijavic na hlavu, pokrýt ho vlhkými ledovými ručníky, polít mu hlavu 50 vědry studené vody, dát mu jíst vodovou polévku, pít vodu a užít Glauberovu sůl (Praško, 2011, s. 18).

Za zakladatele psychiatrie jako samostatného oboru je považován francouzský lékař Philippe Pinel. Tento lékař působil na přelomu 18. a 19. století. *Pinel zavedl do psychiatrických zařízení lidsky důstojný režim. Vystoupil proti používání omezovacích opatření a násilí a prosazoval zavedení terapeutického režimu a léčbu prací* (Petr, 2014, s. 2).

Psychiatrii v počátcích 20. století nejvíce ovlivnil nástup psychoanalýzy a poté zkušenosti z 1. světové války. Freudova psychoanalýza měla význam zejména jako praktický návod pro léčení neuróz, s nimiž si medicína v tomto období stále nevěděla rady. Později se Freudova teorie začala uplatňovat také při léčbě psychóz (Petr, 2014, s. 29).

V roce 1935 Manfred Sakel použil inzulin, aby u nemocného se schizofrenií vyvolal hypoglykémii. Zastával teorii, že hypoglykemie působí na psychické procesy. To se však později nepotvrdilo. Objev elektrokonvulzivní terapie duševních poruch je spjat se jménem Uga Cerlettiho, profesora psychiatrie v Římě. V roce 1938 u pacienta se schizofrenií provedl poprvé experiment, kdy aplikoval nemocnému elektrický výboj (Černoušek, 1988).

V roce 1935 se Gerhard Wagner obrátil na Adolfa Hitlera s požadavkem, aby duševně nemocní byli usmrcováni. Nacisté počkali, až vypukne válka, protože se báli odezvy veřejnosti a církve. K systematickému usmrcování psychiatrických pacientů docházelo od počátku roku 1940 do srpna 1941, kdy je Hitler zastavil. Ve skutečnosti však trvalo až do konce války. Pracovníci psychiatrických zařízení museli vyplňovat speciální dotazníky o všech svých pacientech. Dotazníky pak byly vyhodnoceny vybranými znalci, kteří rozhodli o dalším osudu nemocných. Některé psychiatrické ústavy byly změněny na ústavy likvidační. Zdravotnickému personálu bylo vysvětleno, že program eutanazie vyhovuje potřebám říše, a ten se tak nedobrovolně stal součástí likvidačního procesu. Namísto ošetřování připravovali duševně nemocné ke smrti. Existovaly směrnice, jak smrt nemocných oznamovat rodinám. Uváděly se nepravdivé údaje o příčinách smrti, většinou nějaká tělesná nemoc. Postupně se však zprávy o podivných úmrtích duševně nemocných dostaly do médií a protesty právníků a církve vedly k zastavení této praxe. Odhaduje se však, že bylo usmrceno až 100 000 psychiatrických pacientů (Vacek, 1996, cit. dle Petra, 2014, s. 31).

V 50. letech 20. století byla objevena významná psychofarmaka, jako chlorpromazin či meprobamat. Chlorpromazin byl spolehlivě působící antipsychotický preparát.

Meprobamat patřil k prvním preparátům, který působí anxyoliticky (Černoušek, 1988, s. 25).

2 ZÁKLADNÍ PSYCHIATRICKÁ ONEMOCNĚNÍ A PORUCHY

2.1 Organické duševní poruchy

Organicky podmíněné psychické choroby jsou takové, u kterých se dá zjistit morfologický podklad v centrálním nervovém systému. Ze základních organických příčin jsou nejčastější atrofie, záněty centrálního nervového systému, jeho vaskulární postižení, traumata a toxická postižení (Marková et al., 2006, s. 190).

Organický psychosyndrom znamená v širším slova smyslu jakékoli výše uvedené postižení centrálního nervového systému, v užším slova smyslu incipientní organické postižení centrálního nervového systému. Projevuje se zejména zpomalením psychiky, snížením psychické výkonnosti, obtížným vybavováním vzpomínek. Je reverzibilní nebo přechází do demence (Marková et al., 2006, s. 190).

Syndrom demence zahrnuje postižení kognitivních – poznávacích funkcí jako paměť, intelekt, pozornost, dále poruchy myšlení, emotivity, vnímání, chování, poruchy orientace, je narušen rytmus spánku – bdění, může dojít až k těžké degradaci osobnosti. To má za následek úbytek až úplnou ztrátu soběstačnosti a neschopnost vykonávat běžnou denní rutinu (Marková et al., 2006, s. 190).

Nejnámější demence jsou Alzheimerova demence a vaskulární demence. Mezi další se řadí Pickova choroba, demence u Creutzfeldt-Jakobovy choroby, Parkinsonovy choroby, Huntingtonovy choroby.

Alzheimerova demence

Vzniká na podkladě atroficko-degenerativního onemocnění mozku. Je to nejčastěji se vyskytující demence, která má pomalu se rozvíjející průběh. Alzheimerova demence se projevuje poruchami paměti. Lidé s tímto onemocněním jsou nesoustředění, mají poruchu logického myšlení, často nejsou orientováni časem či místem, nepoznávají své přátele. Často nezvládají běžné denní činnosti nebo se může objevit agresivní chování, bloudění, neúčelné stereotypní chování. Alzheimerova choroba vede k deterioraci.

Léčba je farmakologická a nefarmakologická. Léčba farmakologická spočívá především v podávání nootropik, inhibitorů cholinesteráz a dalších léků. V nefarmakologické léčbě se uplatňuje psychoterapie, úprava prostředí, péče o celkový stav, dohled na zajišťování potřeb.

Vaskulární demence

Vzniká na podkladě ischemických změn CNS nejčastěji z důvodu aterosklerózy. Proto obraz této demence závisí na lokalizaci ischemických změn v mozku. Z etiopatogeneze se často podílí např. hypertenze, abúzus alkoholu a návykových látek, genetické faktory, dlouhodobý stres.

Vaskulární demence se může projevovat zmateností, dezorientací, zvýšenou úzkostí ve večerních či nočních hodinách. Časté jsou i halucinace zrakové nebo sluchové. Léčba farmakologická spočívá v podávání antikoagulancií, antiagregancií, vazodilatancií, blokátorů kalciových kanálů, psychofarmak, nootropik atd. I zde je důležitá nefarmakologická léčba, která je podobná jako u Alzheimerovy choroby.

Delirium

Je kvalitativní porucha vědomí. Klinicky se projevuje dezorientací, psychomotorickým neklidem, úzkostně depresivní nebo bezradnou náladou, iluzivním vnímáním, někdy agresivním chováním, halucinacemi a prchavými bludnými představami. Na proběhlý stav bývá úplná nebo částečná (ostrůvkovitá) amnézie (Raboch et al., 2012, s. 50).

Delirium během dne může mít kolísavou intenzitu, vyostřuje se zejména ve večerních či nočních hodinách. Delirium, jak uvádí Hana Papežová (2014, s. 385), může vyvolat infekce, anémie, dehydratace, malnutrice, vysazení alkoholu či jiných návykových látek, spánková deprivace, emoční stres, chirurgický zákrok, bolest. Pozor je třeba dávat také na běžné léky, jako jsou analgetika, antibiotika, antimykotika, antivirotika.

Terapie deliria spočívá v komplexnosti. Nutností je odstranit vyvolávající příčinu. Ve farmakologické terapii se uplatňují především antipsychotika, je třeba zajistit realimentaci. V nefarmakologické terapii je nutno zajistit bezpečí pacienta, úpravu prostředí a zvýšený dohled. V některých případech přistupujeme k využití omezovacích prostředků.

2.2 Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami

Jde o duševní poruchy způsobené užíváním alkoholu, kokainu, stimulancií, opiátů, hypnotik, halucinogenů, organických rozpouštědel a jiných psychoaktivních látek. Tyto poruchy jsou dnes všeobecně známé a diskutované, proto zde nebudou podrobněji rozvedena. *Psychoaktivními látkami jsou všechny látky, které mají vliv na psychickou činnost ve smyslu vyvolání závislosti* (Marková et al, 2006, s. 212).

Odvykací stavy

Ambulantní léčba

Ambulance je většinou první místo kontaktu s osobou užívající jakoukoliv návykovou látku. Zde je možno podávat medikaci na podporu abstinence (Antabus) nebo substituční terapii. Nutná je zde motivace klientů k abstinenci.

Léčba nealkoholových závislostí probíhá ve specializovaných střediscích a sdruženích (Drop-In, Alternativa, Sananim), v centrech následné péče a terapeutických komunitách. Další možnosti jsou Anonymní alkoholici a Anonymní toxikomani (Marková et al., 2006, s. 219).

Detoxifikace

Nutná je celková úprava vnitřního prostředí, zklidnění medikací, edukace, motivace k dlouhodobé léčbě. Monitorují se fyziologické funkce, pacient je observován na uzavřeném oddělení. Předchází se komplikacím z vysazení návykové látky, jako jsou epileptické záchvaty, deliria, agresivní chování, neklid apod. Zklidňující medikace se musí vysazovat velmi pomalu.

Střednědobá odvykací léčba

Základní metodou je režimová léčba a různé psychoterapeutické techniky (Marková et al., 2006, s. 219). Léčba je postavena na základech terapeutické komunity a její podstatou je jasně daný řád a program dne. Tato odvykací léčba trvá 5–14 týdnů.

Terapeutická komunita

Zde je nutné terapeutické vedení klienta a motivace. Pacienti většinou léčbu podstupují v délce 6–18 týdnů.

2.3 Psychotická onemocnění

Psychotická onemocnění mění vztah člověka k realitě, ovlivňují jeho citění, myšlení, vedou ke změnám osobnosti a snižují kvalitu lidského života (Marková et al., 2006, s. 235).

Příznaky psychotických onemocnění se dělí na pozitivní a negativní. Mezi pozitivní příznaky lze považovat bludy, halucinace, neúčelné chování, neologismy atd. Mezi negativní příznaky řadíme např. apatii, mutismus, ztrátu zájmů, negativismus, citové oploštění, vyhýbání se lidem. Časté jsou poruchy paměti, pozornosti nebo pocity méněcennosti až sebevražedné myšlenky. Mezi nejzajímavější typy schizofrenií patří paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie, katatonní schizofrenie.

Paranoidní schizofrenie

Časté jsou persekční bludy, sluchové halucinace, intrapsychické halucinace, anxieta. Pacienti si vztahují veškeré dění ke své osobě. Často si myslí, že jim někdo vkládá myšlenky a ovládá je. Je zde riziko vzniku neklidu a agresivního chování.

Hebefrenní schizofrenie

V popředí je nepředvídatelné, nepřiléhavé chování, grimasování, pseudofilozofování, nadměrná zdobivost. Halucinace a bludy nebývají přítomny. Hůře se odlišuje od bouřlivé puberty.

Katatonní schizofrenie

Katatonní schizofrenie se projevuje impulzivními činy, agitovaností nebo naopak stuporem či negativismem. Při agitovanosti je nebezpečí neklidu a agresivního jednání. U stuporu je pacient bez pohybu, ale při vědomí a slyší, co se kolem odehrává. Nutné je zajistit formou ošetrovatelské péče základní potřeby a monitorovat celkový stav. Stuporózní pacient může náhle a neočekávaně přejít do aktivity a může ohrožovat personál nebo další pacienty (Marková et al. 2006, s. 240).

Léčba schizofrenie

Mezi farmakologickou léčbu patří antipsychotika ať v tabletové, enterosolventní či parenterální formě. V nefarmakologické léčbě se uplatňuje psychoterapie, edukace nemocného i rodiny, psychiatrická rehabilitace. Cílem je zapojit pacienta do běžného života. Některé psychoterapeutické instituce se zabývají začleňováním těchto pacientů

do běžného života. Můžeme uvést např. Esset např. i v Olomouci působící společnost Mana, o.p.s. Společnost Mana, o.p.s. též od roku 2015 zajišťuje službu pacientům v domácím prostředí formou návštěv psychiatrické sestry, která za nimi dochází společně v doprovodu sociálního pracovníka.

Komplikace farmakologické léčby

Antipsychotika mají spoustu nežádoucích účinků např.: zvýšení chuti k jídlu, zvýšení hmotnosti, nadměrná únava, závratě, hypotenze, sucho v ústech, rozmazané vidění, obstipace nebo závažnější tzv. extrapyramidové příznaky.

Mezi extrapyramidové příznaky patří parkinsonismus, dyskineze, dystonie, akatizie (psychomotorický neklid s přešlapováním) a jiné. Akutní dystonie je tonická kontrakce svalstva, která může stisknout hrudník, ústa, jazyk, axiální svalstvo nebo končetiny. Může se vyskytnout okulogyrní krize nebo opistotonus (Papežová, 2014, s. 43). Léčbou je především vysazení antipsychotika.

Nejzávažnější je maligní neuroleptický syndrom. Mezi hlavní příznaky patří hypertermie, svalová rigidita, poruchy polykání, třes, inkontinence, tachykardie, změny v hodnotách krevního tlaku, leukocytóza, neklid, delirium, sopor až kóma. Může končit letálně. Nutný je zde překlad na anesteziologicko-resuscitační oddělení, kde se dle literatury podává dantrolen (Raboch et al., 2012, s. 87).

Elektrokonvulzivní terapie (EKT)

Patří k nejúčinnějším nefarmakologickým metodám v psychiatrii. Podstatou je snaha o vyvolání krátkého epileptického záchvatu, který vznikne průchodem elektrického impulzu mozkem. Elektrokonvulzivní terapie bývá indikována u schizofrenií se závažnějšími projevy např. u katatonie, nezvládnutelného neklidu, farmakorezistence. Další indikací může být deprese se suicidálním jednáním nebo maligní neuroleptický syndrom. Kontraindikacemi jsou zvýšený nitrolební tlak, aneuryzma, těžká ischemická choroba srdeční, glaukom atd.

Průběh elektrokonvulzivní terapie

Pacient většinou podepisuje informovaný souhlas. Elektrokonvulzivní terapie může být provedena i z vitální indikace. Nutností je celkové vyšetření pacienta jako před operačním

výkonem v celkové anestezii. Pacient musí mít vyšetřeny krevní odběry, EKG, RTG srdce a plic, interní vyšetření, neurologické vyšetření, oční vyšetření, EEG, popř. CT či MR.

Pacient musí být edukován o průběhu, nežádoucích účincích a riziku elektrokonvulzivní terapie. Asi osm hodin před EKT nejí, nepije, nesmí kouřit. Odloží vše kovové (prsteny, řetízky), vydělá protézu, kontaktní čočky a připraví se jako u jiného operačního výkonu v celkové anestezii.

Nemocný leží u výkonu v poloze na zádech. Má vysvlečený kabátek od pyžama, zavedenou periferní žilní kanylu, monitorují se fyziologické funkce. U zákroku jsou přítomní lékař a sestra z anesteziologicko-resuscitačního oddělení, lékař psychiatr a psychiatrická sestra. Lékař anesteziolog pacienta uvede do celkové anestezie. Lékař psychiatr aplikuje navlhčené, většinou bipolární elektrody na spánek pacienta a aplikuje elektrický impulz stisknutím tlačítka u přístroje pro EKT. Aplikací elektrickým proudem se vyvolá stav, který je podobný epileptickému záchvatu. V průběhu se zaznamenává EEG a EKG. Po provedeném EKT je sledování obvyklé jako u jiných operačních zákroků, kontrola fyziologických funkcí v časových intervalech, sledování celkového stavu pacienta a projevů neklidu a zmatenosti.

Pacienti se cítí po elektrokonvulzivní terapii unaveni, mohou mít bolesti hlavy nebo potíže s pamětí. Tyto potíže jsou většinou přechodné.

Hospitalizace bez souhlasu pacienta

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č.372/2011 Sb. se zabývá hospitalizací bez souhlasu pacienta.

Dle tohoto zákona § 38 lze pacienta hospitalizovat bez jeho souhlasu. Taková hospitalizace je možná v případě, když pacient bezprostředně a závažným způsobem ohrožuje sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy či touto poruchou trpí. Nedobrovolná hospitalizace je dále popsána v občanském soudním řádu 99/1993 Sb. v paragrafu 191. V případě, že se lékař rozhodne hospitalizovat pacienta bez jeho souhlasu, musí do 24 hodin od přijetí oznámit soudu, v jehož obvodu má zdravotnické zařízení sídlo, že se jedná o nedobrovolnou hospitalizaci (Petr, 2014, s. 71).

Omezovací prostředky

Podle paragrafu 39/1 lze omezit volný pohyb pacienta úchopem, použitím ochranných pásů nebo kurtů, umístěním v síťovém lůžku, umístěním v místnosti určené k bezpečnému pohybu, ochranným kabátkem nebo vestou omezující pohyb horních končetin, parenterálním podáním vhodných psychofarmak, případně kombinací některých z uvedených možností. Omezovací prostředky lze použít, když je nevyhnutelné odvrátit bezprostřední ohrožení života nebo bezpečnosti pacienta nebo jeho okolí, a to pouze na nezbytnou dobu, během ní musí být pacient pod stálým dohledem zdravotníků, aby nedošlo k poškození jeho zdravotního stavu (Papežová, 2014, s. 34).

2.4 Afektivní poruchy

U afektivních poruch se setkáváme v zásadě se dvěma syndromy: depresivním (častěji) a manickým. Hovoříme pak o depresivní nebo manické epizodě (Raboch et al., 2001, s. 91).

Deprese

Mezi typické příznaky deprese patří anxieta, ranní pesima, smutná nálada, nespavost, únava, anhedonie, snížená koncentrace, snížená sexuální apetence, pocity viny, beznaděje, zpomalené myšlení, neschopnost cokoli udělat, přání zemřít, sebevražedné myšlenky, poruchy psychomotoriky. Časté jsou i bolesti. Příznaky musí trvat více než dva týdny. Dle intenzity příznaků rozlišujeme deprese mírné, střední a těžké. U depresí mohou být přítomny i psychotické příznaky. Jsou to například bludy či halucinace.

Deprese může vzniknout na podkladě biologických i psychosociálních příčin. U každého pacienta musíme také myslet na riziko suicidálních myšlenek či jednání. U léčby depresí se uplatňují antidepressiva, anxiolytika, psychoterapie, elektrokonvulzivní terapie.

Mánie

Mánie se projevuje nadnesenou náladou. Pacient může být nepřiměřeně hovorný, hlasitý. Chová se familiárně, impulzivně, může mít zvýšenou sexuální apetenci, nemá potřebu spát, může se i obnažovat, má ztrátu sociálních zábran. Psychomotorika je zrychlena. Někteří pacienti jsou hostilní a arogantní vůči personálu, což může vyústit v agresivní jednání. U mánie s psychotickými příznaky jsou přítomny bludy nebo halucinace. Je zde velká pravděpodobnost sebevražedného jednání.

V léčbě mánie se používají stabilizátory nálady, antikonvulziva, antipsychotika v kombinaci s benzodiazepiny (Petr, 2014, s. 223). Důležitá je psychoterapie.

2.5 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

Příznaky neuróz můžeme rozdělit na příznaky duševní – úzkost, strach, deprese, fobie, obsese, kompulze, derealizace, depersonalizace, poruchy spánku, nesoustředěnost, podrážděnost apod., a příznaky tělesné – bolesti hlavy, dušnost, palpitace, bolesti na hrudi, závratě, tachykardie, parestézie, pocení, kolapsy, třes, napětí, zvracení, průjmy atd. (Marková et al., 2006, s. 260).

Do tohoto okruhu patří fobie, panické poruchy, somatoformní porucha, generalizovaná úzkostná porucha, obsedantně kompulzivní porucha a jiné.

Fobické úzkostné poruchy

Dle Markové (2006, s. 260) je fobie nepřiměřený, intenzivní strach z některých situací, podnětů či předmětů. Jedinec si většinou iracionální obavu uvědomuje, ale nezvládá ji a situacím se záměrně vyhýbá.

Agorafobie

Agorafobie je strach z velkých prostranství, strach z opuštění domova, strach cestovat dopravními prostředky, strach z restaurací nebo strach být na místech, kde je více lidí. Léčba je farmakologická i psychoterapeutická (kognitivně-behaviorální psychoterapie, relaxační i dechové techniky).

Sociální fobie

Je to strach být v kontaktu s lidmi. Tento strach může být různé intenzity, např. strach mluvit na veřejnosti nebo třeba jen psát před druhými. Pacienti se vyhýbají lidem a mohou skončit až v sociální izolaci. Ve farmakologické léčbě se uplatňují antidepresiva, anxiolytika, betablokátory. V nefarmakologické léčbě je důležitá kognitivně-behaviorální psychoterapie.

Panická porucha

Tato porucha se projevuje záchvatovitou, intenzivní úzkostí, často ji doprovází strach ze smrti. Může být důsledkem dlouhodobějšího dříve prožitého stresu či somatického onemocnění (endokrinopatie). Léčí se antidepresivy, anxiolytiky. Důležitá je také kognitivně-behaviorální terapie.

Generalizovaná úzkostná porucha

U generalizované úzkostné poruchy úzkosti trvají více než šest měsíců a panické ataky nejsou přítomny. Pacienti žijí v neustálých starostech a úzkosti. Mají sklon k abúzu alkoholu. V terapii se podávají antidepresiva, anxiolytika.

Obsedantně-kompulzivní porucha

Obsese jsou vtíravé myšlenky nebo představy. Zahrnují některá z níže uvedených nebezpečí nebo potenciálních poškození: strach z nákazy (např. špínou, choroboplodnými zárodky, chemikáliemi), strach, že něco důležitého nebylo uděláno (zamčení dveří, zavření plynu), impulzy k násilnému a agresivnímu chování (např. zabití svého dítěte). Tyto obsese vedou ke kompulzím, které do jisté míry sníží úzkost, kterou vyvolaly (Raboch et al., 2001, s. 136).

Léčba spočívá v podávání antipsychotik, anxiolytik, antidepresiv a především v kognitivně-behaviorální terapii. Sledujeme tzv. spouštěče chování. Pacienta se snažíme odpoutat od tohoto chování.

2.6 Poruchy příjmu potravy

Charakteristickým rysem poruch příjmu potravy jsou poruchy myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a vlastnímu vzhledu. Jedná se o neustálé zabývání se jídlem na úkor jiných sociálních aktivit a nálehavé kontrolování výživy (Marková et al., 2006, s. 287).

Diagnostika i léčba těchto poruch bývá ztížena utajováním a nespoluprací samotných pacientů. Je to vlastně neustálé se zabývání jídlem a stravovacími návyky.

Mentální anorexie

Jde o kontrolované snižování hmotnosti, strach z tloušťky, odmítání jídla a odolávání pocitu hladu. Pacientky často používají laxativa, anorektika, diuretika. Také nadměrně cvičí. Vzhledem k dlouhodobé malnutrici se u pacientů vyskytují závratě, synkopy, hypotenze, palpitace, bradykardie, rozvrat vnitřního prostředí, amenorea, osteoporóza, lomivost nehtů, bledá až šedá pokožka, leukopenie. Vyskytuje se i depresivní ladění, obsedantní chování. Může končit letálně.

Mentální bulimie

Mentální bulimie je charakteristická konzumací velkého množství potravy během krátkého časového intervalu. Poté se postižení snaží snižovat svou hmotnost pomocí zvracení, diuretik, laxativ. Často trpí pocity viny, anxiétou a sebevražedným jednáním.

Léčba mentální anorexie a mentální bulimie

Obě poruchy se mohou prolínat. Cílem léčby je nastolení správných stravovacích návyků a odstranění důsledků malnutrice. Za optimální týdenní přírůstek se považuje 0,5–1,5 kg týdně. U obou poruch často dochází k rozvratu vnitřního prostředí, proto je nutné zajistit celkovou realimentaci.

Důležitou metodou léčby je psychoterapie, hlavně kognitivně-behaviorální psychoterapie, individuální psychoterapie. Nutná je i spolupráce celé rodiny, psychoedukace i svépomocné skupiny. Z farmakologické léčby se podávají antipsychotika, antidepressiva.

2.7 Poruchy osobnosti

Zde se řadí osobnosti, které mají extrémně vystupňované povahové a charakterové rysy. Maladaptivní vzorce chování jsou hluboce zakořeněné a vedou k závažným osobním a sociálním selháním (Petr, 2014, s. 240).

Hlavní terapeutickou metodou je psychoterapie, ale i farmakologická léčba (antidepresiva, antipsychotika, lithium a další).

Mezi nejčastěji vyskytující se poruchy osobnosti patří:

Paranoidní porucha osobnosti

Osobnost je podezřívavá, vztahovačná, nepřátelská, citlivá, trvale bojuje za svá práva a není zde přítomna bludná produkce. Lidé s touto poruchou osobnosti jsou též nazýváni kveluranty.

Schizoidní porucha osobnosti

U této osobnosti bývá oploštělá emotivita, malý zájem o sex, uzavření do svého světa fantazií, nedostatek sociálních kontaktů. Tito lidé bývají označováni jako podivíni.

Disociální porucha osobnosti

Tato osobnost se nezajímá o city druhých, není schopna empatie, často bývá agresivní a výbušná, špatně se adaptuje. Jsou to často pachatelé trestných činů.

Emočně nestabilní porucha osobnosti

Tyto osobnosti jsou impulzivní, kdy neovládají své emoce a mají časté výbuchy. Ty mohou vést až k násilným činům. Často se sebepoškozují, mají nestálé a krátkodobé vztahy, sexuální orientace nemusí být vyhraněná.

Histriónská porucha osobnosti

Vyznačuje se nadměrným projevem emocí, teatrálností, egocentrismem, častá je též manipulace s druhými, pomlouvání, rozvracení kolektivu, lhaní. Obvykle jsou atraktivní a svůdné, a jako narcistické osobnosti, se velmi zajímají o svůj vzhled (James, 2001, s. 47).

Anankastická porucha osobnosti

V popředí je perfekcionalismus, rutinní zvyky. Jsou to osoby s vtíravými myšlenkami a nutkavým jednáním. Svědomité, selhávající osobnosti s nastavenými pravidly.

Závislá porucha osobnosti

Tato osobnost bývá pasivní, nemá ráda odpovědnost, vše podřizuje ostatním osobám.

Narcistická porucha osobnosti

Tato osobnost trpí pocity jedinečnosti, neodolatelnosti, není schopna empatie.

Léčba u poruch osobnosti je dlouhodobá, režimová. Léčba se zaměřuje na podávání antipsychotik, anxiolytik, antidepresiv, psychoterapii. Nutná je spolupráce pacienta a ochota ke změně.

2.8 Mentální retardace a poruchy intelektu

Mentální retardace patří k poruchám intelektu. Dochází při ní k nedostatečnému rozvoji intelektu a tím pádem ke snížení rozumových schopností. Porucha je vrozená nebo vzniká v časném věku po narození. Příčiny jsou různé, svou roli mohou sehrávat dědičné vlivy a také může dojít k poškození mozku v perinatálním období z toxických, metabolických nebo traumatických příčin (Marková, 2006, s. 306).

U jedinců se snažíme o dosažení co největší míry sebezpečí.

Pásma mentální retardace

Mentální retardace se podle stupně postižení rozděluje do následujících skupin:

Lehká mentální retardace, IQ 50 – 69

Tito jedinci zvládají poměrně úspěšně řeč, dosahují samostatnosti v hygieně, oblékání, přijímání stravy. Mohou se vyučit i řemeslné práci. Bývají zde poruchy učení, poruchy soustředění.

Středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49

Jedinci většinou gestikulují, jsou málo zruční, mají malou slovní zásobu, často bývá přidruženo jiné duševní onemocnění. Bývají velmi fyzicky aktivní. Umějí vykonávat jednoduchou manuální práci pod dohledem.

Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34

U těžké mentální retardace bývá postižena motorika, jedinci jsou nevzdělatelní.

Hluboká mentální retardace, IQ pod 20

Tito jedinci bývají imobilní, inkontinentní, vyžadují trvalý celodenní dohled. Jsou nevychovatelní s různými smyslovými defekty.

Dnes se snažíme i o integraci postižených do běžného kolektivu (dle míry postižení). Snažíme se o to, aby do péče o jedince byla zapojena nejen rodina, ale i rehabilitační pracovníci, pedagogové. U těžších forem postižení může péče probíhat v ústavech sociální péče, v psychiatrických léčebnách.

3 AKUTNÍ STAVY V PSYCHIATRII

Akutní stavy v psychiatrii jsou stavy, které mohou ohrožovat pacienta na životě.

Mezi akutní stavy v psychiatrii řadíme následující stavy:

- Akutní stresová reakce,
- Psychosociální krize,
- Náhlý smutek,
- Riziko suicidálního pokusu,
- Stavy akutního neklidu,
- Agresivní chování,
- Kvalitativní změny vědomí,
- Akutní psychotické dekompenzace,
- Panická ataka,
- Akutně se projevují nežádoucí účinky psychofarmak (serotonergní syndrom, akutní dystonie),
- Akutní intoxikace návykovými látkami (Praško, 2013, s. 769)

U těchto akutních stavů je nutné na pacienta zvýšeně dohlížet. Sledujeme, jak se během dne chová, s kým se kontaktuje, zda pospává, zda přijímá stravu, tekutiny, léky. Všimáme si i maličností, zda je upravený, učesaný, zda sleduje televizi. Důležité je všimnout si změny v chování u pacienta. Pacient např. začne zrychleně chodit po chodbě, bouchat dveřmi, s nikým se nekontaktuje. Takový projev chování může naznačit vzrůstající neklid až agresi.

Často se zdravotničtí pracovníci obávají vzniku neklidu u pacienta. Pacienti bývají neklidní, jsou agresivní vůči věcem, personálu, spolupacientům nebo proti sobě samému. *Zdravotníci by měli přistupovat k takovému pacientovi klidně, nezvyšovat hlas, nenadávat, nevyhrožovat, vše dělat pomalu. Pokud je indikována fyzická imobilizace a farmakologická krankvilizace, tak je třeba pěti osob. Jedna osoba zabraňuje, aby pacient neutrpěl úraz hlavy. Ostatní fixují končetiny. Vše se provede tak, aby v případě forenzního projednávání nebylo možno vznést námitek. Medikaci je většinou haloperidol, tiserčin či diazepam i. m.* (Pokorný, 2004, s. 177).
Důraz se klade na podrobné zápisy v dokumentaci.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl: Zjistit míru informovanosti všeobecných sester, zdravotnických záchranářů, zdravotnických asistentů, absolventů na vybraných pracovištích (ambulantních a lůžkových provozech) v oblasti psychiatrické péče.

Dílčí cíle:

Cíl 1: Detekovat, se kterými psychiatrickými onemocněními a psychickými poruchami se zdravotničtí pracovníci setkávají v daných provozech nejčastěji.

Cíl 2: Zjistit, zda jsou na jednotlivých pracovištích využívány omezovací prostředky a jaký postoj k nim respondenti zaujímají.

Cíl 3: Zjistit zájem zdravotnických pracovníků o vzdělávání v oblasti psychiatrické péče.

4.2 Metodika výzkumu

Pro dané téma jsem se rozhodla v červnu roku 2015. V létě jsem prostudovala dostupnou literaturu. Pro kvantitativní šetření jsme zvolili výzkumnou metodu dotazníku (viz Příloha P I). Od září jsme pracovali na teoretické části a dotaznících pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

Dotazník obsahuje celkem 22 otázek. Úvod dotazníku tvoří krátké představení, vysvětlení čím se téma zabývá a k čemu bude sloužit.

Konečné verzi dotazníku předcházelo předvýzkumné šetření. Dotazníky byly rozdány náhodně v počtu 15 kusů, a to i elektronicky. Následně po vyhodnocení byla verze dotazníku upravena. Tyto dotazníky nejsou zahrnuty v šetření.

4.3 Organizace šetření

Osloveno bylo celkem sedm nemocnic a dvě zdravotnické záchranné služby z celé ČR.

Nakonec průzkum probíhal v těchto nemocnicích: FN Olomouc, v Krajská nemocnice T. Bati ve Zlíně, FN Brno, nemocnice Šternberk Středomoravská nemocniční, člen skupiny Agel, a mezi studenty kombinované formy studia. Průzkum probíhal v době od 14. 12. 2015 do 30. 1. 2016. Průzkumu se účastnili zdravotničtí pracovníci z ARO, kliniky plicních nemocí a TBC, chirurgických a interních oborů. Bylo rozdáno celkem

190 dotazníků, vráceno jich bylo 163. Z tohoto počtu bylo vyřazeno 12 dotazníků pro jejich neúplnost.

4.4 Analýza získaných dat

Data jsou zpracována v programu Microsoft Office Excel a uvedena většinou do tabulek nebo grafů s tabulkami. V tabulkách je absolutní četnost (což uvádí počet respondentů, kteří odpovídali na otázku stejnou odpovědí) a relativní četnost (uvádí procentuální zastoupení respondentů). Správné odpovědi v tabulkách jsou zvýrazněny zeleně.

Jako hranici k posouzení úrovně informovanosti zdravotnických pracovníků byla zvolena hranice nad 70 % kladných odpovědí respondentů.

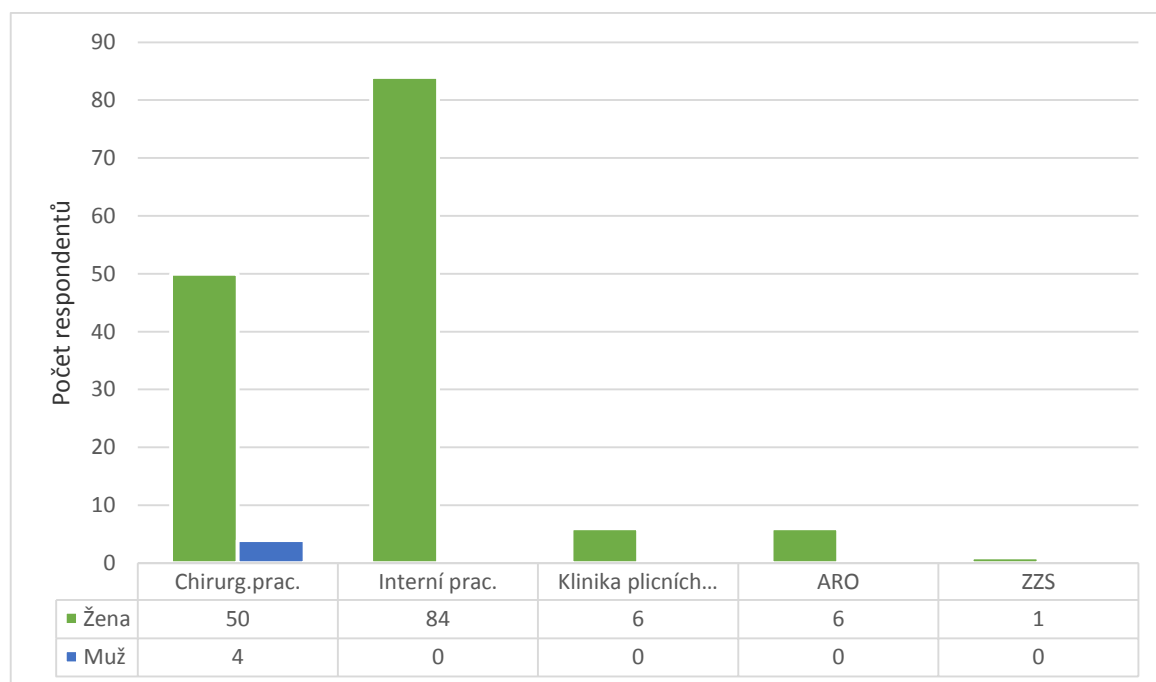
Otázka 1. Uveďte pohlaví.

Tabulka č. 1 - Pohlaví respondentů.

POHLAVÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Žena	147	97 %
Muž	4	3 %
Celkem	151	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 151 (100 %) respondentů, z toho 147 (97 %) žen a čtyři (3 %) muži.



Graf č. 1 - Pohlaví respondentů.

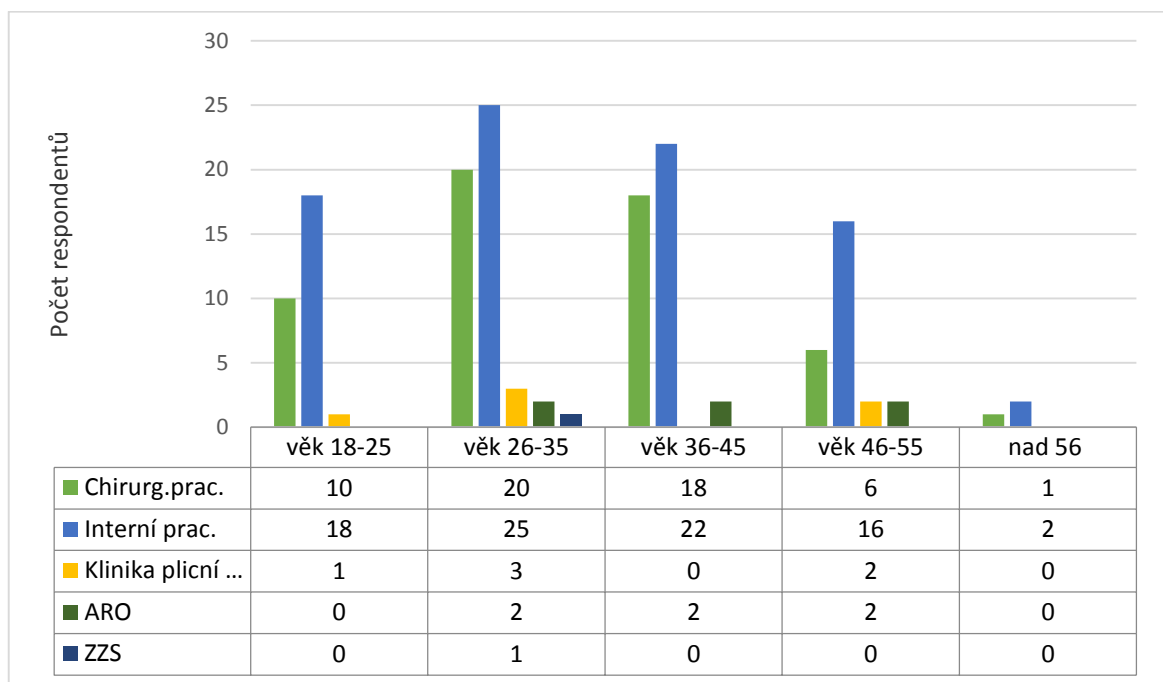
Otázka č. 2 Uved'te věk.

Tabulka č. 2 - Věk respondentů.

VĚK	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
18 – 25 let	29	19 %
26 – 35 let	51	34 %
36 – 45 let	42	28 %
46 – 55 let	26	17 %
nad 56 let	3	2 %
Celkem	151	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Z výsledků vyplývá, že nejpočetnější věkovou skupinou jsou respondenti ve věku 26–35 let v počtu 51 (34 %). Druhou nejvíce zastoupenou skupinou respondentů jsou respondenti ve věku 36–45 let, a to v počtu 42 (28 %). Věková skupina 18–25 let je v počtu 29 (19 %) respondentů. Ve věku 46–55 let se zúčastnilo průzkumu 26 (17 %) respondentů. A starší respondenti nad 56 let byli zastoupeni v počtu tři (2 %).



Graf č. 2 - Věk respondentů.

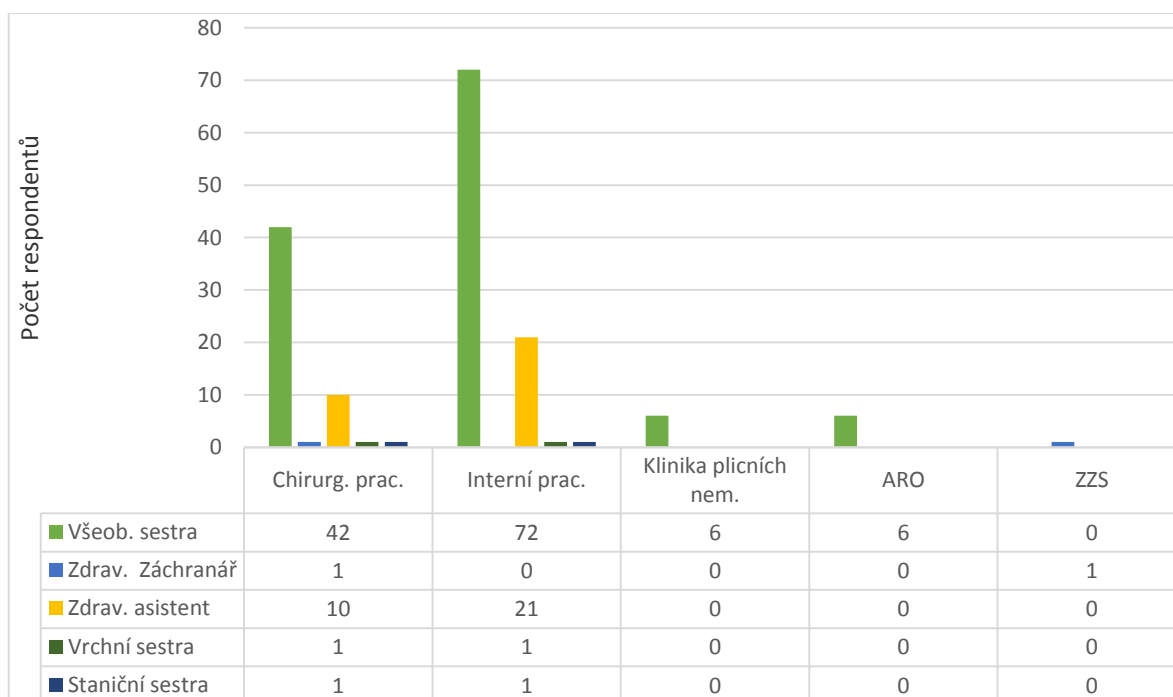
Otázka č. 3 Na jaké pozici pracujete?

Tabulka č. 3 - Pracovní zařazení.

POZICE	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Všeobecná sestra	114	76 %
Zdravotnický záchranář	2	1 %
Zdravotnický asistent	31	21 %
Management – vrchní sestra	2	1 %
Staniční sestra	2	1 %
CELKEM	151	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového počtu respondentů 151 (100 %) se šetření zúčastnilo 114 (76 %) všeobecných sester, dva (1 %) zdravotničtí záchranáři, 31 (21 %) zdravotničtí asistenti. Průzkumu se zúčastnily dvě (1 %) vrchní sestry a dvě (1 %) staniční sestry.



Graf č. 3 - Pracovní zařazení.

Otázka č. 4 Na jakém pracovišti pracujete?

Tabulka č. 4 - Pracoviště respondentů.

PRACOVIŠTĚ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Chirurgická pracoviště	54	36 %
Interní pracoviště	84	55 %
ARO	6	4 %
Klinika plicních nemocí	6	4 %
ZZS	1	1 %
Celkem	151	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

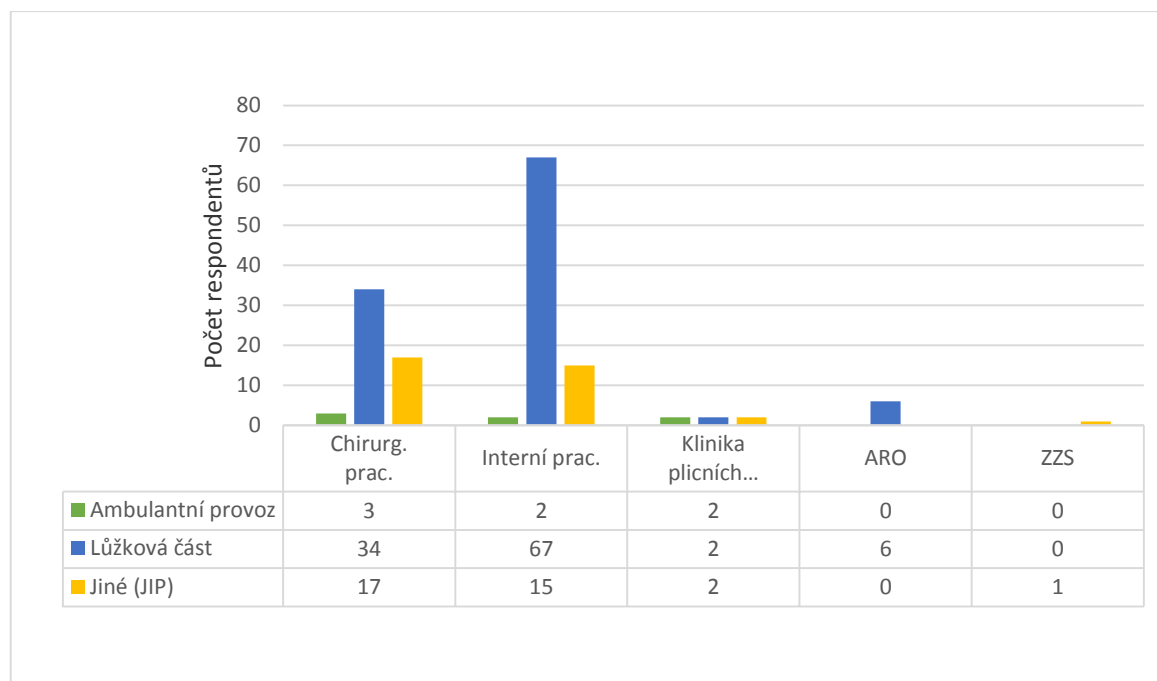
Z chirurgických pracovišť pocházelo 54 (36 %) respondentů. Z těchto chirurgických pracovišť bylo 15 respondentů z JIP a jedna respondentka byla vrchní sestra. Tři respondenti pracovali v ambulantním provozu, 34 na lůžkových odděleních, jeden respondent na chirurgických sálech.

Z interních pracovišť se průzkumu zúčastnilo celkem 84 (55 %) respondentů. Z interních pracovišť bylo 12 respondentů z JIP, jedna respondentka byla vrchní sestra, dvě respondentky staniční sestry. Dva respondenti pocházeli z ambulantního provozu, 67 respondentů bylo z lůžkových částí.

Z ARO se průzkumu zúčastnilo celkem 6 (4 %) respondentů a všichni byli z lůžkové části. 1 (1 %) respondent byl zdravotnickým záchranářem pracujícím u zdravotnické záchranné služby. Z kliniky plicních nemocí a TBC se zúčastnilo celkem 6 (4 %) respondentů, a to dva respondenti z ambulantního provozu, dva respondenti z lůžkové části a dva respondenti z JIP.

Z celkového počtu ze 151 (100 %) respondentů tedy pracovalo sedm respondentů v ambulantním provozu, 109 respondentů na lůžkových odděleních. Z chirurgických sálů byl jeden respondent, ze zdravotnické záchranné služby jeden respondent, dvě

respondentky byly vrchními sestrami, dvě respondentky staniční sestry, z JIP bylo 29 respondentů.



Graf č. 4 - Pracoviště respondentů.

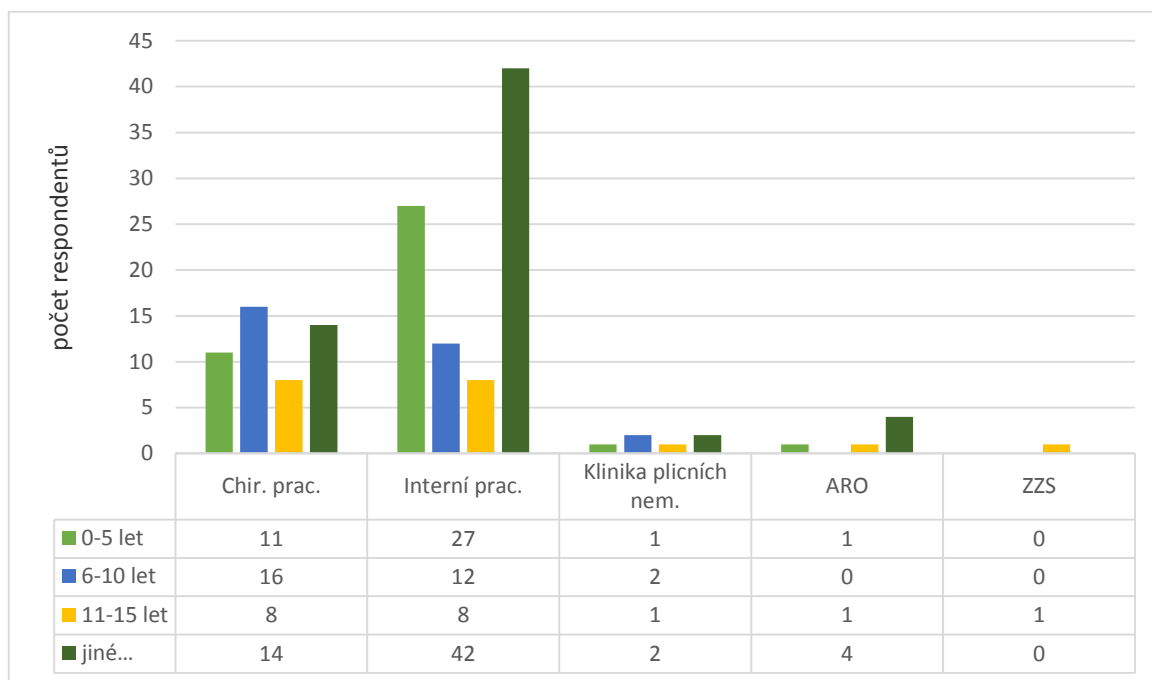
Otázka č. 5 Jaká je délka vaší praxe ve zdravotnictví?

Tabulka č. 5 - Délka praxe ve zdravotnictví.

DÉLKA PRAXE	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
0 – 5 let	40	26 %
6 – 10 let	30	20 %
11 – 15 let	19	13 %
Jiné	62	41 %
Celkem	151	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Délku praxe do pěti let v dotazníku uvedlo 40 (26 %) respondentů, praxe v rozmezí od 6 do 10 let dosáhlo 30 (20 %) dotázaných, 11–15 let praxe mělo 19 (13 %) respondentů. Nejvíce respondentů využilo možnost odpovědi „jiné“, a to v počtu 62 (40 %) dotázaných. V odpovědi „jiné“ respondenti nejčastěji uváděli praxi 20–30 let, a to 40 (26 %) respondentů. Odpovědi jiné využilo celkem 62 (41 %) respondentů. Praxi 16–20 let mělo 15 respondentů, praxi delší než 31 let uvedli čtyři respondenti. Tři respondenti uvedli, že ve zdravotnictví pracují dlouho, ale časový horizont neupřesnili.



Graf č. 5 - Délka praxe ve zdravotnictví.

Otázka č. 6 S jakými psychiatrickými onemocněními a poruchami jste se ve své praxi setkali nejčastěji?

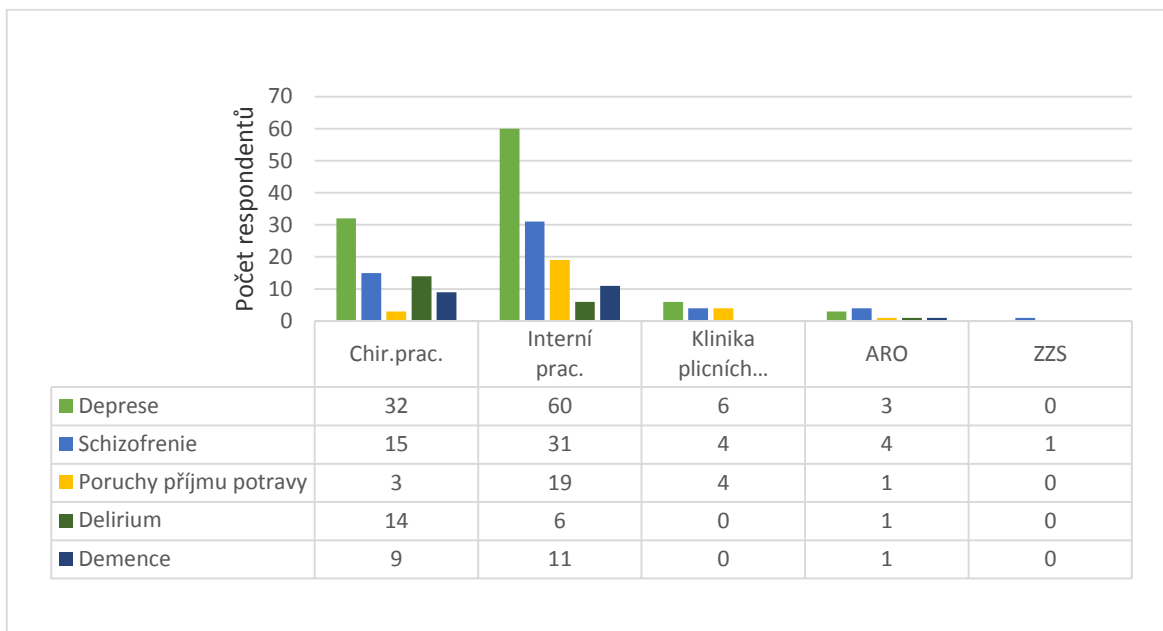
Tabulka č. 6 - Nejčastější kontakt s psychiatrickým onemocněním.

PSYCH. ONEMOCNĚNÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Deprese	105	41 %
Schizofrenie	54	21 %
Poruchy příjmu potravy	27	11 %
Jiné....	69	27 %
CELKEM	255	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového počtu 255 (100 %) odpovědí, se s depresemi ve své praxi setkalo 105 (41 %) respondentů, 54 (21 %) respondentů se setkalo se schizofrenií, s mentální anorexií a mentální bulimií (v tabulce uvedeno jako poruchy příjmu potravy) se setkává velmi často 27 (11 %) respondentů. A možnosti jiné využilo 69 (27 %) dotazovaných. V možnosti „jiné“ respondenti uvedli, že se setkávají velmi často s nespecifikovanými delirantními stavy, a to 22 (14 %) respondentů. S demencí se setkává často 20 (13 %) dotazovaných.

3 (2 %) dotazovaní uvedli, že se velmi často setkávají s úzkostmi. Organický psychosyndrom uvedli 3 (2 %) respondenti, abstinční příznaky z abúzu alkoholu a cigaret uvedlo 11 (7 %) respondentů. 2 (1 %) respondenti se setkali se sebepoškozením a sebevražedným jednáním. 8 (5 %) respondentů se velmi často setkává se zmateností a neklidem.



Graf č. 6 - Nejčastější kontakt s psychiatrickým onemocněním.

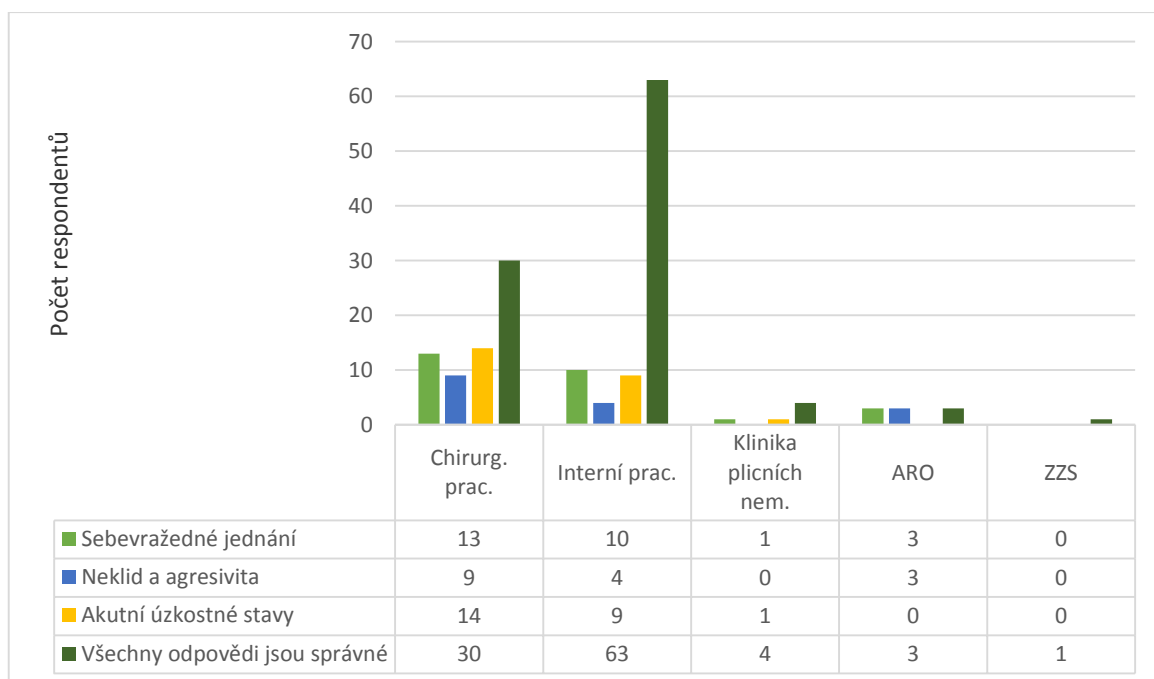
Otázka č. 7 Mezi akutní stavy v psychiatrii řadíme?

Tabulka č. 7 - Akutní stavy v psychiatrii.

AKUTNÍ STAVY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Sebevražedné jednání	27	17 %
Neklid a agresivita	16	9 %
Akutní a úzkostné stavy	24	14 %
Všechny odpovědi jsou správné	101	60 %
CELKEM	168	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

V této otázce byla správná odpověď za d) všechny odpovědi jsou správné. Mezi akutní stavy z těchto uvedených možností, řadíme sebevražedné jednání, neklid a agresivitu, akutní a úzkostné stavy. Správně odpovědělo 101 (60 %) dotázaných. Dalších 50 (33 %) respondentů uvedlo jednu nebo více možností (viz Tabulka č. 7).



Graf č. 7 - Akutní stavy v psychiatrii.

Otázka č. 8 Hospitalizaci bez souhlasu nemocného je nutné nahlásit příslušnému soudu do kolika hodin?

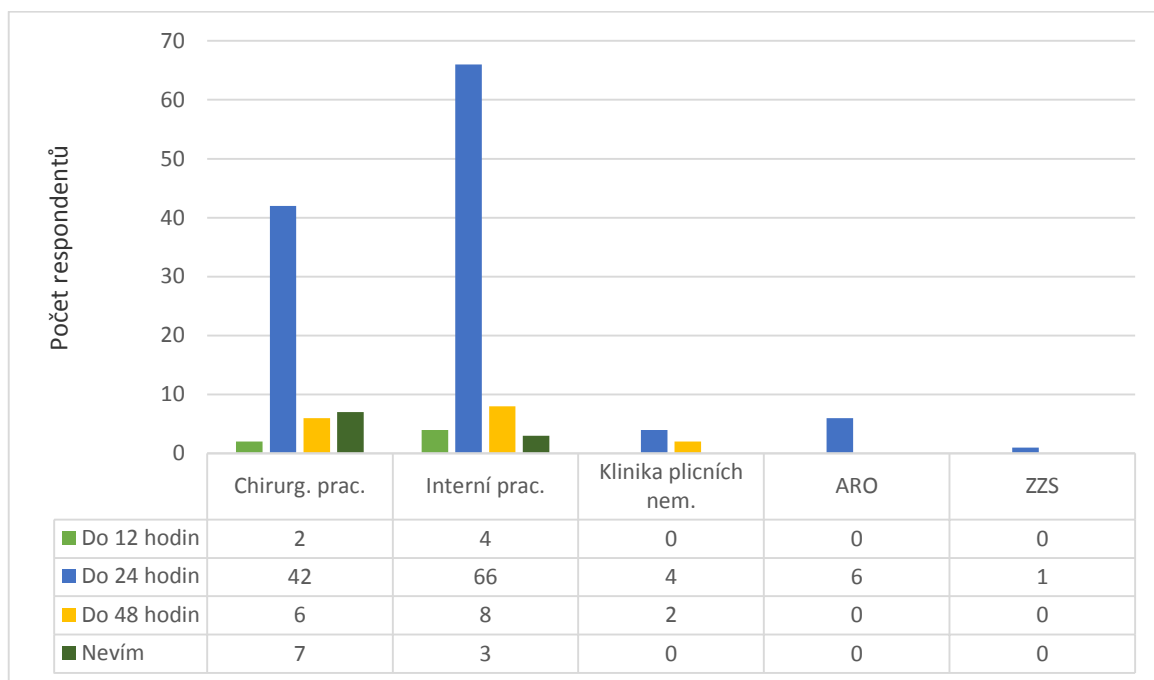
Tabulka č. 8 - Doba pro nahlášení hospitalizace bez souhlasu nemocného soudu.

HOSPITALIZACI BEZ SOUHLASU NEMOCNÉHO HLÁSÍME SOUDU DO	ABSOLUNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
12 hodin	6	4 %
24 hodin	119	79 %
48 hodin	16	10 %
nevím	10	7 %
CELKEM	151	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

V této otázce je správnou odpovědí b) do 24 hodin.

Z celkového počtu 151 (100 %) respondentů odpovědělo správně 119 (79 %) respondentů. 6 (4 %) respondentů se domnívalo, že musí hospitalizaci hlásit soudu do 12 hodin. Možnost do 48 hodin uvedlo 16 (10 %) respondentů. A 10 (7 %) z dotázaných uvedlo, že neví.



Graf č. 8 - Doba pro nahlášení hospitalizace bez souhlasu nemocného soudu.

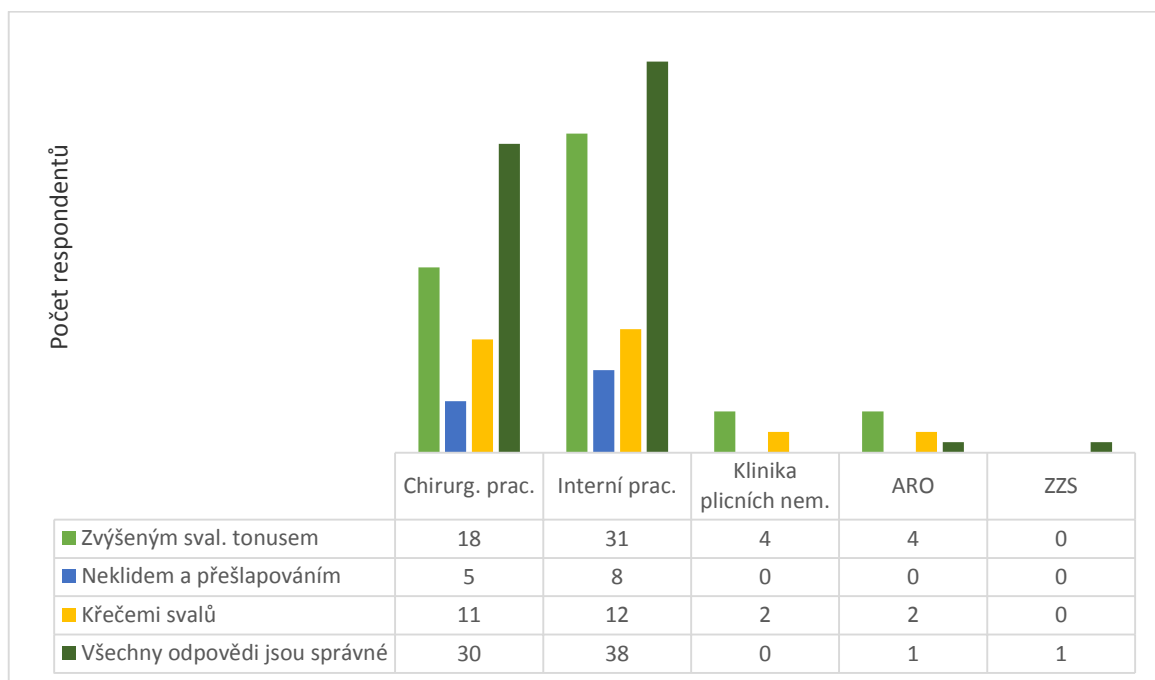
Otázka č. 9 Extrapyramidové příznaky se mohou projevovat...

Tabulka č. 9 - Projevy extrapyramidových příznaků.

EXTRAPYRAMIDOVÉ PŘÍZNAKY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Zvýšeným svalovým tonem, tremorem	57	33%
Neklidem, přešlapováním	13	8%
Křečemi, bolestivými stahy svalů	27	16%
Všechny odpovědi jsou správné	70	43 %
CELKEM	166	100%

Zdroj: vlastní zpracování

U této otázky byla správná odpověď d) všechny odpovědi jsou správné. Tuto možnost využilo 70 (46 %) respondentů z celkového počtu 151 (100 %) dotazovaných. Zbytek respondentů využilo buďto jedné možnosti odpovědi, či i více možností. Nejvíce však využívali možnosti a) a to, že se projevují zvýšeným svalovým tonem.



Graf č. 9 – Projevy extrapyramidových příznaků.

Otázka č. 10 Indikacemi k elektrokonvulzivní terapii (EKT) jsou?

Tabulka č. 10 - Indikace k elektrokonvulzivní terapii.

INDIKACE EKT	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Těžká deprese nereagující na léky	142	94 %
Nespavost	7	5 %
Mentální anorexie	0	0 %
Jiné (uveďte)...	2	1 %
CELKEM	151	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

U této otázky byla správná odpověď a) tedy, že mezi indikace k elektrokonvulzivní terapii patří těžká deprese nereagující na léčbu (viz Tabulka č. 10).

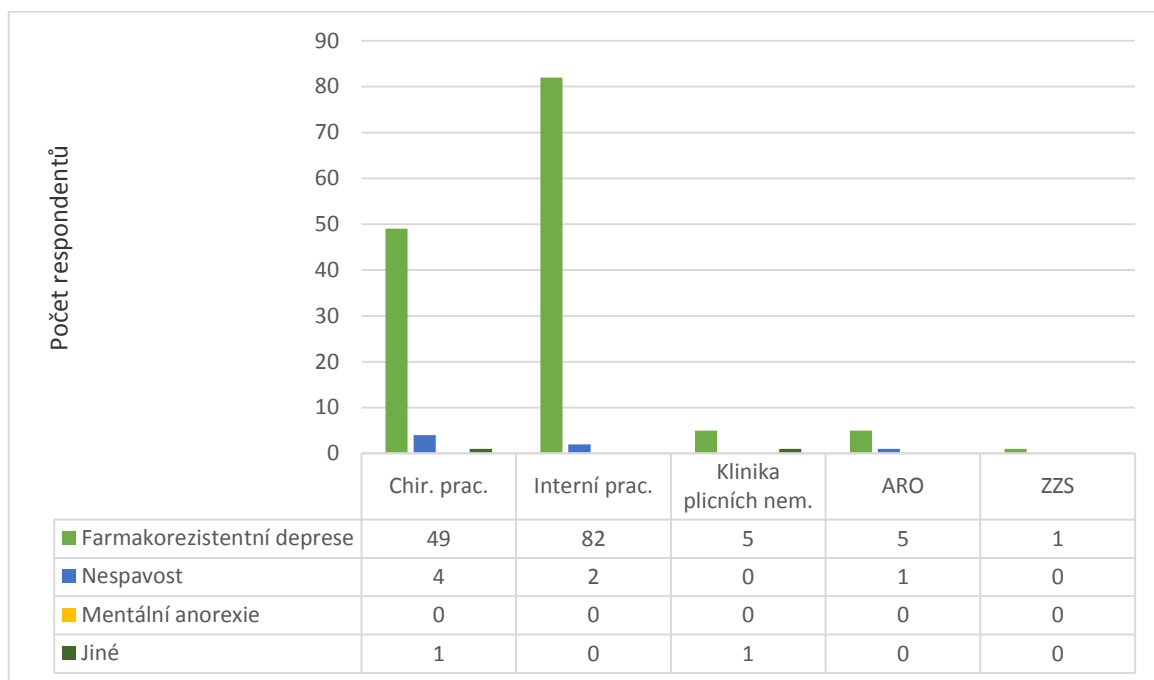
Celkem 142 (94 %) respondentů z celkového počtu 151 (100 %) uvedlo správnou odpověď.

2 (1 %) z těchto respondentů využili i možnosti jiné, kde uvedli, že mezi indikacemi k EKT může být také epilepsie a mánie nereagující na léčbu.

U onemocnění epilepsie se EKT nevyužívá. U mánií nereagujících na léčbu ano.

7 (5 %) respondentů uvedlo, že mezi indikace EKT patří nespavost. U odpovědi „jiné“ 2 (1 %) dotázaní uvedli, že neví.

Graf č. 10 udává počet správných odpovědí na jednotlivých pracovištích.



Graf č. 10 - Indikace k elektrokonvulzivní terapii.

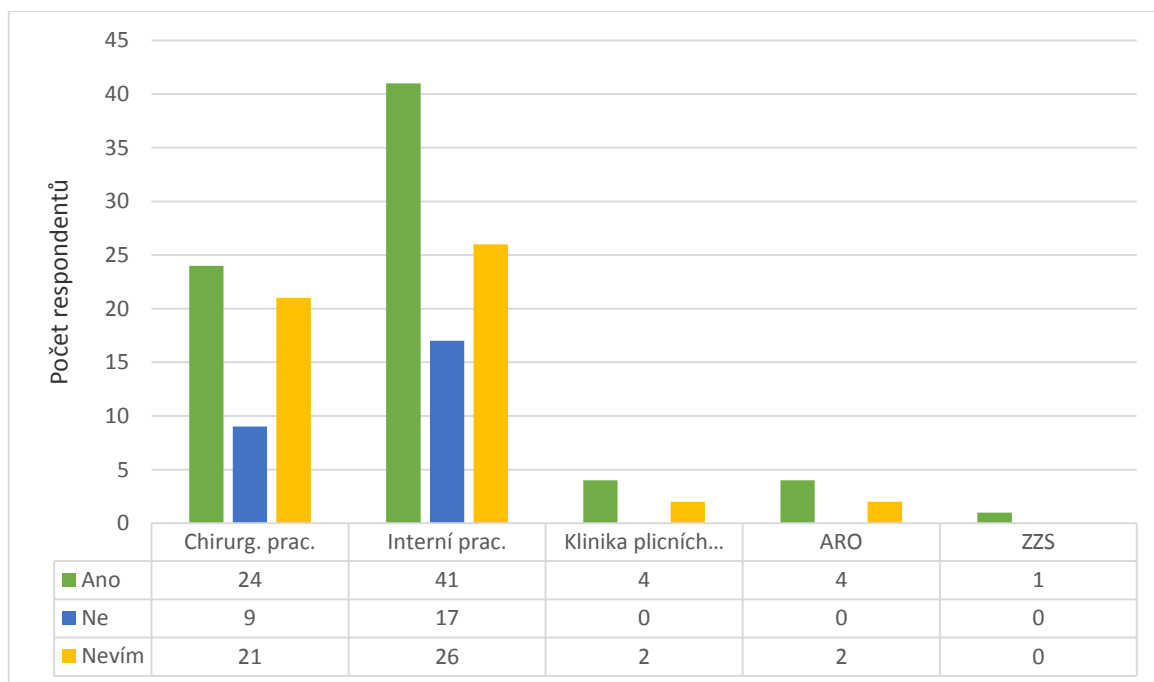
Otázka č. 11 Provádí se elektrokonvulzivní terapie (EKT) u pacientů v celkové anestezii?

Tabulka č. 11 - Celková anestezie u elektrokonvulzivní terapie.

EKT V CELKOVÉ ANESTEZII	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	75	50 %
Ne	27	18 %
Nevím	49	32 %
CELKEM	151	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

V této otázce je správná odpověď a) ano EKT se provádí v celkové anestezii. Z celkového počtu 151 (100 %) respondentů odpovědělo správně 75 (50 %) dotázaných a 27 (18 %) se domnívá, že EKT se v celkové anestezii neprovádí. A odpověď c) nevím vybralo 49 (32 %) dotázaných.



Graf č. 11 - Celková anestezie u se elektrokonvulzivní terapie.

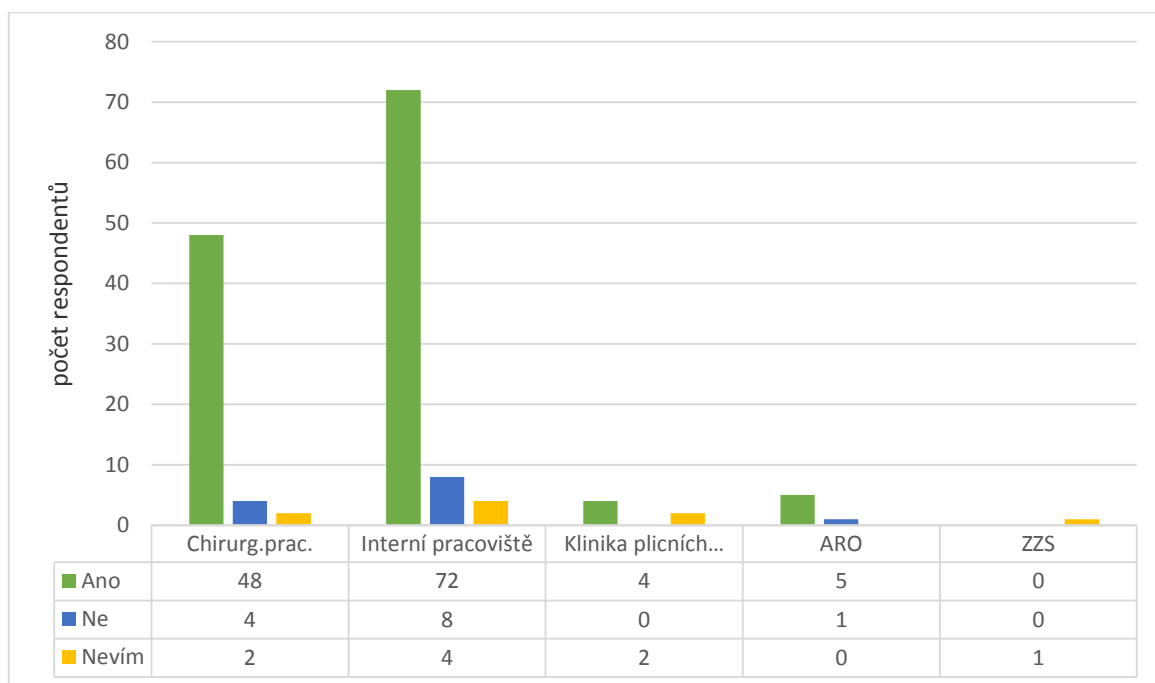
Otázka č. 12 Mohou být deprese doprovázeny psychotickými příznaky?

Tabulka č. 12 - Psychotické příznaky u deprese.

MŮŽE BÝT DEPRESE S PSYCHOTICKÝMI PŘÍZNAKY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	129	85 %
Ne	9	6 %
Nevím	13	9 %
CELKEM	151	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Správná odpověď byla za a) ano, deprese mohou být doprovázeny psychotickými příznaky. Správně odpovědělo 129 (85 %) respondentů. 9 (6 %) respondentů odpovědělo ne. A zbytek respondentů v počtu 13 (9 %), uvedlo, že neví.



Graf č. 12 - Psychotické příznaky u deprese.

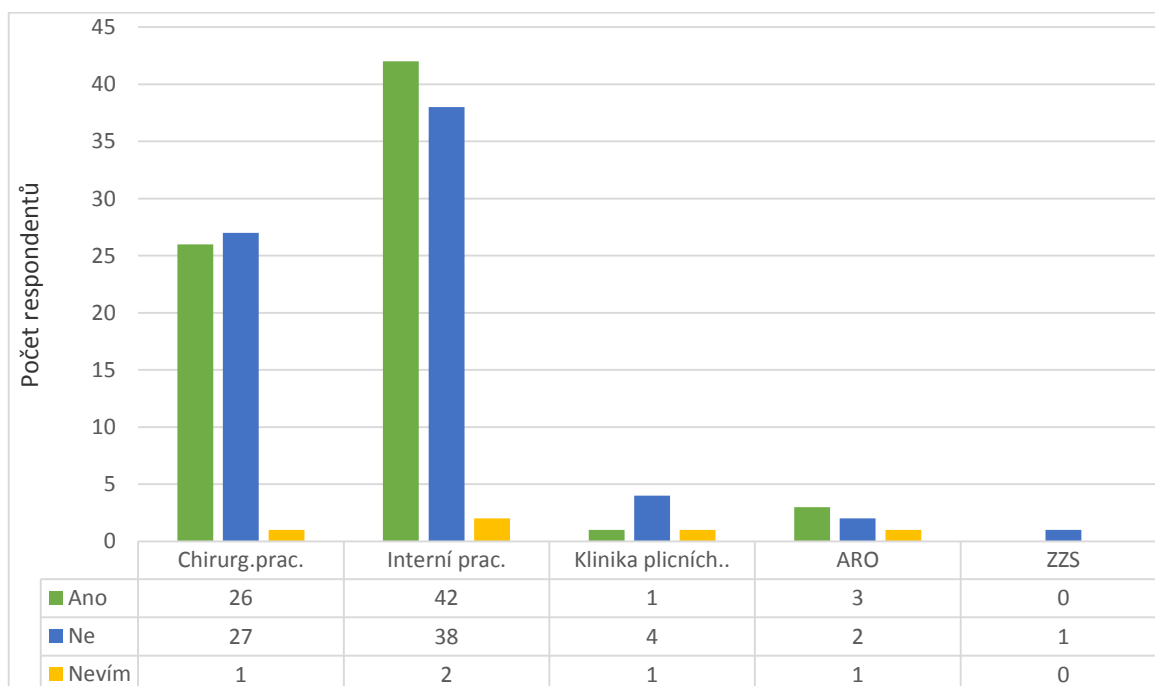
Otázka č. 13 Je delirium vždy vyvoláno návykovými látkami?

Tabulka č. 13 - Vyvolání deliria návykovými látkami.

JE DELIRIUM VŽDY VYVOLÁNO NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI?	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	71	47%
Ne	74	49%
Nevím	6	4%
CELKEM	151	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Správná odpověď je b) ne, tu zvolilo 74 (49 %) respondentů. Odpověď a) ano uvedlo 71 (47 %) respondentů. 6 (4 %) respondentů uvedlo, že neví odpověď. V grafu č. 8 jsou uvedeny odpovědi na jednotlivých pracovištích.



Graf č. 13 - Vyvolání deliria návykovými látkami.

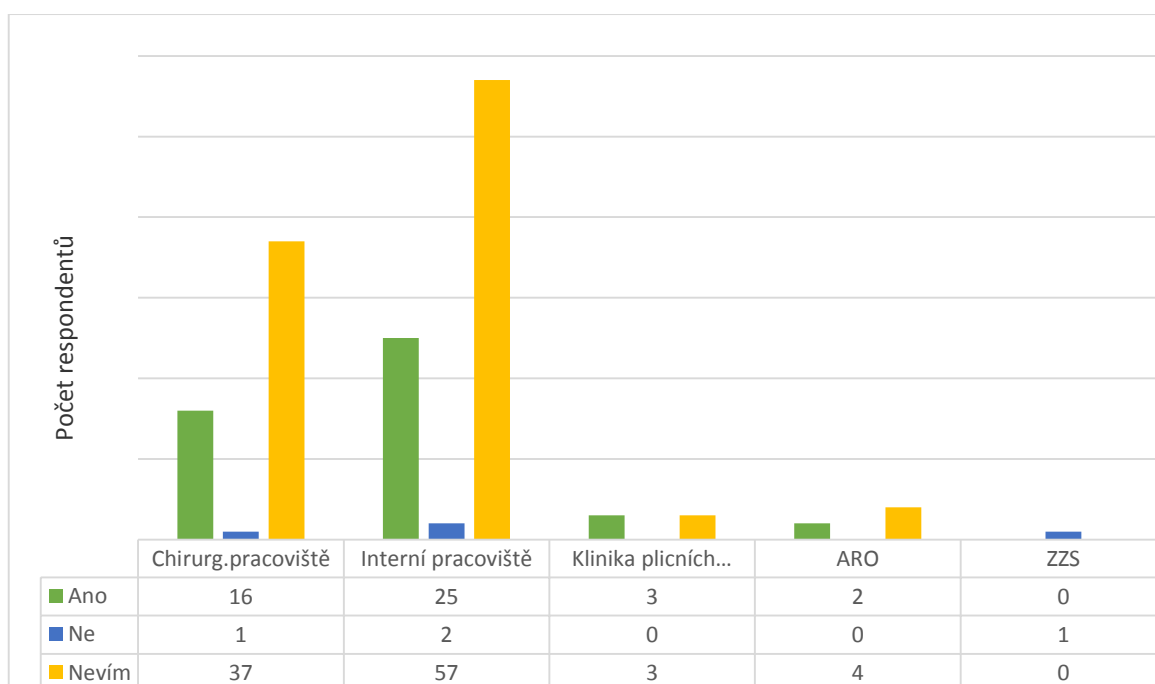
Otázka č. 14 Existuje nějaká služba pro pacienty s duševním onemocněním, která jim pomáhá v domácím prostředí?

Tabulka č. 14 - Služba pomáhající duševně nemocným v domácím prostředí.

SLUŽBA PACIENTŮM V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	46	30%
Ne	4	3%
Nevím	101	67%
CELKEM	151	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Správná odpověď je a) ano. 4 (3 %) respondenti zvolili odpověď ne, a 101 (67 %) dotázaných odpovědělo, že neví. Správnou odpověď a) zvolilo 46 (30 %) respondentů. Někteří zařadili mezi službu v domácím prostředí stacionáře, linky bezpečí, krizová centra ambulantní psychiatrická zařízení.



Graf č. 14 - Služba pomáhající duševně nemocným v domácím prostředí.

Otázka č. 15 Jste pro využívání síťového lůžka? Vysvětlete.

Tabulka č. 15 - Souhlas s využíváním síťového lůžka.

JSTE PRO VYUŽÍVÁNÍ SÍŤOVÉHO LŮŽKA?	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	98	65 %
Ne	16	11 %
Nevím	37	24 %
CELKEM	151	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Pro využívání síťového lůžka bylo 98 (65 %) respondentů, ne všichni vysvětlili proč. Některé ze zajímavých odpovědí uvádíme:

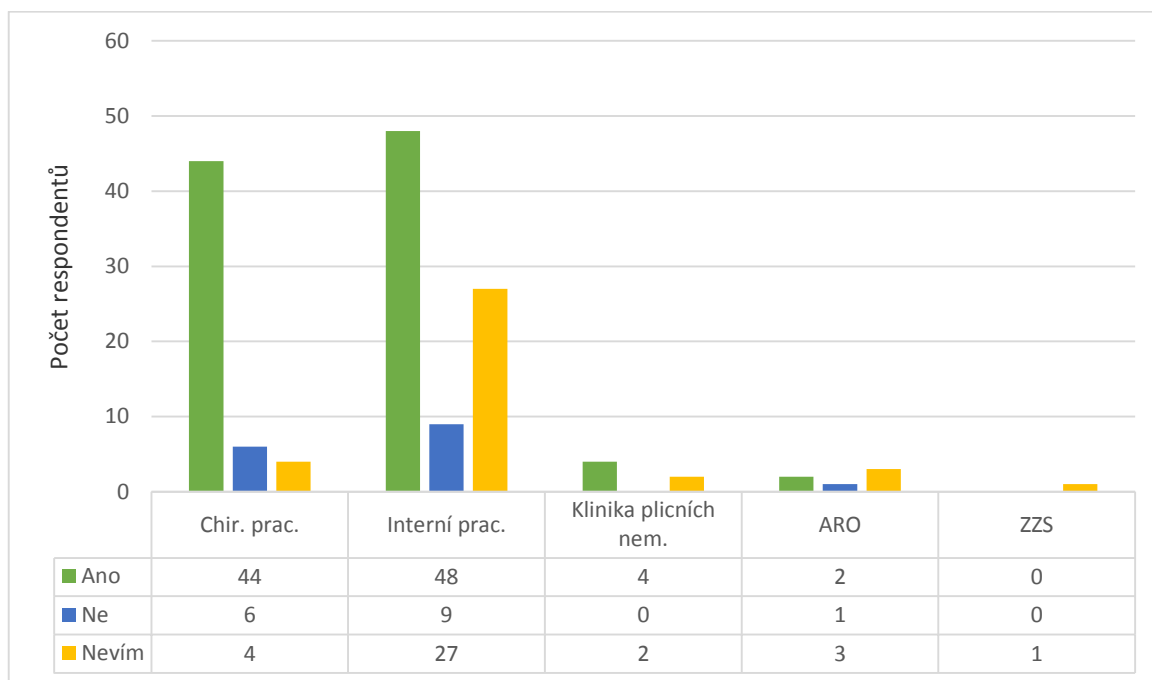
- síťové lůžko je určitě lepší než kurty, pacient se může pohybovat,
- je bezpečné pro pacienta,
- pacient se nemůže zranit,
- jsem pro využití síťového lůžka, ale výjimečně,
- dobré využití má pro pacienty jako prevence pádů,

Proti využívání síťového lůžka bylo celkem 16 (11 %) dotázaných. Ani zde všichni nevyužili možnosti vysvětlit proč. Odpovědi uvádíme níže:

- nejsem pro využívání síťového lůžka, myslím si, že tlumení pomocí medikace je lepší,
- nejsem pro síťové lůžko, je to nedůstojné,
- určitě není potřeba využívat síťové lůžko, lze tlumit medikací.

Téměř čtvrtina – 37 (24 %) respondentů neví, zda jsou pro či proti použití síťového lůžka, jelikož odpověděli:

- nevím, síťové lůžko je lehce zneužitelné, ale zase bezpečné a pohodlné pro pacienta,
- nevím, nesetkal/a jsem se s ním.



Graf č. 15 - Souhlas s využíváním síťového lůžka.

Otázka č. 16 Jaké pomůcky máte na svém pracovišti k zajištění agresivních pacientů?

Tabulka č. 16 - Disponibilní pomůcky k zajištění agresivních pacientů.

POMŮCKY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Kurty, pásy	139	61 %
PČR, ostraha	6	3 %
Medikace	37	16 %
Postranice	41	17 %
Nic	4	2 %
Nevím	2	1 %
CELKEM	229	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Z šetření vyplývá, že se nejčastěji v praxi využívají kurty a pásy. Tuto odpověď uvedlo 139 (92 %) respondentů. 6 (4 %) respondentů využívá asistence PČR a ostraha, a to spíše v ambulantním provozu. Medikaci ke zklidnění napsalo 37 (24 %) dotázaných. Postranice uvedlo 41 (27 %) respondentů. Žádné pomůcky nemají 4 (2 %) respondenti, také v ambulantním provozu. A 2 (1 %) respondenti uvedli, že neví, zda mají pomůcky k zajištění agresivních pacientů.



Graf č. 16 - Disponibilní pomůcky k zajištění agresivních pacientů.

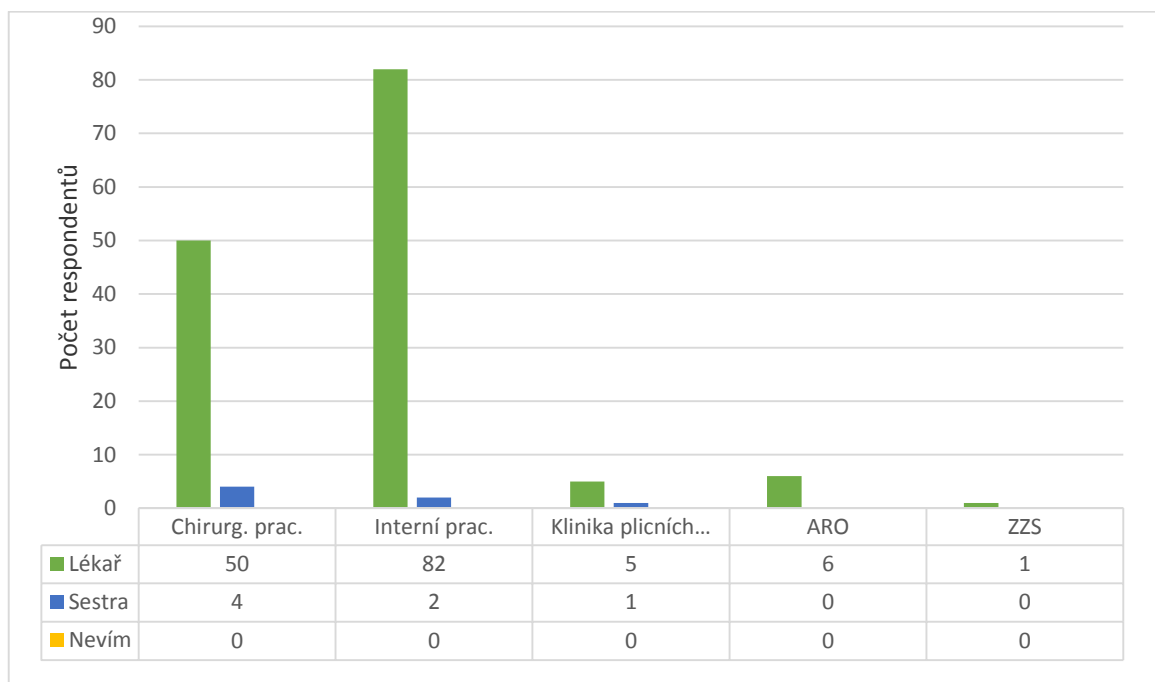
Otázka č. 17 Kdo rozhoduje o využití jakéhokoliv omezovacího prostředku k zajištění agresivního pacienta?

Tabulka č. 17 - Kompetence k použití omezovacího prostředku.

KDO ROZHODUJE O OMEZOVACÍM PROSTŘEDKU	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Lékař	137	91 %
Sestra	14	9 %
Nevím	0	0 %
CELKEM	151	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Správnou odpovědí je a) lékař. Správnou odpověď, že o využití omezovacího prostředku rozhoduje lékař, zvolilo 137 (91 %) respondentů z celkového počtu 151 (100 %). 14 (9 %) dotázaných uvedlo, že o použití omezovacího prostředku rozhoduje sestra. A z tohoto počtu 14 (9 %) mělo sedm na mysli postranice, zbytek nevedlo přesně. Položku nevím nezvolil nikdo z dotázaných.



Graf č. 17 - Kompetence k použití omezovacího prostředku.

Otázka č. 18 S jakou nejhorší formou agresivity ze strany pacienta jste se setkali?

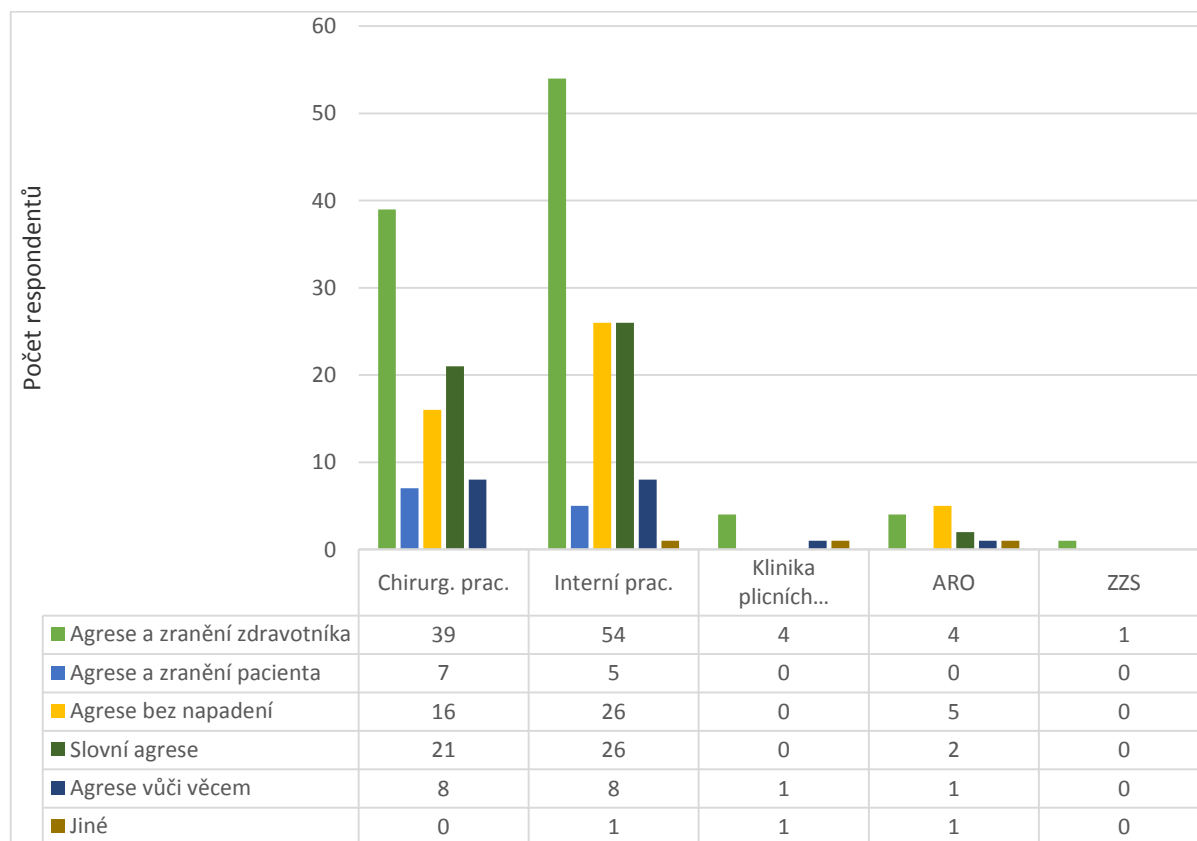
Tabulka č. 18 - Forma agrese na pracovištích respondentů.

S JAKOU NEJHORŠÍ FORMOU AGRESE JSTE SE SETKALI	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Agrese a zranění zdravotníka	102	44 %
Agrese a zranění zdravotníka	12	5 %
Agrese bez napadení	47	20 %
Slovní agrese	49	21 %
Agrese vůči věcem	18	9 %
Jiné	3	1 %
CELKEM	231	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

S agresivním chováním ze strany pacienta a následným zraněním někoho ze zdravotníků se setkalo 102 (67 %) respondentů z celkového počtu 151 respondentů. S agresí a zraněním pacienta se setkalo celkem 12 (8 %) respondentů a 47 (31 %) dotázaných se setkalo s agresivním chováním bez napadení. Se slovní agresí se setkalo 49 (32 %) respondentů. 18 (12 %) respondentů uvedlo, že se setkalo s agresí vůči věcem. Možnosti jiné využili celkem 3 (2 %) respondenti. Mezi jiné v odpovědích respondenti zahrnují:

- setkala jsem se s agresí a zranění zdravotníka, měla jsem obrovský strach o život,
- setkala jsem se se všemi z uvedených možností,
- byla jsem napadena, bylo to celkově bagatelizováno, potom jsme se tomu všichni zasmáli, nicméně mi nikdo nenabídl pomoc, rozhovor.



Graf č. 18 - Forma agrese na pracovištích respondentů.

Otázka č. 19 Myslíte si, že jste dostatečně proškolen o postupech v případě fyzické agrese ze strany pacienta?

Tabulka č. 19 - Proškolení pro případ agrese.

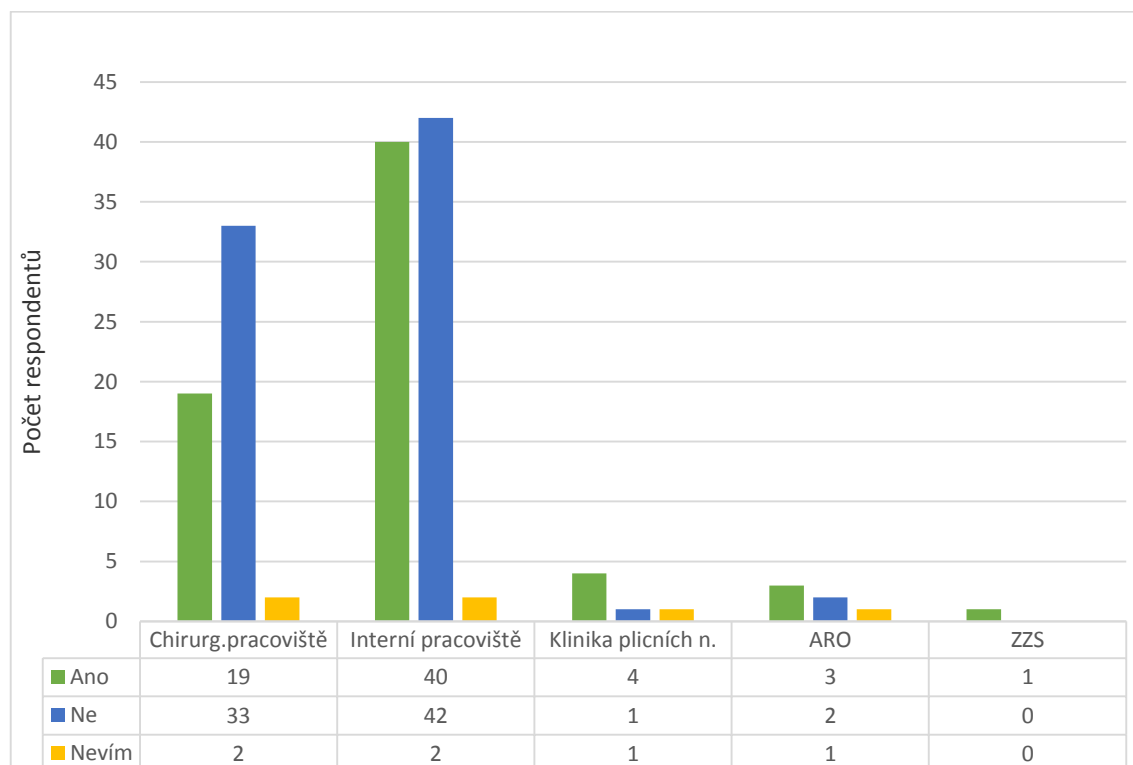
JSTE PROŠKOLENI V PŘÍPADĚ AGRESE?	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	67	44%
Ne	78	52%
Nevím	6	4%
CELKEM	151	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 19 vyplývá, že 67 (44 %) respondentů je přesvědčeno o tom, že je dostatečně proškolen o postupech v případě agresivního chování ze strany pacienta. Možnosti k vyjádření využilo pět respondentů, kteří uvedli, že se o tuto problematiku zajímají a řídí se standardy.

Celkem 78 (52 %) respondentů si myslí, že není dostatečně informováno o tom, jak postupovat v případě fyzické agrese ze strany pacienta. Možnosti k vyjádření využilo šest dotázaných, kteří uvedli, že se budou snažit zajistit početní převahu, ale současně vyjádřili obavu z toho, že nebude v blízkosti nikdo z kolegů a také že žádné speciální školení v tomto směru neproběhlo.

Odpověď nevím využilo šest (4 %) respondentů z celkového počtu 151 (100 %).



Graf č. 19 - Proškolení pro případ agrese.

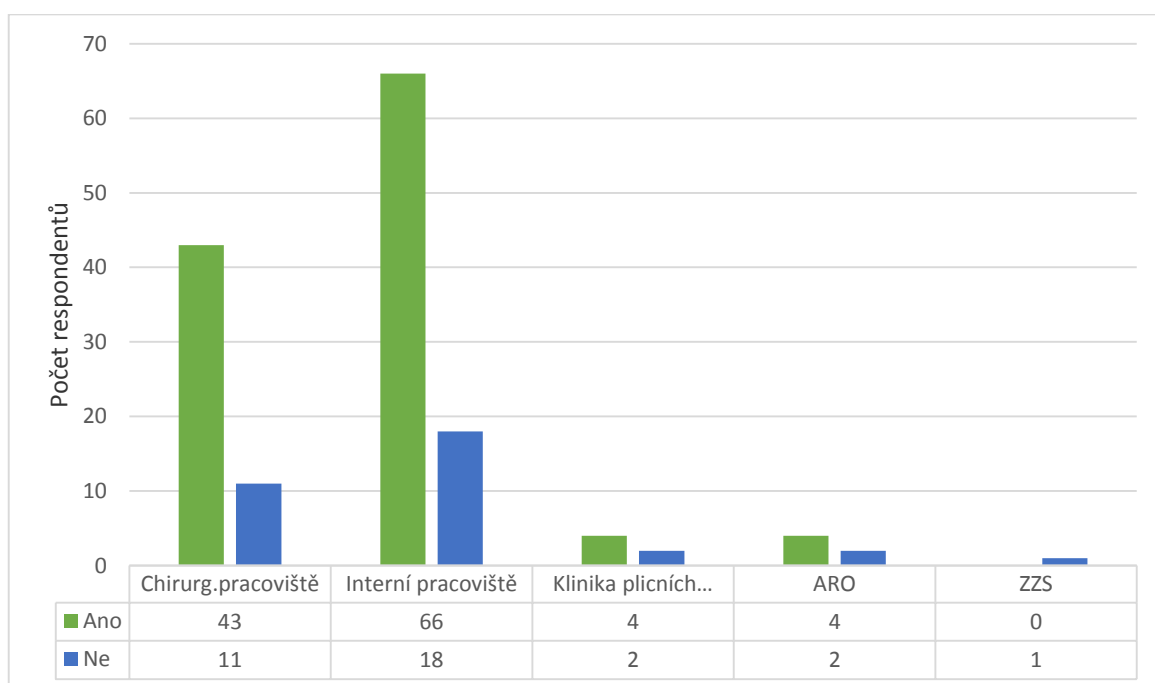
Otázka č. 20 Uvítali byste nabídku nějakého kurzu sebeobranu ze strany zaměstnavatele?

Tabulka č. 20 - Možnost absolvovat kurz sebeobranu.

UVÍTALI BYSTE KURZ SEBEOBHRANY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	117	77%
Ne	34	23%
CELKEM	151	100%

Zdroj: vlastní zpracování

U otázky zda by respondenti uvítali nějaký kurz sebeobranu ze strany zaměstnavatele, odpovědělo 117 (77 %) respondentů ano. Jen 34 (22 %) respondentů z celkového počtu 151 (100 %) odpovědělo, že o takový kurz zájem nemá.



Graf č. 20 - Možnost absolvovat kurz sebeobranu.

Otázka č. 21 Máte zájem o více informací z oblasti psychiatrické péče? Specifikujte.

Tabulka č. 21 - Zájem o více informací z oblasti psychiatrie.

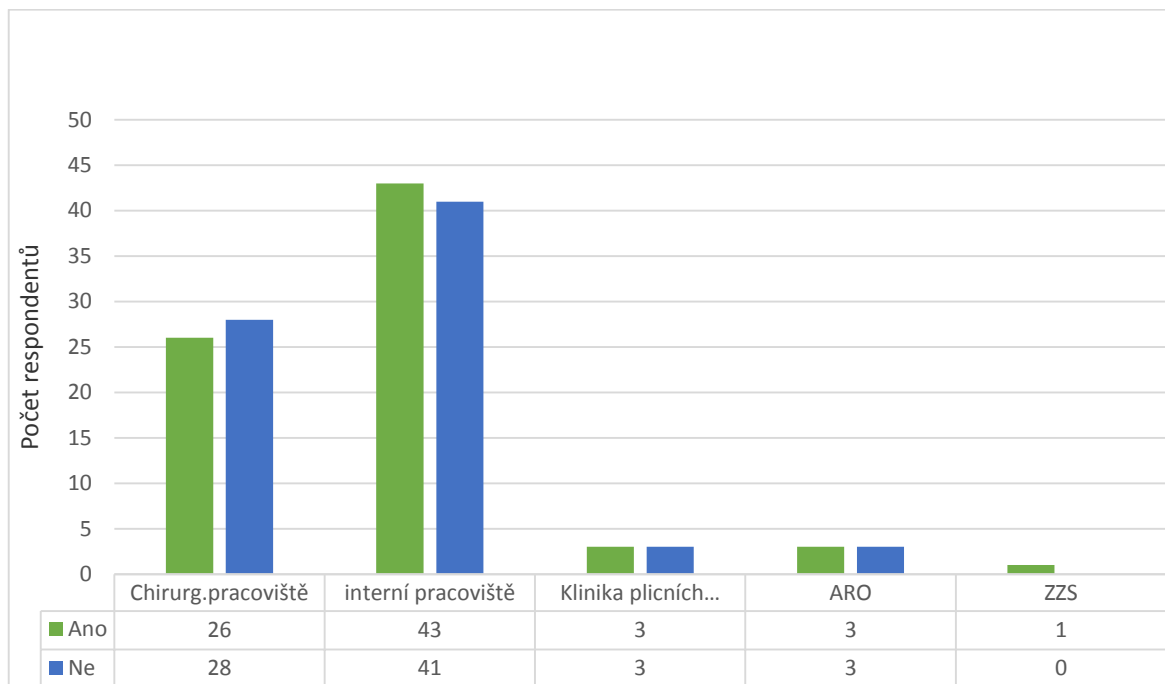
ZÁJEM O INFORMACE Z PRSYCHIATRIE	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	76	51 %
Ne	75	49 %
CELKEM	151	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Zájem o více informací z oblasti psychiatrické péče má celkem 76 (51 %) respondentů z celkového počtu 151 (100 %). Zájemci o školení odpovídali následovně:

- mám zájem o více informací z oblasti komunikace,
- chtěla bych se dozvědět něco o demencích, schizofreniích,
- zajímalo by mě, jak předcházet zmatenosti,
- chtěla bych se dozvědět, jak jednat s agresivními pacienty,
- zajímaly by mě konkrétní stavy, kazuistiky, legislativa,
- zajímají mě účinky psychiatrických léků,
- zajímají mě postupy, léčba i průběh nemoci,
- celkem mě to zajímá, na škole jsme se učili pouze okrajově,
- zajímalo by mě, jak se mám chovat u psychiatrických onemocnění.

Naproti tomu 75 (49 %) respondentů odpovědělo, že zájem o více informací z oblasti psychiatrické péče nemá, protože se jedná o dosti známou oblast a díky studiu mají dost informací.



Graf č. 21 - Zájem o více informací z oblasti psychiatrie.

Otázka č. 22 Jaký je váš názor na informovanost zdravotnických pracovníků v oblasti psychiatrické péče?

Tabulka č. 22 - Informovanost zdravotnických pracovníků.

INFORMOVANOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Slabá informovanost	87	57 %
Dobrá informovanost	29	19 %
Nevím	3	2 %
CELKEM	119	79 %

Zdroj: vlastní zpracování

Odpoověď na tuto otázku využilo celkem 119 (79 %) respondentů, z nichž 87 (57 %) si myslí, že informovanost zdravotnických pracovníků v oblasti psychiatrické péče je velmi slabá. Nejzajímavější odpovědi uvádíme zde:

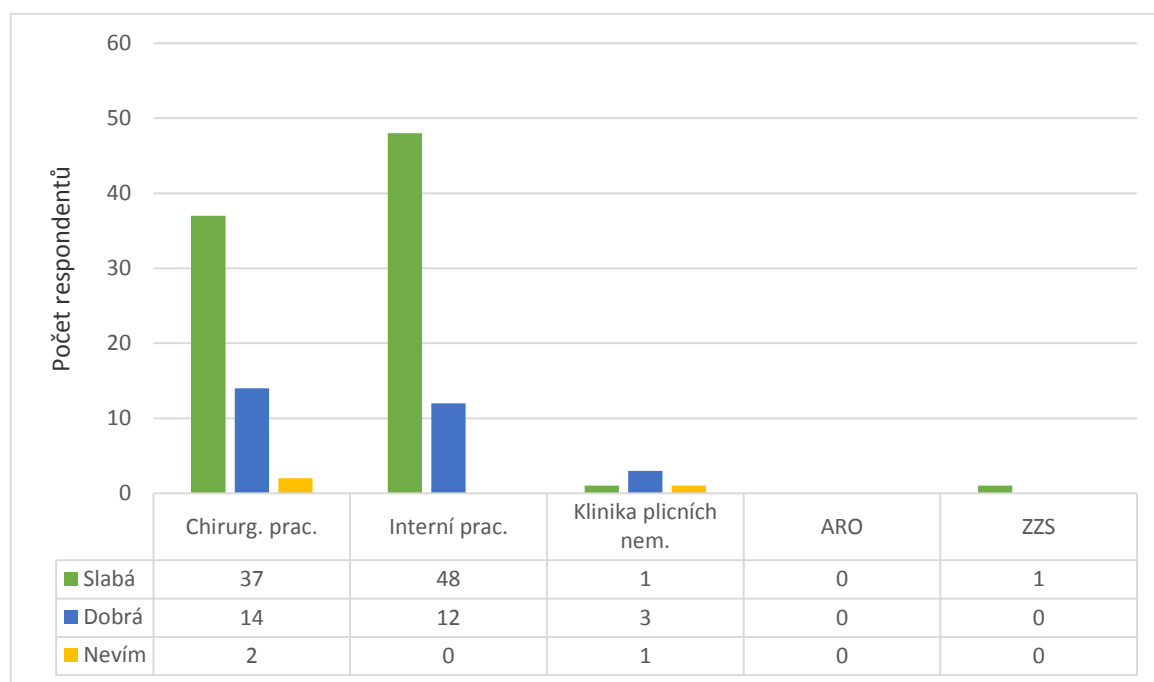
- informovanost personálu je minimální, pokud zdravotníci nepracují na psychiatrii,
- je to velmi opomíjená oblast,
- malá informovanost, sestra se zajímá spíše o akutní somatické stavy a až následně o dlouhodobé problémy,
- informovanost je nízká, vzhledem k postupu léčby v této oblasti, psychiatrickí pacienti jsou všude mezi námi a my se musíme naučit s nimi jednat,
- o psychiatrických diagnózách se nemluví tolik jako o jiných věcech, což je škoda, byla jsem napadena pacientem a nikdo mi nenabídl rozhovor,
- ocenila bych proškolení nadřízených.

Druhou skupinu tvoří 29 (19 %) respondentů, kteří se domnívají, že informovanost zdravotnických pacientů je dobrá. V dotazníku uvedli následující:

- v oblasti psychiatrické péče jsme informováni a proškoleni,
- každý se vzdělává tak, jak chce, informace si může každý zjistit sám,

- s psychiatrickými pacienty se setkávám minimálně, pokud ano jsme poučeni o přístupu vzhledem k diagnóze, také máme možnost konzultace s psychiatrem.

Tři (2 %) respondenti uvedli, že neví, na jaké úrovni je informovanost zdravotnických pracovníků v oblasti psychiatrické péče.



Graf č. 22 - Informovanost zdravotnických pracovníků.

5 DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo **zjistit míru informovanosti u jednotlivých skupin zdravotnických pracovníků v oblasti psychiatrických onemocnění a psychiatrické péče.**

K tomuto cíli se vztahují otázky z dotazníku č. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17.

Na otázku č. 7 Mezi akutní stavy v psychiatrii řadíme, správně odpovědělo 101 (67 %) dotázaných. Dalších 50 (33 %) respondentů uvedlo jednu nebo více možností.

Z odpovědí na otázku č. 8 vyplývá, že 119 (79 %) respondentů ví, že hospitalizace proti vůli nemocného se musí hlásit příslušnému soudu do 24 hodin.

Na otázku č. 9 Extrapyramidové příznaky se mohou projevovat. Odpovědělo správně 70 (46 %) respondentů z celkového počtu 151 (100 %) dotazovaných. Zbytek respondentů využilo buďto jedné možnosti odpovědi, či i více možností.

Odpověď **na otázku č. 10** Co je možnou indikací k elektrokonvulzivní terapii, zodpovědělo správně 142 (94 %) respondentů z celkového počtu 151 (100 %). 7 (4 %) respondentů uvedlo, že mezi indikace EKT patří nespavost. U odpovědi jiné dva dotázaní uvedli, že neví.

Otázka č. 11 zjišťovala, zda se provádí elektrokonvulzivní terapie u pacientů v celkové anestezii. Z celkového počtu 151 (100 %) respondentů odpovědělo správně 75 (50 %) dotázaných. 27 (18 %) se domnívá, že EKT se v celkové anestezii neprovádí. A odpověď c) nevím vybralo 49 (32 %) dotázaných.

Na otázku č. 12, zda mohou být deprese provázeny psychotickými příznaky, odpovědělo správně 129 (85 %) respondentů. 9 (6 %) respondentů odpovědělo ne. A zbytek respondentů v počtu 13 (9 %) uvedlo, že neví.

Otázka č. 13 Je delirium vždy vyvoláno pouze návykovými látkami? Správně odpovědělo 74 (49 %) respondentů. Špatnou odpověď zvolilo (47 %) 71 respondentů. 6 (4 %) respondentů uvedlo, že nezná odpověď.

Otázka č. 17 Kdo rozhoduje o použití jakéhokoliv omezovacího prostředku? Správnou odpověď, že o použití omezovacího prostředku rozhoduje lékař, zvolilo 137 (90 %) respondentů z celkového počtu 151 (100 %) dotázaných. 14 (10 %) dotázaných uvedlo, že o použití omezovacího prostředku rozhoduje sestra. A z tohoto počtu 14 (10 %) mělo sedm na mysli postranice, zbytek neuvedlo přesně. A položku nevím nezvolil nikdo z dotázaných.

Cíl 1: Detekovat, se kterými psychiatrickými onemocněními a psychickými poruchami se zdravotničtí pracovníci setkávají v daných provozech nejčastěji.

K tomuto cíli se vztahují otázky z dotazníku č. 6, 18.

Otázka č. 6 zjišťovala s jakými psychiatrickými onemocněními a poruchami se zdravotničtí pracovníci setkávají nejčastěji. S depresemi se ve své praxi setkala 105 (70 %) respondentů, 54 (35 %) respondentů se setkala se schizofrenií, s mentální anorexií a mentální bulimií se setkala velmi často 27 (18 %) respondentů. A možnosti jiné využilo 69 (45 %) dotazovaných. V možnosti jiné bylo nejčastěji uvedeno, že se zdravotničtí pracovníci nejčastěji setkávají s delirantními stavy, demencemi, úzkostmi, abstinenčními příznaky, zmateností či neklidem.

Na otázku č. 18 odpovědělo 102 (68 %) respondentů, že se setkala s agresivním chováním ze strany pacienta a následným zraněním někoho ze zdravotníků. S agresí a zraněním pacienta se setkala celkem 12 (8 %) respondentů. 47 (31 %) dotázaných se setkala s agresivním chováním bez napadení. Se slovní agresí se setkala 49 (32 %) respondentů. 18 (12 %) respondentů uvedlo, že se setkala s agresí vůči věcem. Možnosti jiné využili jen 3 (2 %) respondenti.

Cíl 2: Zjistit, zda jsou na jednotlivých pracovištích využívány omezovací prostředky a jaký postoj k nim respondenti zaujímají.

Tímto se zabývaly otázky z dotazníku č. 15, 16, 19.

Otázka č. 15 zněla, zda jsou respondenti pro využití síťového lůžka. Pro využití síťového lůžka bylo 98 (65 %) respondentů, ne všichni vysvětlili proč. Většina z nich si však myslí, že je síťové lůžko pro pacienta přijatelnější a pohodlnější než např. kurty.

Proti využívání síťového lůžka bylo celkem 16 (11 %) dotázaných. Ani zde všichni nevyužili možnosti vysvětlit proč. Většina uvedla, že je to pro pacienta nedůstojné.

37 (24 %) respondentů neví, zda jsou pro či proti použití síťového lůžka. Většinou proto, že s tímto nemají zkušenosti.

Otázka č. 16 měla za úkol zjistit, jaké pomůcky respondenti využívají k zajištění agresivních pacientů. Z šetření vyplývá, že nejvíce se v praxi využívají kurty a pásy, což uvedlo 139 (92 %) respondentů. 6 (4 %) respondentů využívají asistence PČR a ostrahy, a to spíše

v ambulantním provozu. Medikaci ke zklidnění napsalo 37 (24 %) dotázaných. Postranice uvedlo 41 (27 %) respondentů. Žádné pomůcky nemají 4 (2 %) respondenti, také v ambulantním provozu. A 2 (1 %) respondenti uvedli, že neví, jestli mají pomůcky k zajištění agresivních pacientů.

Na otázku č. 19, zda si respondenti myslí, že jsou dostatečně proškoleni v případě fyzické agrese ze strany pacienta, odpovědělo 67 (45 %) respondentů, že je dostatečně proškolen o postupech v případě agresivního chování pacienta. 78 (51 %) respondentů si myslí, že není dostatečně informováno jak postupovat v případě fyzické agrese ze strany pacienta.

6 (4 %) respondentů vůbec neví.

Cíl:3 Prozkoumat zájem zdravotnických pracovníků o vzdělávání v oblasti psychiatrické péče.

Tímto se zabývaly otázky v dotazníku č. 20, 21.

U **otázky č. 20**, zda by respondenti uvítali nějaký kurz sebeobrany ze strany zaměstnavatele, odpovědělo 117 (77 %) respondentů, že má zájem. Jen 34 (23 %) respondentů z celkového počtu 151 (100 %) odpovědělo, že o takový kurz nemá zájem.

Otázka č. 21 se zabývala zájmem respondentů o více informací z oblasti psychiatrické péče.

O informace z oblasti psychiatrické péče mělo zájem 76 (51 %) respondentů z celkového počtu 151 (100 %). Většinou by se respondenti chtěli dozvědět něco více z oblasti komunikace a přístupu k psychiatricky nemocným, něco o samotných diagnózách, léčbě a účincích léků. 75 (49 %) respondentů odpovědělo, že zájem dozvědět se více z této oblasti nemá.

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo **zjistit míru informovanosti u jednotlivých skupin zdravotnických pracovníků v oblasti psychiatrických onemocnění a psychiatrické péče.**

Šetřením jsme zjistili, že **informovanost zdravotnických pracovníků v oblasti psychiatrie není dostatečná.**

Byly stanoveny celkem 3 cíle. Prvním cílem bylo detekovat, se kterými psychiatrickými onemocněními a psychickými poruchami se zdravotničtí pracovníci setkávají v daných provozech nejčastěji. Z šetření vyplývá, že nejčastěji se zdravotničtí pracovníci setkávají s depresemi, se schizofrenií, s mentální anorexií a mentální bulimií, delirantními stavy, zmateností či neklidem.

Druhým cílem bylo zjistit, zda jsou na jednotlivých pracovištích využívány omezovací prostředky a jaký postoj k nim respondenti zaujímají. Z šetření vyplývá, že nejvíce se v praxi využívají kurty a pásy, medikace ke zklidnění, postranice. Jen velmi málo se v praxi využívá pomoci ostrahy či asistence PČR. Dokonce někteří z respondentů nevěděli, zda mají k dispozici pomůcky k zajištění agresivních pacientů.

Většina respondentů souhlasí s využíváním síťového lůžka. Uvedli, že je síťové lůžko pro pacienta přijatelnější a pohodlnější než např. kurty. Respondenti, kteří nesouhlasí s využíváním síťového lůžka, jsou zastoupeni jen v malém počtu. Poměrně velká část respondentů neví, zda jsou pro či proti využívání síťového lůžka. Zdůvodňují to tím, že s tímto nemají zkušenosti.

Třetím cílem bylo prozkoumat zájem zdravotnických pracovníků o vzdělávání v oblasti psychiatrické péče. Zájem o tuto oblast má asi polovina respondentů. Většinou by se respondenti chtěli dozvědět něco více z oblasti komunikace a přístupu k psychiatricky nemocným, něco o samotných diagnózách, léčbě a účincích léků.

Doporučení pro praxi

Z šetření vyplývá, že 117 (77 %) respondentů by mělo zájem o absolvování nějakého kurzu sebeobrany hrazeného ze strany zaměstnavatele. 102 (68 %) respondentů, se setkala s agresivním chováním ze strany pacienta a následným zraněním někoho ze zdravotníků. Myslím si, že je to alarmující, a proto bych jako doporučení pro praxi navrhla organizaci,

aby zdravotnickým pracovníkům nabídla nějaký kurz sebeobrany hrazeného zaměstnavatelem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie, 2012. *Psychoedukace u schizofrenie*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 978-80-87142-16-5.

BEER, M. Dominic, Stephen M. PEREIRA a Carol PATON, 2005. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 296 s. ISBN 80-247-0363-7.

ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL, c2013. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-316-9.

ČERNOUŠEK, Michal, 1988. *Studie k dějinám psychiatrického myšlení II*. Praha: Novinář. ISBN neuvedeno.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, c2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2014. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 495 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.

PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 295 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

POKORNÝ, Jiří. Interní medicína: Neodkladná psychiatrická intervence v přednemocniční neodkladné péči. *Interní medicína*. Praha, 2004, **2004**(04).

PRAŠKO, Ján, 2011. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 527 s. ISBN 978-80-244-2570-2.

PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ, 2013. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

PRAŠKO, Ján, 2001. *Psychotická porucha a její léčba: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, Příručka pro nemocné a jejich rodiny. ISBN 80-859-1265-1.

PRAŠKO, Ján (ed.), Eva MARKOVÁ a Carol PATON, 2011. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigris, 515 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-87323-00-7.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2001. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-725-4156-0.

RABOCH, Jiří a Petr HERLE (ed.), 2011. *Psychiatrie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-87553-27-5.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ, 2012. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-582-4.

SCULLY, James H., 2001. *Psychiatry*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams, xi, 339 p. ISBN 06-833-0791-6.

VACEK, Jaroslav, 1996. *O nemocech duše*. Praha: Mladá fronta. ISBN 80-204-0535-6.

VENCOVSKÝ, Eugen, 1983. *Čtení o psychiatrii*. Praha: Avicenum. ISBN neuvedeno.

VENCOVSKÝ, Eugen a Jan DOBIÁŠ, 1976. *Psychiatrie: učebnice pro lékařské fakulty*. Praha: Avicenum. ISBN neuvedeno.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
CT	počítačová tomografie
č.	číslo
EEG	elektroencefalografie
EKT	elektrokonvulzivní terapie
FN Olomouc	Fakultní nemocnice Olomouc
FN Brno	Fakultní nemocnice Brno
chirurg.	chirurgický
IQ	inteligenční kvocient
JIP	jednotka intenzivní péče
kg	kilogram
kl.	klinika
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
MR	magnetická rezonance
např.	například
pac.	pacient
PČR	Policie České republiky
prac.	Pracoviště
RTG	rentgen
s.	strana
Sb.	sbírka
st. př. n. l.	století před našim letopočtem
stol.	století

tab.	tabulka
tzv.	takzvaný
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů	33
Tabulka č. 2 Věk respondentů.....	34
Tabulka č. 3 Pracovní zařazení	36
Tabulka č. 4 Pracoviště respondentů.....	37
Tabulka č. 5 Délka praxe ve zdravotnictví.....	39
Tabulka č. 6 Nejčastější kontakt s psychiatrickým onemocněním.....	41
Tabulka č. 7 Akutní stavy v psychiatrii.....	43
Tabulka č. 8 Doba pro nahlášení hospitalizace bez souhlasu nemocného soudu	44
Tabulka č. 9 Projevy extrapyramidových příznaků	46
Tabulka č. 10 Indikace k elektrokonvulzivní terapii.....	48
Tabulka č. 11 Celková anestezie u elektrokonvulzivní terapie.....	50
Tabulka č. 12 Psychotické příznaky u deprese	51
Tabulka č. 13 Vyvolání deliria návykovými látkami.....	53
Tabulka č. 14 Služba pomáhající duševně nemocným v domácím prostředí.....	54
Tabulka č. 15 Souhlas s využíváním síťového lůžka.....	55
Tabulka č. 16 Disponibilní pomůcky k zajištění agresivních pacientů.....	56
Tabulka č. 17 Kompetence k použití omezovacího prostředku.....	59
Tabulka č. 18 Forma agrese na pracovištích respondentů.....	61
Tabulka č. 19 Proškolení pro případ agrese.....	63
Tabulka č. 20 Možnost absolvovat kurz sebeobrany.....	65
Tabulka č. 21 Zájem o více informací z oblasti psychiatrie.....	67
Tabulka č. 22 Informovanost zdravotnických pracovníků.....	68

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	35
Graf č. 2 Věk respondentů.....	35
Graf č. 3 Pracovní zařazení	38
Graf č. 4 Pracoviště respondentů.....	40
Graf č. 5 Délka praxe respondentů.....	42
Graf č. 6 Nejčastější kontakt s psychiatrickým onemocněním.....	42
Graf č. 7 Akutní stavy v psychiatrii.....	45
Graf č. 8 Doba pro nahlášení hospitalizace bez souhlasu nemocného.....	46
Graf č. 9 Projevy extrapyramidových příznaků.....	48
Graf č. 10 Indikace k elektrokonvulzivní terapii.....	49
Graf č. 11 Celková anestezie u se elektrokonvulzivní terapie	50
Graf č. 12 Psychotické příznaky u deprese	51
Graf č. 13 Vyvolání deliria návykovými látkami.....	52
Graf č. 14 Služba pomáhající duševně nemocným v domácím prostředí.....	53
Graf č. 15 Souhlas s využíváním síťového lůžka.....	56
Graf č. 16 Disponibilní pomůcky k zajištění agresivních pacientů.....	57
Graf č. 17 Kompetence k použití omezovacího prostředku	59
Graf č. 18 Forma agrese na pracovištích respondentů	61
Graf č. 19 Proškolení pro případ agrese	63
Graf č. 20 Možnost absolvovat kurz sebeobrany	64
Graf č. 21 Zájem o více informací z oblasti psychiatrie	66
Graf č. 22 Informovanost zdravotnických pracovníků.....	69

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Dotazník

PŘÍLOHA PI: DOTAZNÍK

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času k vyplnění následujícího dotazníku. Jmenuji se Jitka Zatloukalová a jsem studentkou bakalářského studia oboru ošetřovatelství - Všeobecná sestra na FAKULTĚ HUMANITNÍCH STUDIÍ UTB ve Zlíně.

V rámci ukončení studia jsem se rozhodla zpracovat práci na téma "**Informovanost zdravotnických pracovníků v oblasti psychiatrické péče**". Součástí výzkumné části mé práce je mimo jiné tento dotazník a já Vás chci touto cestou poprosit o jeho vyplnění. **Dotazník je zcela anonymní.** Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci.

1. Uvedte POHLAVÍ

- a. muž
- b. žena

2. Uvedte VĚK

- a. 18 - 25 let
- b. 26 – 35 let
- c. 36 – 45 let
- d. 46 – 55 let
- e. nad 56 let

3. Na jaké POZICI pracujete?

- a. všeobecná sestra
- b. zdravotnický záchranář
- c. zdravotnický asistent
- e. jiné (uvedte):

4. Na jakém PRACOVIŠTI pracujete? Prosím v obecné rovině specifikujte (např. ambulantní provoz interního oddělení.....)

- a. ambulantní provoz
- b. lůžková část.....
- c. jiné (uvedte):.....

5. JAKÁ JE DÉLKA vaší praxe ve zdravotnictví?

- a. 0 – 5 let
- b. 6 – 10 let
- c. 11 - 15 let
- d. jiné (uvedte).....

6. S jakými PSYCHIATRICKÝMI ONEMOCNĚNÍMI a PORUCHAMI jste se ve své praxi setkali nejčastěji?

- a. deprese
- b. schizofrenie
- c. mentální anorexie, mentální bulimie
- d. jiné uveďte:.....

7. Mezi AKUTNÍ STAVY v psychiatrii řadíme (můžete vybrat z více odpovědí):

- a. sebevražedné jednání
- b. neklid a agresivitu
- c. akutní úzkostné stavy
- d. všechny odpovědi jsou správné

8. Hospitalizaci BEZ SOUHLASU NEMOCNÉHO je nutné nahlásit příslušnému soudu do:

- a. 12 hodin
- b. 24 hodin
- c. 48 hodin
- d. nevím

9. EXTRAPYRAMIDOVÉ PŘÍZNAKY se mohou projevovat (můžete vybrat z více odpovědí):

- a. zvýšeným svalovým tonusem, tremorem
- b. neklidem, přešlapováním
- c. křečemi, bolestivými stahy svalů
- d. všechny odpovědi jsou správné

10. Indikacemi k ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPII jsou:

- a. těžká deprese nereagující na léky
- b. nespavost
- c. mentální anorexie
- d. jiné (uveďte).....

11. Provádí se ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE u pacientů v celkové anestezii?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

12. Můžou být DEPRESE provázeny psychotickými příznaky?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

13. Je DELIRIUM vždy vyvoláno návykovými látkami?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

14. Existuje nějaká služba pro pacienty s duševním onemocněním, která pomáhá pacientům v DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ?

- a. ano, (uveďte)
- b. ne
- c. nevím

15. Jste pro využití SÍŤOVÉHO LŮŽKA? Vysvětlete.

- a. ano,
- b. ne,
- c. nevím,.....

16. Jaké pomůcky máte k dispozici na svém pracovišti k ZAJIŠTĚNÍ AGRESIVNÍCH PACIENTŮ?

.....
.....
.....

17. KDO ROZHODUJE o použití jakéhokoliv omezovacího prostředku k zajištění agresivního pacienta?

- a. lékař
- b. všeobecná sestra
- c. nevím

18. S jakou nejhorší formou AGRESIVITY ZE STRANY PACIENTA jste se setkali?

- a. s fyzickou agresí a následným zraněním někoho ze zdravotníků
- b. s fyzickou agresí a následným zraněním někoho z pacientů
- c. s fyzickou agresí bez následného napadení
- d. se slovní agresí
- e. s agresí vůči věcem
- f. jiné (uveďte):.....

19. Myslíte si, že jste dostatečně proškolen o POSTUPECH V PŘÍPADĚ FYZICKÉ AGRESE ze strany pacienta?

- a. ano,
- b. ne,.....
- c. nevím

20. Uvítali byste nabídku nějakého KURZU SEBEOBRANY ze strany zaměstnavatele?

- a. ano
- b. ne

21. Máte zájem o více INFORMACÍ Z OBLASTI PSYCHIATRICKÉ PÉČE? Specifikujte.

- a. ano,.....
- b. ne,.....

22. Jaký je váš názor na INFORMOVANOST ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V OBLASTI PSYCHIATRICKÉ PÉČE?

.....
.....
.....
.....

DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU

..