

# Terapie neklidu u pacientů v akutní psychiatrické péči

Škrobová Eva

---

Bakalářská práce  
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Eva Škrobová
Osobní číslo:	H18346
Studijní program:	B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor:	Všeobecná sestra
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Terapie neklidu u pacientů v akutní psychiatrické péči

### Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti terapie neklidu u pacientů v akutní psychiatrické péči.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr probandů.

Realizace výzkumu technikou kazuistik.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

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

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

**Seznam doporučené literatury:**

- COWEN, P., P. J. HARRISON a T. BURNS. *Sharter Oxford textbook of psychiatry*. 6th ed. Oxford: Oxford University Press, 2012. ISBN 978-0-19-960561-3.
- HERMAN, E., J. PRAŠKO, D. SEIFERTOVÁ, ed. *Konziliární psychiatrie*. Praha: Medical Tribune CZ, c2007. ISBN 978-80-903708-9-0.
- JONES, J. S., J. J. FITZPATRIK a V. L. ROGERS. *Psychiatric mental health nursing: an interpersonal approach to professional practice*. New York: Springer Publishing Company, 2012. ISBN 978-0-8261-0563-9.
- LÁTALOVÁ, K. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché. ISBN 978-80-247-4454-4.
- PRAŠKO, J. a K. LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.
- PRAŠKO, J. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. Učebnice. ISBN 978-80-244-2570-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ondřej Vávra**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

## 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 obhajoby<sup>1)</sup>;
- 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. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> 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 § 60<sup>3)</sup> 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(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a).  
V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 20.4.2021 .....

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 Zveřejňování závěrečných prací.

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví smírný předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *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, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

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 právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odprá-ří-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíádně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Předmětem bakalářské práce s názvem „Terapie neklidu u pacientů v akutní psychiatrické péči“ je zjištění, na kolik je terapie neklidných pacientů v akutní psychiatrické péči účinná. V teoretické části se věnujeme neklidu jako součásti onemocnění, nejčastějším duševním poruchám v akutní psychiatrické péči a možnostem léčby u neklidného pacienta. Dále se budeme zabývat přístupem zdravotníků k neklidnému pacientovi a ošetrovatelské péči obecně. V praktické části jsou prezentovány výsledky kvalitativního výzkumu metodou kazuistik. Cílem výzkumu je poskytnutí informací o terapii neklidného pacienta v akutní psychiatrické péči a její problematice.

Klíčová slova: akutní psychiatrická péče, neklid, pacient, terapie, duševní poruchy

## **ABSTRACT**

The aim of the bachelor's thesis entitled "Therapy of restlessness in patients in acute psychiatric care" is to inform about the efficacy and possibilities of the therapy of restless patients. The theoretical part is devoted to restlessness as a part of the disease, includes the information about the most common mental disorders in acute psychiatric care and the possibilities of therapy in a restless patient. In addition, we will also deal with the approach of medical staff to the restless patient and nursing care in general. The practical part presents the results of qualitative research using the method of case studies. The goal of this research is to provide information on the therapy in a restless patient in acute psychiatric care and its problems.

Keywords: acute psychiatric care, restless, patient, therapy, mental disorder

Chtěla bych tímto poděkovat mému vedoucímu práce Mgr. Ondřejovi Vávrovi za odborné vedení, ochotu, vstřícnost a rady při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji mé rodině, kolegům a přátelům za pomoc a trpělivost při studiu.

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

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 NEKLID JAKO SOUČÁST DUŠEVNÍCH PORUCH</b> .....	<b>13</b>
1.1 HISTORIE PSYCHIATRIE .....	13
1.2 ORGANIZACE AKUTNÍ A DLOUHODOBÉ LŮŽKOVÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČE .....	14
1.3 DEFINICE NEKLIDU, AGRESE, AGITOVANOSTI .....	14
1.4 PŘÍČINY NEKLIDU A AGRESE.....	15
1.6 PRÁVNÍ ASPEKTY V PSYCHIATRII.....	18
<b>2 DUŠEVNÍ PORUCHY V PSYCHIATRII</b> .....	<b>20</b>
2.1 SYNDROMOLOGIE.....	21
2.2 SCHIZOFRENIE .....	22
2.3 DUŠEVNÍ PORUCHY VYVOLANÉ ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK .....	25
2.3.1 Stanovení přesné diagnózy.....	27
2.4 AKUTNÍ A PŘECHODNÉ PSYCHOTICKÉ PORUCHY .....	30
<b>3 TERAPIE NEKLIDU</b> .....	<b>34</b>
3.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES .....	34
3.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE A PŘÍSTUP K NEKLIDNÉMU PACIENTOVÍ .....	35
3.3 FARMAKOTERAPIE NEKLIDU .....	38
3.4 FARMAKOTERAPIE NEKLIDU U SCHIZOFRENIE .....	40
3.5 FARMAKOTERAPIE NEKLIDU U AKUTNÍCH STAVŮ SPOJENÝCH S NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI .....	41
3.6 FYZICKÉ OMEZENÍ NEKLIDNÉHO PACIENTA .....	43
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>46</b>
<b>4 METODIKA VÝZKUMU</b> .....	<b>47</b>
4.1 FORMULACE PROBLÉMU .....	47
4.2 CÍLE PRŮZKUMU.....	47
4.2.1 Dílčí cíl.....	47
4.3 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMU .....	47
4.4 METODA SBĚRU DAT .....	48
4.5 ORGANIZACE PRŮZKUMU .....	48
4.6 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	48
4.7 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	48
4.7.1 Kazuistika č. 1 .....	48
4.7.2 Kazuistika č. 2 .....	52



4.7.3	Kazuistika č. 3 .....	56
4.7.4	Kazuistika č. 4 .....	59
4.7.5	Kazuistika č. 5 .....	62
4.8	DISKUZE.....	65
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>67</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>		<b>68</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>		<b>71</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>		<b>73</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>74</b>

## ÚVOD

*„Zdravého od duševně nemocného odlišuje přece právě to, že zdravý má všechny duševní nemoci a duševně chorý jenom jednu!“*

*Robert Musil*

Téma *„Terapie neklidu u pacientů v akutní psychiatrické péči“* jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala, protože pracuji na oddělení, kde poskytuji ošetrovatelskou péči neklidným pacientům. Důvodem pro výběr tohoto tématu je i to, že mě zajímá terapie o duševně nemocné. Je pro mě obohacující vědět, jaká je příčina neklidného stavu u pacienta, co tomu všemu předcházelo, dále také s jakými projevy duševních poruch se můžeme na uzavřeném akutním oddělení setkat a jaké máme možnosti zabránit rozvoji neklidného stavu pacienta. Úplně jiným, ale myslím že velmi důležitým, důvodem pro výběr tématu bakalářské práce je, že duševní porucha a psychiatrie patří stále mezi populací velmi tabuizovaná témata.

Teoretická část mé bakalářské práce je zaměřena na obecnou definici neklidu, doplněná o další důležité pojmy, jako je agrese a agitovanost. Dále je vysvětlena příčina a prevence neklidu u pacientů, obsahem jsou i právní aspekty hospitalizovaných pacientů na akutním psychiatrickém oddělení. Druhá kapitola zahrnuje definici duševní poruchy spolu s podrobnějším popisem nejčastějších duševních poruch, které souvisí s neklidem u pacientů. Třetí kapitola pojednává o možnostech terapie neklidu u pacientů v akutní psychiatrické péči.

Pro praktickou část mé bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkum metodou případové studie a technikou dlouhodobého přímého pozorování doplněnou o informace a záznamy ze zdravotnické dokumentace. Hlavním cílem bylo zjištění, jak moc je účinná terapie neklidu i pacientů v akutní psychiatrické péči. Dalším cílem je popis terapie a ošetrovatelské péče u neklidného pacienta. V této části jsem se zaměřila na anamnézu a průběh psychického stavu pacienta, na průběžnou terapii neklidu a poskytnutou ošetrovatelskou péči.

Cílem mé bakalářské práce je přinést zajímavý pohled na výhody a nevýhody možností terapie neklidu u pacientů v akutní psychiatrické péči. Také doufám, že má

bakalářská práce poskytne ostatním čtenářům nové, zajímavé poznatky a pohled na akutní neklid u psychicky nemocných pacientů.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 NEKLID JAKO SOUČÁST DUŠEVNÍCH PORUCH

Akutní neklid a agrese mohou být součástí mnoha psychických (duševních) poruch. Nutné je odlišovat i nepsychiatrické příčiny neklidu. Primárně je naším úkolem zajistit bezpečnost pacienta i ostatních přítomných lidí v jeho blízkosti (Hanušková, 2008, s. 168).

Volní jednání je způsob, kterým osoba vědomě a úmyslně (podle plánu) sleduje dosažení stanoveného cíle. Poruchou jednání je například agitovanost, která je neúčelná, bezcílná, rychle se měnící s motorickým neklidem. Podobnou poruchou, ale krátkodobou, je raptus. Je to jednání, které je náhlé, zuřivé a útočné vůči sobě nebo okolí (Malá a Pavlovský, 2002, s. 31).

Svoboda (ed.), Češková a Kučerová (2015, s. 273–274) uvádí, že násilí nebo také agrese je všudypřítomný stav, který se stává stále častěji. Násilné chování je součástí mnoha psychických poruch. Agresivní chování se projevuje v auto- nebo heteroagresivní podobě a většinou je spojené s abúzem alkoholu, psychoaktivních látek nebo je součástí psychotických chorob.

### 1.1 Historie psychiatrie

Je užitečné se seznámit alespoň s nástinem historického vývoje, abychom pochopili dnešní stav psychiatrie jako medicínského oboru a vědecké disciplíny. Na úplném počátku vzniku psychiatrie jako vědecké disciplíny se musela vyrovnat s množstvím zavádějících pohledů, předsudků a ideologických doktrín. Cesta, která trvala tisíciletí, začala přinášet objektivní pohledy až na konci 19. a počátkem 20. století. Skutečný rozvoj psychiatrie začíná až v posledních desetiletích (Praško a kol., 2011, s. 14).

Zajímavý je Neumannův popis ošetřování akutně neklidného pacienta z poloviny 19. století. Mezi používané metody patřilo například usazování pacienta do donucovací židle, pustit mu žilou, přiložit více pijavic na hlavu, pokrýt ho vlhkými ledovými ručníky, polít mu hlavu 50 vědry studené vody, dát mu jíst vodovou polévku, pít vodu a Glauberovu sůl (Praško a kol., 2011, s. 18).

Významný vývoj v psychiatrii nastává v 50. letech 20. století, kdy se zavádí nová psychofarmaka. Od této doby mluvíme o tzv. éře psychofarmakoterapie v psychiatrické léčbě. Poté se rychle rozvíjí nové psychotherapeutické postupy, jako je kognitivní terapie, interpersonální, skupinová a krátkodobá dynamická psychotherapie (Praško a kol., 2011, s. 24–25).

## 1.2 Organizace akutní a dlouhodobé lůžkové psychiatrické péče

Lůžkovou péči zajišťují psychiatrické léčebny (v dnešní době nemocnice), psychiatrická oddělení nemocnic a psychiatrické kliniky při fakultních nemocnicích. Psychiatrické nemocnice zajišťují dlouhodobou léčbu a rehabilitaci psychicky nemocných všech věkových kategorií. Pacienti nejsou schopni samostatné existence a konají ochranné ústavní psychiatrické, sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické léčení. Pomocí specializovaných oddělení zajišťují podmínky pro odlišnou psychiatrickou péči. Příjmová oddělení se zabývají zejména diagnostikou, terapií, posudkovou činností a sociální prací. Pacienty přijímají k dobrovolné i nedobrovolné léčbě (Praško a kol., 2011, s. 331–332).

Akutní lůžková péče je poskytována bezprostředně po vzniku nebo zhoršení duševní poruchy. Úkolem péče na akutním lůžkovém oddělení je včasné zajištění komplexní diagnostiky, nastavení vhodné léčby a zajištění odpovídající návazné péče. Návaznou péčí se rozumí předat pacienta do ambulantní psychiatrické péče, do péče komunitních týmů nebo přeložit pacienta na jiné následné lůžkové oddělení. Poskytovatelé akutní psychiatrické péče jsou povinni přijmout pacienta s jakoukoliv psychopatologií z celé diagnostiky oboru psychiatrie. Dále by měli provést laboratorní, konziliární a zobrazovací vyšetření (Petr, Marková a kol., 2014, s. 44).

## 1.3 Definice neklidu, agrese, agitovanosti

Podle Svobody (ed.), Češkové a Kučerové (2015, s. 274) *psychomotorický neklid* znamená, že je pacient schopný se na výzvu zklidnit. Pokud nemocný není schopen se uklidnit ani po výzvě a přidávají se další příznaky, včetně agresivního chování, mluvíme o psychomotorické agitovanosti.

Často se setkáváme na akutních odděleních s neklidnými a obtížně zvládnutelnými nemocnými, u nichž je nesnadné provést vyšetření (Papežová a kol., 2014, s. 63).

*Neklid* je stav, při kterém dominuje zvýšená a neúčelná psychomotorická aktivita. Přítomna je emoční labilita a přecitlivělost ke stimulům, které mohou vést až k agresivnímu chování.

*Agrese* je jednorázové a krátkodobé vybití vnitřního napětí projevující se násilným chováním. Rozlišujeme agresi slovní (výčitky a nadávky), vůči věcem (rozbíjení, demolování) a proti lidem (brachiální útok).

*Agresivita* je dlouhodobý navyklý způsob chování s tendencí reagovat útočně s hostilným zaměřením a vysokou pohotovostí k agresi (Hanušková, 2008, s. 168).

*Agitovanost* je kvantitativní porucha jednání charakterizovaná jako neustále neklidné, bezcílné, zmatené, nevýkonné a nekoordinované pohyby. Jde o chorobné jednání. Vystupňovanou agitovaností je jaktace – zmitání na lůžku (Svoboda (ed.), Češková, Kučerová, 2015, s. 123).

Akutní neklid, agitovanost anebo projevy agresivity a násilí jsou nespecifickým behaviorálním syndromem, mohou být doprovodnými příznaky celé řady psychiatrických poruch včetně schizofrenie, bipolární poruchy, demence a dalších. Častým současným a komplikujícím faktorem psychického nebo fyzického neklidu je současné zneužívání drog a alkoholu, které zvyšují riziko agresivních projevů chování (Herman, Praško, Seifertová a kol., 2007, s. 198).

Praško, Látalová a kol. (2013, s. 780) zmiňují agresivní chování. Rozdíl mezi agresí a agresivitou je, že agrese je chování, které je vedeno se záměrem poškodit nějakou věc nebo ublížit nějaké osobě. Jde o krátkodobé a jednorázové vybití své energie, vyplývající většinou z osobnosti pacienta. Naopak agresivita, kterou dělíme na normální a patologickou, je dlouhodobá tendence k agresí. Normální agresivita je přiměřený protiútok na nějaký podmět zvenčí. Patologická agresivita je změna chování na základě psychické poruchy.

Hodnotíme určité *stupně agrese*. Prvním stupněm agrese je *hostilita*, jinak řečeno nepřátelskost. V této fázi agrese dává pacient najevo své nesympatie. Projevuje se svíráním pěstí, zbrunátněním v obličejí, napětím ve tváři či zatínáním čelisti. Označujeme ji jako neverbální projevy. Na ně může navazovat druhý stupeň agrese, přímá *verbální agrese*. Pacient slovně vyhrožuje jinému člověku, uráží a ponižuje ho, mohou se objevovat prvky sarkasmu. Nepřímá agrese je posílání zpráv, dopisů či telefonování. Dalším stupněm je *brachiální agrese*, kdy pacient například demoluje nábytek, kope do dveří, ničí věci okolo. Nejhorší stupeň agrese je fyzické napadení druhé osoby, dochází tak k bití, atakování, může dojít k poranění až zabití.

#### 1.4 Příčiny neklidu a agrese

Neklid může mít různé vyvolávající příčiny a často přechází do verbální či brachiální agrese. Takové chování neodpovídá běžnému stavu, intelektu a ani zkušenostem. Mezi závažné akutní stavy v psychiatrii spojené s neklidem patří akutní psychotické stavy, které mohou velmi rychle vzniknout a gradovat. Jsou součástí nové ataky již probíhajícího onemocnění nebo se jeví jako akutně vzniklý psychotický stav. Další příčinou neklidu související se stavem ohrožující sebe i okolí je mánie. Velmi podstatně zasahuje do života

pacienta i jeho nejbližších a širšího okolí. Absence náhledu a riziko ohrožení sebe i okolí vyžaduje neodkladnou hospitalizaci a léčbu či zahájení detenčního řízení. V takové situaci musíme počítat s agresí, protože mánie často zahrnuje hostilitu i podrážděnost a tu bychom neměli podceňovat. Častým stavem v akutní psychiatrické péči je delirium vyžadující intenzivní péči mnohdy s nutností fyzického omezení. Kontakt s realitou a náhled na onemocnění bývá zcela narušen. Včasně nerozpoznání deliria a zahájení akutní medicínské péče může vést k relevantním dopadům včetně možného úmrtí (Orel a kol., 2020, s. 395–397).

Neklid je ve většině případů doprovodným příznakem duševních poruch. S neklidným chováním se můžeme setkat u intoxikovaného pacienta psychoaktivní látkou nebo bývá následkem tělesného onemocnění či metabolické a hormonální nerovnováhy. Psychomotorický neklid narůstá ve stresových situacích a může být vystupňovaný, což je již zmíněná agitovanost, která může vyústit v agresi (Papežová a kol., 2014, s. 63–64).

Agresivní chování můžeme rozlišit na impulzivní (neplánované), psychotické (halucinace, paranoidní bludy) a instrumentální (plánovaný čin, je typický pro pacienty i běžnou populaci). U psychických poruch je velmi složité zjistit přesnou příčinu agresivity. Etiologií a ovlivňujícími faktory vzniku agrese mohou být genetické a prenatální vlivy či traumatizace a zneužívání v dětství. Další vlivy zahrnují socioekonomické postavení a nízkou úroveň dosaženého vzdělání. Ne vždy za to může jeden z faktorů, ale jednotlivé komponenty na sebe vzájemně působí (Látalová, 2013, s. 19–27).

Jiná příčina neklidu u většiny pacientů s psychózami se označuje jako *anosognózie*. Znamená to, že jedinec nemá náhled na onemocnění, neuvědomuje si příznaky schizofrenie a jiných souvisejících poruch. Tento příznak je nejčastějším ukazatelem odmítní léčby a rovněž známkou nedobrovolné hospitalizace, vyšších počtů relapsů, horších funkcí v psychosociální oblasti a celkově nepříznivého průběhu nemoci až agrese. Může být přítomná po celou dobu nemoci. O anosognózii mluvíme, když je náhled na onemocnění pacienta nedostatečný, absolutní a přetrvává alespoň měsíce až roky. Pacienti jsou hlavně přesvědčeni o svém zdraví i poté, co jsou jim předloženy drtivé důkazy o jejich mylném mínění. Pokouší se zamluvit a vymluvit důkazy o své nemoci, k tomu používají nelogická vysvětlení, smyšlenky či konfabulace (Amador, 2019, s. 64–67).

Marková, Venglářová a Babiaková (2006, s. 107) popisují následující faktory zvyšující napětí pacienta při vstupu do zdravotnického zařízení psychiatrie:



- obtížná orientace ve zdravotnickém zařízení – špatné a nesrozumitelné označení vyšetřovny, sesterny, budov;
- špatná organizace práce, hluk a dlouhé čekací doby do přijetí na lůžkové oddělení;
- nedostatek informací – zdravotnický personál se nepředstaví, nemá jmenovku, malá informovanost pacienta o průběhu přijímacích formalit a léčebného režimu;
- neprofesionální přístup personálu – rutinní přístup, nevhodné poznámky, nervozita a stres personálu, absence empatie;
- neumožnění kontaktu s blízkými – zákaz telefonování, omezená návštěvní doba;
- faktor nového a neznámého prostředí;
- zkreslené a neadekvátní představy o psychiatrii (většinou z filmu, z kresleného a zveličovaného povídání od jiných osob, kteří byli hospitalizováni na psychiatrii.

## 1.5 Prevence onemocnění v psychiatrii

O prevenci vzniku jakéhokoliv onemocnění mluvíme ve všech medicínských oborech a psychiatrie není výjimkou.

Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciární. V případě primární prevence se snažíme zabránit vzniku poruchy nebo onemocnění ještě před tím, než se vůbec objeví. Dělíme ji na dvě části: nespecifickou, která je zaměřena na vhodnou a žádoucí formu chování a zdravý životní styl, a specifickou, která má za cíl informovat veřejnou populaci o onemocnění, prevenci a možnostech její léčby. Bohužel, tato primární prevence neexistuje u většiny duševních poruch, ale pouze u vybraných nemocí. O to více hraje roli při péči o tělo, psychiku, vztahy i ducha vyrovnaný životní styl a komplexní prevence. Příkladem specifické části je prevence sociálně patologického chování včetně zneužívání, nadužívání a závislosti na psychoaktivních látkách, která by měla začít již v předškolním a školním věku. Avšak realizace je dlouhodobá a obtížná.

Sekundární prevence je realizována u lidí, kteří jsou vznikem onemocnění významně ohrožení, jsou rizikováni nebo již psychickou poruchou trpí. Nejdůležitějším cílem je zabránit rozvoji a prohlubování onemocnění, což znamená včasnou a důkladnou diagnostiku a léčbu. Je nutné zmínit fakt, že léčba je nejen komplexní, ale i dlouhodobá. Dlouhodobé užívání správně nasazené medikace snižuje riziko vzniku nových psychických onemocnění.

Významná může být všeobecná osvěta, odborné články pro laickou veřejnost nebo vzdělání u zaměstnanců zaměřené na problematiku duševních nemocí a poruch.

Obvykle se sekundární prevence překrývá s terciární. Ta je určena pro pacienty, kteří se v minulosti s onemocněním setkali a mají snahu zabránit recidivě, zpět se zařadit do běžného života, udržet se v psychické kondici a zdraví nebo zmírnit následky duševní nemoci. Mezi tuto skupinu nepatří pouze pacienti, ale vždy i rodinný příslušníci, přátelé, kolegové, sousedé a známí (Orel a kol., 2016, s. 300–301).

Dobrym příkladem prevence v psychiatrii je Preduka – preventivně edukační program proti relapsu psychózy. Program vede dvojice psychologů, pro zpestření a názornost je výklad doprovázen promítáním. Dopolední části programu se účastní společně lidé léčící se s psychotickým onemocněním a jejich příbuzní, probírají se obecné informace o psychózách a jejich léčbě. Odpolední část je určena pouze příbuzným pacientů a je věnována potřebám, problémům, které nemoc přináší, a dotazům příbuzných týkajících se onemocnění a jeho dopadům na rodinný život.

## 1.6 Právní aspekty v psychiatrii

Psychická porucha narušuje v některých případech kontakt s realitou, schopnost rozhodování nebo posouzení stavu. Z takových důvodů se právní postavení v některých aspektech liší od pacientů, kteří mají tělesné onemocnění.

V oblasti legislativy dochází ke změnám v zákonech, nařízeních i vyhláškách. Je tedy dobré mít na paměti, že bychom měli znát platné legislativní předpisy, a vědět, že se můžou v průběhu let měnit či upravovat – je důležité sledovat jejich aktualizace.

Plně svéprávnými se stáváme dovršením 18 let. Z právního hlediska existují výjimky, kdy se můžeme stát svéprávnými před dosažením zletilosti. Podmínkou je, že daný člověk dosáhl věku 16 let a je schopen se sám o sebe postarat ve všech ohledech. Součástí je i souhlas zákonného zástupce. Toho všeho lze docílit pouze soudní cestou. Zákonný zástupce (například rodič), zastupuje nezletilého, který není plně svéprávný. Opatrovník (soudem stanovená osoba) je určen člověku, který je omezen ve svéprávnosti nebo mu zdravotní stav působí potíže při hájení jeho práv, správě majetku či porozumění situaci. Mezi základní občanská práva patří Všeobecná deklarace lidských práv a svobod, Listina základních práv a svobod a Mezinárodní pakt o občanských právech a politických právech. V roce 1992 byl schválen Kodex práv pacientů. Práva duševně nemocných jsou stanovené v Deklaraci

lidských práv duševně nemocných a Deklaraci lidských práv a duševního zdraví z roku 1989. Z roku 1991 Zásady práv osob trpících duševní poruchou.

Je důležité zmínit i zachování mlčenlivosti zdravotníků a s tím spojené zabezpečení všech osobních a citlivých údajů a konečně povinnost vést adekvátní zdravotnickou dokumentaci.

Člověk dezorientovaný, zmatený, agresivní, neklidný nebo pod vlivem drog není schopen adekvátně posoudit, co se s ním děje a ani dát souhlas k jakémukoliv zásahu. V takovém případě je nutné postupovat v zájmu zachování života a zdraví. Pokud bylo zasaženo do integrity pacienta, je nutné mu hned, jakmile to jeho tělesný a psychický stav dovolí, vysvětlit kde je, proč a co se s ním dělo. Dále je nutné vysvětlit mu zákroky, které byly provedeny, a jaké následky či rizika by nastaly bez provedení nezbytné zdravotní péče.

Při řešení urgentního stavu, například při mánii, těžké depresi, deliriu, nebo u pacienta s duševní poruchou ohrožující sebe či okolí, se můžeme setkat s nedobrovolnou hospitalizací, to znamená bez souhlasu pacienta z důvodu odporu, kdy odmítá podepsat informovaný souhlas s léčbou. Následkem je povinnost do 24 hodin nahlásit tuto skutečnost na místně příslušný okresní soud – zahajuje se detenční řízení.

Jinou, ale častou léčebnou psychiatrickou formou, je ochranné léčení (dále OL). Může být nařízeno soudem a realizováno jako ústavní nebo ambulantní OL. Indikuje se v případě spáchání trestného činu pod vlivem duševní poruchy, obzvláště s rizikem nebezpečí pro společnost. Účel je terapeutický i represivní. O ukončení OL rozhoduje soud, ale návrh podává lékař. Je možné uložit i zabezpečovací detenci, která spadá pod Vězeňskou službu ČR. Soud takto rozhoduje v případě, že člověk spáchal zločin ve stavu vyvolaném duševní poruchou nebo zmenšenou přičetností, a nelze při tom očekávat, že by ochranné léčení stačilo k zabezpečení a ochraně společnosti i dotyčného.

U trvalých a závažných duševních poruch (např. těžká forma schizofrenie, demence, mentální retardace) je třeba řešit omezení ve svéprávnosti. Soudem je člověku určen opatrovník a závažnost stavu je doložena lékařskou zprávou. Omezení trvá maximálně 3 roky a jeden rok navíc, pokud zdravotnické zařízení zažádá o prodloužení. Znalec z psychiatrie je pověřen vyhotovením znaleckého posudku.

Nutností u některých psychických onemocnění je zákaz řízení motorových vozidel, tedy zabráněné držení řidičského oprávnění. Kromě toho je někdy využito i zákazu držení střelné zbraně (Orel a kol., 2020, s. 384–388).

## 2 DUŠEVNÍ PORUCHY V PSYCHIATRII

Ke klasifikaci duševních poruch slouží Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN-10). V originále je to International Classification of Diseases and Related Health Problems. Tuto publikaci vytvořila Světová zdravotnická organizace (WHO). V této mezinárodní klasifikaci WHO kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností. Aktualizované přepracované verze klasifikace vycházejí asi s desetiletou frekvencí a odlišují se číslem (v roce 2022 by měla vejít v platnost klasifikace MKN-11). Zajímavostí je, že klasifikace původně vznikla jako Klasifikace příčin a úmrtí (ÚZIS ČR, 2021).

Existuje mnoho definic duševních poruch, ale žádný z nich není jednotně přijímaný. Společným přístupem v obecném lékařství je zkoumat nemoc a identifikovat jakékoliv související podobnosti spojené s duševní poruchou (Cowen, Harrison a Burns, 2012, s. 22).

Uvádí se, že u praktického lékaře tvoří 50 % klientely nemocní s duševní poruchou. Některé duševní poruchy mohou vyvolat nebezpečí pro zdraví pacienta i pro jeho okolí. Duševní poruchy se mohou projevit samostatně nebo jako součást (symptom) nějakého somatického onemocnění, kdy je nazýváme jako symptomatické. Jsou případy, kdy psychické poruchy naopak mohou vést k tělesnému onemocnění. Taková onemocnění se nazývají psychosomatická (Malá a Pavlovský, 2002, s. 13).

Definovat zdraví a nemoc je obtížné. Dle WHO je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli jen prostá nepřítomnost nemoci nebo vady. Pro lepší pochopení pojmu zdraví je třeba si stanovit hranici mezi zdravím a patologií duševních poruch, což může být velmi obtížné. Proto máme k dispozici diagnostický systém a klasifikaci, které usnadňují rozlišit zdravého a nemocného jedince. Při posuzování a diagnostice duševních poruch, sledujeme vývoj stavu a poté zahajujeme léčbu (Orel a kol., 2016, s. 15).

Jestliže člověk má nějakou psychickou (duševní) poruchu, zejména psychotické onemocnění, může to vnímat jako zahanbující pocit, ztrátu cti. Duševně nemocný může být nepochopený a vyloučen ze stran společnosti. U osoby s psychickou poruchou může chybět léčba a náhled na jeho stav z důvodů předsudků. Je třeba si tuto problematiku uvědomit (Praško a kol., 2011, s. 363).

V této kapitole se dále budeme věnovat nejčastějším duševním poruchám v akutní psychiatrické péči. Jsou to duševní poruchy, u kterých se zdravotnický personál setkává velmi často s neklidným až agresivním pacientem.

## 2.1 Syndromologie

Psychotický syndrom je charakterizován jako ztráta nebo oslabení kontaktu nemocného s realitou. Je základní složkou psychiatrických diagnóz, intoxikací psychoaktivními látkami, ale i součástí somatických a neurologických onemocnění a komplikací jejich léčby. Psychotický syndrom může vzniknout náhle, v rozmezí dnů i hodin, jindy se vytváří pozvolna. Bývá častým důvodem přijetí na akutní lůžkové psychiatrické oddělení.

Mezi hlavní projevy psychotického syndromu patří poruchy myšlení a vnímání. Porucha myšlení se vyznačuje rozvolněným až nesouvislým myšlením. Někdy se může myšlení dostat do formy jeho dezorganizace (roztříštěnosti). Mohou se také objevit symbolické, magické a filozofující obsahy nebo jsou u některých pacientů přítomny zárazy myšlení. Bludy, jako porucha myšlení, se objevuje velmi často u psychóz, tzv. psychotických stavů (Uhrová, Roth a kol., 2020, s. 110).

Nejčastější bludy jsou paranoidní (vztahovačné), zejména blud persekční (blud pronásledování), blud emulační (žárlivecký) a blud parazitární (např. pacient je přesvědčen o přidávání jedů do jídla). Méně časté jsou religiozní, bizarní a megalomaničké bludy. Naopak se více objevují bludy mikromanické a autoakuzací. Pokud lékař diagnostikuje blud u pacienta, musí být splněna určitá kritéria:

- Pacient je přesvědčený o něčem, co se nestalo, neexistuje a není to pravda.
- Blud nelze pacientovi rozmluvit, vyvrátit a ani mu vysvětlit logickou argumentací, že není pravda to, co si myslí.
- Blud ovládá psychiku pacienta, je dominantní v jeho myšlení a má emoční náboj.
- Blud má vliv na jednání a chování pacienta.
- Blud nikdy nevzniká ve zdravé mysli, vždy jsou přítomny i jiné příznaky psychotického stavu (Kučerová, 2018, s. 26).

Poruchy vnímání zahrnují iluze a halucinace. Iluze vznikají jako mylné a smyslové vjemy na základě skutečných podnětů. Pacient o skutečnosti těchto vjemů nepochybuje. Jednoduché i komplexní halucinace se objevují nezávisle na vnějším smyslovém podnětu. Mezi nejčastější patří sluchové a zrakové halucinace (často u schizofrenie), dále taktilní, chuťové, čichové a tělesné halucinace, které se objevují u intoxikací psychoaktivními

látkami. U schizofrenie bývají přítomny halucinace intrapsychické, kdy má pacient pocit, že mu někdo nebo něco ovládá mysl či odnímá a vysílá myšlenky.

Poruchy chování a emotivity zahrnují úzkost a strach pacienta, který žije ve své realitě a je přesvědčen o její pravdivosti a často na onemocnění nemá náhled. Následkem toho dochází ke změnám chování nemocného, které se projevuje dezorganizovaností, může se rozvíjet neklid, agitovanost až hetero- nebo autoagresivní jednání.

Do širšího spektra psychotických stavů zařazujeme delirium, které doprovází kvalitativní porucha vědomí (Uhrová, Roth a kol., 2020, s. 110-112).

## 2.2 Schizofrenie

Schizofrenie patří mezi nejzávažnější duševní onemocnění, jde o psychotické onemocnění. Nejvíce je charakterizovaná poruchou myšlení a vnímání, neadekvátní emotivitou a narušeným chováním a jednáním. V odborné terminologii je přítomna porucha vnímání reality, dezorganizované slovní projevy, bludy a halucinace (Svoboda (ed.), Češková a Kučerová, 2015, s. 181–182).

Uhrová, Roth a kol. (2020, s. 471) definují schizofrenii jako skupinu duševních onemocnění, které mají heterogenní a ve většině případů dlouhodobý průběh. Po čas nemoci se střídají akutní epizody a méně akutní fáze nebo fáze remise. Typicky se v akutním stádiu schizofrenie projevuje psychotický syndrom.

Podle Kučerové (2018, s. 77–78) je diagnostikování schizofrenie v celé její patologické šíři velmi náročný úkol. Nazvala ji jako chorobu chorob, která ve své složitosti a barvitosti psychopatologického obrazu a nevypočitatelnosti průběhu onemocnění nemá mezi jinými nemocemi konkurenci. Měli bychom ji chápat jako soubor příznaků, pokaždé jiných, ale vzájemně na sebe působících a ovlivňujících. V žádném případě se tedy nejedná o jeden příznak, který určuje, že jde o schizofrenii, ale o komplexní poruchu celé osobnosti.

Schizofrenie postihuje jak muže, tak i ženy. U žen začíná onemocnění o pár let později, tedy mezi 25. a 35. rokem, a u mužů mezi 18. a 25 rokem. Celoživotní prevalence schizofrenie je celosvětově 1 %. Výskyt onemocnění u dětí a lidí po 45. roce je výjimečný. U pacientů se schizofrenií je až 10krát vyšší úmrtnost než u zdravých lidí. Příčinou je riziko suicida, kdy se uvádí až 10 %, dále jsou to nehody nebo somatické komorbidity. U příbuzných v první linii pacienta se schizofrenií hrozí daleko vyšší riziko rozvoje onemocnění (Uhrová, Roth a kol., 2020, s. 471)

Svoboda (ed.), Češková, Kučerová (2015, s. 182) uvádí, že asi u 25 % psychiatrických hospitalizací a 50 % přijetí do psychiatrických zařízení za rok je diagnostikována schizofrenní porucha. Celosvětově patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity.

Orel a kol. (2020, s. 208–209) uvádí, že příznaky schizofrenie se často dělí na pozitivní a negativní. Pozitivní, tedy produktivní, jsou nadměrně nebo zkresleně vyjádřené funkce a patří sem halucinace a bludy. Naopak oslabení nebo ztráta funkcí, jako je oploštělost a apatie, jsou negativní příznaky, které jsou léčebně hůře ovlivnitelné.

Správně diagnostikovaná schizofrenie se odvíjí od jasně vyjádřených příznaků po dobu jednoho a více měsíců. K typickým příznakům schizofrenie patří:

- **Poruchy vnímání**, kdy jsou přítomné halucinace, nejčastěji sluchové. Dále to jsou intrapsychické, což znamená, že pacient slyší vlastní myšlenky nebo je odnímá, vkládá či vysílá.
- **Poruchy myšlení**, kdy se projevují bludy, a to paranoidní, nebo bludy nepatřičné dané kultuře a době. Objevují se i zárazy v myšlení, neologismy nebo inkoherece.
- **Poruchy emocí**, nejčastěji emoční oploštělost nebo naopak chorobná vzrušenost.
- **Poruchy chování**, zahrnují ztrátu zájmu o okolí, apatii, nečinnost a bezcílnost. Může být přítomen negativismus, stupor, mutismus. Běžné je omezení sebekontroly.

Podle Kučerové (2018, s. 78–82) se schizofrenie dělí na dva psychopatologické obrazy. Ataka a remise. Ataka je akutní vzplanutí nemoci a remise je období klidu, což neznamená, že je vyléčená, ale pouze kompenzovaná a kdykoliv může vyústit do další ataky.

Příčina nového vzplanutí nemoci není většinou patrná, ale spouštěčem může být zvýšená fyzická a psychická zátěž. V jiných případech může jít o náhlou změnu počasí, operaci, chřipku, stres či náhlé úmrtí v rodině a partnerské neshody.

Akutní ataka schizofrenie je u každého pacienta individuální, jiná a velmi pestrá. Nejčastěji se vyskytují paranoidní bludy, kdy je pacient přesvědčený, že ho někdo pronásleduje, chodí mu do bytu, přehazuje nebo mu krade věci, či ho chce někdo otrávit. Jiné bludné přesvědčení je nazývané jako bizarní. Znamená to, že pacient je odposloucháván, ozařován, ovládají ho Mimoszemšťané nebo mu někdo bere myšlenky. Přítomné je pseudofilozofování, nesouvislé myšlení, poruchy nálady až agrese. Pacient nevydrží sedět a neustále přechází po místnosti. Velmi častá je u pacienta úzkost, která může být nepříjemná

jak pro něho, tak nebezpečná pro okolí. Nemocný může náhle provést něco nečekaného. Například něco rozbít, utéct nebo někoho uhdít. V rámci schizofrenní ataky je téměř vždy narušen spánek. Pacient nespí celou noc a halucinuje nebo spí přerušovaně. Někdy chodí brzo spát a brzo se probouzí, jindy nemůže usnout a ráno spánek dohání. Mezi jiné projevy akutní ataky patří, že pacient může být nejen autoagresivní, ale může být agrese namířena i na okolí nemocného. Ataka odezní za nějakou dobu, většinou po léčbě nebo sama, ale to je vzácné.

Poté nastupuje remise, klidová fáze nemoci. Je buď plná, kvalitní, tedy bez příznaků a naopak neúplná, nekvalitní či nedostatečně kompenzovaná. V plné, kvalitní remisi je pacient v pohodě, chodí do práce, je si vědom své choroby, má náhled na onemocnění, pravidelně užívá léky a chodí na pravidelné kontroly do psychiatrické ambulance. V častější, tedy nekvalitní remisi, zůstávají v psychice pacienta zbytky, rezidua, onemocnění.

Podle Orla a kol. (2020, s. 211) hovoříme o reziduální schizofrenii. Projevuje se podivínstvím, pasivitou, emoční oploštělostí, omezením sociálních kontaktů a chudým verbálním projevem. Možné je i celkové zhoršení výkonnosti a péče o sebe.

Svoboda (ed.), Češková a Kučerová (2015, s. 185) dělí schizofrenii na typické formy:

- F20.0 **Paranoidní** schizofrenie – charakterizovaná bludy;
- F20.1 **Hebefrenní** schizofrenie – nejčastěji svými projevy napodobuje pubertální období;
- F20.2 **Katatonní** schizofrenie – v popředí jsou poruchy psychomotoriky;
- F20.3 **Nediferencovaná** schizofrenie – nemá obvykle vyhraněnou podobu;
- F20.5 **Reziduální schizofrenie** – chronický stav po odeznění akutní symptomatologie;
- F20.6 **Simplexní** schizofrenie – změny chování, vyplívající z postupného stažení se do sebe;
- F20.4 vyčleněn pro postpsychotickou depresi.

Ke stanovení diagnózy a hodnocení schizofrenie využíváme popis symptomů. Neexistují stanovené laboratorní testy, které by poukázaly na psychickou poruchu. Lékař si pomocné laboratorní testy vybírá dle klinických projevů, jejich nástupu a osobní anamnézy pacienta (Praško, Látalová a kol., 2013, s. 351).



Uhrová, Roth a kol. (2020, s. 474–475) uvádí, že základem diagnostiky je pečlivé odebrání anamnézy technikou pozorování projevů chování a v rámci strukturovaného rozhovoru. Dále je důležité získat anamnézu od blízkých osob pacienta. Psychologické vyšetření pomáhá stanovit diagnózu schizofrenie, jestliže potřebujeme potvrdit klinicky vytvořenou diagnózu. Při procesu stanovení diagnózy a k vyloučení jiné příčiny onemocnění se provádí základní fyzikální vyšetření, odběr základních biochemických parametrů, EEG, CT, MR, EKG a RTG.

### **2.3 Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek**

Poruchy vyvolané účinkem užívaných psychoaktivních látek zahrnují široké spektrum duševních a behaviorálních poruch, které provází somatické projevy a rozsáhlé psychosociální následky (Uhrová, Roth a kol., 2020, s. 483).

Podle Svobody (ed.), Češkové a Kučerové (2015, s. 159) mají psychoaktivní látky vliv na chování, vědomí a náladu (Obr. 1).

Droga	Minimální doba	Maximální doba
<b>Cannabinoidy</b>		
THC, Hašiš, Marihuana	6-18 hodin	Občasné užívání: až 10 dní Pravidelné užívání: 30 dní a déle
<b>Halucinogeny (Psychodelika)</b>		
LSD	2 hodiny	1-4 dny
Psilocybin (Lysohlávky)	2 hodiny	1-3 dny
Extáze (MDMA)	1 hodina	2-3 dny
Meskalin	1-2 hodiny	2-4 dny
<b>Opiáty</b>		
Heroin, Morfin, Kodein	2 hodiny	2-3 dny
Methadon	2 hodiny	2-6 dní
Oxykodon	1 hodina	1-2 dny
<b>Psychofarmaka</b>		
Barbituráty	2-4 hodiny	Krátce působící typy (Alphenal, Amobar Allobarbitál, Butethal, Secobarbital): 1-4 Dlouze působící typy (Phenobarbital, Barb 2-3 týdny a více
Benzodiazepiny	2-7 hodin	Občasné užívání: až 3 dny Pravidelné užívání: 4-6 týdnů
Rohypnol	1 hodina	8 hodin a méně
<b>Stimulační drogy</b>		
Kokain	1-4 hodiny	2-4 dny
Pervitin (Metamfetamin)	1-3 hodiny	2-4 dny
Amfetaminy	2-7 hodin	2-4 dny
<b>Ostatní drogy</b>		
Anabolické steroidy	4-6 hodin	Požítí ústy: 2-3 týdny Nitrožilní požití: 1-3 měsíce (Naldrolen až 8 měsíců a více)

Obr. 1 Detekční doba účinků na lidský organismus. Dostupné z:  
<https://infodrogy.estranky.cz/clanky/testovani-pritomnosti-drog-v-tele--podrobne-.html>

Závislosti a s tím spojené stavy jsou v somatické medicíně podceňovány. Psychiatr rozpozná u 2/3 nemocných, že je daný jedinec závislý na alkoholu nebo droze, zatímco somatičtí lékaři pouze u 10 % pacientů. Problematikou a léčbou závislostí na psychoaktivních látkách se zabývají odborníci z oboru adiktologie. Každopádně důležitou roli v léčbě akutní intoxikace a abstinčních příznaků zastávají akutní lůžková oddělení na psychiatrii (Praško, Látalová a kol., 2013, s. 302).

Za psychoaktivní látku považujeme každou látku, která ovlivňuje psychickou činnost nebo vyvolává závislost. Závislost se rozvíjí u každé látky v různé době. Závislost

rozlišujeme psychickou a fyzickou. Fyzickou závislost definujeme jako rozvoj nepříjemných tělesných příznaků, jako je třes, pocení, křeč nebo průjem a je přítomna několik dnů i týdnů. Objevuje se po prudkém snížení dávky návykové látky nebo po úplném vysazení. Naopak psychická závislost je přítomná mnohem déle a je to touha po znovu navození příjemných duševních stavů. Akutní intoxikace je stav po jednorázovém požití psychoaktivní látky. Jedná-li se o opakované a dlouhodobé užívání látek, které je charakterizované poškozením tělesných i psychických funkcí, mluvíme o škodlivém užívání látek (abúzus). Odvykací stav se velmi často projevuje neklidem, úzkostmi, poruchou vědomí, ale i halucinacemi a bludy (Malá a Pavlovský, 2002, s. 51-52).

### 2.3.1 Stanovení přesné diagnózy

Látalová (2013, s. 121–122) uvádí, že při zneužívání psychoaktivních látek, může na základě abstinčních příznaků nebo akutní intoxikace vzniknout agresivita. Lidé užívají drogy, aby změnili způsob svého prožívání a stav vědomí nebo získali emoční zážitky. Vznik agrese většinou závisí na osobnosti pacienta, zda se projeví nebo ne. Proto jsou psychoaktivní látky spíše považovány za katalyzátor násilí než jako prvotní příčina. Vliv na agresivní chování pacienta, který má duševní poruchu, má nejen samotná nemoc a užívání psychoaktivních látek, ale většinou je to sociální prostředí pacienta, porucha chování v dětství nebo spolupráce při léčbě a náhled na nemoc.

Jednotlivé závislosti dle typu látky popisuje Orel a kol. (2020, s. 194). Zde zařazujeme poruchy způsobené užíváním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, stimulantů (methamfetamin neboli pervitin, kofein), halucinogenů (MDMA), tabáku, prchavých rozpouštědel a také jiných psychoaktivních látek nebo několika různých látek zároveň. Každá látka má své vlastní číselné označení diagnózy dle MKN-10.

Uhrová, Roth a kol. (2020, s. 485) uvádí kategorizaci poruch dle MKN-10 na základě typu poruchy, kdy *x* určuje již zmíněné typy látek:

- F1x.0 akutní intoxikace;
- F1x.1 škodlivé užívání návykových látek;
- F1x.2 syndrom závislosti;
- F1x.3 odvykací stav;
- F1x.4 delirium;

- F1x.5 psychotická porucha;
- F1x.6 amnestický syndrom;
- F1x.7 reziduální stavy.

Podle Kučerové (2018, s. 115) je závislost nemoc, která nejde vyléčit, je celoživotní, lze ji tedy pouze kompenzovat abstinencí od všech drog. Ať už se jedná o jakýkoliv typ závislosti, všechny mají několik společných rysů. Pacient je závislý, když nemůže bez drogy být, má bažení (craving) a vznikají u něho abstinenci příznaky. Postupem času dochází k degradaci osobnosti a sociálních vztahů pacienta.

V diagnostice je nutné myslet při vyšetření nemocného na to, že může být závislý na návykových látkách. V první řadě nás k tomu může vést laboratorní vyšetření, kdy je např. zvýšená hladina GMT. Kromě příznaků, které se mohou projevovat, u pacienta sbíráme anamnézu – od rodiny a jeho nejbližších, z předchozí hospitalizace nebo z dokumentace. Lze tak tedy korigovat zkreslené získané údaje o užívání návykových látek od pacienta, který nám v jisté chvíli není schopen nebo není ochoten podat informace. Mezi základní anamnestické údaje patří hlavní stížnost, anamnéza současného onemocnění, popis současných a tělesných příznaků a symptomů. Dále k nim patří údaje o počátku užívání, pravidelnosti, nejvyšší dávce, nejdělsí periodě abstinence, vzorci užívání, množství, frekvenci, způsobu podání, okolnostech užití a reakci na látku. Anamnézu získáváme i z minulé léčby závislosti a odezvy na ni, rodinné a psychiatrické anamnézy, konfliktů se zákonem a interpersonálních problémů. Důležitým zdrojem informací o užívání návykových látek je včasné odebraná moč na toxikologii. Je nutné odebírat moč pod dohledem zdravotnického personálu a to z důvodu, že by mohl pacient podvádět. V rámci vyšetření je podstatné laboratorní stanovení hladiny ALT a AST, amylázy, urea, kreatininu, markerů virových hepatitid nebo HIV, triglyceridů, KO a také provést RTG plic (Herman, Praško, Seifertová a kol., 2007, s. 66–67)

Z pohledu epidemiologie uvádí Svoboda (ed.), Češková a Kučerová (2015, s. 160–161) jako nejvíce zneužívanou drogu na celém světě a nejčastěji užívanou psychoaktivní látku alkohol. Závislostí na alkoholu trpí přibližně 6–10 % populace. Česká republika (dále ČR) se v konzumaci alkoholu zařadila na druhou příčku v Evropské unii. Podle WHO 3,4 % světové populace užívá ilegální drogy. Nejčastější užívanou drogou v Evropě je marihuana. Podobně je na tom amfetamin a injekční heroin. Co se týká kouření, tak celosvětově je

kuřáků asi třetina populace starší 15 let. V ČR kouří asi 30 % dospělé populace, z nich většina si přeje přestat.

**Akutní intoxikace** je přechodný stav podmíněný přímým účinkem psychoaktivní látky. Může být komplikovaná nebo nekomplikovaná (Orel a kol., 2016, s. 162).

Praško, Látalová a kol. (2013, s. 303) definují akutní intoxikaci jako stav po užití psychoaktivní látky, které vedou k poruchám vědomí, vnímání, emotivity nebo chování. Poruchy jsou způsobené přímým akutním farmakologickým působením a časem mizí, tedy pokud nedojde k poškození tkání.

Svoboda (ed.), Češková a Kučerová (2015, s. 162) uvádí dvě formy *akutní intoxikace vyvolané užitím alkoholu*. Mírná intoxikace se projevuje uvolněním, hovorností, euforií, dezinhibicí, lidé jsou rozvolnění, družnější, motorické reakce se zpomalují. Při těžké intoxikaci dochází často až k agresivitě, podrážděnosti, řeč je setřelá, objevují se problémy s koordinací pohybu, celkově se jeví zlostně.

*Intoxikace sedativy, hypnotiky či anxiolytiky* se projevují různě. Nejvíce časté příznaky jsou dezinhibice chování, labilita nálady, euforie nebo letargie, dysartrie, nystagmus nebo porucha pozornosti. Může se objevit amnézie. *Intoxikace opiátů* se projevuje apatií, ospalostí, dysartrií, závratěmi, dysfórií nebo euforií. Pacient *intoxikovaný amfetaminy* se zvýšeně potí, má tachykardii a hypertenzi, zúžené zornice oka, je grandiózní a euforický. Závažnější intoxikace vede k vzniku paranoie, nadměrné bdělosti, psychomotorické agitovanosti a deliria. Výsledkem je agitovanost a psychóza. Podobné příznaky má i intoxikace kokainem. Pacient je podrážděný, hovorný, přítomná je psychomotorická agitovanost a zvýšené libido. Někdy se objevují halucinace (Herman, Praško, Seifertová a kol., 2007, s. 70–72).

**Škodlivé užívání** (abúzus) je oproti akutní intoxikaci opakované nadužívání psychoaktivních látek. Následkem je tělesné (játra, ledviny, trávicí systém) nebo psychické poškození (Orel a kol., 2016, s. 162).

**Syndrom závislosti** (bažení, anglicky *craving*) je označení pro silnou až palčivou touhu nebo puzení brát opakovaně danou látku. Dochází k nárůstu tolerance (zvyšování dávek), problematické sebekontroly až k nemožnosti zastavit užívání návykové látky. Jasným určujícím znakem závislosti je odvykací stav, který se objevuje po abstinenci látek. Příčinou vzniku závislosti není nikdy jen otázka jedné věci, ale vždy více činitelů dohromady,

zejména interakce prostředí a podnětů jedince, dostupnost psychoaktivní látky a člověka jako takového (Orel a kol., 2020, s. 200–201).

**Odvykací stav** je částečné nebo úplné odstranění dlouhodobě užívané psychoaktivní látky. To znamená, že odvykací stav se neobjeví, pokud člověk nadále užívá psychoaktivní látky v potřebném množství, a to podle jeho stupně závislosti. Odvykací stavy mohou trvat různě dlouhé období, a to hodiny, dny až týdny. Odvykací stav má jak *psychické, tak i somatické projevy*. Mezi *psychické projevy* řadíme úzkost, tenzi, neklid, podrážděnost, hostilitu až agresi, poruchy vnímání (halucinace), poruchy myšlení (bludy, paranoidita) a nespavost. *Tělesné příznaky* se projevují jako bolest hlavy, třes, křeče, změny krevního tlaku a srdeční frekvence, nevolnost a zvracení, narušení motorické koordinace a bolesti (Orel a kol., 2020, s. 205–206).

**Delirium** je akutní neuropsychiatrický syndrom, který vzniká v důsledku intoxikace, nebo nespecifické reakce predisponované mozkové tkáně na různé somatické faktory. Delirium se obvykle rozvíjí během pár minut až dní. Základním projevem deliria je kvalitativní porucha vědomí a porucha pozornosti, jako je dezorientace, snížená nebo zvýšená psychomotorická aktivita a agitovanost. Dále z příznaků převládá akutní kognitivní dysfunkce, často s neklidem a poruchami chování (Uhrová, Roth a kol., 2020, s. 385).

**Psychotické poruchy**, jindy také označované jako **toxická psychóza**, se projevují typickými psychotickými symptomy v bezprostřední souvislosti s užitím psychoaktivní látky. Typické symptomy jsou například živé halucinace, bludy, paranoidita, poruchy psychomotoriky a emocí. Toxické psychózy jsou známé po užití kokainu, konopí, pervitinu, halucinogenech a alkoholu.

**Amnestický syndrom** je stav výrazného zhoršení paměti s neschopností se učit něčemu novému a vybavovat si zážitky z minulosti. Syndrom je vyvolaný dlouhodobým působením psychoaktivní látky. Následkem dlouhodobé závislosti může být demence. Rovněž to jsou poruchy osobnosti a chování nebo reziduální afektivní poruchy.

U **psychotické poruchy reziduální a s pozdním nástupem** jde o následek dlouhodobého působení psychoaktivních látek, avšak ne o přímý účinek (Orel a kol., 2020, s. 206–207).

## 2.4 Akutní a přechodné psychotické poruchy

Akutní psychotická porucha může vzniknout u kohokoliv za okolností, které nejsme schopni spolehlivě předpovědět. Za každých okolností musíme terapeuticky zasáhnout, ať

se s ní setkáme na lůžkovém psychiatrickém nebo na psychiatrickém oddělení či v terénu, kdy velká zodpovědnost padá na praktického lékaře. U diagnózy F23.x – Akutní a přechodné psychotické poruchy jde o soubor příznaků, pro jejichž stanovení se jako hlavní vodítka uvádí akutní začátek, polymorfnost příznaků a jejich měnivost. V řadě případů se uvádí jako příčina této psychotické poruchy reakce na těžkou stresovou reakci. Podle vodítek MKN-10 nelze poruchu diagnostikovat, pokud se vyvinula na základě intoxikace, závislosti nebo odvykacího stavu (Pavlovský, 2013, s. 54).

Za nejzávažnější akutní psychické poruchy lze považovat akutní psychotické stavy, které spadají do okruhu schizofrenie a jí příbuzných poruch. Diagnóza F23.x – Akutní a přechodné psychotické stavy má určující klinický obraz, dle kterého určujeme tuto diagnózu. Je to u pacienta, který má podobné symptomy jako schizofrenie, ale s pacientem se setkáváme poprvé. Z praktického hlediska je užitečná v tom, že dává lékaři dobrou možnost vyhnout se při prvním setkání s psychotickým pacientem hůře přijatelné diagnóze schizofrenie (Raboch, Pavlovský a kol., 2011, s. 11–12).

Dušek a Večeřová-Procházková (2010, s. 230) uvádí diagnostická kritéria dle MKN-10 takto:

- akutní začátek bludů a halucinací (z počátečním stavem zmatenosti);
- stav zmatenosti nesmí splňovat kritéria pro organickou poruchu;
- porucha nesplňuje kritéria pro manickou nebo depresivní epizodu;
- příčinou poruchy není psychoaktivní látka;
- nejsou přítomny žádné organické, symptomatické psychické poruchy.

Orel a kol. (2020, s. 211) charakterizují akutní a přechodné psychotické poruchy jako náhlý začátek příznaků, které trvají maximálně 1 měsíc. V klinickém obrazu se zde vyskytují především jasné, ale měnlivé bludy a halucinace. Obvykle se objevuje i emoční rozrušení. Důvodem, spouštěcím faktorem, může být velmi silný stres nebo trauma. V některých případech může akutní a přechodná psychotická porucha přecházet do schizofrenie nebo mohou počáteční poruchy úplně odeznít a nezanechají žádné reziduum. Pokud příznaky trvají déle než měsíc, je třeba určit jinou diagnózu, tedy překlasifikovat.

Praško, Látalová a kol. (2013, s. 373–376) uvádí, že akutní a přechodné psychotické poruchy jsou dále rozděleny na další diagnózy.

*Akutní polymorfní psychotická porucha bez schizofrenních symptomů* je charakteristická náhlým začátkem, a to v rozmezí řádu několika hodin až dnů, s rychlým odezněním příznaků. Příčina rozvoje onemocnění může být stresující událost nebo soubor událostí, které vyvolávají u daného jedince obrovskou zátěž. Příznakem této duševní poruchy je emoční bouře doprovázená přechodnými pocity štěstí nebo extáze, úzkostmi a podrážděností. Mohou se také objevovat stavy popletenosti, nerozeznávání osob či míst. Tato porucha je typická častou střídavostí těchto prvních psychotických příznaků, které by neměly trvat déle jak 2 týdny. Celková doba trvání poruchy není delší jak 3 měsíce, pokud příznaky přetrvávají, měla by se nemoc překlasiﬁkovat.

*Akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie* je podobná předchozí diagnóze, která je uvedena výše. U této poruchy musí být přítomny typické schizofrenní symptomy. Pokud příznaky schizofrenie trvají déle než měsíc, zde je nutné změnit diagnózu na schizofrenii.

*Akutní schiziformní psychotická porucha* je charakteristická stabilními psychotickými symptomy, které trvají méně než měsíc a jsou typické pro schizofrenii.

*Jiné akutní psychotické poruchy převážně s bludy.* Jak už název napovídá, u této diagnózy jsou hlavním určujícím znakem stabilní bludy a halucinace, které nesplňují podmínky k určení diagnózy schizofrenie. Pokud bludy přetrvávají déle jak 3 měsíce, je třeba změnit diagnózu na poruchu s trvalými bludy.

*Jiné akutní a přechodné psychotické poruchy,* zde se zařazují duševní poruchy, u kterých není přítomna organická příčina, a nemáme více informací o duševním stavu pacienta. Dále jsou to akutní psychotické stavy, které nelze klasifikovat v předchozích typech diagnóz, například akutní psychotické stavy s krátkodobě přítomnými bludy a halucinacemi.

*Akutní a přechodné nespecifikované psychotické poruchy.* Tato diagnóza je charakteristická pro krátkou reaktivní psychózu. Jiná specifická kritéria MKN-10 neuvádí.

Praško, Látalová a kol. (2013, s. 786) dělí akutní a přechodné psychotické poruchy na tři základní obrazy: paranoidní, dezorganizovaně-excitovaný a depresivní.

*Paranoidní psychóza* je stav, kdy jsou u pacienta přítomny paranoidní bludy a představy, bývá nedůvěřivý a nepřátelský. Paranoidní myšlenky u pacienta vyvolávají pocity pronásledování nebo pocity, že se proti němu všichni spikli či ho někdo nebo něco ovládá.



*Dezorganizovaně-excitovaná psychóza.* Zde je charakteristická podrážděnost, formální dezorganizovanost a dezorientace. Pacient mluví v neologismech, nesouvisle a nepřiléhavě. V chování je neklidný, nadnesený, hlučný a pocity vyjadřuje bez zábran.

*Depresivní psychóza* se vyznačuje apatií, zpomalenou psychomotorikou, sebeobviňováním a mikromanickými bludy.

### 3 TERAPIE NEKLIDU

V psychiatrické praxi se neustále setkáváme se zastaralými metodami postupů, špatnou volbou farmakoterapie a vynechání nefarmakologických postupů. V každém případě je nutné zohlednit veškeré dostupné informace o pacientovi. To je například farmakologická anamnéza, somatický stav a anamnéza celková. Terapie neklidu vede ke zvýšení bezpečnosti jak pacienta, tak i personálu na psychiatrii. Dále vede ke zlepšení prognózy pacienta a snížení užívání fyzického omezení. Cílem léčby je tedy navázání kontaktu s nemocným pacientem, zklidnění jeho stavu a prevence v opakování stavu (Kasal, 2019, s. 126).

Doporučené postupy v terapii neklidného, agitovaného až agresivního pacienta zahrnují dvě fáze: *iniciální nefarmakologickou a návaznou farmakologickou fázi*. Primárním cílem léčby je zklidnění a minimalizace rizika poškození pacienta či jeho okolí. Poté následuje diagnostika, kterou můžeme kvalitně provést pouze u klidného pacienta. Platí tedy, že prvotní zklidnění nemocného je velmi důležité. U *iniciální nefarmakologické intervence* je primární zajistit maximální bezpečí jak pro pacienta, tak pro personál. To znamená odstranit nebezpečné ohrožující předměty v dosahu, navázat a udržet slovní kontakt a v posledním případě mít bezpečnou možnost úniku při agresi pacienta. Pokud by bylo nutné pacienta v těžkých případech agrese zpacifikovat, je dobré mít na paměti, že za bezpečnou převahu personálu x agresivní pacient platí pravidlo 5:1. Cílem *farmakologické intervence* je použití farmak ke zklidnění neklidného až agresivního pacienta. Ke zklidnění akutních stavu upřednostňujeme podání léků parenterální cestou, jako je intramuskulární (dále i.m.) nebo intravenózní (dále i.v.) podání. Perorální podání léků se indikuje u pacientů, kteří spolupracují, ale je zde riziko vyplivnutí léku (Orel a kol., 2020, s. 347–348).

#### 3.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je vytvářen spoluprací sestry a pacienta. Na procesu by se měla aktivně podílet i rodina pacienta. Skládá se z posouzení, plánování, realizace a zhodnocení. *Posouzení* somatického a psychického stavu pacienta je východiskem terapeutického procesu. Tvoří se na základě zjištěných informací rodinného, pracovního a sociálního prostředí pacienta, dále z údajů o zájmech pacienta (sportovní, hudební) a jiných aktivitách ve volném čase a o životním stylu. Nejdůležitější je statut nemocného. Další složkou ošetřovatelského procesu je *plánování*. Jádrem plánování je vedení krátkodobého a úspěšného zvládnutí cílů. Sestra by měla pacientovi naznačit a ukázat objektivní cíle, kterých pacient může dosáhnout, ale nesmí mít donucovací charakter. Může vybrat ten cíl,

který je nejlépe zvládnutelný, poté ho pacientovi vysvětlit a motivovat ho k jeho úspěšnému splnění. **Realizace** je další část ošetrovatelského procesu. Jsou to intervence zdravotníků, kteří vstupují mezi psychickou poruchu a pacienta. Sestra se snaží ulehčit řešení problémů pacienta. Také mu pomáhá pochopit léčebný plán, zapojuje ho do účasti na léčbě a povzbuzuje pacienta k odpovědnosti. Poslední nedílnou součástí ošetrovatelského procesu je **hodnocení**. Jde o hodnocení reakcí pacienta, přehodnocování jeho postojů, změn a priorit. Důraz je kladen na dosažení již předtím stanovených cílů i přesto, že přišly nové problémy. Sestra hodnotí, jestli byly cíle reálně splnitelné a dosažitelné. Dále hodnotí, jestli identifikace problémů byla správná a zda byly sesterské intervence v souladu s léčebným procesem. Písemný záznam ošetrovatelského procesu do dokumentace tomu všemu může napomocť (Malá a Pavlovský, 2002, s. 113–114).

Ještě před stanovením cílů ošetrovatelské péče je nutné si stanovit ošetrovatelskou diagnózu, která je součástí ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelská diagnóza je klinickým posouzením reakcí lidí na zdravotní stav, životní události, anebo náchylnost k takovým reakcím jedince, rodiny a skupiny. Základem k určení ošetrovatelské diagnózy je stanovit určující znaky a související faktory. Ošetrovatelská diagnóza je podkladem pro správný výběr ošetrovatelských intervencí a následného dosažení výsledků. Ošetrovatelské diagnózy stanovují elektronický jazyk, který se využívá standardně mezi ošetrovatelským týmem v elektronických zdravotních záznamech. Napomáhá tak k usnadnění komunikace mezi personálem (Herdman a Kamitsuru, 2015, s. 97).

### 3.2 Ošetrovatelská péče a přístup k neklidnému pacientovi

Mezi nejčastějšími oběťmi agresivního chování pacienta jsou mladé a nezkušené sestry, jindy ostatní pacienti. Na zvýšený neklid a agresi má vliv i přeplněnost lůžkového oddělení psychiatrické nemocnice. Jiná studie uvádí, že mladší pacienti jsou náchylnější k útokům než starší pacienti. Riziko neklidu a agrese souvisí například se schizofrenií a přítomností psychotických příznaků, anamnézou zneužívání návykových látek a zneužíváním v dětství. Útoky pacientů vedou k jak fyzickým, tak i psychickým újmám (Látalová, 2013, s. 44–46).

Sestra zaujímá v péči o pacienty s psychickou poruchou neobyčejně důležité místo. Je to především sestra, kdo tráví v bezprostředním kontaktu s pacienty většinu času své pracovní doby. Zmatený pacient ponechaný bez dohledu může snadno způsobit škodu,

ublížit si nebo brát věci jiným pacientům. Úzkostní pacienti neustále vyhledávají pomoc, útěchu a blízkost sestry. Neklidný pacient může ohrozit zdraví ostatních pacientů i ošetřujícího personálu, jiní vyžadují zvýšený dozor vzhledem k jejich nevypočitatelnému chování. To se může na sestře projevit fyzickým a psychickým vyčerpáním (Malá a Pavlovský, 2002, s. 112).

**Pozorování** patří k základním odborným úkonům ošetrovatelské péče. Díky pozorování můžeme zjistit mnoho věcí potřebných k diagnostice. Během hospitalizace jsou velmi nápomocné záznamy o chování pacienta. Například pokud si nemocný stěžuje lékařům na úzkost a pak ho vidíme se smát s ostatními pacienty, jsou tyto poznatky velmi cenné. V meziosobních konfliktech pacienta pomáhá, když se staneme svědky komunikace nemocného s rodinou či návštěvou. Můžeme vyzorovat napětí, vztek, neklid až agresi, útekové tendence a mnoho dalších projevů.

Pohovor je další důležitý prostředek přispívající k ošetrovatelské péči. Empatie sestry vede k dobrému terapeutickému vztahu s pacientem. Pacienti jsou vděční za to, že je sestra vyslechne, mnohdy jí řeknou daleko důvěrnější informace než lékaři (Malá a Pavlovský, 2002, s. 114–115).

V terapii je nejdůležitější stanovit správnou diagnózu. Z důvodu nedostatečných informací o pacientovi se to nemusí lékařům napoprvé podařit. Terapie by měla být komplexní. Je tedy nutné postupovat od nejzávažnějších příznaků onemocnění. Příkladem může být neklidný pacient, který halucinuje, má bludy a je potřeba jeho potíže zmírnit nebo nejlépe odstranit. Poté můžeme přemýšlet nad tím, zda je to schizofrenie nebo ne. V prvním kroku je nutné zvážit, jestli se jedná nebo nejedná o psychotický stav a dle toho zahájit terapii (Kučerová, 2018, s. 142).

Obecné zásady přístupu k neklidnému pacientovi a faktory ovlivňující zklidnění nemocného popisují Papežová a kol. (2014, s. 64). V první řadě je to prostředí, které může narušovat přílišný hluk a mnoho lidí v místnosti, světlo a jiní neklidní pacienti. Dále je to pohodlí pacienta, může mít hlad, žízeň, bolest, anebo spánkovou deprivaci. Jsou to biologické potřeby, které mohou ovlivňovat chování pacienta. Je důležité pacienta naslouchat, věnovat mu dostatek času na vyjádření svých potíží. Dále je dobré poskytnout zpětnou vazbu tím, že mu empaticky vyjádříme porozumění jeho problémům. V poslední řadě pacienta seznámíme s léčebným režimem, informujeme, co se bude dít a uklidňujeme ho. Nic mu neslibujeme.

Uhrová, Roth a kol. (2020, s. 507) uvádí bezpečnostní zásady při jednání s neklidným až agresivním pacientem. Pokud jsme sami s pacientem v uzavřené místnosti, je třeba mít možnost úniku. Jestliže dochází k agitovanosti až agresi pacienta a je více ošetrovatelského personálu v místnosti, citlivě prezentujeme převahu. Odstraníme nebezpečné věci z dosahu pacienta. Dále bychom měli dodržovat alespoň dva metry bezpečnostní vzdálenost od nemocného.

Velmi důležitou součástí kontaktu s neklidným pacientem je slušně jednání, pozdravení a představení se. Dále se doporučuje určitý postup s neklidným až agitovaným pacientem, nazýváme ho *deeskalační techniky*, které dělíme do tří složek. První složkou, jak již zmiňuji výše, je *vyhodnocení situace* – odstranění nebezpečných předmětů z dosahu pacienta, nezůstáváme s pacientem sami a iniciujeme verbální kontakt. Druhou složkou je *komunikace verbální a neverbální*. Příkladem špatné neverbální komunikace s pacientem je náš útočný postoj, jako jsou třeba ruce v bok a zkřížené ruce na prsou. Správná technika neverbální komunikace s neklidným pacientem je, že respektujeme ústup pacienta či otočení hlavy. Respektujeme osobní prostor pacienta, nedělám prudké pohyby a udržujeme již zmíněnou bezpečnostní vzdálenost. Ve verbální komunikaci s neklidným pacientem se soustředíme na rozhovor, který vedeme důvěrně, klidným avšak autoritativním hlasem. Nemocného oslovujeme příjmením, pokud se snažíme něco sdělit, vždy tak, aby to bylo jasné a srozumitelné. Pacienta nepřerušujeme, nekomentujeme jeho slovní nemístné poznámky a dáváme mu dostatečný prostor pro jeho dotazy a přání. Poslední složkou deeskalační techniky je *vyjednávání*. Při vyjednávání se vždy snažíme dosáhnout výsledku výhra-výhra. To znamená, že konfrontaci měníme na diskuzi, kdy dáváme nemocnému možnost volby. Vystupujeme jako osoba, která je ochotná a dokáže pomoci. Vysvětlujeme a popisujeme smysl prováděných intervencí a nabízíme například něco k pití nebo k aktivní činnosti. Pacienta pobízíme k spoluúčasti na jeho léčbě (Nawka, 2012, s. 69–70).

Pokud deeskalační techniky nejsou dostatečně účinné ke zklidnění pacienta, je nutné použít farmakoterapii nebo fyzické omezení nemocného. I přes užití farmakoterapie se snažíme o pokračování v deeskalaci a snažíme se určit etiologii neklidného chování.

Je žádoucí zmínit i vyšetření pacienta po jeho prvotním zklidnění, které daná situace umožňuje. Při vyšetření změříme a zhodnotíme stav fyziologických funkcí (TK, P, TT, O<sub>2</sub>). Provedeme odběr krve na základní laboratorní vyšetření (krevní obraz, biochemie – K, Na, Cl, urea, kreatinin, jaterní testy, CRP, TSH a fT4) a odeberáme vzorek moči na M+S, u-amyázu a v případě podezření na akutní intoxikaci psychoaktivní látkou odebereme

i vzorek na toxikologii. Zjišťujeme další informace o stavu pacienta a to buď od rodiny, policie, rychlé záchranné služby a od nemocného. Pátráme po tom, co předcházelo jeho stavu, co se stalo a za jakých okolností stav vznikl a jak se vyvíjel. Dále věnujeme velkou pozornost známkám, které nám mohou pomoci zjistit příčiny stavu. Tím myslíme např. rozšíření zornic, známky po vpiších, zápach dechu po alkoholu, setřelou řeč, nápadné chování (Papežová a kol., 2014, s. 65).

Po akutním zklidnění pacienta je standardním postupem před zahájením léčby provést komplexní psychiatrické vyšetření. Psychiatrické vyšetření lékařem zahrnuje základní identifikační údaje nemocného, nynější onemocnění se zhodnocením subjektivních potíží, rodinnou, osobní, pracovní a sociální anamnézu. Součástí je zhodnocení již předem provedených laboratorních, klinických a zobrazovacích vyšetření včetně vyžádání dalších vyšetření. Velmi důležitý je status praesens psychicus, měření fyziologických funkcí, diagnostická rozvaha a závěr, rozhodnutí o léčbě, první krok léčby, sepsání chorobopisu a veškeré příjímáací formuláře (Praško a kol., 2011, s. 143–144).

### 3.3 Farmakoterapie neklidu

Farmakologickou léčbu neklidu až agrese dělíme na akutní a dlouhodobou. Spektra léků jsou pro oba typy stejná, ale liší se způsobem podání léků (tablety a injekční forma podání léků) a účinkem farmak na neklidného pacienta. Nejčastěji v léčbě agresivního pacienta používáme antipsychotika a benzodiazepiny. Antipsychotika z hlediska ztlumení neklidného pacienta vyvolávají sedativní účinky a pacifikující efekt. Některá antipsychotika jsou dostupná pouze v tabletové formě, která je na sliznici rychle rozpustná, takže není riziko vyplivnutí. Dále jsou léčiva vyráběna v ampulích k injekčnímu podání a ve formě kapek. Pokud chceme dosáhnout rychlého nástupu účinků léku, pacient odmítá užít léky perorální cestou nebo víme, že léky pacient neužije (vyplivne), aplikujeme tyto léky i.m. (Látalová, 2013, s. 209–210).

Perorální podání léku zvažujeme vždy jako první možnost vhodné volby. Bohužel, jak jsme již zmínili, kvůli nedostatečné spolupráci pacienta saháme často po injekční formě podání léků. Při výběru správné medikace hraje roli věk pacienta, míra neklidu, přidružené somatické onemocnění, užívání jiných léků nebo psychoaktivních látek a zkušenosti pacienta s daným lékem (účinek). Platí, že podání správně zvolené medikace minimalizuje nutnost k fyzickému omezení pacienta. Nejčastěji tedy k tlumení neklidu podáváme

antipsychotika a benzodiazepiny, případně jejich kombinace (Papežová a kol. 2014, s. 70–71).

Benzodiazepiny (dále BZD), buď samotné, nebo nejčastěji v kombinaci s klasickými antipsychotiky, jsou nejoblíbenější a nejčastěji používaný typ léků v léčbě neklidu, agitovanosti a agrese v akutní psychiatrické péči (Doubek, 2004, s. 132).

Obecně platí, že použití BZD je účinnější než použití klasických antipsychotik v léčbě neklidného a agitovaného pacienta. U obou lékových skupin je upřednostňováno i.m. podání před perorálním podáním léku a to z důvodu rychlejšího a výraznějšího nástupu účinku. Uvádí se však, že i.m. podání léků způsobuje horší a méně spolehlivé vstřebávání účinné látky do těla a více nežádoucích účinků (diazepam). Dalším důvodem pro upřednostnění perorálního způsobu podání léků je ten, že pacient může brát i.m. aplikaci léku jako donucovací prostředek, při kterém může dojít ke zranění pacienta i personálu (Vevera a kol., 2007, s. 68).

Pro terapeutické ovlivnění neklidného a až agresivního chování bychom měli rozlišovat **4 základní typy násilného chování:**

1. *Akutní nepsychotické násilné chování.* V léčbě používáme v první řadě BZD. Nejrychlejší nástup účinku má i.v. podání diazepamem v infuzním roztoku glukózy nebo roztoku NaCl. Při spolupráci pacienta je další možností aplikace diazepamem perorálně, ale i.m. aplikaci se vyhýbáme pro nespolehlivé vstřebávání. Intramuskulárně aplikujeme například klonazepam (Rivotril), který se dobře absorbuje a má delší působení účinků v těle.
2. *Přetrvávající nepsychotické násilné chování.* U pacientů s impulzivním jednáním a emoční nestabilitou podáváme thymostabilizátory. Indikací pro užití této skupiny léků jsou i posttraumatické stresové poruchy. Dříve se upřednostňoval lék lithium, ale pro riziko nežádoucích účinků se dává přednost valproátu či lamotriginu. Dobré terapeutické účinky jsou i s užitím malých dávek antipsychotik, např. olanzapinu a quetiapinu.
3. *Akutní psychotické násilné chování.* Indikace například u psychotických poruch nebo afektivní poruchy. Pokud dominuje psychotická produkce, podáváme antipsychotika a BZD, např. rychle rozpustný olanzapin, haloperidol nebo risperidion. U olanzapinu byla zjištěna rychlejší a vyšší účinnost zmírnění neklidu či agrese u haloperidolu.

4. *Přetrvávající psychotické násilné chování.* Indikace například u posttraumatické stresové poruchy a zneužívání návykových látek. Při agresi se nejvíce vyplatilo podání klozapinu a olanzapinu. Účinky klozapinu se rozvíjí až po dosažení plných terapeutických dávek. Dále se uvádí užití lamotriginu, ten má však spíše antipsychotický účinek než antiagresivní (Uhrová, Roth a kol., 2020, s. 510-513).

Jelikož se zabýváme terapií neklidu u pacientů v akutní psychiatrické péči, v následujícím textu se zaměříme i na léčbu neklidu nejčastějších duševních poruch v akutní psychiatrické péči.

### 3.4 Farmakoterapie neklidu u schizofrenie

Léky používané v léčbě příznaků schizofrenie jsou v první řadě antipsychotika. Obvykle se klasifikují jako antipsychotika první a druhé generace. Tyto léky tlumí příznaky a jsou používány jejich léčbě. Antipsychotika jsou indikovány i pro jiné duševní poruchy než je jen schizofrenie. Například lék olanzapin (Zyprexa) se užívá k léčbě akutních psychóz a jako stabilizátor nálady. Obecný terapeutický mechanismus účinků antipsychotik zahrnuje blokování dopaminu v řadě receptorů CNS, což má za následek zmírnění příznaků u schizofrenie (Jones, Fitzpatrick a Rogers, 2012, s. 214).

Užívání antipsychotik ve vyšších dávkách je v akutní fázi neklidného pacienta se schizofrenií nezbytná. *Antipsychotika* se dělí na *typická a atypická*. *Typická antipsychotika* jsou vhodná k tlumení agitovanosti, mají dobrý vliv na tlumení příznaků schizofrenie a jde o levné preparáty. Bohužel mají hodně nežádoucích účinků na pacienta. *Atypická antipsychotika* mají menší výskyt nežádoucích účinků, které nejsou tak viditelné, a jsou subjektivně lépe snášena (Uhrová, Roth a kol., 2020, s. 475).

Atypická antipsychotika, nebo jinak zástupci druhé generace antipsychotik, se používají v léčbě neklidu a agitovanosti u schizofrenie. Jsou to už zmíněné injekční krátce působící léky olanzapin, aripiprazol a ziprasidon. Tito zástupci antipsychotik mají menší sklon vyvolávat extrapyramidové nežádoucí účinky. Nejvíce nebezpečná je akutní dystonie (porucha svalového napětí). Je to bolestivá křeč například v oblasti čelisti, která vede k nespolupráci pacienta. Dalším takovým příkladem extrapyramidových nežádoucích účinků je akatizie, což je vnitřní tenze spojená s motorickým neklidem, přešlapováním



z místa na místo. Častěji se však vyskytují u klasických antipsychotik jako je haloperidol (Látalová, 2013, s. 57).

Klasická (typická) antipsychotika považujeme v psychiatrii za důležitý a významný mezník zavedení do praxe. Účinky antipsychotik mají dobrý vliv na pozitivní psychotické příznaky (halucinace a bludy), ale horší vliv na negativní příznaky, jako jsou emoční oploštělost a apatie, kterou mohou ještě zhoršovat. Klasická antipsychotika dělíme na sedativní a incizivní. Zástupci sedativních antipsychotik jsou: chlorprothixen, chlorpromazin, levomepromazin a thioridazin. Mezi incizivní antipsychotika řadíme haloperidol, melperon, flufenazin, flupentixol a oxyprotepin (Orel a kol., 2016, s. 265).

Cílem léčby antipsychotik v akutním stádiu schizofrenie je dosažení remise. Existují určité názory, které poukazují na brzký nástup účinků antipsychotik. Podle některých lékařů se hodnotí účinky antipsychotik na pacienta během dvou týdnů. Pokud do té doby nedochází ke zlepšení stavu pacienta, je pravděpodobné, že je účinek léku malý, a po čtyřech týdnech lze zaměnit antipsychotikum za jiné. Jestliže dochází k nedostatečnému efektu léčby, měli bychom vyhodnotit spolupráci pacienta, zkontrolovat jestli léky užívá, zda jim věří a máme jeho důvěru. To souvisí s edukací pacienta o onemocnění a léčebném režimu (Libiger, 2008, s. 221).

Problém u terapie antipsychotickými léky bývá velký výskyt nežádoucích účinků. V obecném smyslu zavedení antipsychotik do terapie vede k podstatnému snížení počtu hospitalizovaných pacientů, jejich navrácení do normálního života a navrácení důstojnosti. Nejvíce k nežádoucím účinkům užívání antipsychotik dochází u dlouhodobé léčby. K nejčastějším nežádoucím účinkům antipsychotik patří změny na EKG, sedace, třes rukou a paží, akutní akatizie, dystonie, hypotenze, sucho v ústech nebo naopak hypersalivace, retence moči, obstipace, ztížená mikce, nárůst tělesné hmotnosti, výskyt glykemických abnormalit a hyperprolaktinemie. Při důkladném sledování příznaků nežádoucích účinků léku lze řešit změny dávek a upravit medikaci. Úspěšnost terapie je závislá i na budování správného vztahu mezi pacientem a lékařem (Kameníková, Pomykacz a Farghali, 2015, s. 56–59).

### **3.5 Farmakoterapie neklidu u akutních stavů spojených s návykovými látkami**

Jak již bylo zmíněno, existuje řada duševních poruch z užívání návykových látek způsobujících neklid až agresi pacienta. Zde se zaměříme na léčbu nemocí způsobených

návykovou látkou nebo látkami, protože pacient většinou nezůstává u zneužívání jedné psychoaktivní látky. Nejčastější a nejdůležitější metodou v diagnostice je samozřejmě anamnéza a v případě podezření na intoxikaci návykových látek provádíme toxikologické vyšetření moči.

**Intoxikace alkoholem** je v psychiatrické praxi velmi častá. Farmakoterapie je zde problematická, pokud nemůžeme odebrat důkladnou anamnézu. Je zde riziko interakce farmaka s alkoholem. Nevhodné jsou BZD a to z důvodu již zmíněného útlumu dechového centra. Vhodná je aplikace haloperidolu a to 5–10 mg i.m. podáním, nebo chlorpromazinu, který má méně nežádoucích účinků. U některých intoxikací alkoholu dochází k patické ebrietě. Většinou je to pacient s hladinou alkoholu v dechu do 0,4 promile. Projevuje se kvalitativní poruchou vědomí a netypickým jednáním pacienta. Mohou být přítomny i paranoidně-perzekuční bludy, častá je agresivita, výbuchy vzteku. Patická ebrieta končí terminálním spánkem a následnou amnézií. Žádné léky se nepodávají (Hýža a Chvíla, 2009, s. 234–235).

Papežová a kol. (2014, s. 453) uvádí zvládnutí neklidu a agresivity u pacienta s lehčí intoxikací alkoholem. Při výrazném neklidu aplikujeme i.v. Apaurin 2–10 mg pomalu, lze jej kombinovat s haloperidolem. Někdy je neklid a agrese průvodním jevem hypoglykemie, proto podáváme glukózu v infuzním roztoku a hepatoprotektiva.

Při farmakologické léčbě alkoholového odvykacího stavu, kdy tlumíme psychomotorický neklid, podáváme pacientovi klomethiazol (Heminevrin cps. 300 mg) a tiaprid (Tiapridal tbl. 100 mg), který je méně účinný. Dále je možné podat haloperidol a diazepam (rektálně). V případě nejvyšší nutnosti přistoupíme k fyzickému omezení pacienta (Papežová a kol., 2014, s. 458–459).

Při **intoxikaci kanabinoidy**, kdy se objevují psychotické příznaky, používáme při léčbě antipsychotika, jako je např. risperidon. Při úzkosti podáváme BZD (diazepam). V terapii neklidu u pacienta **intoxikovaného stimulanty**, u nás nejčastěji metamfetaminem, používáme BZD (např. lorazepam nebo jeho ekvivalent). Antipsychotika se nedoporučují z důvodů pomalého vylučování amfetaminů a kardiotoxicity. Pokud je užití antipsychotik nezbytné, podáváme haloperidol (Hýža a Chvíla, 2009, s. 235).

Při těžké **intoxikaci opioidy** vznikají závažné stavy, které mohou mít život ohrožující komplikace. V akutní terapii závislého pacienta na opioidech používáme spasmolytika, betablokátory a velmi málo používané BZD a to z důvodu souběžné závislosti na těchto

lécích. Po léčbě akutního stavu podáváme antidepresiva a malé dávky antipsychotik. Součástí léčby, ale až po odeznění akutní příznaků intoxikace opioidy, je substituční terapie (Kalina a kol., 2015, s. 59).

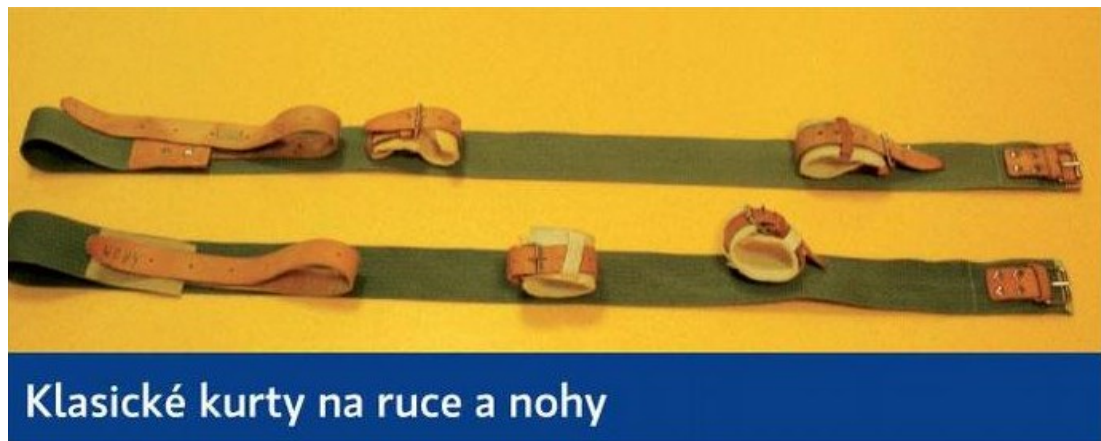
Po akutní léčbě intoxikovaných stavů u pacienta by měla následovat léčba v centrech pro závislé nebo na lůžkovém oddělení na psychiatrii pro pacienty se závislostí na psychoaktivních látkách. Lékař i ošetřující personál by měl pacienta závislého na psychoaktivních látkách vést k léčbě závislosti, informovat ho o možných tzv. toxických psychózách a vytvářet náhled na onemocnění, vytvářet vzájemnou důvěru a povzbuzovat její.

### 3.6 Fyzické omezení neklidného pacienta

K fyzickému omezení neklidného až agresivního pacienta dochází v těch nejkrajnějších mezích po vyčerpání jiných léčebných možností, jako jsou již zmíněné deeskalační techniky a užití farmakoterapie. Primárním cílem fyzického omezení je ochrana pacienta nebo jiných osob v jeho okolí. Sekundárním cílem je aplikace farmakoterapie s ohledem na účel a stav. To znamená, že pokud se ošetřovatelskému personálu nedaří aplikovat farmaka (pacient kope, kouše, zmítá se, ohrožuje nás) musíme nejprve zahájit fyzické omezení pacienta. Jestliže ošetřující personál musí využít prostředky k fyzickému omezení pacienta, vždy jedná v zájmu ochrany pacienta a jeho okolí. Fyzické omezení pacienta by nemělo být za účelem zlehčení naší práce nebo abychom měli klid na další pacienty, ale vždy za účelem krátkodobým a zklidňujícím. Ideální převaha pro zvládnutí neklidného až agresivního pacienta je 5 osob na dotyčného člověka. To znamená jeden člověk na jednu končetinu + jeden na aplikování medikace, zajištění omezovacích prostředků a komunikace. Ovšem ve většině případů v praxi tomu tak není. Někdy je ošetřovatelský personál vystaven velkému riziku ublížení z důvodů nedostatečného personálu na neklidného pacienta. Důvod pro stále se navyšující neklid a agresi už je jen to, že se pacient dostal na uzavřené oddělení. To s sebou přináší omezení volnosti a své volné pohyblivosti včetně odcházení mimo oddělení. Mezi varianty fyzického omezení řadíme ochranné pásy (kurty, Obr. 2), uzavřené síťové lůžko nebo uzavřená izolační místnost. Fyzické omezení vždy indikuje lékař.

Názory na používání omezovacích prostředků nejsou v různých zemích sjednoceny. Například ve Velké Británii preferují manuální fixaci končetin, protože považují síťová lůžka za neetické. V České republice už upouštíme od používání síťových lůžek, protože nejsou vhodná pro agresivní, ale spíše pro gerontopsychiatrické pacienty. Fyzické omezení

by mělo trvat co nejkratší dobu. O započetí fyzického omezení rozhoduje lékař, který podává záznamy do dokumentace o rozhodnutí vedoucí k omezení a jeho délce. Fyzicky omezenému pacientovi je nutno věnovat zvýšenou ošetrovatelskou péči, hydratovat jej, sledovat prokrvení končetin a hybnost, kontrolovat vitální funkce a vše dokumentovat. Lékař je povinen kontrolovat pacienta každé 2–3 hodiny a rozhodnout o dalším terapeutickém postupu. Pacient je zároveň informován o důvodech fyzického omezení. Fyzické omezení se vždy řádně dokumentuje. Tedy v každém případě použití fyzického omezení píšeme důvod, čas začátku a konce omezení. Dále sestra zapisuje ošetrovatelské intervence, aktuální stav pacienta a použité léčebné prostředky. Při dlouhodobém fyzickém omezení věnujeme pozornost prevenci TEN, dekubitům, hygieně, stravě a jídlu (Hanušková, 2008, s. 169).



Obr. 2 Jedna z možností fyzického omezení pacienta. Dostupné z:  
<https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/fyzicke-omezeni-pacienta-na-akutnim-psihiatrickem-oddeleni-458233>

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## **4 METODIKA VÝZKUMU**

Praktická část bakalářské práce byla prováděna kvalitativní metodou výzkumu formou nestandardizovaného přímého pozorování. Informace byly získávány z Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

V této kapitole je dále popsána charakteristika a organizace výzkumu, výběr pacientů, kteří s účastí na výzkumu souhlasili, a výsledky výzkumu.

### **4.1 Formulace problému**

Terapie neklidu u pacientů v akutní psychiatrické péči je velmi individuální. Záleží zde na přístupu k neklidnému pacientovi, na jeho aktuálním onemocnění a souvisejících problémech. Od toho se odvíjí postup terapie a následná ošetrovatelská péče o neklidného pacienta.

### **4.2 Cíle průzkumu**

Hlavním cílem je prozkoumat, na kolik je účinná terapie neklidu u pacientů v akutní psychiatrické péči.

#### **4.2.1 Dílčí cíl**

Dílčím cílem je popsat terapii a ošetrovatelskou péči u neklidných pacientů v akutní psychiatrické péči.

### **4.3 Charakteristika průzkumu**

Pro psaní praktické části bakalářské práce byl použitý kvalitativní výzkum založený na dlouhodobém nestandardizovaném přímém pozorování. Pro výzkum bylo vybráno 5 pacientů hospitalizovaných na uzavřeném mužském oddělení pro léčbu akutních psychotických stavů spojených s agitovaností, negativismem nebo agresivitou, schizofrenií, manickou fází psychózy a s ústavní ochrannou psychiatrickou léčbou. U všech pacientů byl zaznamenán neklid až agrese a byli hospitalizováni minimálně 14 dní. Výzkum probíhal pozorováním chování neklidných pacientů při kontaktu s lékařem, ošetrovatelským personálem a ostatními pacienty. Na výzkumu se podílel ošetrovatelský personál, lékaři a psycholog. Pro objektivizaci byly použity i záznamy ze zdravotnické dokumentace.

#### 4.4 Metoda sběru dat

Pro potřebný sběr dat byl vytvořen záznamový arch, který obsahuje nynější onemocnění pacienta, osobní, rodinnou, pracovní, sociální, farmakologickou, alergickou a toxikologickou anamnézu. Záznamový arch také obsahuje příjmové psychiatrické vyšetření, průběh hospitalizace, laboratorní vyšetření, léčbu neklidného pacienta a psychologické vyšetření. Dále byla prováděna metoda sběru dat formou nestandardizovaného přímého pozorování.

#### 4.5 Organizace průzkumu

Říjen 2020: příprava záznamového archu pro pozorování pacientů.

Listopad 2020 – únor 2021: pozorování pacientů, sběr dat.

Březen 2021: pozorování a analýza získaných dat.

Duben – květen 2021: Zpracování výsledků, formulace závěrů a hodnocení dosažených cílů.

#### 4.6 Zpracování dat

Zpracování dat probíhalo za pomoci záznamového archu, do kterého byly zapsány všechny potřebné údaje pro výzkum. Data byla vyhodnocena a zpracována formou kazuistik.

#### 4.7 Výsledky výzkumu

V této kapitole jsou vyhodnoceny jednotlivé záznamové archy zpracované do kazuistik neklidných pacientů v akutní psychiatrické péči.

##### 4.7.1 Kazuistika č. 1

Dvacetiletý muž přivezen na centrální příjem Psychiatrické nemocnice v doprovodu ZZS k první hospitalizaci. Několik dní užívá marihuanu, má halucinace, rozbíjí vybavení domu. Pacient byl přijatý s diagnózou psychotická porucha způsobená užíváním psychoaktivních látek.

##### 4.7.1.1 Anamnéza

Muž, 20 let, vysoké postavy s průměrnou váhou odpovídající výšce pacienta. Matka pacienta ve středním věku, je zdravá a s ničím se neléčí. S otcem není v kontaktu od dětství, nic o něm neví. Má starší sestru, zaměstnaná a zdravá. Z rodiny se nikdo na psychiatrii



neléčil, ale bratr matky pacienta se oběsil. Pacient měl v dětství žloutenku a prodělal boreliózu. Dále podstoupil v dětství operaci mandlí. Pacient se vyprazdňuje bez potíží, spontánně, stolici má pravidelnou. Chut' k jídlu má, žádnou dietu nedodržuje. Má problém se spánkem, usnout mu pomáhá marihuana. Vyrůstal v rodinném domě s matkou, sestrou a babičkou. Otec odešel od rodiny, když bylo pacientovi 10 let. Pacient není smířený s tím, že ho otec opustil, musel se hodně spoléhat sám na sebe, pomoc hledal u kamarádů. Na základní škole se učil s průměrnými známkami. Poté vystřídal více středních škol, nakonec studium dokončil s maturitou. Zaměstnaný není a nikdy nebyl, pracoval na dohody o provedení práce a brigády. Na úřadu práce není, pojištění neplatí. Má dluhy u zdravotní i sociální pojišťovny a kamarádů. Pacient je svobodný, bezdětný, bez přítelkyně, dlouhodobý vztah nikdy neměl. Je zamilovaný do dívky, společně experimentují s psychoaktivními látkami. Baví ho sport, nejčastěji sleduje bojové sporty, chtěl by se jim v budoucnu věnovat. Pacient je povahově, dle jeho slov, starý a líný labrador. Kouří 10 cigaret denně, ale v poslední době vykouřil až 4 krabičky za den. Alkohol pije příležitostně v hospodě s kamarády, pije pivo i tvrdý alkohol. Automaty nehraje. Marihuanu kouří 2 roky, párkrát zkusil pervitin, lysohlávky, extázi i LSD. Trestně stíhán nikdy nebyl, zbrojní průkaz ani střelnou zbraň nevlastní, řidičský průkaz má.

#### **4.7.1.2 Průběh hospitalizace**

Pacient byl přijatý na uzavřené mužské oddělení pro akutní psychotické stavy v doprovodu ZZS a PČR. Pacient se při přijetí podrobil přijímacím formalitám, spolupracoval, relativně klidný, místy klackovitý, k ošetrovatelskému personálu arogantní a nadnesené povahy. Dále byl proveden hygienický filtr a proběhla důkladná kontrola osobních věcí, které byly zapsány a uloženy. Pacient byl seznámen s oddělením, léčebným režimem, domácím řádem a právy pacienta. Fyziologické funkce u pacienta byly v normě. Byl proveden Základní nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku, Barthelův test základních všedních činností, Riziko vzniku dekubitu dle Nortonové a Screening pro určení zvýšeného rizika pádu. Všechny tyto testy byly bez rizika či nutnosti zvláštních intervencí. Dále proběhlo Zhodnocení rizika sebevražedného jednání a Vyhodnocení rizika agrese – Broset violence checklist, kdy výsledným hodnocením bylo nízké riziko nebo pravděpodobnost agrese vůči okolí. Následovalo psychiatrické vyšetření lékařem, v rámci kterého byly naordinovány běžné vstupní odběry zahrnující biochemické a hematologické vyšetření krve, odběr moči na moč a sediment, amylázu a toxikologii. Bylo nařízené režimové cave: neklid, agresivita, nepřiléhavé chování. Z farmakoterapie byla nařízená

fakultativní medikace při nespavosti – tableta Prothazinu, a při neklidu Rivotril i.m. se souhlasem lékaře. V plánu psychologické vyšetření.

Druhý den po přijetí prokázalo laboratorní vyšetření pozitivní výsledek toxikologie moči. Dále se u pacienta projevila agresivita. Pacient fyzicky napadl ošetřovatele, útočil pěstmi na obličej a kopal ho do žeber. Pacient byl následně za pomoci čtyř ošetřovatelů zpacifikován. Bylo zahájeno fyzické omezení pacienta v lůžku dle platných směrnic a aplikován Apaurin i.m. 1 ampule. Pacient nadále agresivní, z reality, dezorientovaný, plive okolo sebe. U pacienta po hodinách provedeny zdravotní sestrou pravidelné kontroly hybnosti, prokrvení končetin a psychického stavu. Po čtyřech hodinách provedena kontrola lékařem, kdy byl stav pacienta neměnný, nadále neklidný až agresivní. Aplikován tedy Tiapridal a Apaurin i.m. 1 ampule. Poté pacient zklidněn, fyzické omezení v lůžku zrušeno, spal.

Třetí den pokračuje u pacienta neklid, sklon k agresivitě, hojná bludná produkce. Deeskalační techniky u pacienta byly neúčinné, proto bylo použito fyzické omezení v lůžku. Poté lékař naordinoval Tisercin i.m. 1-1-1 ampule a Apaurin 1-1-1 ampule do pravidelné medikace. Stav pacienta byl v noci vždy stabilizován.

Během dalších následujících osmi dní stav pacienta výrazně kolísal. Lékařem byla překlasifikována duševní porucha na akutní polymorfni psychotickou poruchu se symptomy schizofrenie. Přes noc spal a jeho stav byl stabilizovaný. Ve dne byl pacient výrazně neklidný, agitovaný až agresivní, nebezpečný sobě i okolí. Dále se u něj projevily sluchové halucinace a bludy, které pacienta nabádaly k napadení ošetřovatelského personálu. Bylo nutné opětovné použití terapie farmakologickými prostředky i fyzickým omezením pacienta v lůžku. Lékařem byla navýšena farmakoterapie v průběhu kolísavých stavů u pacienta. Do fakultativní medikace při neklidu a agresí byl naordinován Tisercin i.m. 1 ampule a Rivotril i.m. 1 ampule. Do pravidelné denní medikace naordinován Tisercin i.m. 2-2-2 ampule a Rivotril i.m. 1-1-1 ampule a Tisercin tbl. 2-2-2. Dále byl vysazen z denní medikace Apaurin. Po dalších dnech kolísání stavu pacienta byl do pravidelné denní medikace přidán Depakine chrono tbl. 500 mg 1-0-1 a poté i Zyprexa velotab 10 mg 1-0-1. Po celou dobu neklidu, agresivity a nevyzpytatelného chování pacienta nadále ponecháno mechanické omezení v lůžku. I přes farmakologický útlum se pacient jevil mimo realitu, brachiálně útočil na ošetřovatelský personál, byl velmi vulgární, agitovaný a megalomanický. Pacient byl nadále pod vlivem akutní psychotické symptomatologie. Asi po dvou týdnech se stav pacienta stabilizoval. Nadále byl vzdálen od reality, paralogický, nadnesený, euforický a neuvědomoval si situaci, která předcházela terapii jeho

psychických stavů. U pacienta byl odebrán vzorek kontrolní moči na toxikologii, kde byl patrný menší pokles všech hodnotících parametrů. Pacient dále souhlasil s tří měsíčním léčením, byl poučen o nutnosti abstinence od veškerých návykových látek. U pacienta bylo zahájeno psychologické vyšetření. Výsledkem byla změna diagnózy na Akutní polymorfni psychotickou poruchu bez schizofrenních symptomů. Dále bylo zavedeno postupné snížení dávek farmakologické medikace. Následně proběhla návštěva matky i otce, se kterým znovu navázal kontakt. Pacientovi byly povoleny vycházky mimo oddělení s rodinou a byly mu umožněny návštěvy činnosti terapie. Následně byl přeložen na otevřené oddělení s pokračujícím léčebným režimem.

#### **4.7.1.3 Poskytnutá ošetrovatelská péče**

Na uzavřeném psychiatrickém oddělení byla pacientovi poskytnuta komplexní ošetrovatelská péče. V prvních dnech byla pacientovi poskytnuta edukace o léčebném režimu a režimu oddělení a jeho zásad. Dále mu byl poskytnutý čas se zorientovat, seznámit se s oddělením a začlenit se do kolektivu. Pacient byl pod trvalým dohledem ošetrovatelského personálu a všechny záznamy o stavu pacienta byly elektronicky zapsány. Během fyzického omezení pacienta v lůžku byla zajištěna ošetrovatelským personálem každých 30 minut kontrola hybnosti a prokrvení končetin, každou hodinu byl proveden záznam do zdravotnické dokumentace. Byly vysvětleny důvody omezení v lůžku a kontroval se stav vědomí a vitální funkce pacienta. Dále byla prováděna hygienická péče, prevence dekubitů, péče o vyprazdňování, stravování a hydratace pacienta. O veškerých změnách, případně zhoršení stavu pacienta, informoval ošetrovatelský personál lékaře. Při injekční aplikaci psychofarmak provedla sestra záznam do dekurzu pacienta s uvedením času aplikace, typu dávky, a množstvím aplikovaného farmaka. Následně po hodině provedla záznam o vlivu injekce na psychický stav pacienta. Sestra tak postupovala vždy po rozhodnutí a stanovení ordinace lékařem.

Během léčebného procesu byly zdravotnickým personálem určeny ošetrovatelské diagnózy dle standardů Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a následně zavedeny intervence k dosažení cíle:

- adaptace porušená;
- násilí (akutní) hrozící, vůči jiným;
- interpretace okolí porušená (orientace osobou, místem, časem, situací, souvislostmi);
- myšlení porušené;

- neochota ke spolupráci;
- léčebný režim: individuální, neúčinná integrace.

#### **4.7.1.4 Závěr**

Ve spolupráci s ošetrovatelským personálem, lékaři a psychologem bylo dosaženo co nejlepší poskytnuté zdravotnické péče. Terapie neklidu pacienta v akutní psychiatrické péči byla zásadní a po čase velmi účinná. Ze začátku hospitalizace byl pacient dlouhou dobu ve stavu, kdy jeho duševní porucha a symptomy s ní spojené velmi kolísaly. U pacienta se střídal stav psychického klidu a stabilizace nemoci se stavem neklidu, agitovanosti a brachiální agrese po dobu asi dvou týdnů. Problém, který vedl ke vzniku neklidného stavu u pacienta, spočíval v dlouhodobém užívání návykových látek. U pacienta byly zjištěny i nevyrovnané vztahy s vlastním otcem. Farmakoterapie u pacienta se často měnila. Pacient měl stanovené dávky denní medikace, které se při agresivním chování navyšovaly. Při farmakologickém útlumu a zklidnění psychického i somatického stavu se dávka léků naopak postupně snižovala. Pacient změnu medikace toleroval dobře. Během terapie bylo nutné pacienta poučit a vést ho k naprosté a trvalé abstinenci od alkoholu a veškerých psychoaktivních látek. Postupem času pacient dosáhl náhledu na onemocnění a rizika spojená s užíváním návykových látek.

#### **4.7.2 Kazuistika č. 2**

Triadvacetiletý muž přivezen na centrální příjem Psychiatrické nemocnice v Kroměříži k první hospitalizaci. Přišel v doprovodu rodinného přítele. Dle rodinného příslušníka se pacient chová neadekvátně, vede samomluvu, byl brachiálně agresivní k mladšímu bratrovi a je dezorientovaný. Pacient byl přijatý s diagnózou akutní polymorfni psychotická porucha se symptomy schizofrenie.

##### **4.7.2.1 Anamnéza**

Muž, 23 let, středně vysoké postavy s průměrnou váhou odpovídající výšce pacienta. Bydlí v rodinném domě s matkou, otcem a dvěma sourozenci. Matka pacienta ve středním věku, zdravá a s ničím se neléčí, pracuje jako zdravotní sestra. Otec pacienta pracuje ve vinotéce, je zdravý. Má mladší sestru a bratra, s ničím se neléčí. Sestra studuje vysokou školu a bratr střední školu. Z rodiny se nikdo na psychiatrii neléčil, otec měl problémy s pitím alkoholu. Pacient prodělal běžné dětské nemoci, s ničím se neléčí, v dětství podstoupil operaci slepého střeva. Alergii nemá. Vyprazdňuje se bez potíží, spontánně. Chuť k jídlu

má. Vzpomínky na dětství má dobré, vyrůstal na venkově s oběma rodiči. Pacient vychodil základní školu s průměrným prospěchem. Poté začal chodit na střední školu, kterou nedokončil, protože neplnil povinnosti. Zaměstnaný není a nikdy nebyl, pracoval jen brigádně. Na úřadu práce není, pojištění neplatí. Má dluhy u zdravotní pojišťovny. Pacient je svobodný, bezdětný, bez přítelkyně, dlouhodobý vztah nikdy neměl. Mezi zájmy pacienta patří marihuana. Povahově je spíše líný. Pacient cigarety nekouří, z alkoholu si dá výjimečně pivo nebo víno, jinak nepije. Marihuanu poprvé kouřil, když mu bylo 18 let, a asi poslední 3 roky ji kouří denně. Z návykových látek opakovaně zkoušel LSD a houbičky. Jiné drogy neměl, automaty nehraje. Trestně stíhán nikdy nebyl, zbrojní průkaz, střelnou zbraň a ani řidičský průkaz nevládní.

#### ***4.7.2.2 Průběh hospitalizace***

Pacient byl přijatý na uzavřené mužské oddělení pro akutní psychotické stavy v doprovodu rodinného příslušníka (otce). Pacient se při přijetí podrobil přijímacím formalitám, spolupracoval, byl klidný. Dále byl proveden hygienický filtr a proběhla důkladná kontrola osobních věcí, které byly zapsány a uloženy. Pacient byl seznámen s oddělením, léčebným režimem, domácím řádem a právy pacienta. Fyziologické funkce u pacienta byly v normě. Byl proveden Základní nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku, Barthelův test základních všedních činností, Riziko vzniku dekubitu dle Nortonové a Screening pro určení zvýšeného rizika pádu. Všechny tyto testy byly bez rizika či nutnosti zvláštních intervencí. Dále proběhlo Zhodnocení rizika sebevražedného jednání a Vyhodnocení rizika agrese – Broset violence checklist, kdy výsledným hodnocením bylo nízké riziko nebo pravděpodobnost agrese vůči okolí. Na druhý den se pacient jevil jako zmatený, stál na jídelním stole, pod sebou měl hrnek a chtěl se do něho vyprázdnit. Následná domluva s pacientem bez efektu. Pacient začínal být neklidný s narůstající agresí, kdy se snažil chytit zdravotní sestru pod krk. Za pomoci zbylého ošetrovatelského personálu zpacifikován. Při mechanickém zklidnění se bránil, křičel, brachiálně agresivní. Z toho důvodu bylo zahájeno fyzické omezení pacienta v lůžku. I přes fyzické omezení se pacient omezení bránil, zmítal se v lůžku a chtěl se z něj vymanit, byl zcela mimo realitu. Poté byla aplikována do svalu Zyprexa 10 mg 1-0-1 po dobu tří dnů dle rozhodnutí a ordinací lékaře. Dále proběhlo psychiatrické vyšetření lékařem, kdy byli naordinovány běžné vstupní odběry zahrnující biochemické a hematologické vyšetření krve, dále odběr moči na moč a sediment, amylázu a toxikologii. Bylo nařízené režimové cave: neklid, agresivita, nepřiléhavé chování, automutilace. Do pravidelné denní medikace byl naordinován Rivotril 0,5 mg 1-1-1 tbl. a po

aplikaci injekční formy Zyprexy převod na Zyprexu Velotab 1-0-1. Z fakultativní medikace lékař naordinoval při neklidu a agresivitě Tisercin 1 ampuli do svalu, maximálně dvě ampule za den se souhlasem lékaře. V plánu psychologické vyšetření.

Další den po přijetí byl výsledkem laboratorního vyšetření pozitivní výsledek toxikologie moči. Pacient se po omezení zdál být klidnější, ale z reality. U pacienta byly přítomny sluchové halucinace, ke kterým se následně přiznal. Dále se u pacienta projevil tendence k automutilaci projevující se vytrháváním ochlupení, škrábání se po celém těle a kousání prstů.

V dalších dnech pokračoval u pacienta neklid, agitovanost, brachiálně výpadový. Pacient byl zcela mimo realitu, pojídal papír, popíjel svoji vlastní moč. Deeskalační techniky u pacienta byly neúčinné, proto bylo použito fyzické omezení v lůžku. Poté lékař naordinoval Tisercin i.m. 1 ampuli a do denní medikace Tisercin tbl. 1-1-1. Poté byl stav stabilizován, pacient se přiznal ke sluchovým halucinacím, které ho nabádaly k agresii a automutilaci. Do medikace přidán postupně i Rivotril i.m. 1 ampule.

Během dalších dvou týdnů psychický stav pacienta výrazně kolísal. Přes noc spal a jeho stav byl stabilizovaný, ale ve dne byl pacient výrazně neklidný, agitovaný až agresivní, nebezpečný sobě i okolí. Dále se u něj projevovaly sluchové halucinace a bludy, které pacienta nabádaly k napadení ošetrovatelského personálu a hlavně k autoagresi, během které si klekl a bouchal se hlavou o zem nebo hodil talířkem o zeď. Bylo nutné opětovné použití terapie farmakologickými prostředky i fyzickým omezením pacienta v lůžku. Lékařem byla navýšena farmakoterapie v průběhu kolísavých stavů u pacienta. Do pravidelné denní medikace byl naordinován Tisercin 25 mg tbl. 1-1-1, Rivotril 0,5 mg tbl. 2-2-2, Invega 3 mg 1 tbl. ráno a po dvou dnech navýšení na 6 mg Invegy. Dále byl vysazen v injekční formě podání Rivotril i Tisercin. Po celou dobu neklidu, agresivity a nevyzpytatelného chování pacienta nadále ponecháno mechanické omezení v lůžku. I přes farmakologický útlum se pacient jevil mimo realitu, brachiálně útočil na ošetrovatelský personál, byl bezradný, paralogický a byly u něho nadále přítomné sluchové halucinace.

Asi po dvou týdnech se stav pacienta stabilizoval, bez neklidu či agresivity. Nadále byl vzdálen od reality, emočně nepřiléhavý, neuvědomoval si situaci, která předcházela terapii jeho psychických stavů. U pacienta byl odebrán vzorek kontrolní moči na toxikologii, kde byl patrný menší pokles všech hodnotících parametrů. Pacient si nebyl jistý souhlasem s hospitalizací, ale byl poučen o nutnosti abstinence od veškerých návykových látek. U pacienta bylo zahájeno psychologické vyšetření. Výsledkem byla změna diagnózy na Paranoidní schizofrenie. Dále bylo zavedeno pokračovat v již zavedené farmakologické

medikaci. Pacient měl během stabilizovaného stavu návštěvu rodičů. Následně byl přeložen na jiné uzavřené mužské oddělení s pokračováním v léčebném režimu.

#### **4.7.2.3 Poskytnutá ošetrovatelská péče**

Na uzavřeném psychiatrickém oddělení byla pacientovi poskytnuta komplexní ošetrovatelská péče. V prvních dnech byla pacientovi poskytnuta edukace o léčebném režimu a režimu oddělení a jeho zásad. Dále mu byl poskytnutý čas se zorientovat, seznámit se s oddělením a začlenit se do kolektivu. Pacient byl pod trvalým dohledem ošetrovatelského personálu a všechny záznamy o stavu pacienta byly elektronicky zapsány. Během fyzického omezení pacienta v lůžku byla zajištěna ošetrovatelským personálem každých 30 minut kontrola hybnosti a prokrvení končetin, každou hodinu byl proveden záznam do zdravotnické dokumentace. Byly vysvětleny důvody omezení v lůžku a kontroval se stav vědomí a vitální funkce pacienta. Dále byla prováděna hygienická péče, prevence dekubitů, péče o vyprazdňování, stravování a hydratace pacienta. O veškerých změnách, případně zhoršení stavu pacienta, informoval ošetrovatelský personál lékaře. Při injekční aplikaci psychofarmak provedla sestra záznam do dekurzu pacienta s uvedením času aplikace, typu dávky, a množství aplikovaného farmaka. Následně po hodině provedla záznam o vlivu injekce na psychický stav pacienta. Sestra tak postupovala vždy po rozhodnutí a stanovení ordinace lékařem.

Během léčebného procesu byly zdravotnickým personálem určeny ošetrovatelské diagnózy dle standardů Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a následně zavedeny intervence k dosažení cíle:

- adaptace porušená;
- násilí (akutní) hrozící, vůči jiným;
- interpretace okolí porušená (orientace osobou, místem, časem, situací, souvislostmi);
- myšlení porušené;
- neochota ke spolupráci;
- léčebný režim: individuální, neúčinná integrace.

#### **4.7.2.4 Závěr**

Ve spolupráci s ošetrovatelským personálem, lékaři a psychologem bylo dosaženo co nejlepší poskytnuté zdravotnické péče. Terapie neklidu byla u pacienta v akutní

psychiatrické péči zásadní a po čase účinná. Ze začátku hospitalizace byl pacient dlouhou dobu ve stavu, kdy jeho duševní porucha a symptomy s ní spojené velmi kolísaly. U pacienta se střídal stav psychického klidu a stabilizace nemoci se stavem neklidu, agitovanosti, automutilací a brachiální agrese po dobu asi dvou až tří týdnů. Problém, který vedl ke vzniku neklidného stavu a následného onemocnění schizofrenie u pacienta, spočíval v dlouhodobém užívání návykových látek. Farmakoterapie u pacienta se často měnila. Pacient měl stanovené dávky denní medikace, které se při agresivním chování navyšovaly. Pacient změnu medikace toleroval dobře. Neklidné chování pacienta a symptomy schizofrenie se výrazně zlepšily po naordinování léku Invega. Během terapie bylo nutné pacienta poučit a vést ho k naprosté a trvalé abstinenci od alkoholu a veškerých psychoaktivních látek a dále ho poučit o povaze onemocnění schizofrenie a její terapie. Postupem času pacient dosáhl částečného náhledu na onemocnění a rizika spojená s užíváním návykových látek.

#### **4.7.3 Kazuistika č. 3**

Čtyřicetiletý muž přivezen na centrální příjem Psychiatrické nemocnice v doprovodu ZZS k první hospitalizaci. Pacient volá spolubydlící na ubytovně. Ohrožuje slovně spolubydlící, vyhrožuje jim zabitím. Udává, že vidí démony, nespolupracuje, dle jeho slov nesmí spolupracovat. Pacient byl přijatý s diagnózou akutní polymorfni psychotická porucha se symptomy schizofrenie.

##### **4.7.3.1 Anamnéza**

Muž, 24 let, nižší postavy s průměrnou váhou odpovídající výšce pacienta. Bydlí sám na ubytovně. Vyrůstal s matkou a otcem v rodinném domě. Po rozvodu rodičů se nastěhoval k babičce a s matkou a otcem se stýkal minimálně. Má nevlastní starší sestru a bratra, nestýká se s nimi. Absolvoval základní školu s průměrným prospěchem. Dále dokončil střední školu s výučním listem. Pacient prodělal běžné dětské nemoci, operován nikdy nebyl, vážné onemocnění nebo zranění nikdy neměl. Potíže s vyprazdňováním nemá, stolici má pravidelnou. Alergii také nemá. Pacient není zaměstnaný, před hospitalizací střídavě pracoval. Na úřadu práce evidovaný není, dluhy nejspíš nemá. Finančně mu občas pomáhali rodiče. Dlouhodobý vztah nikdy neměl. Je svobodný, bezdětný. V minulosti, a hlavně v dětství, ho zajímal sport, jezdil na kole, nyní ho nebaví nic. Z návykových látek zkoušel marihuanu, tu užíval téměř denně, když měl. Ostatní drogy údajně nezkoušel. Trestně stíhán nikdy nebyl. Zbrojní průkaz ani střelnou zbraň nevlastní. Řidičský průkaz vlastní.



#### 4.7.3.2 Průběh hospitalizace

Pacient byl přijatý na uzavřené mužské oddělení pro akutní psychotické stavy v doprovodu ZZS a PČR. Pacient byl po přijetí ihned brachiálně agresivní, neklidný, ohrožoval okolí i sebe, neustále se vyžadoval propuštění. Přijímacím formalitám se k vzhledem k akutnímu neklidu nepodrobil. Ihned bylo zahájeno fyzické omezení pacienta v lůžku pod vedením ošetrovatelského personálu. Poté byl aplikován Tisercin i.m. 1 ampule jako neklidová terapie. Dále byl proveden hygienický filtr a proběhla důkladná kontrola osobních věcí, které byly zapsány a uloženy, za dohledu ošetrovatelského personálu. Pacient byl seznámen s oddělením, léčebným režimem, domácím řádem a právy pacienta. Fyziologické funkce u pacienta byly v normě. Byl proveden Základní nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku, Barthelův test základních všedních činností, Riziko vzniku dekubitu dle Nortonové a Screening pro určení zvýšeného rizika pádu. Všechny tyto testy byly bez rizika či nutnosti zvláštních intervencí. Dále proběhlo Zhodnocení rizika sebevražedného jednání s výsledkem nízkého rizika sebevražedného jednání. Dále byl proveden screening Vyhodnocení rizika agrese – Broset violence checklist, kdy výsledným hodnocením byla vyšší pravděpodobnost agrese vůči okolí. Dále proběhlo psychiatrické vyšetření lékařem, kdy byly naordinovány běžné vstupní odběry zahrnující biochemické a hematologické vyšetření krve, dále odběr moči na moč a sediment, amylázu a toxikologii. Bylo nařízené režimové cave: neklid, agresivita, nepřiléhavé chování, útěk. Lékařem byla naordinována denní medikace Zyprexa tbl. 10 mg 1-0-1, Rivotril tbl. 0,5 mg 1-1-1. Byla naordinována i fakultativní medikace při neklidu a odmítání medikace. Tisercin i.m. 1 ampule. Druhý den po přijetí byla ve výsledcích laboratorního vyšetření pozitivní toxikologie moči.

Během následujících pěti dnů byl pacient nadále nedůvěřivý a negativistický. Ze strany neklidného chování výrazné zlepšení, ale nadále byl vzdálen od reality, vyhýbavý, dissimuloval. Pacient během hospitalizace popíral hlasy, ale produkoval paranoidně persekční bludy. Neuvědomoval si situaci, která předcházela terapii jeho psychických stavů. U pacienta byl odebrán vzorek kontrolní moči na toxikologii, kde byl patrný menší pokles všech hodnotících parametrů.

Po dvou týdnech hospitalizace byl pacient nadále nespokojený s umístěním na psychiatrii, naprosto bez náhledu na hospitalizaci a onemocnění, spíše simplexní. Lékařem byla postupem času navýšena dávka léku Zyprexa tbl. 0-0-2. Pacient zpočátku nesouhlasil s psychologickým vyšetřením, ale nakonec bylo zahájeno. Průběh byl velmi komplikovaný

pro problematickou spolupráci s pacientem. Výsledkem byla změna diagnózy na Akutní polymorfni psychotickou poruchu bez schizofrenních symptomů. Během psychologického vyšetření byl naordinován lékařem lék Invega v dávce 3 mg 1 tbl. 1-0-0 s pozvolným navýšením na 6 mg až 9 mg a Tisercin 25 mg tbl. 0-0-1.

V dalších dvou týdnech bylo zavedeno postupné snížení dávek farmakologické medikace. Lékařem byl vysazen lék Tisercin. Ponechaná byla farmakologická medikace v podobě Zyprexy, Invegy a Rivotrilu, vše v tabletové formě léku. Pacient lépe chápal důvody hospitalizace, nejevil známky psychotických symptomů. Během léčby pacienta navštívila rodina. Pacientovi byly povoleny vycházky mimo oddělení s rodinou a byly mu umožněny návštěvy činnostní terapie. Následně byl propuštěn do domácí péče. Byl poučen o nutnosti abstinence od veškerých návykových látek, stejně jako o nutnosti brát pravidelnou medikaci a docházet ke kontrolám k praktickému lékaři a do psychiatrické ambulance.

#### **4.7.3.3 *Poskytnutá ošetrovatelská péče***

Na uzavřeném psychiatrickém oddělení byla pacientovi poskytnuta komplexní ošetrovatelská péče. V prvních dnech, během fyzického omezení pacienta v lůžku, byla zajištěna ošetrovatelským personálem každých 30 minut kontrola hybnosti a prokrvení končetin, každou hodinu byl proveden záznam do zdravotnické dokumentace. Byly vysvětleny důvody omezení v lůžku a kontroval se stav vědomí a vitální funkce pacienta. Dále byla prováděna hygienická péče, prevence dekubitů, péče o vyprazdňování, stravování a hydratace pacienta. O veškerých změnách, případně zhoršení stavu pacienta, informoval ošetrovatelský personál lékaře. Při injekční aplikaci psychofarmak provedla sestra záznam do dekurzu pacienta s uvedením času aplikace, typu dávky, a množství aplikovaného farmaka. Následně po hodině provedla záznam o vlivu injekce na psychický stav pacienta. Sestra tak postupovala vždy po rozhodnutí a stanovení ordinace lékařem.

Po následném zklidnění pacienta mu byla poskytnuta edukace o léčebném režimu a režimu oddělení a jeho zásad. Dále mu byl poskytnutý čas se zorientovat, seznámit se s oddělením a začlenit se do kolektivu. Pacient byl pod trvalým dohledem ošetrovatelského personálu a všechny záznamy o stavu pacienta byly elektronicky zapsány. Během léčebného procesu byly zdravotnickým personálem určeny ošetrovatelské diagnózy dle standardů Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a následně zavedeny intervence k dosažení cíle:

- násilí (akutní) hrozící, vůči jiným;

- adaptace porušená;
- myšlení porušené;
- neochota ke spolupráci;
- léčebný režim: individuální, neúčinná integrace.

#### **4.7.3.4 Závěr**

Ve spolupráci s ošetrovatelským personálem, lékaři a psychologem bylo dosaženo co nejlepší poskytnuté zdravotnické péče. Prvotní terapie neklidu byla u pacienta v akutní psychiatrické péči zásadní a téměř rychle účinná. Ze začátku hospitalizace byl pacient výrazně neklidný a agresivní. Téměř po první neklidové terapii bylo dosaženo cíle ke zklidnění agresivního pacienta. Problém, který vedl ke vzniku neklidného stavu a následného onemocnění u pacienta, spočíval v dlouhodobém užívání návykových látek. Farmakoterapie se u pacienta měnila. Ke konci hospitalizace pacient změnu medikace toleroval dobře. Neklidné chování pacienta a symptomy onemocnění se zlepšily po naordinování léků Invega, Zyprexa a Rivotril. Během terapie bylo nutné pacienta poučit a vést ho k naprosté a trvalé abstinenci od alkoholu a veškerých psychoaktivních látek, poučit ho o povaze onemocnění a její nedílné dlouhodobé léčbě. Postupem času pacient dosáhl částečného náhledu na onemocnění a rizika spojená s užíváním návykových látek.

#### **4.7.4 Kazuistika č. 4**

Osmnáctiletý muž přivezen na centrální příjem Psychiatrické nemocnice v doprovodu ZZS k první hospitalizaci. Rodina udala, že asi týden pozorovali u pacienta psychomotorický neklid. Dle nich nebere žádné psychoaktivní látky. Pacient jevil známky akutní psychózy. Pacient byl v minulosti opakovaně hospitalizovaný v jiné psychiatrické nemocnici. Pacient byl přijatý s diagnózou poruchy způsobené více drogami – akutní intoxikace.

##### **4.7.4.1 Anamnéza**

Muž, 18 let, malé postavy, s průměrnou hmotností odpovídající výšce pacienta. Vyrůstal v rodinném domě s tetou a strýcem. Nyní bydlel přechodně u tety a strýce nebo na ulici. Matka pacienta ve středním věku. Pacient neví, čím se živí nebo kde je. Nikdy se s matkou pořádně neviděli, spíše si na ní nepamatoval. Otec pacienta zemřel, už si ho nepamatuje, pořádně ho neznal. Dále má tři mladší sourozence, jednu sestru a dva bratry.

Ani s jedním z nich se nestýká, jsou v pěstounské péči. Pacient prodělal běžná dětská onemocnění, operaci žádnou neměl. Vyprazdňuje se bez potíží, problémy žádné nemá. Alergii žádnou nemá. Dětství prožil u tety a strýce, chodil na zvláštní školu, kterou dokončil. Dále studoval střední školu, tu ale nedokončil. Pacient je nezaměstnaný, nikdy nepracoval, bez evidence na úřadu práce. Pacient nemá dlouhodobý vztah, je svobodný a bezdětný. Trestně stíhaný byl víckrát, za krádeže. Řidičský průkaz ani střelnou zbraň nevlastní. Drogy začal brát, když mu bylo 14 let. Užíval marihuanu (denně) a injekčně pervitin, někdy aplikoval nosem. Alkohol pil příležitostně, jiné drogy neužívá.

#### 4.7.4.2 *Průběh hospitalizace*

Pacient byl přijatý na uzavřené mužské oddělení pro akutní psychotické stavy v doprovodu ošetřovatele. Pacient byl při přijetí neklidný, ohrožoval okolí i sebe, zcela mimo realitu. Deeskalační techniky byly v pacientově případě neúčinné. Přijímacím formalitám se vzhledem k akutnímu neklidu nepodrobil. Ihned bylo zahájeno fyzické omezení pacienta v lůžku pod vedením ošetřovatelského personálu. Poté byl aplikován Tisercin i.m. 1 ampule jako neklidová terapie, vše za ordinace lékaře. Dále byl proveden hygienický filtr a proběhla důkladná kontrola osobních věcí, které byli zapsány a uloženy, za dohledu ošetřovatelského personálu. Pacient byl po zklidnění seznámen s oddělením, léčebným režimem, domácím řádem a právy pacienta. Fyziologické funkce u pacienta byly v normě. Byl proveden Základní nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku, Barthelův test základních všedních činností, Riziko vzniku dekubitu dle Nortonové a Screening pro určení zvýšeného rizika pádu. Všechny tyto testy byly bez rizika či nutnosti zvláštních intervencí. Dále proběhlo Zhodnocení rizika sebevražedného jednání s výsledkem nízkého rizika sebevražedného jednání. Dále byl proveden screening Vyhodnocení rizika agrese – Broset violence checklist, kdy výsledným hodnocením byla vyšší pravděpodobnost agrese vůči okolí. Dále proběhlo psychiatrické vyšetření lékařem, po kterém byly naordinovány běžné vstupní odběry zahrnující biochemické a hematologické vyšetření krve, dále odběr moči na moč a sediment, amylázu a toxikologii. Bylo nařízené režimové cave: neklid, agresivita, nepřiléhavé chování. Lékařem byla naordinována denní medikace Rispen 1 mg tbl. 1-0-1 a Tisercin tbl. 25 mg 1-1-1. Byla naordinována i fakultativní medikace při neklidu a odmítání medikace – Tisercin i.m. 1 ampule a Rivotril i.m. 1 ampule. Druhý den po přijetí byl v laboratorním vyšetření pozitivní výsledek toxikologie moči.

Během následujících pěti dnů byl pacient v kontaktu neochotný, často měnil výpovědi, emočně labilní, tenzní, naléhal na propuštění. Ze strany neklidného chování

výrazně zlepšen, ale nadále vzdálen od reality, myšlení simplexní. Pacient během hospitalizace přiznává sluchové halucinace. Neuvědomoval si situaci, která předcházela terapii jeho psychických stavů. U pacienta byl odebrán vzorek kontrolní moči na toxikologii, kde byl patrný menší pokles všech hodnotících parametrů. Lékařem byla naordinovaná změna denní farmakologické medikace. Tisercin tbl. 1-2-2 a Rispen tbl. 1 mg 1-0-2. U pacienta bylo zahájeno psychologické vyšetření.

Dále, během dvou dnů hospitalizace, byl pacient klidnější, simplexní, halucinace již neprodukoval, ale nadále kontakt s realitou narušen. Navýšenou farmakologickou medikaci toleroval dobře.

V dalších dvou týdnech bylo zavedeno postupné snížení dávek farmakologické medikace. U pacienta se nejevily známky psychotických symptomů, udával náhled na onemocnění a abstinenci od návykových látek. Bylo dokončeno psychologické vyšetření, kdy nebyly zjištěny příznaky schizofrenního okruhu. Následně byl propuštěn do domácí péče. Byl poučen o nutnosti abstinence od veškerých návykových látek, dále o nutnosti brát pravidelnou medikaci a docházet ke kontrolám k praktickému lékaři a do psychiatrické ambulance. Ponechaná byla farmakologická medikace v podobě Tisercin tbl. 0-0-1.

#### **4.7.4.3 Poskytnutá ošetrovatelská péče**

Na uzavřeném psychiatrickém oddělení byla pacientovi poskytnuta komplexní ošetrovatelská péče. První den hospitalizace, během fyzického omezení pacienta v lůžku, byla zajištěna ošetrovatelským personálem každých 30 minut kontrola hybnosti a prokrvení končetin, každou hodinu byl proveden záznam do zdravotnické dokumentace. Byly vysvětleny důvody omezení v lůžku a kontroval se stav vědomí a vitální funkce pacienta. Dále byla prováděna hygienická péče, prevence dekubitů, péče o vyprazdňování, stravování a hydratace pacienta. O veškerých změnách, případně zhoršení stavu pacienta, informoval ošetrovatelský personál lékaře. Při injekční aplikaci psychofarmak provedla sestra záznam do dekurzu pacienta s uvedením času aplikace, typu dávky, a dávky aplikovaného farmaka. Následně po hodině provedla záznam o vlivu injekce na psychický stav pacienta. Sestra tak postupovala vždy po rozhodnutí a stanovení ordinace lékařem.

Po následném zklidnění pacienta mu byla poskytnuta edukace o léčebném režimu a režimu oddělení a jeho zásad. Dále mu byl poskytnutý čas se zorientovat, seznámit se s oddělením a začlenit se do kolektivu. Pacient byl pod trvalým dohledem ošetrovatelského personálu a všechny záznamy o stavu pacienta byly elektronicky zapsány.

Během léčebného procesu byly zdravotnickým personálem určeny ošetrovatelské diagnózy dle standardů Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a následně zavedeny intervence k dosažení cíle:

- násilí (akutní) hrozící, vůči jiným;
- adaptace porušená;
- myšlení porušené;
- léčebný režim: individuální, neúčinná integrace.

#### 4.7.4.4 Závěr

Ve spolupráci s ošetrovatelským personálem, lékaři a psychologem bylo dosaženo co nejlepší poskytnuté zdravotnické péče. Prvotní terapie neklidu byla u pacienta v akutní psychiatrické péči zásadní a rychle účinná k psychickému stavu pacienta. První dny hospitalizace byl pacient výrazně neklidný a agresivní. Hned po první neklidové terapii bylo dosaženo cíle ke zklidnění agresivního pacienta. Problém, který vedl ke vzniku neklidného stavu a následného onemocnění u pacienta, spočíval v dlouhodobém užívání návykových látek. Farmakoterapie se u pacienta výrazně neměnila, spíše byly dávky farmakologické medikace postupně snižovány. Během, ale hlavně ke konci hospitalizace, pacient změnu medikace toleroval dobře. Neklidné chování pacienta a symptomy onemocnění se zlepšily po naordinování léků Risperon a Tisercin. Během terapie bylo nutné pacienta poučit a vést ho k naprosté a trvalé abstinenci od alkoholu a veškerých psychoaktivních látek. Dále ho poučit o povaze onemocnění a její nedílné dlouhodobé léčbě. Postupem času pacient dosáhl náhledu na onemocnění a rizika spojená s užíváním návykových látek.

#### 4.7.5 Kazuistika č. 5

Třiatdvacetiletý muž přivezen na centrální příjem Psychiatrické nemocnice v doprovodu ZZS k první hospitalizaci. Pacient přivezen z toho důvodu, že zastavil cizí auto a nožem rozbil okno řidiče. Následně utekl, ale byl nalezen hlídkou PČR. Pacient neklidný, brachiálně agresivní, odmítá komunikovat, kope, plive. Při transportu mu byl aplikován Haloperidol 5mg/ml i.m. 1. ampule. Během transportu zklidněn. Pacient byl přijatý s diagnózou akutní polymorfni psychotická porucha se symptomy schizofrenie.

#### 4.7.5.1 *Anamnéza*

Muž, 23 let, menší postavy, s průměrnou váhou odpovídající výšce pacienta. Matka pacienta středního věku, pracuje, v minulosti se léčila na psychiatrii. Otec také středního věku, více o něm neví. Rodiče se rozvedli, když byl ještě dítě. Má 5 sourozenců. Dvě starší sestry, jsou zdravé, bydlí se svou vlastní rodinou, na psychiatrii se nikdy neléčily. Dále má 3 starší bratry. Dva pracují, jsou zdraví, nikdy se na psychiatrii neléčili. Další bratr je nezaměstnaný, léčil se opakovaně na psychiatrii. Pacient prodělal běžné dětské nemoci. Operace žádné neměl, v bezvědomí nebyl. Vyprazdňování bez problémů, stolicí má pravidelnou. Alergický na nic není. Bydlí v domě společně s matkou a dvěma bratry. Na dětství vzpomíná rád, chodil ven s kamarády. Pacient absolvoval základní školu s průměrným prospěchem. Poté dále nestudoval, evidován na úřadu práce, pobírá důchod. V minulosti pracoval brigádně. Pacient nemá dlouhodobý partnerský vztah, je svobodný a bezdětný. Ze zájmů ho baví sledovat filmy, jiné koníčky nemá. Povahou je spíše klidný optimista. Drogy neužívá, nekouří, automaty nikdy nehrál, alkohol pije příležitostně. Zbrojní průkaz, střelnou zbraň a řidičský průkaz nevlastní.

#### 4.7.5.2 *Průběh hospitalizace*

Pacient byl přijatý na uzavřené mužské oddělení pro akutní psychotické stavy v doprovodu ZZS a PČR. Pacient byl ihned při přijetí neklidný, ohrožoval okolí i sebe, zcela mimo realitu. Deeskalační techniky byly v pacientově případě neúčinné. Přijímacím formalitám se k vzhledem k akutnímu neklidu nepodrobil. Ihned bylo zahájeno fyzické omezení pacienta v lůžku pod vedením ošetrovatelského personálu. Poté byly podány léky Zyprexa Velotab 5 mg 1 tbl. a Rivotril 0,5 mg 1 tbl., dle ordinace lékaře. Dále byl proveden hygienický filtr a proběhla důkladná kontrola osobních věcí za dohledu ošetrovatelského personálu, které byli zapsány a uloženy. Pacient byl po zklidnění seznámen s oddělením, léčebným režimem, domácím řádem a právy pacienta. Fyziologické funkce u pacienta byly v normě. Byl proveden Základní nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku, Barthelův test základních všedních činností, Riziko vzniku dekubitu dle Nortonové a Screening pro určení zvýšeného rizika pádu. Všechny tyto testy byly bez rizika či nutnosti zvláštních intervencí. Dále proběhlo Zhodnocení rizika sebevražedného jednání s výsledkem nízkého rizika sebevražedného jednání, byl proveden screening Vyhodnocení rizika agrese – Broset violence checklist, kdy výsledným hodnocením byla vyšší pravděpodobnost agrese vůči okolí. Nakonec proběhlo psychiatrické vyšetření lékařem, během kterého byly naordinovány běžné vstupní odběry zahrnující biochemické a hematologické vyšetření krve,

dále odběr moči na moč a sediment, amylázu a toxikologii. Bylo nařízené režimové cave: neklid, agresivita, nepřiléhavé chování, automutilace.

Na druhý den byla lékařem naordinována denní medikace Zyprexa Velotab 10 mg tbl. 0-0-1 a Rivotril tbl. 0,5 mg 1-1-1. Byla naordinována i fakultativní medikace při neklidu a odmítání medikace, Haloperidol 5mg/ml i.m. 1 ampule. Druhý den po přijetí byl v laboratorním vyšetření negativní výsledek toxikologie moči.

Během následujících pěti dnů byl pacient v kontaktu méně tenzní, bez agresivity, bez halucinací. Pacient naléhal na propuštění, byl bez náhledu na předchozí neklidný stav a hospitalizaci, dissimuloval. Ze strany neklidného chování výrazně zlepšen. Neuvědomoval si situaci, která předcházela terapii jeho psychických stavů. Lékařem byla naordinovaná změna denní farmakologické medikace. Byla zvýšená medikace u léku Zyprexa Velotab 10 mg. 1-0-1. U pacienta bylo zahájeno psychologické vyšetření.

Dále, během dvou týdnů hospitalizace, byl pacient klidnější, simplexní, souhlasil s léčbou na oddělení, účastnil se společných vycházek v doprovodu rodiny nebo ošetřujícího personálu. Navýšenou farmakologickou medikaci toleroval dobře. Psychologické vyšetření potvrdilo diagnózu akutní psychotická porucha bez symptomů schizofrenie. U pacienta se nejevily známky psychotických symptomů, udával náhled na onemocnění a na stav vzniklý před přijetím do nemocnice. Následně byl přeložen na otevřené oddělení k pokračování v hospitalizaci a léčbě. Byl poučen o nutnosti brát pravidelnou medikaci. Ponechaná byla farmakologická medikace v podobě Olanzapinu.

#### **4.7.5.3 Poskytnutá ošetrovatelská péče**

Na uzavřeném psychiatrickém oddělení byla pacientovi poskytnuta komplexní ošetrovatelská péče. První den hospitalizace, během fyzického omezení pacienta v lůžku, byla zajištěna ošetrovatelským personálem každých 30 minut kontrola hybnosti a prokrvení končetin, každou hodinu byl proveden záznam do zdravotnické dokumentace. Byly vysvětleny důvody omezení v lůžku a kontroval se stav vědomí a vitální funkce pacienta. Dále byla prováděna hygienická péče, prevence dekubitů, péče o vyprazdňování, stravování a hydratace pacienta. O veškerých změnách, případně zhoršení stavu pacienta, informoval ošetrovatelský personál lékaře.

Po následném zklidnění pacienta mu byla poskytnuta edukace o léčebném režimu a režimu oddělení a jeho zásad. Dále mu byl poskytnutý čas se zorientovat, seznámit se s oddělením a začlenit se do kolektivu. Pacient byl pod trvalým dohledem ošetrovatelského personálu a všechny záznamy o stavu pacienta byly elektronicky zapsány.



Během léčebného procesu byly zdravotnickým personálem určeny ošetrovatelské diagnózy dle standardů Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a následně zavedeny intervence k dosažení cíle:

- násilí (akutní) hrozící, vůči jiným;
- adaptace porušená;
- myšlení porušené;
- léčebný režim: individuální, neúčinná integrace.

#### 4.7.5.4 Závěr

Ve spolupráci s ošetrovatelským personálem, lékaři a psychologem bylo dosaženo co nejlepší poskytnuté zdravotnické péče. Prvotní terapie neklidu byla u pacienta v akutní psychiatrické péči zásadní a rychle účinná k psychickému stavu pacienta. První den hospitalizace byl pacient výrazně neklidný a agresivní. Hned po první neklidové terapii bylo dosaženo cíle ke zklidnění agresivního pacienta. Farmakoterapie se u pacienta výrazně neměnila, dávky farmakologické medikace byly postupně snižovány. Během hospitalizace pacient změnu medikace toleroval dobře. Neklidné chování pacienta a symptomy onemocnění se zlepšily po naordinování léku Rivotril a hlavně Zyprexa. Během terapie bylo nutné pacienta poučit o povaze onemocnění a důležitosti jeho léčby. Postupem času pacient dosáhl náhledu na onemocnění a na stav předcházející k hospitalizaci.

## 4.8 Diskuze

Z výzkumu jsme zjistili, že terapie neklidu u pacientů v psychiatrické péči je účinná. V terapii všech neklidných pacientů se dle šetření uplatnila nejvíce léčba farmakologickými prostředky. Z průzkumu je známo, že se stala nejrychleji účinným prostředkem ke zklidnění pacientů. Naopak použití deeskalačních technik k prvotnímu zklidnění neklidných pacientů se mohlo jevit jako zbytečné nebo neúčinné. Dále vyplývá, že ve většině případů během neklidného stavu pacientů docházelo k brachiální agresi na ošetrovatelský personál. Když u většiny pacientů docházelo k brachiální agresi na ošetrovatelský personál, vyplynulo z výzkumu, že bylo nezbytné první zahájit fyzické omezení pacienta a poté teprve aplikovat farmaka. Ve všech případech stavu pacientů bylo tedy nutné použít jak farmakoterapii, tak i fyzické omezení pacienta.

Na základě porovnání s Uhrovou, Roth a kol. (2020, s. 510–513) jsme dále zjistili, že v akutní fázi psychotického neklidného až agresivního chování se u většiny pacientů osvědčilo ke zklidnění stavu podání jak antipsychotik (olanzapin, haloperidol, risperidon, paliperidon), tak i BZD (valproát a klonazepam). Výzkum přináší i další zajímavé výsledky. Například to, že většina neklidných a agresivních pacientů v našem výzkumu byli rychleji a účinněji zklidněni po podání Olanzapinu než po aplikaci jiných antipsychotik. Během neklidného chování pacienta se ze všeho nejvíce uplatnila kombinace antipsychotik s BZD.

Zjistili jsme, že fyzické omezení u některých pacientů v našem výzkumu bylo nutné vícekrát opakovat během hospitalizace v akutní psychiatrické péči. U některých bylo naopak zjištěno, že hned po prvním fyzickém omezení s následnou aplikací farmak již nedocházelo k opakovanému neklidu či agresi.

Problematikou výzkumu mohou být deeskalační techniky, ke kterým u některých pacientů po příjezdu na oddělení nemuselo ani dojít, protože jsme zjistili, že většina pacientů byla farmakologicky tlumena už při převozu do nemocnice nebo hned po příchodu na oddělení. Doporučením pro další výzkum by mohlo být využití deeskalační techniky ošetřovatelským personálem u neklidných až agresivních pacientů.

## ZÁVĚR

Téma bakalářské práce bylo zaměřeno na terapii neklidu u pacientů v akutní psychiatrické péči. Práce se skládala ze dvou částí, z části teoretické a části praktické.

Teoretická část byla rozdělena do tří kapitol. V první kapitole jsme se seznámili s termínem neklid, agitovanost a agrese. Dále tato část obsahovala nástin z historie psychiatrie. Informovala nás o organizaci na akutním lůžkovém oddělení psychiatrické nemocnice, o příčinách neklidu, prevenci duševní nemoci a právních aspektech pacienta na psychiatrii. Druhá kapitola nás informovala o definici duševní poruchy a nejčastějších duševních poruchách v akutní psychiatrické péči. Třetí a zároveň poslední kapitola nám popsala terapii neklidu, ošetrovatelskou péči a možnosti terapie neklidného pacienta.

V rámci praktické části byl použitý kvalitativní výzkum metodou případové studie a technikou dlouhodobého přímého pozorování. Hlavním cílem praktické části bylo zjistit, jak moc účinná je terapie neklidu u pacientů v akutní psychiatrické péči. Dalším cílem bylo popsat terapii a ošetrovatelskou péči u neklidného pacienta. Byly splněny oba stanovené cíle bakalářské práce. Výsledky ukázaly popis ošetrovatelské péče během fyzického omezení neklidného pacienta nebo při farmakoterapii. Dále se ukázalo, že terapie neklidu byla u neklidných pacientů v akutní psychiatrické péči účinná, ale záleželo na použití farmak, na míře neklidu a na souvisejícím onemocnění. Nakonec byla problematika popsána v diskuzi a byly vyvozeny závěry a doporučení pro další výzkumy.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

AMADADOR, Xavier Francisco, 2019. Nic mi není! Pomoc nepotřebuju!: jak pomoci duševně nemocnému, který odmítá léčbu. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1525-7.

COWEN, Philip, Paul HARRISON a Tom BURNS, 2012. *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. Sixth edition. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-960561-3.

DOUBEK, Pavel, 2004. *Psychiatrie pre prax* [PDF]. Solen, 2004(3) [cit. 2021-05-02]. ISSN 1339-4258. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/7750b60f8ab4bc22325cd23954b7d576.pdf>

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1620-6.

HANUŠKOVÁ, Vlasta, 2008. *Psychiatr. praxi* [PDF]. Solen, 2008(4) [cit. 2021-04-05]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2008/04/05.pdf>

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015-2017*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.

HERMAN, Erik, Ján PRAŠKO a Dagmar SEIFERTOVÁ, ed., c2007. *Konziliární psychiatrie*. Praha: Medical Tribune CZ. ISBN 978-80-903708-9-0.

HÝŽA, Martin a Libor CHVÍLA, 2009. *Psychiatr. praxi* [PDF]. Solen, 2009(5) [cit. 2021-05-02]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/05.pdf>

JONES, Jeffrey S., Joyce J. FITZPATRICK a Vickie L. ROGERS, 2012. *Psychiatric mental health nursing: an interpersonal approach to professional practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0563-9.

KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KAMENÍKOVÁ, Ludmila, Jan POMYKACZ a Hassan FARGHALI. 2015. *Psychiatr. praxi* [PDF]. Solen, 2015(2) [cit. 2021-05-02]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/02/05.pdf>

KASAL, Matěj, 2019. *Psychiatr. praxi* [PDF]. Solen, 2019(3) [cit. 2021-04-30]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2019/03/06.pdf>

- KUČEROVÁ, Helena, 2018. *Bolest v psychiatrii*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-378-4.
- LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
- LIBIGER, Jan, 2008. *Psychiatr. praxi* [PDF]. Solen, 2008(5) [cit. 2021-05-02]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/05/05.pdf>
- MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-700-0.
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, c2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1151-6.
- NAWKA, Alexander, 2012. *Psychiatr. praxi* [PDF]. Solen, 2012(2) [cit. 2021-04-30]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/201202/07.cz>
- O MKN-10, 2021. *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 2021-05-02]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/o-mkn>
- OREL, Miroslav a kol., 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.
- OREL, Miroslav a kol., 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 3.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2529-6.
- PAPEŽOVÁ, Hana a kol., c2014. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.
- PAVLOVSKÝ, Pavel, 2013. *Psychiatr. praxi* [PDF]. Solen, 2013(2) [cit. 2021-04-26]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/02/02.pdf>
- PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ, 2013. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.
- PRAŠKO, Ján a kol., 2011. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2570-2.
- SVOBODA, Mojmír (ed.), Eva, ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ, 2015. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0976-8.

UHROVÁ, Tereza, Jan ROTH a kol., 2020. *Neuropsychiatrie: klinický průvodce pro ambulantní i nemocniční praxi*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-619-1.

VEVERA, Jan a kol., 2007. *Psychiatr. praxi* [PDF]. Solen, 2007(2) [cit. 2021-05-01]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/05.pdf>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ALT	Alaninaminotransferáza
AST	Aspartátaminotransferáza
BZD	Benzodiazepiny
cave	varování, pozor
Cl	Chlor
CNS	Centrální nervová soustava
cps.	kapsle
CRP	C-Reaktivní protein
CT	Výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
ft4	Volný tyroxin
GMT	Gamaglutamyltransferáza
HIV	virus lidské imunitní nedostatečnosti
i.m.	intramuskulární
i.v.	intravenózní
K	Draslík
KO	Krevní obraz
LSD	Diethylamid kyseliny lysergové
M+S	Moč a sediment
MDMA	Methylendioxyamfetamin
Mg	miligram
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
ml	mililitr

---

MR	Magnetická rezonance
Na	Sodík
NaCl	Chlorid sodný
O <sub>2</sub>	Saturace krve kyslíkem
OL	Ochranná léčba
P	Puls
PČR	Policie České republiky
RTG	Rentgenové záření
tbl.	tableta
TK	Tlak
TSH	Tyreoidu stimulující hormon
TT	Tělesná teplota
tzv.	takzvaný
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZZS	Zdravotnická záchranná služba



## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Detekční doba účinků na lidský organismus .....	26
Obr. 2 Jedna z možností fyzického omezení pacienta .....	45

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Souhlas zařízení s výzkumem

Příloha P II: Záznamový arch pro sběr informací


Příloha P III: Schéma postupu při fyzickém omezení pacienta dle standardu v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži

Příloha P IV: Schéma postupu při aplikaci neklidové terapie pacientům v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži

## PŘÍLOHA P I: SOUHLAS ZAŘÍZENÍ S VÝZKUMEM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Eva Škrobová	
Téma bakalářské práce	Terapie neklidu u pacientů v akutní psychiatrické péči	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Ondřej Vávra	
	..... podpis	
Skupina respondentů	HOSPITALIZOVANÍ PACIENTI	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	
V KRŠMĚŘŮZI, ODĚLENÍ EA	Souhlasím      Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 14.12.2020 .....

.....  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

## PŘÍLOHA P II: ZÁZNAMOVÝ ARCH PRO SBĚR INFORMACÍ

### Záznamový arch pro pozorování pacienta

(Data byla získaná ze zdravotnické dokumentace pacienta)

**1) Parere pacienta:**

**2) Anamnéza pacienta** (osobní, rodinná, pracovní, sociální, dětství, škola, partnerské vztahy, fyziologické funkce, alergická, zájmy, povaha, abusus, kriminalita, zbrojní průkaz/střelná zbraň, řidičský průkaz):

**3) Průběh hospitalizace:**

Stav pacienta při přijetí:

Plánovaná vyšetření:

Režimová opatření:

Plán terapie:

Průběh hospitalizace (dny, týdny):

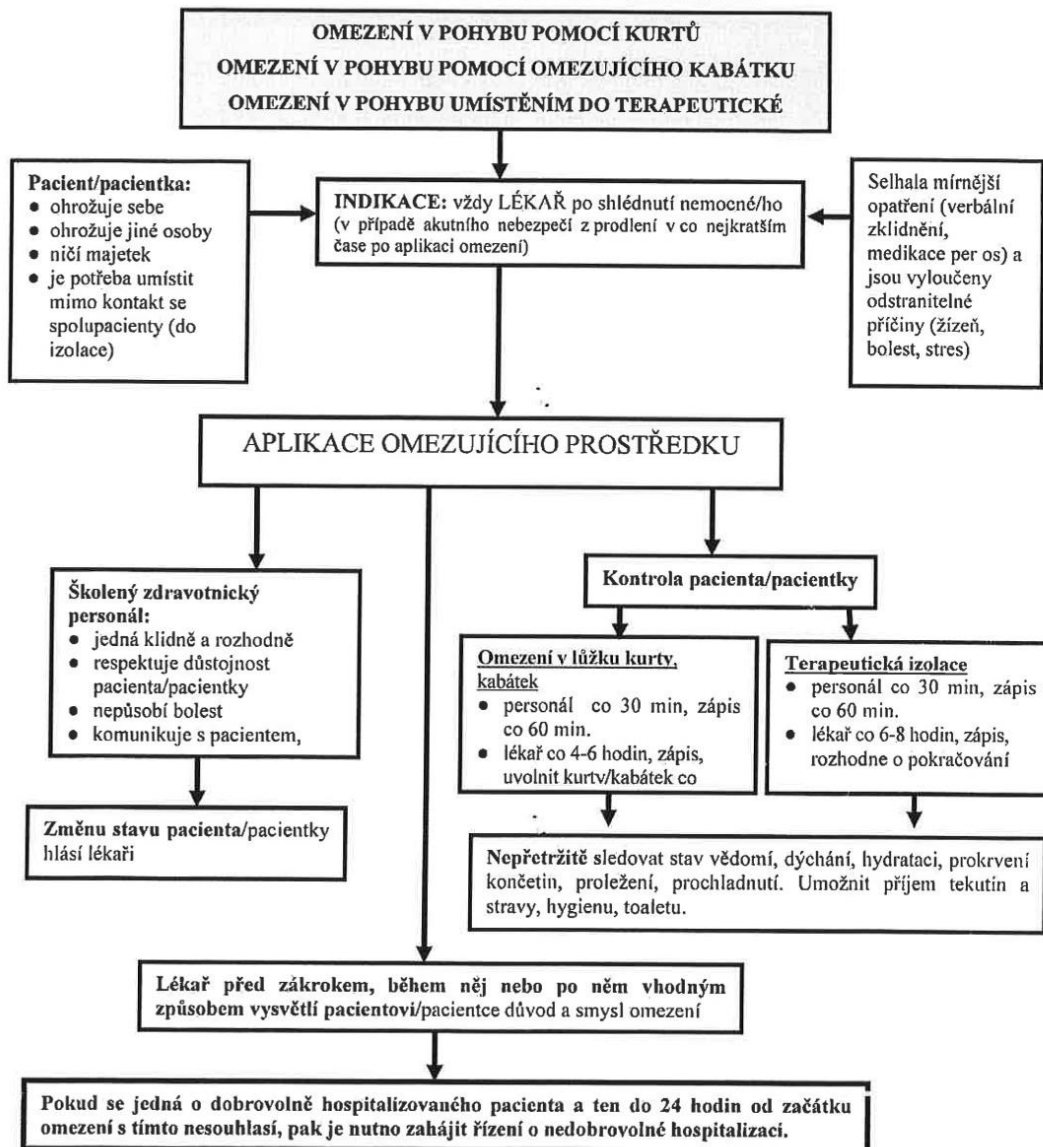
Změny medikace během hospitalizace:

**4) Ošetrovatelská péče** (poskytnutá při fyzickém omezení a aplikaci farmakoterapie):

## PŘÍLOHA P III: SCHÉMA POSTUPU PŘI FYZICKÉM OMEZENÍ PACIENTA DLE STANDARDU V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI V KROMĚŘÍŽI

Příloha 1

### DOPORUČENÝ POSTUP PŘI UPLATNĚNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ V KROMĚŘÍŽI



## PŘÍLOHA P IV: SCHÉMA POSTUPU PŘI APLIKACI NEKLIDOVÉ TERAPIE PACIENTŮM V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI V KROMĚŘÍŽI

Příloha 2

### DOPORUČENÝ POSTUP PŘI UPLATNĚNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ V KROMĚŘÍŽI

