

SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ
Fakulta veřejných politik v Opavě

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Opava 2020

Filip Vehovský

Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav ošetrovatelství



Filip Vehovský

Obor: (Všeobecná sestra)

**Psychosomatická zátěž u zdravotnických pracovníků v
psychiatrii**
Psychosomatic burden health care workers in psychiatry

bakalářská práce

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá psychosomatickou zátěží u zdravotnických pracovníků v psychiatrii.

Teoretická část se zaměřuje na vývoj psychiatrie jako vědního oboru, diagnostické metody, léčbu, psychofarmaka a odvětví psychiatrie.

V praktické části byl proveden průzkum kvantitativní metodou pomocí standardizovaného Meisterova dotazníku. Cílem bakalářské práce je zjistit u zaměstnanců Psychiatrické nemocnice v Opavě, výskyt psychosomatické zátěže pomocí standardizovaného dotazníku.

Průzkumné šetření probíhalo v Psychiatrické nemocnici v Opavě. Dotazník byl zcela anonymní a skládal se z 20 otázek. Výsledky byly zpracovány formou grafů a tabulek.

Klíčová slova

Psychosomatická zátěž, zdravotnický pracovník, psychiatrie, stres, syndrom vyhoření, ošetrovatelství

Abstract

The bachelor's thesis deals with the psychosomatic burden of medical staff in psychiatry.

The theoretical part focuses on the development of psychiatry as a discipline, diagnostic methods, treatment, psychotropic drugs and the field of psychiatry.

In the practical part, a survey was performed by a quantitative method using a standardized Meister questionnaire. The aim of the bachelor's thesis is to find out the employees of the Psychiatric Hospital in Opava, the occurrence of psychosomatic stress using a standardized questionnaire.

The exploratory survey took place at the Psychiatric Hospital in Opava. The questionnaire was completely anonymous and consisted of 20 questions. The results were processed in the form of graphs and tables.

Keywords

Psychosomatic burden, health care worker, psychiatry, stress, burnout syndrome, nursing

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok: 2020/2021

Zadávací ústav:	Ústav ošetřovatelství
Student:	Filip Vehovský
UČO:	40976
Program:	Ošetřovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Téma práce:	Psychosomatická zátěž u zdravotnických pracovníků v psychiatrii
Téma práce anglicky:	Psychosomatic burden health care workers in psychiatry
Zadání:	Cílem práce je zjistit u zaměstnanců v psychiatrii míru psychosomatické zátěže. Průzkum se uskuteční pomocí standardizovaného Meisterova dotazníku v Psychiatrické nemocnici v Opavě.
Literatura:	BLOCH, S., GREEN S. A. a HOLMES, J. Psychiatry: Past, Present, and Prospect. 1. vydání. United Kingdom: Oxford University Press, 2014. ISBN 978-0-19-963896-3. DUŠEK, K. a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ A. Diagnostika a terapie duševních poruch. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2015. ISBN 978-80-247-4826-9. HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. et al. Psychiatrie a pedopsychiatrie. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8. KUČEROVÁ, H. Psychiatrické minimum. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4733-0. LÁTALOVÁ, K., PRAŠKO J. et al. Psychiatrie v primární péči. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, a.s., 2013. ISBN 978-80-204-2798-4. OREL, M. et al. Psychopatologie. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. ISBN 978-80-247-5516-8. PETR, T., MARKOVÁ, E. et al. Ošetřovatelství v psychiatrii. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4236-6. PRIEB, M. Jak zvládnout syndrom vyhoření: Najděte cestu zpátky k sobě. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5394-2. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ P. et al. Psychiatrie. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9. SLEZÁKOVÁ, L. et al. Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III – Gynekologie a porodnictví, Onkologie, Psychiatrie. 2. doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4341-7. STRINGER, L. S. Psychiatry. 1. vydání. United Kingdom: John Wiley and Sons Ltd, 2016. ISBN 978-1-118-55726-6.
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.
Datum zadání práce:	18. 3. 2020

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):


.....
PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D.
vedoucí ústavu

Čestné prohlášení

Tuto práci jsem vypracoval samostatně, veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Prohlašuji, že elektronická verze práce je shodná s verzí tištěnou. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Ústřední knihovně Slezské univerzity v Opavě.

.....

Poděkování

Chtěl bych poděkovat své vedoucí práce paní Doc. PhDr. Yvettě Vrublové, Ph.D. Za její trpělivost, ochotu, laskavost a cenné rady při psaní bakalářské práce, dále bych chtěl poděkovat své rodině a svým nejbližším přátelům za jejich podporu a motivaci nejenom při psaní bakalářské práce, ale při celém studiu. Rovněž bych chtěl poděkovat všem respondentům, za jejich ochotu a čas při vyplňování dotazníků.

Obsah

Úvod	9
Teoretická část	11
1 Vymezení klíčových pojmů a jejich operacionalizace	11
1.1 Práce s literaturou a informačními zdroji.....	11
2 Psychiatrie	12
2.1 Péče o duševně nemocné v průběhu věků.....	12
2.1.1 Ranná psychiatrie	13
2.1.2 Antika.....	13
2.1.3 Renesance.....	13
2.1.4 Psychiatrie v 19. a 20. století	14
2.1.5 Počátky novodobé psychiatrie.....	15
2.2 Odvětví psychiatrie	16
2.2.1 Adiktologie.....	16
2.2.2 Gambling.....	16
2.2.3 Alkoholismus	17
2.2.4 Sexuologie.....	18
2.2.5 Dětská a dorostová psychiatrie.....	19
2.2.6 Gerontopsychiatrie.....	23
2.3 Klasifikace duševních poruch	24
3 Péče o psychiatrické pacienty v České republice	25
3.1 Psychiatrická péče.....	26
3.1.1 Ambulantní péče.....	26
3.1.2 Lůžková péče.....	26
3.1.3 Lůžková péče dle typu	26
3.2 Psychiatrická oddělení	27
3.3 Psychiatrické kliniky.....	27
3.4 Specifika práce sestry na psychiatrii	27
3.5 Léčebné postupy v psychiatrii.....	28
3.6 Elektrokonvulzivní terapie	29
3.7 Farmakologie-psychofarmaka	31
3.8 Komunitní péče	33
3.9 Skupinová terapie	33
4 Psychosomatika	34

4.1	Stres	34
4.2	Syndrom vyhoření	35
5	Zahraníční studie týkající se pracovní zátěže u zdravotnických pracovníků	37
	Empirická část.....	40
5.1	Formulace problému	40
5.2	Cíle průzkumu	40
5.3	Charakteristika souboru	40
5.4	Metoda sběru dat	40
5.5	Struktura průzkumu	41
5.6	Zpracování dat	41
5.7	Výsledky průzkumu	42
	Diskuze	64
	Závěr.....	66
	Seznam použitých zdrojů.....	69
	Seznam elektronických zdrojů	71
	Seznam použitých zkratk	72
	Seznam tabulek	73
	Seznam grafů	74
	Seznam příloh	75

Úvod

Duše a tělo je jeden celek. V dnešní době se setkáváme s moderními a novými pojmy, jako je celostní anebo lépe holistické pojetí. Propojení a vzájemné ovlivňování duše a těla nazýváme psychosomatikou. A právě ta je v naší práci klíčová. Neboli psychosomatika je fenomén dnešní doby.

Psychosomatická zátěž patří neodmyslitelně do života každého z nás. Nelze se jí vyhnout a mnohdy se čím dál více prohlubuje. Důvod je jednoduchý, žijeme v moderní době, tolik uspěchané a hektické. Máme málo času pozastavit se a zamyslet se sami nad sebou. Nestíháme se věnovat sobě, duši ani tělu. Mnohdy již nedokážeme najít rovnováhu, sebejistotu, následují tlaky z okolí, až se situace stává nezvladatelnou, může se vymknout kontrole. A právě v těchto chvílích dochází k nadměrné psychosomatické zátěži. Naše sebevědomí upadá, následováno postupným zhroucením těla, duše a mysli. Poté již člověk není schopen plnit úkol dobrého zdravotnického pracovníka. Sám nemůže pomáhat a být nápomocen. Je třeba myslet na sebe, na prevenci, na vnitřní energii a zamyslet se právě nad faktory, které ovlivňují psychosomatickou zátěž.

Víme, že na zdravotnický personál, pracující v odvětví psychiatrie je kladena opravdu markantní míra jak psychického, tak i fyzického zatížení. Ne každý zdravotník na těchto odděleních dokáže pracovat právě díky vystavováním se nadměrným stresovým situacím. Tito zaměstnanci, pracující v oboru, by měli umět zvládat nejen náročný úkol psychické a fyzické zátěže, rovněž prevenci, ale zejména by měli umět zvládat rétoriku. Sama praxe ukazuje, že se pacienti více svěřují sestřám, a to nejen se svými psychickými problémy, ale i s rodinnými zkušenostmi a potížemi. Správný psychologický přístup je bránou ke správné ošetrovatelské péči.

Dále je potřeba si uvědomit, že se v psychiatrii sestry snaží dostat co nejhluběji k pacientovi, daleko více „vnitřně“ než v jiných oborech, což pomáhá ve správné diagnostice a léčbě. A aby dokázali všichni zdravotničtí pracovníci dobře a smysluplně vykonávat své povolání, musí být vyrovnaní, jak po stránce psychické, tak i fyzické. Jak důležité jsou tyto dvě oblasti pro pracovníky a jaký mají vliv na jejich každodenní život, zjistíme v této práci. Každodenní pracovní činnost je totiž chronickou a dlouhodobou zátěží. Nesmíme ovšem opomenout individualitu každého z nás. Za základ prožitků je pokládána percepce, tedy vnímání. Každý z nás vnímá požadavky a náročnost zcela jinak. Záleží na zkušenostech, emocích, ale také na odolnosti či osobních vlastnostech.

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá vyhledáváním konkrétních informací, týkající se daného tématu, lehce se věnuje zajímavé historii a psychiatrické péči v průběhu

věků. Další kapitoly se věnují odvětvím psychiatrie a psychiatrické péče v naší republice, následované nejčastějšími psychickými problémy. V empirické části se zabýváme výzkumem psychosomatické zátěže u zaměstnanců, pracujících v Psychiatrické nemocnici v Opavě.

V dílčích cílech se zaobíráme, zda u zdravotníků převládá zátěž psychická či fyzická. Rovněž se v dalších cílech věnujeme podrobněji faktorům a vlivům psychosomatické zátěže. V práci je použit Meisterův dotazník. Celkem jsme rozdali 111 dotazníků, do průzkumu jsme zařadili 83 bezchybně vyplněných dotazníků, tj. 74,77 %.

K psaní bakalářské práce na toto téma mne vedla spojitost, že jsem zaměstnancem Psychiatrické nemocnice v Opavě. V pracovním procesu se dennodenně setkávám s převážně psychicky nemocnými lidmi, kteří vyžadují jiný přístup, než lidé, kteří jsou nemocní po somatické stránce.

Teoretická část

Cílem teoretické části bakalářské práce je vyhledat v českých a zahraničních databázích studie týkající se problematiky psychosomatické zátěže zdravotnických pracovníků v psychiatrii.

1 Vymezení klíčových pojmů a jejich operacionalizace

Psychosomatická zátěž

„Hledáte-li pojem psychosomatika ve slovnících nebo v jakýchkoli textech, které se o ni zmiňují, většinou najdete mnoho vysvětlujících pojednání o tom, že psychosomatika je věda nebo obor, jenž zkoumá souvztažnost mezi psychikou, duševním rozpoložením a fyzickou nemocí. Tedy vysvětlení tohoto pojmu většinou v poloze zjišťující a diagnostické, ale už nikoli léčící – tedy terapeutické“ (Klímová, Fialová, s. 23, 2015).

Operacionalizace: V souladu s pojetím této práce budeme psychosomatickou zátěž chápat jako předmět průzkumu psychosomatické zátěže u zdravotnických pracovníků.

Psychiatrie

Psychiatrie (vychází ze dvou řeckých slov a sice „psyché“ což je duše a „iatreia“ což je lékařství) je vědní a klinická disciplína, která se soustřeďuje na prevenci, diagnostiku a rovněž léčbu duševních onemocnění (Raboch, Pavlovský, 2012).

Operacionalizace: Psychiatrie je medicínský obor a zároveň místo, ve kterém se bude provádět průzkum.

1.1 Práce s literaturou a informačními zdroji

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. et al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

PETR, T., MARKOVÁ, E., et al. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ P. et al. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

2 Psychiatrie

„Psychiatrie je lékařský obor zabývající se studiem, diagnostikou, prevencí a léčbou duševních poruch. (pozn.: „porucha“ není přesný termín, je ovšem vhodnější než nemoc nebo onemocnění“ (Slezáková et al., s. 178, 2013).

„Pojem „psychiatrie“ pro název medicinského oboru použil poprvé německý lékař Johan Christian Reil v roce 1808. Duševní nemoci, jak je známe dnes, znali lidé nejspíš od úsvitu dějin. Jejich pojmenování, výklad a léčba procházely změnami spojenými s chápáním nemoci a postavením člověka ve společnosti“ (Hosák, s. 16, 2015).

„Psychiatrie je specializovaným lékařským oborem, který je zaměřen na teoretické a praktické aspekty diagnostiky, klasifikace, léčby, prevence, rehabilitace a výzkumu psychických (duševních) onemocnění a stavů. Psychiatrie je tedy součástí medicíny. Psychiatr je lékař-absolvent lékařské fakulty (v České republice s titulem MUDr.), který se psychiatrií profesně zabývá. Atestaci (specializaci) v oboru psychiatrie získává lékař po absolvování povinné praxe a složení atestačních zkoušek. Profesně se pak může dále specializovat na jednotlivé dílčí oblasti a obory psychiatrie (např. dětskou a dorostovou psychiatrii, léčbu závislostí atd.) Pojem psychiatrie (psychiatria) je odvozen z řeckých slov psyché-duše a logos-nauka“ (Orel, et al., s. 13, 2016).

Psychiatrie je obor medicíny, jenž se specializuje na léčbu mozkových poruch, které primárně způsobují narušení myšlení, chování a emocí. Často jsou označovány jako duševní či psychiatrické poruchy (McKnight, Geddes, 2019).

2.1 Péče o duševně nemocné v průběhu věků

Péče o duševně nemocné je stará jako lidstvo samo. Již v Bibli, konkrétně ve starém zákoně nacházíme zmínku o skleslosti Saula, krále Izraele. Dle názoru tehdejších jedinců se jednalo „znepokojení zlým duchem od Hospodina“ přičemž Saul byl léčen Davidem, jenž hrál králi na harfu. V raných dobách se věřilo, že duševní onemocnění má příčinu v přírodních či nadpřirozených silách. Medicína se mísila s rolemi kněze, ranhojiče a v neposlední řadě také zařikávače. Byly přinášeny oběti bohům a pořádaly se magické rituály, mající za úkol ochránit nebo zbavit člověka duševního onemocnění. Používali se také rostlinné lektvary, masti, rehabilitace a cvičení, hudbě a udržování zdravé životosprávy. Praxe byla založena na terapeutickém vztahu a na pacientově očekávání, můžeme tedy hovořit o placebo účinku (Hosák, 2015).

2.1.1 Ranná psychiatrie

Péče o duševně nemocné je stará jako lidstvo samo. Již v Bibli, konkrétně ve starém zákoně nacházíme zmínku o skleslosti Saula, krále Izraele. Dle tehdejších lidí se jednalo o „znepokojení zlým duchem od Hospodina” přičemž Saul byl léčen Davidem, jenž hrál králi na harfu. V dřívějších dobách se věřilo, že duševní onemocnění má příčinu v přírodních či nadpřirozených silách. Medicína se mísila s rolemi kněze, ranhojiče a v neposlední řadě také zaříkávače. Byly přinášeny oběti bohům a pořádaly se magické rituály, mající za úkol ochránit nebo zbavit člověka duševního onemocnění. Používali se také rostlinné lektvary, masti, rehabilitace a cvičení, hudbě a udržování zdravé životosprávy. Praxe byla založena na terapeutickém vztahu a na pacientově očekávání, můžeme tedy hovořit o placebo účinku (Hosák, 2015).

2.1.2 Antika

V antickém Řecku byl bohem léčení Asklepios. Byl synem boha Apollona, na svět byl přiveden prostřednictvím císařského řezu pomocí boha Herma. Asklepiovou dcerou byla patronka zdravého životního stylu Hygeia. Oba dva byli patrony svatyní, mající název asklepiony. Tato zařízení byla chrámová a lázeňská zároveň, sloužila v péči o tělesnou a duševní schránku. V asklepionech se nejspíše vznikaly prapočátky medicíny. Nejznámějším řeckým a zároveň celosvětově známým lékařem je Hippokrates (cca 460-370 př. n. l.). Hippokrates založil na ostrově Kos lékařskou školu. Hippokratovo učení poskytlo pilíře pro antickou, následně arabskou a v neposlední řadě rovněž pro evropskou středověkou medicínu. Principy učení jsou patrné dodnes formulované jako Hippokratova přísaha. Vnitřní onemocnění byly vykládány jako důsledek poruch rovnováhy a rozmístění základních tělesných šťáv: krve, hlenu, žluči a černé žluči. Na toto učení navázal římský lékař Claudius Galénos (126-200/216 n. l.), který určoval charakter podle dominantní tekutiny (rozděloval lidi na sangviniky (krev), flegmatiky (hlen), choleryky (žluč) a melancholiky (černá žluč). Příkladem, že antická medicína propojila zkušenost a racionální teorii onemocnění je termín melancholie (Hosák, 2015).

2.1.3 Renesance

Ve středověku byla duševní onemocnění prezentována náboženským výkladem. Největší slovo v této části dějin měla církev, jež zasahovala do všech odvětví, včetně medicíny. Zmíněná melancholie byla vysvětlována jako „acedia” tj. nechť k životu (taedium vitae). Tehdejší léčebnou metodou byla tvrdá fyzická práce. V antickém učení pokračovaly

arabské země, které dále učení postupně doplňovaly a rozvíjely. První psychiatrické oddělení vzniklo v Bagdádu roku 705, kolem roku 800 byla postavena nemocnice tzv. bimaristan pro duševně choré. Nemocnice se taktéž stavěly ve městech Damašku nebo Káhiře. Pracovali zde křesťanští, židovští a arabští lékaři. Nejznámějšími lékaři byly Avicenna (Ibn Síná, 980-1037) dále Averroes (Ibn Rušd, 1126-1198. Jmenovaní lékaři pokračovali v učení starověkého Řecka a Říma, konkrétně navázali na Hippokratovo a Galénovo učení. Předměty jejich zájmu a studií byl mozek, mozkové nervy, cévy a samotné cévní zásobení mozku. Dospěli k závěru, že mozkové komory se rozšiřují při úpadku osobnosti. Medicína se v evropských zemích vyučovala na univerzitách již od 11. století. Univerzity se nacházely po celé Evropě, v řadě měst, konkrétně v Salernu (Itálie) Montpellier (Francie), dále v Bologni, Paříži atd. Vznikaly první charity v blízkosti klášterů, které vedl mnich. Péče o nemocné byla pod vlivem církve, onemocnění byla vykládaná jako posednutí démonem či úpadkem morálky anebo morálními selháváním (Hosák, 2015).

V případě neklidného nebo zvláštního chování se používaly fyzické tresty a omezení a také jisté formy exorcismu. V dobách vrcholného středověku byly určeny základy diagnostiky čarodějnictví. Kniha *Malleus maleficarum* (Kladivo na čarodějnice), vydané dominikánskými mnichy H. Institorisem a J. Sprengera z roku 1487 se stala návodem pro útvary, zodpovědné za lov čarodějnic. Poznání lidí posedlých ďáblem byla posláním církevní inkvizice. Po církevním procesu následovalo odsouzení a upálení na hranici. „Hon na čarodějnice“ v Evropě vrcholil v 16. Století, někteří z řad lékařů Johannes Weyer a Felix Platter byly zastánci lékařských postupů k duševním onemocněním. Juan Louis Vives byl zastáncem názoru individuálního přístupu. Za zmínku určitě stojí, že ne každý duševně nemocný byl obětí inkvizice, zájem rodiny a peníze nemocného často hráli v jeho lepší osud. Lidé bez financí, rodiny a podpory byli odkázáni na pomoc druhých. Nejběžnějším útočištěm se stávaly kláštery. V belgickém Gheelu, byla od 13. zřízená komunitní péče a noční stacionář. Lidé přes den pracovali v rodinách okolních měst a vesnic a v noci přespávali zde. Ve městech byly zřizovány špitály, kam přesouvali duševně nemocné, avšak v těchto místech docházelo ke krutému zacházení. Metody péče spočívaly v omezování, tělesných trestů atd. (Hosák, 2015).

2.1.4 Psychiatrie v 19. a 20. století

Nejmarkantnější předěl v péči o duševně choré byl v období Velké francouzské revoluce. Nejznámějším lékařem této epochy je bezesporu Phillip Pinel. Pinel zastával tvrzení, že primárním zdrojem násilí a neklidu je způsobena nesvobodou a omezeními. Žádná

omezení byla heslem institucí, jež si zakládali na léčbě mravní výchovou. Azylové ústavy měly poskytnout bezpečné útočiště, které měli poskytovat ochranu před šikanou a ústrky společnosti. Komunita měla být daleko od těchto chovanců. Průkopníky kvakerského azylu byli (ústav Retreat v anglickém Yorku) William Tuke, dále Vincenzo Chiarugi ve Florencii, a taktéž Pinelův žák Jean E. Dominik Esquirol, který se stal ředitelem azylu v Charentonu a snažil se uplatnit medicinizaci péče. Ve spojených státech se o ukončení omezování a trestů v ústavech zasloužil lékař Benjamin Rush, jeden ze signatářů americké ústavy. S vzestupem péče o duševně choré vzrůstala i diagnostika a s tím související klasifikace onemocnění. Duševní onemocnění se v průběhu 20. století diferenciovala na organické, endogenní a exogenní, z hlediska etiopatogeneze. Psychiatrie se rozčlenila na dvě oblasti a sice „malé“ a „velké“ jež se používá dodnes. Oblast „velké“ psychiatrie byl formulován diagnózami závažných, funkčních a organicky podmíněných psychotických onemocnění, např. schizofrenie, psychóz s ní příbuzných a cyklického maniodepresivního onemocnění. Do „malé“ psychiatrie spadaly reaktivní poruchy, neurotické stavy a neorganické odchylky chování. Pobyt pacientů v léčebnách měl dlouhodobého trvání, samotná péče o pacienty spočívala v dohledu nad nemocnými a základní ošetrovatelskou péčí. Významnou změnu v porozumění a zdánlivě nesrozumitelným projevům lidské mysli přinesla až psychoanalýza. Pro praxi měl největší smysl vynález psychofarmak (Hosák, 2015).

2.1.5 Počátky novodobé psychiatrie

V období cca. 200 let zpátky (přelom 18. a 19. století) se začal vyvíjet nový medicínský obor zvaný psychiatrie. Autorem tohoto pojmu byl německý lékař J. CH. Reil. Mezi další lékaře, stojící u zrodu moderní psychiatrie byl Wilhelm Griesinger, zakladatel biologické psychiatrie. Druhá polovina 19. století je označována jako zlatý věk psychiatrické klasifikace. V tomto století byla rovněž popsána maniodepresivní psychóza, dnes známá jako bipolární afektivní porucha. Nemoc prvně popsali lékaři Jean-Pierre Falret a Jules Baillarger, kteří hlásali, spojitost a jedno onemocnění v melancholické a manické formě. Mezi další lékaře můžeme zařadit Aloise Alzheimer, který popsal patologicko-anatomické změny v mozku člověka, trpícího stařeckou demencí (Raboch, Pavlovský, 2012). Péče o duševně choré v českých zemích byla podobného rázu jako v celé Evropě až do konce 18. století. Duševně choří byli zavíráni do vězení, kde byli často fyzicky týraní či jinak omezováni. Počátek reálné péče nastolil až Josef II., který roku 1789 nechal založit na Karlově v Praze chorobinec, kde byli lidé umístěni. Rovněž roku 1790 byl na Karlově náměstí v nemocnici zřízen ústav, sloužící pro duševně choré (Tomáš, Marková et al., 2014).

2.2 Odvětví psychiatrie

2.2.1 Adiktologie

Adiktologie je transdisciplinární obor, zaměřený na preventivní program, léčbu výzkum v užívání návykových látek a jejich dopadů na jednotlivce a na samotnou společnost (Kalina, 2013).

2.2.2 Gambling

Gambling chápeme jako činnost či hru, při které se hraje či sází o peníze, výsledek však závisí na štěstí či náhodě hrajícího. Pravděpodobnost možné výhry je ovlivněna různými typy her, ovšem při opakovaném hraní téže hry, přichází zisk pro majitele nikoliv hráče. Hráč nemůže být opakovaně úspěšným, více do hry investuje, než vyhraje.

<https://stopzavislosti.cz/gambling/>

Hráčství je klasifikováno jako závislostí na procesech. Rovněž může vést k rozvoji tzv. hráčské poruchy, která je charakterizována nadměrným hraním, poruchou sebeovládání a vede až k fyzickým, psychickým a sociálním problémům. Gamblerství dále rozlišuje patologické hráčství, což je závažnější porucha a problémové hráčství, což je sice méně závažné, ale i přesto se jedná o problém. <https://stopzavislosti.cz/gambling/>

Hazardní hráčství můžeme rovněž chápat jako prohřešek či úpadek morálky, avšak některou částí populace bývá označován jako koníček či jistá forma zábavy. Jako prostředek k sázení a rozšíření mezi širší populaci může bezesporu internet a všudypřítomná reklama na vsázení, poker, výhry atd. V médiích se často diskutuje na toto téma, hlavně o nebezpečnosti hraní, ale fenomén hazardu na internetu stojí stále v pozadí (Blinka et al., 2015).

Rozdíl mezi problémovým hraním a patologickým hráčstvím. Jestliže je hazardní hraní považováno za problém subjektivně či okolím hráče, hovoříme o problémovém hazardním hraní. Patologické hráčství je diagnostickým a medicínským pojmem, jedná se recidivující epizody v životě, mající za následek úpadek sociálních, pracovních, rodinných a celkových hodnot člověka v životě (Blinka et al., 2015). Mezinárodní klasifikace nemocí, v České republice zařazuje patologické hráčství mezi poruchy impulsivity.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí jsou projevy patologického hráčství (F63.0) tyto:

- V období jednoho roku se vyskytnou dvě anebo více epizod hráčství.
- Epizody pro jedince neznamenaají žádný zisk, avšak pokračují i přesto, že jedinec cítí osobní nepohodu a fungování v osobním životě.
- Nemocný není schopen zastavit svou vůlí vášeň pro hru.

- Stále se ubírá v myšlenkách k hraní a je zaujat pouze ke hraní (Blinka et al., 2015).

2.2.3 Alkoholismus

Alkohol, odborně též zvaný ethylalkohol či ethanol (chemickým vzorcem C_2H_5OH) vzniká kvašením cukrů. Alkohol je znám lidem již od nepaměti, ostatně jako problémy spojené s jeho požíváním. Spolu s nikotinem spadá do kategorie legálně užívaných drog. V České republice se spotřeba alkoholu pohybuje okolo hranice 10l čistého alkoholu na obyvatele a rok, rovněž je nutné uvést, že Češi jsou národem pivařů. Problém s nadměrným pitím alkoholu více postihuje muže než ženy (Kalina, 2015).

Alkohol se užívá formou „*per os*“ neboli přes dutinu ústní, dochází k rychlému vstřebávání v trávicím traktu a skrze hematofalickou bariéru a následně postupuje do mozku. Alkohol se vstřebává v rozmezí 0,12-0,2 ‰/hod, muži mají lepší predispozici k odbourávání alkoholu než ženy. Samotný účinek alkoholu záleží na jeho požitém množství a souvisejících faktorech, ke kterým patří bezesporu nálada, sytost žaludku atd. Zprvu při požití alkoholu člověk cítí euforii, je optimisticky nabuzen, získává pocit sebevědomí, avšak při vyšších dávkách se dostavuje únava, nutkání ke spánku a malátnost. V jistých případech (individuálně) se může dostavit mírná nebo větší agrese, ať už verbální nebo brachiální či její kombinace. Stav, kdy je člověk velice „společensky unaven“ se nazývá opilost (ebrietas, či odborně ebrietas simplex), (Kalina, 2015).

Samotnou intoxikaci můžeme diferenciovat na 4 stádia vývoje:

- **1. Lehká opilost**-excitační stádium, bývá spojována s vysokou komunikací, člověk je veselý, dochází k uvolněnému chování (alkoholemie se udává do 1,5 ‰)
- **2. Opilost středního stupně**-hypnotické stádium, dochází ke ztrátě koordinace a koncentrace, nálada může být buď zlepšená, nebo naopak zhoršená, může dojít k usnutí (alkoholemie se udává od 1,5-2,0 ‰)
- **3. Těžká opilost**-narkotické stádium, vrávoravá chůze, nesrozumitelné drmolení, je zde zvýšené riziko agresivního jednání, ztráta kontroly a poruchy paměti tzv. „okénka“, vyšší riziko neuváženého počínání (alkoholemie více než 2,0 ‰)
- **4. Těžká intoxikace**-asfyktické stádium, ztráta vědomí, hrozí zástava dech a srdeční činnosti, je zde velmi vysoké riziko smrti (alkoholemie více než 3,0 ‰), (Kalina, 2015).

Při užívání alkoholu dochází ke ztrátě rovnováhy, soudnosti, poruše vědomí atd. Při nadměrném užívání dochází k rozvratu vnitřního prostředí jedince, depresím až k samotné

smrti. Alkoholismus je určitě jeden z faktorů, související s rozvratem rodin, ztáty sebe sama a ztráty společenské prestiže (Kalina, 2015).

2.2.4 Sexuologie

Sexuologie

„Lékařská sexuologie se zabývá diagnostikou, terapií, posuzováním a prevencí sexuálních poruch. Lékařská sexuologie má styčné body s dalšími lékařskými obory, zejména psychiatrií, gynekologií, urologií, reprodukční medicínou, dermatovenerologií, endokrinologií, genetikou. Cílem lékařské sexuologie je naplnění postulátu Světové zdravotnické organizace (WHO) ve vztahu k sexuálnímu zdraví a Deklarace sexuálních práv podle Světové sexuologické asociace (WAS) z roku 1999“ (Koliba, Weiss, Němec, Dibonová, s. 24, 2019).

Sexualita je neoddělitelná část každého člověka a její úplný vývoj patří mezi základní lidské potřeby. Během 20. století přestala být sexualita tabu. Jako první byl zřízen sexuologické fakulty Univerzity Karlovy již v roce 1921. Sexuologie není samostatným oborem, má širší záběr do jiných odvětví, a sice práva, etnologie, antropologie, sociologie, psychologie a medicíny. Sexuologie se rovněž zabývá funkčními sexuálními poruchami žen a mužů, poruchami v partnerském vztahu, diagnostikuje a léčí sexuální poruchy a deviace. Rovněž se zabývá antikoncepčními metodami, problematikou asistované reprodukce (Koliba, Weiss, Němec, Dibonová, 2019).

Mezi hlavní zájem sexuologie patří:

- diagnostika a terapie dysfunkcí psychogenního a organického rázu (např. poruchy erekce, předčasná ejakulace, dyspareunie u žen)
- zabývá se problémy v partnerských či manželských svazcích
- zabývá se problémy se sexuální identifikací, orientací a léčbou sexuálních parafilií
- zkoumá příčiny neplodnosti
- poskytuje sexuální poradenství v oblasti antikoncepce, asistované reprodukce, poradenství v oblasti HIV/AIDS a jinými, sexuálně přenosnými chorobami
- zabývá se sexuální výchovou pro děti a mladistvé, školí pedagogy v této sféře a rovněž doškoluje sociální pracovníky, kurátory a soudní úředníky, kteří pracují v této sféře (Koliba, Weiss, Němec, Dibonová, 2019).

Soudní sexuologie je obor, zabývající se soudními a znaleckými posudky, sexuálně zaměřeným trestním činům, sexuálními deviacemi a poruchami sexuální identity.

Průkopníkem v této oblasti byl Alfred Charles Kinsey, jenž založil v roce 1947 Institut pro výzkum sexu, rovněž je považován za zakladatele americké sexuologie. Přesnější zkoumání lidské sexuality provedli Dr. William Masters a Virginia Johnsonová. Tito jmenovaní zkoumali psychologii a fyziologii sexuálního chování, skrze sledování masturbace a samotného koitu v laboratoři. Rovněž popsali několik druhů parafilií. V dnešní době existuje až 500 odchylek, můžeme je nazvat parafilii či fetišismem. Mezi nejznámější parafilie patří bondage což je svazování, dále pedofilie což je zaměření na děti do pubertálního věku atd. (Koliba, Weiss, Němec, Dibonová, 2019).

2.2.5 Dětská a dorostová psychiatrie

Dětskou a dorostovou psychiatrii můžeme souhrnně nazvat pedopsychiatrií. Jedná se o samostatný medicínský obor, který vyžaduje dlouhodobou systematickou a specifickou průpravu. Péče v pedopsychiatrii se poskytuje do 18 let, léčba se opírá o biologické, psychoterapeutické, socioterapeutické a rehabilitační postupy. U dětí a adolescentů je nutná brát zřetel na skutečnost, že se mohou objevit i symptomy jiných duševních poruch, pro které v daném věku neexistují diagnostická kritéria, ale ve srovnání s výskytem u dospělých mají své příznaky (Tomáš, Marková et al., 2014).

Schizofrenie v dětství a adolescenci

Pro správné určení této diagnózy je zapotřebí 2-3 měsíční sledování symptomů a následné potvrzení či vyvrácení onemocnění. Mezi základní symptomy v dětství patří narušení citové vazby k dalším lidem, úzkost, neuvědomování si své vlastní identity (úzkost a nejistota je dětmi nejčastěji řešena formou agrese), poruchy vnímání (času, prostoru atd.) opoždění řečového centra a komunikace. V dospívání (adolescenci) se mohou vyskytnout následující projevy poruchy vnímání a myšlení, nevyzpytatelné jednání, přítomnost depresivního syndromu, sebevražedné výhrůžky až samotné sebevražedné pokusy, extrémní sociální izolace (až v 70 %). Léčba bývá zpravidla dlouhodobá, nejprve se provádí psychoedukativní terapie, kognitivně-behaviorální terapie, obnova kognitivních funkcí, je vhodná individuální či rodinná psychoterapie. Léčba bez užívání psychofarmak je nepřijatelná, avšak vždy je nutný informovaný souhlas rodičů či zákonných zástupců. Rodiče se mohou sami zapojit a přispět k léčbě dítěte, je nutná zvýšená trpělivost a obezřetnost, láska, důvěra a samotný dohled nad nemocným. <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/schizofrenie-v-detstvi-a-adolescenci/>

ADHD

Neurovývojová porucha, způsobující problémy s koncentrací, přizpůsobením aktivity a zvýšenou impulzivitou. Mezi nejčastější příznaky patří nesoustředěnost, zapomnětlivost, dítě má problém vydržet chvíli v klidu, pobíhá, je těžko usměrnitelné, vykřikuje, zasahuje druhým do rozhovoru, potíže se spánkem. <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/adhd/>

U dětí a adolescentů s ADHD je problém se spánkem. Dlouhou dobu jim trvá, než usnou, během noci se opakovaně probouzí, velice často mluví ze spaní. Je zajímavé, že i přes zhoršenou kvalitu spánku v noci, se děti během dne necítí ospalé anebo se sníženou tělesnou aktivitou. Porucha s koncentrací spojená s hyperaktivitou má za následek častou kritiku dospělých a samotné dítě se pak začne vnímat jako nešika, průšvihář apod. V případě léčby se podávají farmaka, která ovlivňují celkové správné fungování organismu-stimulancia. Některé děti, užívající stimulancia s prodlouženým účinkem popisují právě potíže s usnutím.

V souvislosti s ADHD mohou být přítomné i tiky. Tiky můžeme definovat jako mimovolní nervové záškuby některých svalových skupin (nejčastěji v obličejové části). Zajímavostí je rovněž i to, že mezi tiky můžeme zařadit stereotypní zvukové projevy kupříkladu pokašlávání či posmrkávání. Mezi psychofarmaka užívající se při léčbě ADHD patří Atomoxetin. V počátcích léčby se může objevit bolest hlavy, nevolnost a snížená chuť k jídlu, avšak co se týče spánku, tak zde je naopak příznivý vliv. Mezi podpůrné prostředky v léčbě rovněž patří aktivní využití volného času, formou kroužků, procházek atd. <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/adhd/>

Autismus-Poruchy autistického spektra (PAS)

Zde může zařadit Dětský autismus, Aspergerův syndrom apod. Jedná se o závažné duševní poruchy, označovány jako všepronikající či pervazivní vývojové poruchy. Zárodek autistické poruchy je podmíněn geneticky nebo metabolickou vadou. V případě autistických poruch bývají postiženy 3 základní oblasti a sice, sociální, komunikační a oblast představitosti. <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/autismus/>

- **Sociální sféra**

V sociální sféře je snížená schopnost navázat vztahy, nepochopení pravidel společnosti a emoční chlad. <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/autismus/>

- **Komunikační sféra**

V komunikační sféře chybí nebo je omezená gestikulace, omezená schopnost fantazie. Neschopnost zahájit či udržet komunikaci. <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/autismus/>

- ***Představovací sféra***

V představovací sféře je nápadné ritualizované chování, zvláštní zájmy a motorická stereotypie (stereotypní pohyby končetinami nebo celým tělem).

<https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/autismus/>

Dle nejnovějších zdrojů trpí autismem 1 dítě ze 100, rozpoznání těchto poruch je však velice komplikované. Nejdůležitější je poruchu rozpoznat už ve velmi brzkém věku dítěte. Ve věku do 2 let jsou patrné deficity v oblasti komunikace (opožděný vývoj) a v sociálních kontaktech. Děti s tímto onemocněním mají problém zapadnout do kolektivu, nevyhledávají kontakt. Nerozumí pravidlům společenského chování. Nehrají si s hračkami, pokud ano, tak jiným způsobem než jejich vrstevníci, jejich zájem je zvýšený o jiné věci (např. knihy). Jejich komunikace je nápodoba dospělých, nežádka užívají vulgarismy, avšak nerozumí jejich skutečnému významu, je patrná omezená gestikulace. Mohou se vyskytnout formy agrese, ať už vůči okolí nebo vůči sobě, kousání, bití, mlácení předmětem do hlavy.

<https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/autismus/>

Současně s autismem bývá u 30 % případů přítomná i epilepsie. Méně často se vyskytuje hluchota nebo slepota, rovněž pacienti s autismem zpravidla netrpí depresemi. Dosud neexistuje léčba, která by úplně vyléčila projevy autismu. Ke zklidnění se podávají psychofarmaka, terapie by měla být primárně zaměřena na nácvik společenského chování (sociální sféra), dále na rozvoj komunikace a gestikulace (komunikační sféra).

<https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/autismus/>

Dětské deprese

Dětské deprese jsou čím dál častějším pojmem, se kterým se setkáváme. Některé z příznaků bývají spojeny se somatickými obtížemi, bolest hlavy a břicha, podrážděnost, nevrlost, megalomanské chování, někdy však dochází k úplnému opaku, kdy se dítě sociálně stáhne. Mezi další příznaky patří halucinace, zvýšená vztahovačnost („všichni proti mně něco mají“ nebo „co jsem komu udělal?“), neschopnost radovat se ze života. Nedoporučuje se podceňovat výhrůžek sebevražedného chování, může vést až k samotné sebevraždě! Jistá možnost dítěte k uchýlení se ke spolykání prášků, alkoholu nebo drog.

<https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/detske-deprese/>

Kromě okolních determinantů může být spouštěčem deprese i genetická predispozice. Během sepisování rodinné anamnézy je důležité zeptat se, zda byl někdo z rodičů léčen v rámci psychiatrie. Mezi další vnější determinanty patří tlak ze strany okolí, šikana, konflikty mezi rodiči s přesahem na dítě anebo i pohlavní zneužívání. Léčba probíhá jak v ambulantní formě, tak i ve formě hospitalizace. Hospitalizace je nutná v případě sebevražedným proklamacím nebo samotného pokusu o sebevraždu. Mezi další indikace k hospitalizaci bezesporu patří

týrání anebo pohlavní zneužívání dítěte. <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/detske-deprese/>

K úspěšné léčbě patří dobrý vztah mezi dítětem a rodičem, dítětem a lékařem a rodiči s lékařem. Pokud je to možné, vysvětlíme a edukujeme rodiče o onemocnění jejich dítěte. Bývají nastoleny psychofarmaky, je nutné na rodiče apelovat, ať dohlíží nad dítětem a užíváním psychofarmak. U psychofarmak nejprve dáváme nízkou dávku, kterou postupně navyšujeme. Nejdůležitější je motivace dítěte, zbavit se studu „co by tomu řek/a ten/ta?“ dále neobviňovat dítě, spolupracovat s psychiatrem a školním zařízením. Nevysazovat léky po prvotním zlepšení, vše konzultovat s odborníkem. <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/detske-deprese/>

Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy patří mezi závažné duševní onemocnění, až třetina pacientů předčasně umírá v souvislosti s metabolickým rozvratem organismu, selhání srdce a ledvin. Častá příčina úmrtí je sebevražda. Nejznatelnější údaje o tomto onemocnění je v období adolescence. K závažným poruchám souvisejícím s tímto onemocněním patří poruchy menstruačního cyklu, porucha štítné žlázy, lámavost nehtů, vypadávání vlasů, řídnutí kostí, poruchy imunity apod. <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/poruchy-prijmu-potravy/>

V nynější době dle Mezinárodní klasifikace nemocí můžeme diferenciovat dvě základní onemocnění. Jedná se mentální anorexii a mentální bulimii. V případě mentální anorexie dochází k úbytku váhy až o 15 % (dle Body Mass Index, zkráceně BMI jde o podváhu, pokud hodnota klesne pod 17,5). V případě mentální anorexie dochází k poruše menstruačního cyklu, snížení chutě k jídlu. Nemocný je nespokojen se svojí tělesnou váhou, stále si připadá otlý a celkovým zkreslením sebe sama. V případě mentální bulimie, nemocný neustále jí, dále by se říci, že se přejídá a následně sněžené jídlo vyzvrací. Váha v tomto onemocnění může být nízká nebo normální. Až u 40 % nemocných dochází k sebepoškození. <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/poruchy-prijmu-potravy/>

Diagnostika tohoto onemocnění u dětí je obtížnější než u dospělých, dítě obtížně vyjádří svou nespokojenost se svým tělem. Mezi hlavní indikace u dětí patří zvýšená nebo naopak snížená hmotnost vzhledem k tělesné výšce během krátkého období, vyhýbání se jídlu nebo naopak, nadměrné cvičení. Léčba by měla být komplexní, diferenciovaná a individuální. Nejvýhodnějším terapeutickým postupem bývá hospitalizace, kde personál má dostatek informací a zkušeností s poruchou příjmu potravy. Dále je důležitá terapie s nutričním specialistou, rodinná a individuální terapie a v neposlední řadě zdravý životní styl, přiměřený věku a stavu dítěte a také preventivní programy stejně jako pochvaly a motivace. <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/poruchy-prijmu-potravy/>

2.2.6 Gerontopsychiatrie

„Gerontopsychiatrie je odvětví psychiatrie zabývající se diagnostikou, terapií, prevencí i výzkumem psychických poruch seniorů. Podobně jako například pedopsychiatrie má také gerontopsychiatrie svá specifika oproti psychiatrii mladšího a středního věku. Psychika stárnoucího člověka se mění. Přistupuje řada etiologických i rizikových faktorů vzniku duševních poruch. Z etiologických faktorů jsou to především faktory organické včetně somatických poruch, vlivu terapie (zvláště pak polypragmatie), dále změny tělesných tkání dané věkem, poruchy smyslů a další. Z rizikových faktorů jsou to především nepříznivé životní okolnosti, jako je ztráta partnera, zhoršení ekonomického statutu, ztráta společenského postavení a prestiže, změna bydliště (včetně přeřazení do ústavu sociální péče) a další okolnosti“ (Jirák et al., s. 17, 2013).

V naší republice stál u zrodu v 50. letech 20. století Doc. MUDr. Miloš Vojtěchovský, CSc., který jako první začal uvádět do klinické praxe terapii acetylcholinergního deficitu u nemocných s Alzheimerovou chorobou. V Opavě založil gerontopsychiatrické oddělení MUDr. Quido Kümpell, CSc., jenž se zabýval epidemiologií poruch v gerontopsychiatrii (Jirák et al., 2013).

Ve starším věku lidské populace jsou nejčastějšími onemocněními poruchy v souvislosti s organickými změnami v mozkové tkáni, dále somatické obtíže, iatropatogenní problémy a postpsychotické defekty (ztráta společenského postavení, úmrtí partnera atd.). Mezi nejčastější psychické onemocnění ve stáří patří demence a poruchy kognitivních funkcí, deliria a deprese. V posledních letech došlo u seniorů k nárůstu závislosti na alkoholu a na některých lécivech (nejčastěji benzodiazepinech). Mezi další onemocnění, které vznikly v mladém až středním věku, ale přetrvávají až do věku seniorského patří schizofrenie, poruchy s bludy, bipolární afektivní porucha, úzkostné poruchy a stavy, poruchy se spánkem. Ke stáří zcela nepochybně patří i změny, které jsou sice individuální, ale v globálním měřítku jsou si podobné. Zde uvádíme tři nejzákladnější faktory a jejich projevy ve stáří (Jirák et al., 2013).

- **Fyzické změny**

Dochází k postupné ztrátě energie a vitality, zpomalují se reakce, stejně jako rychlost a úsudek. Běžná rutina (nakupování, chůze) se stává čím dál více namáhavější. Je zde větší závislost na okolí. Fyzické změny jsou spojeny se somatickými obtížemi, jako Diabetes Mellitus, nemoci srdce a hypertenze atd. (Jirák et al., 2013).

- ***Sociální změny***

Člověk odchází do penze, dochází k oddělení od pracovního kolektivu. Senioři pocítují ztrátu peněz, osobní motivace a ztrátu ve společenském žebříčku. Senioři se mohou ocitnout ve finanční nouzi, kvůli rostoucím výdajům. Další změnou může být smrt partnera, která rozhodně nepříspěvá na duševním zdraví (Jiráek et al., 2013).

- ***Psychologické změny***

Pozornost je spíše soustředěna psychopatologii, ve stáří bývá zvýšená sebevražednost (především u mužů). Dochází k závislosti na pomoci nejbližších a okolí. Závislost naznačuje ztrátu sebekontroly nad sebou samým. Většina seniorů se stydí zažádat si o pomoc, neboť od narození jsme vedeni k nezávislosti, soběstačnosti (Jiráek et al., 2013).

2.3 Klasifikace duševních poruch

V nynější době je platná klasifikace duševních poruch V. kapitola Mezinárodní klasifikace duševních poruch. Jedná se o 10. decenální revizi, platnost započala v roce 1992. Klasifikace duševních poruch se označuje písmenem F, za kterým následují dvě číslice, z nichž první označuje širší diagnostickou kapitolu a druhá přesně specifikuje typ poruchy označené první číslicí (Hosák, 2015).

- F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10 – F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20 – F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- F30 – F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40 – F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50 – F59 Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70 – F79 Mentální retardace
- F80 – F89 Poruchy psychického vývoje
- F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
- F99 Neurčená duševní porucha <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html>

3 Péče o psychiatrické pacienty v České republice

Ambulantní psychiatrická péče

Počet a personální vybavení psychiatrických ambulancí

Roku 2018 bylo registrovaných celkem 1049 pracovišť psychiatrie (vyjma detašovaných pracovišť) a ambulantních zařízení v rámci České republiky. Dotazník vyplnilo 863 pracovišť, což činí 82% návratnost. Roku 2018 vykazovalo celkem 1794,04 odborných pracovníků. Z tohoto počtu se jednalo o 999,67 lékařů, z nichž 888,98 bylo specialistů v oboru psychiatrie. Počet nelékařských zdravotnických pracovníků s odborností činil 495,51 úvazku, psychologů bylo 170,25 úvazku a ostatních odborných pracovníků činil 128,61 úvazku. Rokem 2010 započalo sledování počtu adiktologů (nelékařský zdravotnický pracovník, jehož pracovní náplní je prevence, léčba a následná rehabilitace o osoby se závislostí na omamných látkách, gambleři atd.). Roku 2018 na ně připadlo 44,60 úvazku.

Činnost psychiatrických ambulancí

V roce 2018 bylo na odděleních a ambulancích psychiatrie provedeno 2 969 000 vyšetření/ošetření, došlo tak nárůstu o 2 % vůči roku 2017 (o 45 172 vyšetření více), taktéž bylo v roce 2018 ošetřeno 650 188 pacientů, přičemž došlo k poklesu o 1 % (o 2 592 méně). Stejně jako v roce 2017, psychiatrickou pomoc vyhledalo cca. 60 % žen a 40 % mužů. Nejčastějšími onemocněními byli neurotické poruchy (40 %), afektivní poruchy (18 %), organické duševní poruchy (12 %), schizofrenie (8 %) a poruchy vyvolané návykovými látkami (8 %).

Rokem 2011 započalo sledování lidí s Alzheimerovou chorobou, roku 2018 bylo léčeno celkem 17 404 pacientů, přičemž došlo k 4 % nárůstu (o 633 pacientů více). Pacientů s dalšími typy demencí bylo 23 064, což je 3 % více než v roce 2017. Celkem bylo zaznamenáno 2 936 lidí se sebepoškozováním a 2 346 závislých na opioidech/opiátech. K nejvyššímu nárůstu došlo u poruch v souvislosti se závislostí na psychoaktivních látkách (o 11 %) a organických poruchách (o 6%). Došlo však k poklesu sexuálních dysfunkcí (o 26 %) a patologickém hráčství (18 %).

Na 10 000 obyvatel České republiky připadlo 612 pacientů léčených v psychiatrických ambulancích, nejvyšší ukazatel je v Praze a to 1 021 pacientů na 10 000 obyvatel a v Olomouckém kraji (757 pacientů). Nejnižší ukazatel je ve Středočeském kraji (442 pacientů na 10 000 obyvatel) a Zlínském kraji (446 pacientů na 10 000 obyvatel). Nutno podotknout, že pacienti jsou sledováni podle sídla zdravotnického zařízení, nikoliv podle trvalého bydliště. Největší podíl žen se léčil s diagnózou F50 (Poruchy příjmu potravy) a to v 91 % případů, muži se léčili s patologickým hráčstvím (84 %), sexuálními poruchami/deviacemi (75 %),

vývojovými poruchami v dětství a adolescenci (70 %) a poruchami v souvislosti s užíváním alkoholu a jiných omamných látek (65 %). Děti a adolescenti tvořily zhruba pětinu zkoumaného vzorku, část má mentální poruchu (24 %) a Poruchu příjmu potravy (45 %) (Úzis, 2019). <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>

3.1 Psychiatrická péče

Psychiatrické péče je v České republice zprostředkována skrze sítě služeb tvořící síť. Stavebními elementy sítě jsou psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení (psychiatrické nemocnice, psychiatrické oddělení všeobecných nemocnic a v neposlední řadě psychiatrické kliniky), zařízení pro komunitní péči, která spojují psychiatrii se sociálními službami (Marková, Tomáš et al., 2014).

3.1.1 Ambulantní péče

Psychiatrická ambulance je primárním prvkem sítě psychiatrické péče. V psychiatrické ambulanci dochází k prvnímu styku pacienta s psychiatrickou péčí. Kontakt bývá zpravidla dlouhodobý, nepřetržitý a ambulantní psychiatr se stává společníkem v systému psychiatrické péče potažmo pozdějších zdravotních a sociálních služeb. Péče v ambulancích může být různě specializována (pro děti a adolescenty, sexuologická, gerontopsychiatrická...) (Marková, Tomáš et al., 2014).

3.1.2 Lůžková péče

Lůžková péče je diferenciována na akutní a následnou péči. Akutní péče by měla být skýtána podle Koncepce oboru psychiatrie na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, ale následná péče v psychiatrických nemocnicích. Skutečný stav je protikladný, v České republice se 80% psychiatrických lůžek nachází v psychiatrických nemocnicích, neboť se zde nalézá akutní péče poskytována v těchto zařízeních (Marková, Tomáš et al., 2014).

3.1.3 Lůžková péče dle typu

Akutní lůžková péče

Náhlá péče, jakmile dojde k exacerbaci psychické poruchy. Poskytovatelům akutní péče je dána povinnost vzít pacienta s libovolnou psychopatií, spadající do celé diagnostiky psychiatrie. Uskutečňuje se zde vyšetření, určuje se duševní poruchy a s tím související postup léčby. Povinná dostupnost laboratorních a zobrazovacích metod a taktéž zde musí být dostupný specialista z jiných medicínských oborů (např. neurolog, internista). Úkolem akutní

psychiatrické péče spočívá v zajištění diagnostiky psychické nemoci, nastavení léčby a s tím související arotací navazující péče (Marková, Tomáš et al., 2014).

Následná lůžková péče

Je určena pro nemocné, u kterých byl ukončen diagnostický proces a nastavena terapie. Přítomné projevy psychopatologie, neumožňují pacienta propustit do domácího ošetřování s podporou komunitních služeb či sociální péče (Marková, Tomáš et al., 2014).

Specializovaná lůžková péče

Zaměřuje se na určitou diagnózu, věk a metodu léčby (např. léčba poruch příjmů potravy, léčbu dětí a adolescentů atd.). Uplatňují se akutní i následné postupy léčby (Marková, Tomáš et al., 2014).

Psychiatrické nemocnice

Podstatou psychiatrických nemocnic je dlouhodobá léčba a následná rehabilitace duševně nemocných. Do léčby spadají všechny věkové kategorie. Zároveň uskutečňují úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde se psychiatrická oddělení scházejí nebo nemají dostatečnou kapacitu. Roku 2013 došlo k změně označení psychiatrických léčeben na psychiatrické nemocnice. Důvodem změny označení bylo, že v těchto zařízeních není poskytována jen následná péče, ale i péče akutní (Marková, Tomáš a kol., 2014).

3.2 Psychiatrická oddělení

Zpravidla jsou součástí všeobecných nemocnic, avšak mohou být i individuální. Stěžejním úkolem psychiatrických oddělení je poskytnutí akutní psychiatrické péče, což je péče nutná k uskutečnění celkové diagnostiky, brzké léčby a co nejrychlejší ustálené zdravotního stavu (Marková, Tomáš et al., 2014).

3.3 Psychiatrické kliniky

Mimořádným typem psychiatrických oddělení jsou psychiatrická oddělení fakultních nemocnic. Spolupracují s lékařskou fakultou a mimo zdravotní služby nabízejí výuku vysokoškolským studentům, postgraduální výchovu a v neposlední řadě se rovněž věnují výzkumu (Marková, Tomáš a et al., 2014).

3.4 Specifika práce sestry na psychiatrii

Práce v psychiatrii je odlišná od práce na jiných odděleních. Sestra by měla navázat bližší vztah k pacientům, být jejich průvodcem v těžších životních situacích. Osobnost sestry zde více působí na kvalitu ošetrovatelské péče (Marková, Tomáš et al., 2014).

Faktory ovlivňující kvalitu péče

- Osobnostní předpoklady: sestra by měla dosáhnout určitého sebepoznání a zvládat zátěžové situace. Práce vyžaduje empatický, senzitivní postoj k duševně nemocným. Je nutná sebekontrola a zachovávat nestrannost. V psychiatrii je zvýšený nárok na přizpůsobení ošetrovatelské péče individualitě pacienta.
- Znalost symptomatologie duševních poruch: Neznalost v této sféře může znamenat ohrožení zdraví ať už sestry nebo dalších členů personálu či samotného pacienta. Jedná se například v případě agresivity pacienta.
- Zvládnutí metod získávání údajů: pozorování, rozhovor, znalost psychických poruch. Důležité je efektivně komunikovat, správně formulovat a klást otázky, umět naslouchat a dát prostor pacientovi.
- Znalost účinků psychofarmak: tyto druhy léků mají různá specifika, například dobu a nástup účinku daného léku, vliv léku na organismus.
- Odborné znalosti všeobecných sester z oboru psychiatrie včetně specializace v psychiatrii.
- Znalost nových metod ošetřování nemocných: Podle průběhu onemocnění je nutné volit vhodný model ošetrovatelské péče. Sestra se rovněž snaží minimalizovat závislost pacienta na psychiatrickém oddělení popř. nemocnici. Mezi další specifika práce na psychiatrii patří sledování nemocné, zda neohrožuje sebe či okolí, podávání psychofarmak a jejich správné užití, asistence při speciálních druzích léčby (např. elektrokonvulzivní léčba). Rovněž při anamnéze hledá možný důsledek duševní poruchy (psychogenní a sociogenní příčiny), orientuje se v jurisdikci a také se zaměřuje na edukaci o duševních poruchách (Marková, Tomáš et al., 2014).

3.5 Léčebné postupy v psychiatrii

Psychiatrická společnost ČLS JEP stála u zrodu doporučených postupů v klinické praxi, konkrétně v roce 1998. Postupy mají základ položený na praxi (v tomto případě) medicíně na důkazech. Jedná se o Evidence-Based Medicine (zkráceně EBM). Určili se písmena A-G, které určují zdroj informací.

- Randomizované dvojité slepé kontrolované klinické studie
- Prospektivní klinické studie (bez randomizace, se specifickou intervencí)
- Studie kohortní nebo longitudinální (bez intervence)

- „Case-control“ studie
- Review se sekundární analýzou-metaanalýzy
- Review
- Ostatní (učebnice, kazuistiky atd.)

https://www.psychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/doporucene-postupy-3-2010.pdf

3.6 Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapie, v minulosti byla nazývaná jako elektrošoková léčba. Jedná se o dosud nejúčinnější biologickou léčebnou metodou. Poprvé byla využita v Itálii (Římě) v roce 1938 Ugo Cerlettim a Luciem Binim. Elektrokonvulzivní terapie se v minulosti setkala s negativními ohlasy a stala se terčem útoků antipsychiatrických hnutí. Empirické výzkumy však ukazují paradoxní situaci a sice, pacienti mají k ECT terapii nejkladnější postoj, kdežto nejzápornější mají psychologové a sociální pracovníci (Hosák, 2015).

Mechanismus účinku

Elektrostimulací mozku, obvykle v několikadenních intervalech dochází k opakovanému vyvolání epileptického paroxysmu. Proces, indukuje neurofyziologické změny, jež mají léčebný účinek u řady psychických onemocnění. ECT vykazuje větší léčebný účinek ve srovnání s farmakoterapií.

Indikace

Mezi indikace můžeme zařadit tyto duševní onemocnění:

- Deprese
- Mánie
- Schizoafektivní porucha
- Schizofrenie
- Neurologické indikace-Parkinsonova nemoc, tardivní dyskineze

Jako terapii první volby (tj. terapie užívaná dříve než psychofarmaka) volíme, jestliže potřebujeme rychlý a účinný účinek vážných somatických či psychických poruch. Můžeme zde zařadit odmítání potravy, hrozba metabolického rozvratu, suicidální riziko nebo agresivita (Hosák, 2015).

Vyšetření před zákrokem

Před samotným zákrokem je nutné provést laboratorní odběry v rozsahu malého operačního výkonu. Odebírá se krev na sedimentaci, moč, močový sediment, krevní obraz a hematokrit. Dále odebereme jaterní testy (bilirubin, GMT, AST, ALT, ALP), rovněž odebereme krev na

glykémii, ureu, kreatinin, osmolalitu, celkovou bílkovinu a albumin. Nesmíme opomenout natočit EKG. S výsledky čekáme na posouzení internistou, zda je možné provést ECT u pacienta. Dále se provede neurologické vyšetření, vyšetření očního pozadí a EEG. Pokud jsou výsledky v normě, pacient může podstoupit ECT. CT nebo MR mozku nejsou nutné, pokud některý z uvedených příznaků nenaznačuje podezření na nitrolebeční expanzi. U pacientů v seniorském věku bývá před a po terapii vhodné pořídit MMSE test (Mini-Mental State Examination), jehož výsledky nás informují o úrovni kognitivního fungování v průběhu léčby. Někdy je potřeba ke zhodnocení stavu nemocného anesteziologa (Hosák, 2015).

Pacient v den zákroku

ECT se obvykle provádí v ranních hodinách. Nemocný je v den zákroku na lačno a vyprázdněn. Od půlnoci v den zákroku pacient nejí, nepije a nekouří. V případě umělého chrupu je nutné zuby vyjmout z dutiny ústní. Pacient dostane pouze některé somatické léky s trochou vody dvě hodiny před samotným zákrokem (Hosák, 2015).

Celková anestézie

Standartní anestezie se skládá z premedikace anticholinergikem, aplikací krátkodobě působícího anestetika, poté aplikaci myorelaxancia a zahájení oxygenace, která je prováděná až do odeznění účinku myorelaxace.

Premedikace

Nejdůležitějším úkolem premedikace je inhibice vagových reakcí a potlačení bronchiální sekrece během ECT. Provádí se atropinem v síle 0,5-1,0mg. Atropin se aplikuje buďto subkutánně či intramuskulárně cca. 30-60 minut před zákrokem nebo intravenózní formou zhruba 2-3 minuty před aplikací anestetika (Hosák, 2015).

Umístění roubíku do dutiny ústní

Provádí se z důvodu prevence poranění nebo vylomení zubů a zároveň slouží jako ochrana měkkých tkání dutiny ústní. Nejnovější formy roubíků slouží i jako vzduchovod při ventilaci, tím pádem nemusejí být vyjmuty po aplikaci.

Anestetikum

Používá se ultrakrátce působící barbiturát thiopentalu či metohexital, avšak v České republice se používá spíše propanidid důsledku menšího antikonvulzivního účinku a kratší účinek než thiopental (Hosák, 2015).

Myorelaxans

Používá se sukcinylcholin a to v síle 0,4-1,0mg/kg váhy pacienta (Hosák, 2015).

Oxygenace

Během konvulze stoupá přísun kyslíku na mozek až dvojnásobně. Podává se 100% kyslík nezbytně po aplikaci myorelaxans, v důsledku zabránění hypoxie mozku a následným

postkonvulzivním poruchám paměti popř. kardiálním arytmiím. Zásadní je kontrola oxygenace prostřednictvím pulzního oxymetru a hodnota saturace by měla být vyšší než 95 % (Hosák, 2015).

Kontraindikace

Mezi hlavní kontra indikace můžeme zařadit cévní aneurysma v mozku anebo aorty, zvýšený nitrolební tlak, mozkový nádor či stav po akutní cévní mozkové příhodě, infarkt myokardu, osteoporózu, hypertenzi a těhotenství (Hosák, 2015).

Formy ECT terapie a nežádoucí účinky

Dávka krátkopulsové energie se pohybuje 25-500 milicoulombů aby došlo k vyvolání paroxysmu. Elektrody se umísťují buď bilaterálně (bitemporálně) nebo unilaterálně na nedominantní stranu hemisféry. Bilaterální stimulace je přínosnější pro terapii. Unilaterální metoda má výhodu v menším zatížení na paměť. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou dočasné poruchy paměti, bolest hlavy a zvracení (Hosák, 2015).

Frekvence a délka zatížení

Existují dva režimy, dvakrát až třikrát do týdne. První zlepšení u pacientů dochází po 2-3 zákroku. U depresí se většinou používá 6-8, u mánií a schizofrenní se používá 8-12 zákroků, překročení 12 zákroků je zcela výjimečné. Problémem dlouhodobých ECT je povinnost opakování laboratorních a interních vyšetření nemocného (Hosák, 2015).

3.7 Farmakologie-psychofarmaka

Psychofarmaka jsou léky, předepisující psychiatr popř. obvodní lékař či neurolog. Psycholog léky nepředepisuje. Mezi hlavní důvody užívání psychofarmak patří potíže se spánkem, deprese, úzkosti atd. Přehled druhů následujících psychofarmak má orientační charakter. Cílem je získat o povědomí jaké jsou druhy a k čemu se používají jednotlivé druhy léků.

<https://www.psychologie-psychotherapie.net/psychofarmaka/>

Při podávání léků na psychiatrii platí stejné zásady jako v jiných oblastech medicíny. Máme na mysli podávání léků dle ordinace lékaře, z originálního balení. Léky skladujeme na bezpečném místě, aplikujeme dle indikací lékaře, kontrolujeme dobu expirace apod. V psychiatrii se však můžeme setkat s komplikacemi během podávání léků, jedná se o nespolupráci pacienta, nedůvěra pacienta ve zdravotnický personál, sebepoškození a různé poruchy vnímání či myšlení. Pacient je dopředu seznámen lékařem o jeho onemocnění, avšak i sestra může poskytnout pacientovi informace, jedná se o výjimku z hlediska navázání důvěry mezi sestrou a pacientem a taky svědčí o vzdělanosti sestry. Sestra rovněž musí znát nežádoucí účinky léků např. v souvislosti s dietním omezením pacienta. Sestra dohlíží nad správným užitím léků, kontrola by však neměla nijak omezovat nebo ohrožovat pacientovu

důstojnost. V případě nespolupráce pacienta je nutné vše zaznamenat do zdravotnické dokumentace a neprodleně nahlásit lékaři (Marková, Tomáš et al., 2014).

Hypnotika

Skupina léků, zaměřující se na poruchy se spánkem. Jedná se o problémy s usínáním, nočním buzení anebo nedostatečným spánkem. Spánek reaguje na stres, hádky, duševní rozpoložení. Dlouhodobá nespavost může vést k podrážděnosti, neschopnost soustředění se a posléze může vygradovat až ke zhroucení. Jedné se o velmi návykové léky, které při dlouhodobém užívání ztrácejí na účinku. Zástupci: Hypnogen, Stilnox . <https://www.psychologie-psychotherapie.net/psychofarmaka/>

Anxiolytika

Léky, které potlačují úzkost a napětí. Mají rychlý nástup účinku, ale působí tlumivě, proto se rovněž někdy používají při problémech s usínáním. Opět se jedná o vysoce návykové léky, po dlouhodobém užívání poztrácejí na účinnosti a je nutné zvýšit dávku. Léky se nedoporučuje užívat bez důkladné konzultace s lékařem, tyto léky neřeší příčinu úzkosti, ale její dopad na člověka. Zástupci: Neuro1, Lexaurin, Rivotril. <https://www.psychologie-psychotherapie.net/psychofarmaka/>

Antidepresiva

Léky sloužící proti depresi. Při depresi člověk pocítuje beznaděj, sklíčenost, má smutnou náladu. Nic jej netěší, nebaví jej to, co jej předtím bavilo a naplňovalo. S depresí souvisí problém se spánkem, ať už nespavost či naopak nadměrný spánek, dochází k nechutenství či obžerství, dochází k útlumu o sex. Je zde vysoké riziko sebevraždy, pokusů sebevraždy a rovněž pomýšlení na samotný akt. Důležité je mít na paměti, že antidepresiva mají pozvolný nástup účinku a nezaberou ihned po prvním užití léku. Na antidepresiva nevzniká závislost, doporučují se podávat v kombinaci s léky skupiny Anxiolytik. Zástupci: Prozac/Depres, Zoloft, Cipralex. <https://www.psychologie-psychotherapie.net/psychofarmaka/>

Thymostabilizéry

Jedná se o stabilizátory nálady, pomáhá zmírnit výkyvy nálad např. u bipolární afektivní poruchy nebo depresí s poruchou osobnosti. Pomáhají lidem s vyrovnaností a zvládat životní úkoly. Čas od času si lidé stěžují na zvýšenou únavu anebo sníženou schopnost prožívání věcí. Zástupci: Lithium, Lamiktal

Neuroleptika-antipsychotika

Léky pomáhající při poruchách myšlení, vnímání a prožívání. V nižších dávkách léčí obsedantně kompulzivní poruchu, ve vyšších dávkách schizofrenii. Existují ve formě tablet, kapek anebo injekční formě. Existuje však tzv. depotní funkce, kdy pacient dochází na injekce v intervalech předepsaných lékařem a nemusí každý den užívat lék ve formě tablet.

Zástupci: Zyprexa, Haloperidol, Risperdal, Seroquel <https://www.psychologie-psychotherapie.net/psychofarmaka/>

3.8 Komunitní péče

Komunitní péče o osoby s duševní poruchou je systém služeb, jehož nejhlavnější náplní je pomoc lidem s duševní poruchou začlenit se do běžného života. Je zde kladen důraz na uspokojení zdravotních, psychologických a sociálních potřeb člověka. Mezi postupy komunitní péče patří poradenství v oblasti práce, navazování vztahů a socializace atd. Služby v komunitní péči můžeme specifikovat jako mobilitu služeb, propojenost služeb, péče ve vlastním prostředí pacientů, orientace na lidská práva (Kalvach et al., 2013)

Krizová psychiatrická centra, nabízejí péči nepřetržitě, zajišťují možnost telefonního rozhovoru.

Mobilní krizový tým, odborný tým, poskytuje krizovou intervenci.

Denní stacionáře, poskytují denní péči, základním prvkem je psychotherapeutický program, který je kombinován s dalšími ošetřeními a aktivitami.

Komunitní psychiatrické sestry, působí v domácím prostředí pacientů, provádějí rehabilitace s pacientem, starají se o něj dle svých kompetencí, dohlíží nad užíváním léků atd.

<https://www.psychiatrie.cz/archiv-reforma/200-komunitni-pee>

3.9 Skupinová terapie

„Základní myšlenka skupinové psychoterapie vychází z předpokladu, že léčené psychické poruchy vznikly v malých přirozených skupinách, jako je rodina, školní třída nebo pracovní kolektiv, které mohou formovat nebo deformovat psychiku a chování jedince. V terapeutické skupině je možné tyto poruchy diagnostikovat a léčit. Ve skupině se manifestují přenosové vztahy jak směrem k terapeutovi (terapeutům), tak jednotlivým členům skupiny. Utvářejí se podobných vzorců jako vztahy v rodině, ve škole, v dětském kolektivu, v partě, či v pracovním týmu“ (Praško, Grambal, Šlepecký, Možný, Vyskočilová, s. 15, 2019).

4 Psychosomatika

„Termín psychosomatika byl poprvé použit v roce 1818 při popisu spánkových poruch, od roku 1939 vychází časopis *Psychosomatic Medicine*. Od té doby až dosud prošlo pojetí termínu bouřlivým vývojem. V současnosti je koncept psychosomatiky dán (zjednodušeně) chápáním člověka jako komplexního, harmonického a celistvého systému, který je tvořen řadou na sobě závislých subsystémů“ (Špaček, Buchta, Jílek et al., s. 277, 2013).

„Hledáte-li pojem psychosomatika ve slovnících nebo v jakýchkoli textech, které se o ní zmiňují, většinou najdete mnoho vysvětlujících pojednání o tom, že psychosomatika je věda nebo obor, jenž zkoumá souvztažnost mezi psychikou, duševním rozpoložením a fyzickou nemocí. Tedy vysvětlení tohoto pojmu většinou v poloze zjišťující a diagnostické, ale už nikoli léčící – tedy terapeutické“ (Klímová, Fialová, s. 23, 2015).

Harmonii či rovnováhu mezi psychickou a somatickou stránkou člověka již popisoval „Otec medicíny“ Hippokrates z Kósu (460-377 př. n. l) v antickém Řecku. Hlásal hypotézu o srdci, které se při radostném/veselém stavu rozšiřuje avšak při zlosti naopak, stahuje (Prieß, 2015).

4.1 Stres

„Slovo stres se dostalo do našeho jazyka zřejmě z angličtiny. Jak je u anglických slov běžným zvykem, i tento výraz (ve své původní podobě *stress*) má dlouho řadu významů. Jen Velký anglicko-český slovník (*Academia*, 1985, s. 2236) jich uvádí třináct. Je mezi nimi i napětí či pnutí. A přesně v tomto smyslu si můžeme definovat stres pro účely této příručky – jako **stav napětí**, kterým lidský organismus reaguje na podněty (*stresory*)“ (Plamínek, s. 128, 2013).

Stresor, můžeme chápat jako faktor/spouštěč, související za vznikem stresu (Stackeová, 2011).

Stres může diferencovat na dva typy a sice Eustres a Distres. Eustres je pro naše tělo líbivý a příjemný, jedná se o stres, při kterém je tělo v euforické náladě, těšení se na někoho/něco, avšak Distres je pravý opak, jedná se o situace, nad nimiž člověk neustále přemýšlí a bojí se jich, nebo je oddaluje, popř. se s nimi zaobírá. Příkladem Distresu může být rozvod, úmrtí partnera, blízkého člověka atd., (Paulík, 2017).

Mezi základní příznaky stresu patří:

- Nerozhodnost
- Změna biorytmu (odkládání spánku, potíže se spánkem, narušení denních aktivit)
- Zapšklost, naříkání, věčné stěžování si na někoho/něco
- Nechutenství nebo naopak přejídání
- Prokrastinace

- Zvýšené užívání až nadužívání alkoholu, cigaret anebo drog
- Úpadek kvalitně odvedené práce (Křivohlaý, 2010).

Ke strategii zvládání stresových patří:

- Podpora nejbližších
- Vypovídat se někomu
- Relaxační techniky
- Snažení se najít a vyřešit danou záležitost (Křivohlaý, 2010).

4.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření neboli „*Burn out syndrome*“ definujeme jako profesní selhávání v důsledcích nepoměru přidělené kvantity práce a (z)odpovědnosti za ní vzhledem k času. Syndrom vyhoření zahrnuje ztrátu sebe sama, emoční vyprahlost, negativismus až nechuť k životu, práci atd., (Venglářová, et al., 2011).

Fáze syndromu vyhoření:

- **Nadšení**-Idealismus, cíl a kvalita práce, srší nápady, časté přetěžování sebe sama
- **Stagnace**- Úpadek prvotní euforie, slevování z nároků
- **Apatie**- Povolání je bráno jen jako zdroj vydělání peněz, děláni jen nejnutenějších prací, vyhýbání se komunikace s ostatními

Vyhoření- celkové vyčerpání, značný negativismus, zatvrzelost, vyhýbání se pracovním povinnostem (Venglářová, et al., 2011).

Projevy v psycho-bio sociálních oblastech

Psychické projevy:

- ztráta schopnosti radosti ze života a těšit se „na někoho/něco“
- úbytek vcítěni se
- výkyvy nálad, rozmrzelost, agrese, vnitřní neklid atd.
- náladovost
- deficit entuziasmu a zodpovědnosti, pesimismus

Somatické (tělesné) projevy:

- únava, vyčerpání
- bolesti hlavy a musculoskeletárního systému
- potíže se zažíváním
- abúzus alkoholu, drog či léků

Změny v sociální oblasti:

- dekonstruktivní myšlení a smýšlení o sobě samém, životu, práci

- cynicko-sarkastické proklamace
- pasivní agresivní jednání („ano, ale...“)
- konfrontace v rodině, na pracovišti, mezi přáteli...

Status syndromu vyhoření můžeme charakterizovat v těchto nejhlavnějších aspektech, a sice jsou to následující ztráta sebe a smyslu života, osamocenost, zapšklost vůči druhým, pocit beznadějnosti a deficit konstruktivního smýšlení o budoucnosti (Venglářová, et al., 2011).

5 Zahraniční studie týkající se pracovní zátěže u zdravotnických pracovníků

Studie č. 1

Název: Association of burnout syndrome and global self-esteem among Polish nurses

Asociace syndromu vyhoření a globální sebevědomí polských sester

Autoři: Ewa Kupcewicz a Marcin Jóźwik

Klíčové slova: Stress, nurse, burnout syndrome

Stres, zdravotní sestra, syndrom vyhoření

Cíl: Cílem této studie bylo pochopit úlohu sebeúcty/sebevědomí v rámci vztahu k pracovnímu prostředí u zdravotních sester pracujících v Polsku.

Rok a země: Studie probíhala v letech 2013-2015 v Polsku.

Metodologie: Kvantitativní metoda

Respondenti: Studie probíhala ve 23 nemocnicích v Polsku, ve studii byl použit vlastní dotazník s 19 otázkami o postojích zdravotních sester k práci. Bylo rozdáno 2855 dotazníků, avšak v konečném důsledku bylo použito 1805 dotazníků. Studie měla jedno kritérium, a sice minimálně jeden rok praxe ve zdravotnictví.

Výsledky: Průměrný věk respondentů byl 44 let. Znamky syndromu vyhoření udává 28,2 % dotazovaných a 46,6 % dotazovaných popisuje sníženou sebeúctu. Samotný syndrom vyhoření udává 27 % dotazovaných.

Závěr: Ze závěru vyplývá důležitost prevence proti stresu a syndromu vyhoření. Je zapotřebí vytvářet preventivní programy a semináře vztahující se k těmto čím dál více aktuálnějšími tématům.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6963150/>

Studie č. 2

Název: Evaluating the Outcomes of a Web-Based Stress Management Program for Nurses and Nursing Assistants

Vyhodnocení výsledků webového programu pro sestry a porodní asistentky

Autoři: Suzanne Dutton, Sharon L. Kozachik

Klíčové slova: Stress, nurse, health care worker

Stres, zdravotní sestra, zdravotnický pracovník

Cíl: Cílem této studie bylo zjistit, jak zdravotní sestry zvládají stres ve Spojených státech amerických.

Rok a země: Studie probíhala v letech 2019 - leden 2020 ve Spojených státech amerických.

Metodologie: Kvantitativní metoda (online modul výzkumu)

Respondenti: Původně se k modulu přihlásilo 56 zdravotních sester, ale správně vyplněný online modul v rámci výzkumu mělo 31 zdravotních sester

Výsledky: Výsledky ukazují vyčerpání 26 % dotazovaných, dále 13 % uvádí časté konflikty s lékaři a 37 % dotazovaných pociťuje fyzickou zátěž.

Závěr: Ze závěru studie vyplývá, že je nezbytné dbát na prevenci, vnímat sebe sama a hlavně včas podchytit a nepodceňovat stres. Od dlouhodobého stresu je jen krůček k syndromu vyhoření.

<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/wvn.12417>

Studie č. 3

Název: Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses

Pracovní stres, syndrom vyhoření, spokojenost s prací a zdravotní stav sester

Autoři: Natasha Khamisa, Brian Oldenburg, Karl Peltzer, Dragan Ilic

Klíčové slova: Stress, nurse, burnout syndrome

Stres, zdravotní sestra, syndrom vyhoření

Cíl: Studie se zaměřovala na výzkum stresu, syndromu vyhoření a vzájemná souvislost mezi zdravím a prací.

Rok a země: Studie probíhala v letech 2014-2015 v Jižní Africe

Metodologie: Kvantitativní metoda

Respondenti: Celkově bylo vybráno 1200 zdravotních sester ze 4 nemocnic v Jižní Africe, avšak výzkumu se zúčastnilo 895 zdravotních sester. Každý z respondentů obdržel 5 dotazníků, které během 3 týdnů vyplňoval.

Výsledky: Z demografických údajů vyplývá, že 28 % dotazovaných mělo více jak 50 let, 27 % mělo více jak 25 let praxe, dále celkové vyčerpání pocítuje 16 %, jen 9 % respondentů je spokojeno se svou prací. Problémy udává 12 % dotazovaných, a pouze 14 % je spokojeno se svými spolupracovníky. Úzkostné stavy uvádí 11 % stejně jako nespavost, co se týče emoční vyprahlosti, ta je udávána v 9 % případů. Deprese cítí 14 % dotazovaných.

Závěr: Ze závěru studie vyplývá, že je nezbytné dbát na délku praxe ve zdravotnictví a věk. Dále by se měl brát zřetel na kolektiv, který je jeden z největších faktorů dobře odvedené práce. Práce v rozpise služeb by měla být přiměřená věku, vhodné by byly preventivní programy nebo semináře týkající se této problematiky.

<https://www.mdpi.com/1660-4601/12/1/652/htm>

Empirická část

5.1 Formulace problému

Zdravotnické profese jsou spojovány s velkou mírou psychické a somatické zátěže. Na zdravotnický personál je kladeno mnoho nároků, které mohou být spouštěčem psychického, somatického či psychosomatického zhroucení.

5.2 Cíle průzkumu

Cílem práce bylo zjistit příčiny psychické a somatické zátěže u zdravotnických pracovníků v psychiatrii, a zda uvažují o změně zaměstnání.

Dílejší cíle:

- 1) Zjistit zda u zdravotnických pracovníků převládá více psychická nebo somatická zátěž.
- 2) Zjistit zda zdravotnické pracovníky jejich práce uspokojuje a zda by odešli ze zdravotnictví.
- 3) Zjistit zda u zdravotnických pracovníků během jejich pracovní doby vznikají situace, nad kterými přemýšlí i v době osobního volna a zda cítí vnitřní nátlak na svou osobu.

5.3 Charakteristika souboru

Průzkumný soubor tvořili zdravotničtí pracovníci v Psychiatrické nemocnici v Opavě. Průzkum proběhl na jednotlivých odděleních nemocnice pomocí standardizovaného Meisterova dotazníku. Bylo celkem vytvořeno a rozdáno 111 dotazníků, řádně a správně vyplněných se vrátilo 83. Návratnost dotazníku činila 74,77 %. Mezi respondenty bylo celkem 56 žen a 27 mužů.

5.4 Metoda sběru dat

Průzkum byl prováděn pomocí standardizovaného Meisterova dotazníku (otázka č. 1-10), který se týká psychické zátěže. Respondenti zde měli zakroužkovat, pocity spojené se svou profesí. Dále otázky č. 11. -14. se týkaly somatické zátěže a otázky č. 15. -20. se týkaly demografických údajů (pohlaví, věk, nejvyšší vzdělání), délky praxe v psychiatrii a odchodu ze zdravotnického sektoru.

5.5 Struktura průzkumu

Průzkum byl proveden v lednu-únoru v roce 2020 v Psychiatrické nemocnici v Opavě.

Průzkum byl proveden se svolením náměstkyně pro ošetrovatelskou péči paní Mgr. Barborou Adamčíkovou (příloha č.1).

5.6 Zpracování dat

Data byla zpracována pomocí operačního systému Windows 10 Home a bylo použito programů Microsoft Office Word 2010 a Microsoft Office Excel 2010.

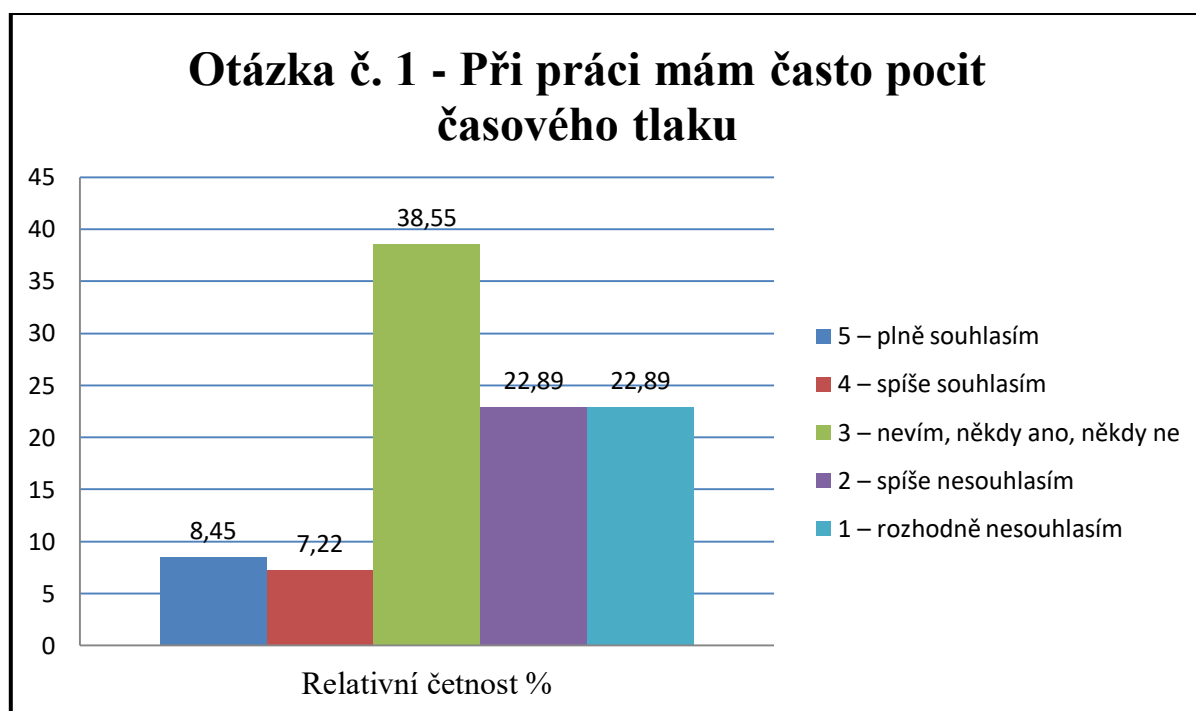
5.7 Výsledky průzkumu

Otázka č. 1 - Při práci mám často pocit časového tlaku

Tabulka 1 Při práci mám často pocit časového tlaku

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
5 – plně souhlasím	7	8,45
4 – spíše souhlasím	6	7,22
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	32	38,55
2 – spíše nesouhlasím	19	22,89
1 – rozhodně nesouhlasím	19	22,89
Celkem	83	100,00

Graf 1 Při práci mám často pocit časového tlaku



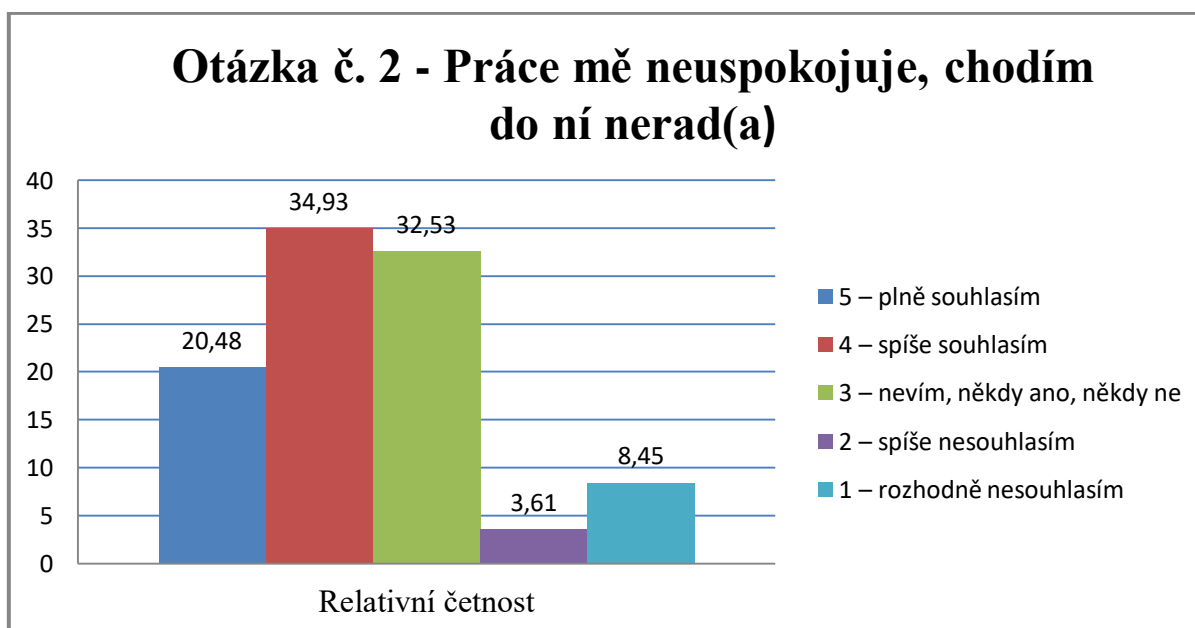
Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo 7 (8,45 %) plný souhlas s pocitem časového tlaku při práci, 6 (7,22 %) spíše souhlasí, 32 (38,55 %) uvedlo, že neví, někdy ano, někdy ne a 19 (22,89 %) spíše nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí.

Otázka č. 2 - Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad (a)

Tabulka 2 Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad (a)

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
5 – plně souhlasím	17	20,48
4 – spíše souhlasím	29	34,93
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	27	32,53
2 – spíše nesouhlasím	3	3,61
1 – rozhodně nesouhlasím	7	8,45
Celkem	83	100,00

Graf 2 Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad (a)



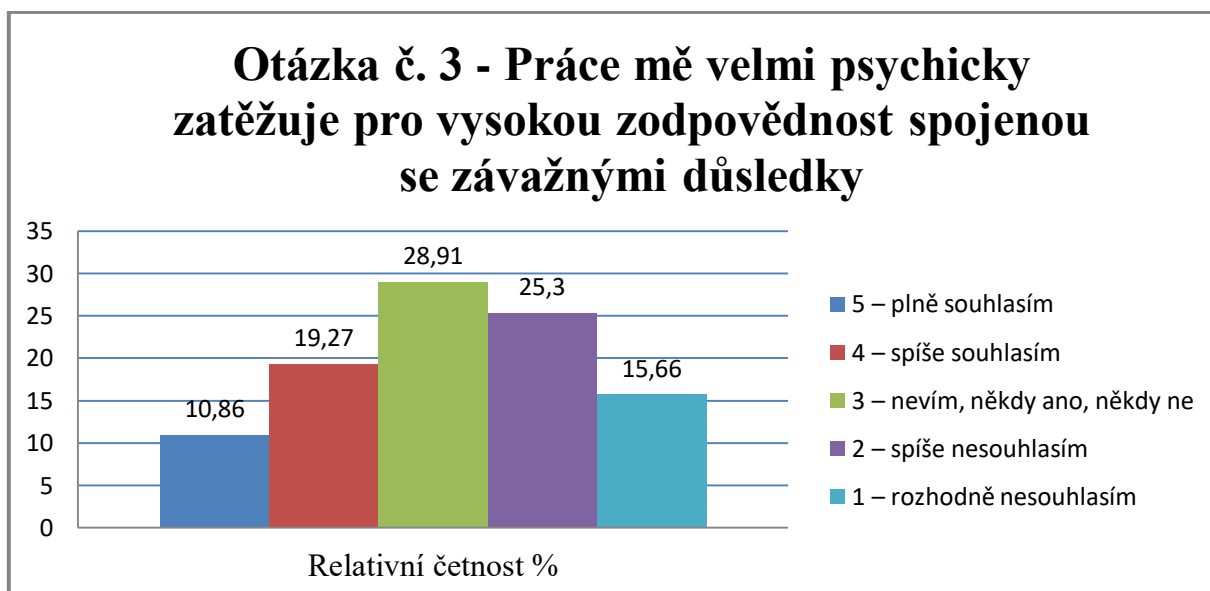
Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo 17 (20,48 %), že je práce nebaví a chodí do ní nerad (a), 29 (34,93 %) spíše souhlasí, 27 (32,53 %) nevím, někdy ano, někdy ne, 3 (3,61 %) spíše nesouhlasí a 7 (8,45 %) rozhodně nesouhlasí.

Otázka č. 3 - Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost spojenou se závažnými důsledky

Tabulka 3 Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost spojenou se závažnými důsledky

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
5 – plně souhlasím	9	10,86
4 – spíše souhlasím	16	19,27
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	24	28,91
2 – spíše nesouhlasím	21	25,30
1 – rozhodně nesouhlasím	13	15,66
Celkem	83	100,00

Graf 3 Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost spojenou se závažnými důsledky



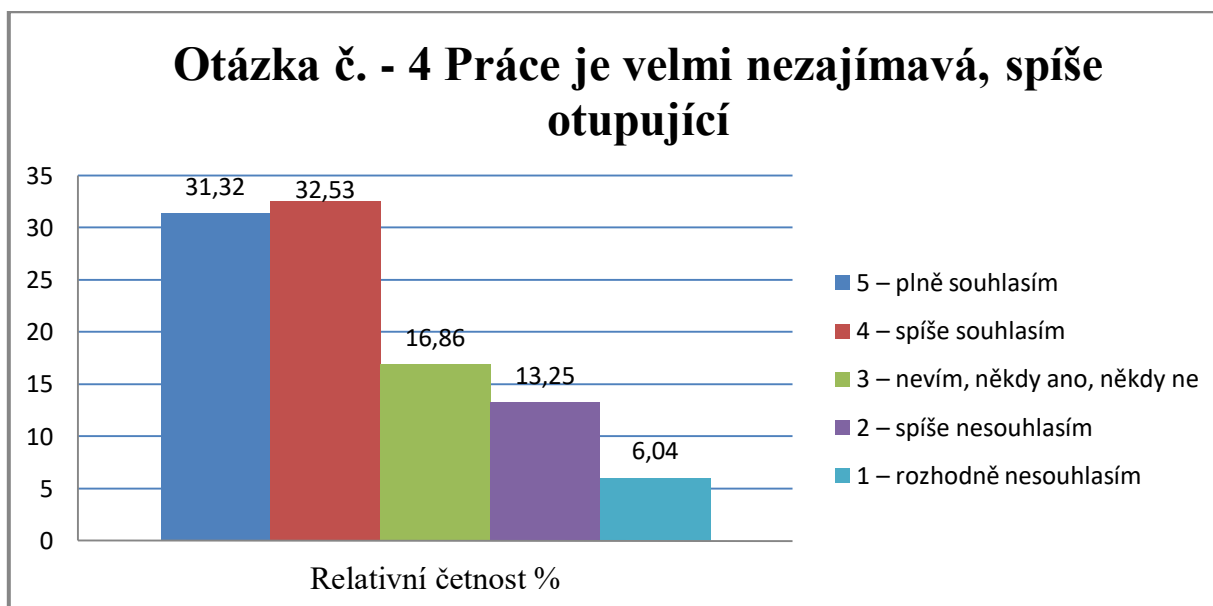
Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo 9 (10,86 %) plně souhlasilo s vysokou psychickou zátěží, 16 (19,27 %) spíše souhlasilo, 24 (28,91 %) neví, někdy ano a někdy ne, 21 (25,30 %) spíše nesouhlasilo a 13 (15,66 %) rozhodně nesouhlasí.

Otázka č. 4 - Práce je velmi nezajímavá, spíše otupující

Tabulka 4 Práce je velmi nezajímavá, spíše otupující

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
5 – plně souhlasím	26	31,32
4 – spíše souhlasím	27	32,53
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	14	16,86
2 – spíše nesouhlasím	11	13,25
1 – rozhodně nesouhlasím	5	6,04
Celkem	83	100,00

Graf 4 Práce je velmi nezajímavá, spíše otupující



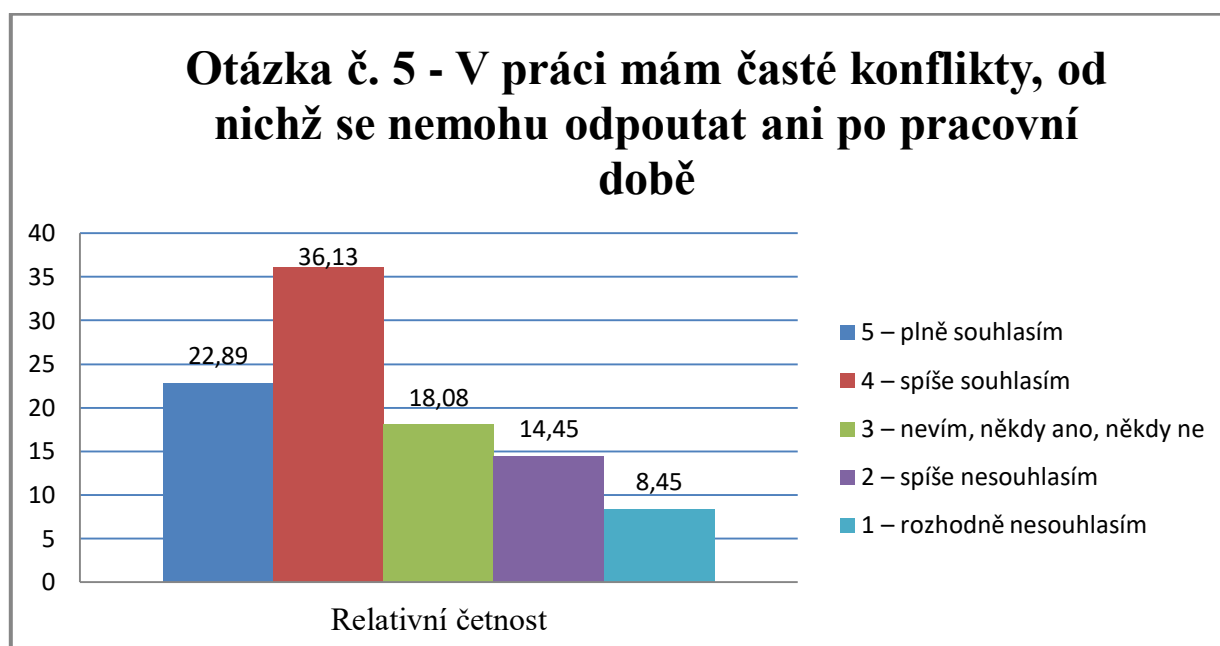
Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo 26 (31,32 %) plně souhlasilo s vykonáváním nezajímavé, spíše otupující práce, 27 (32,53 %) spíše souhlasilo, 14 (16,86 %) neví, někdy ano, někdy ne, dále 11 (13,25 %) spíše nesouhlasí a 5 (6,04 %) rozhodně nesouhlasilo.

Otázka č. 5 - V práci mám časté problémy nebo konflikty, od nichž se nemohu odpoutat ani po pracovní době

Tabulka 5 V práci mám časté problémy nebo konflikty, od nichž se nemohu odpoutat ani po pracovní době

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
5 – plně souhlasím	19	22,89
4 – spíše souhlasím	30	36,13
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	15	18,08
2 – spíše nesouhlasím	12	14,45
1 – rozhodně nesouhlasím	7	8,45
Celkem	83	100,00

Graf 5 V práci mám časté problémy nebo konflikty, od nichž se nemohu odpoutat ani po pracovní době



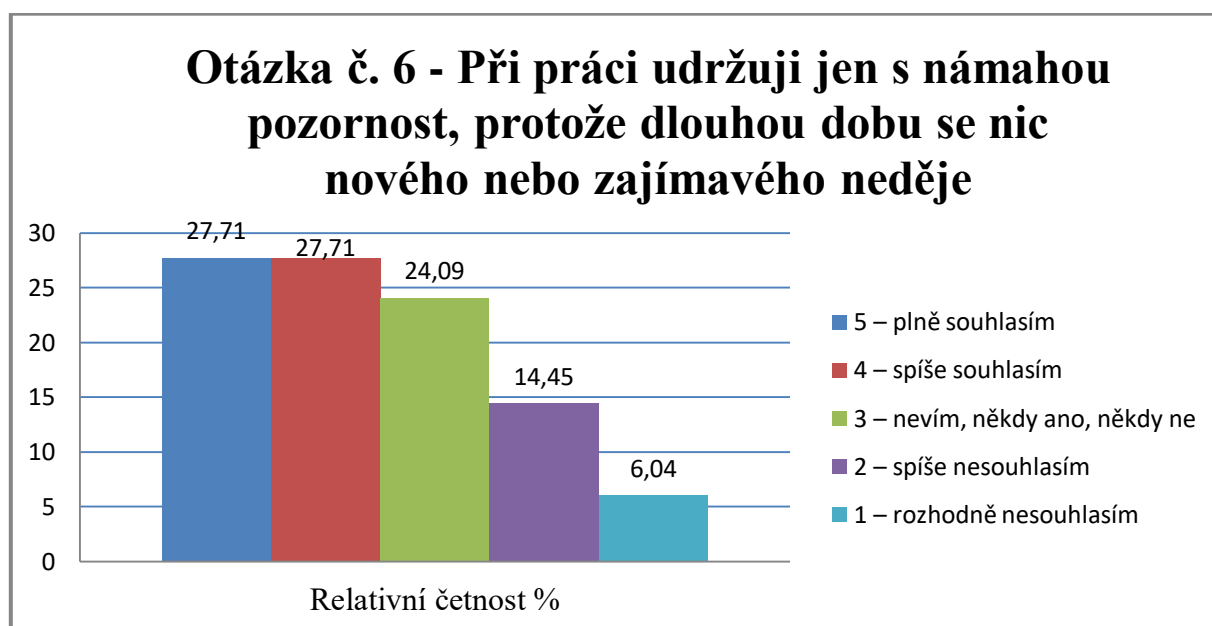
Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo 19 (22,89 %) plně souhlasilo s častými konflikty, 30 (36,13 %) spíše souhlasilo, 15 (18,08 %) neví, někdy ano a někdy ne, 12 (14,45 %) spíše nesouhlasí a 7 (8,45 %) rozhodně nesouhlasí.

Otázka č. - 6 Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože dlouhou dobu se nic nového nebo zajímavého neděje

Tabulka 6 Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože dlouhou dobu se nic nového nebo zajímavého neděje

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
5 – plně souhlasím	23	27,71
4 – spíše souhlasím	23	27,71
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	20	24,09
2 – spíše nesouhlasím	12	14,45
1 – rozhodně nesouhlasím	5	6,04
Celkem	83	100,00

Graf 6 Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože dlouhou dobu se nic nového nebo zajímavého neděje



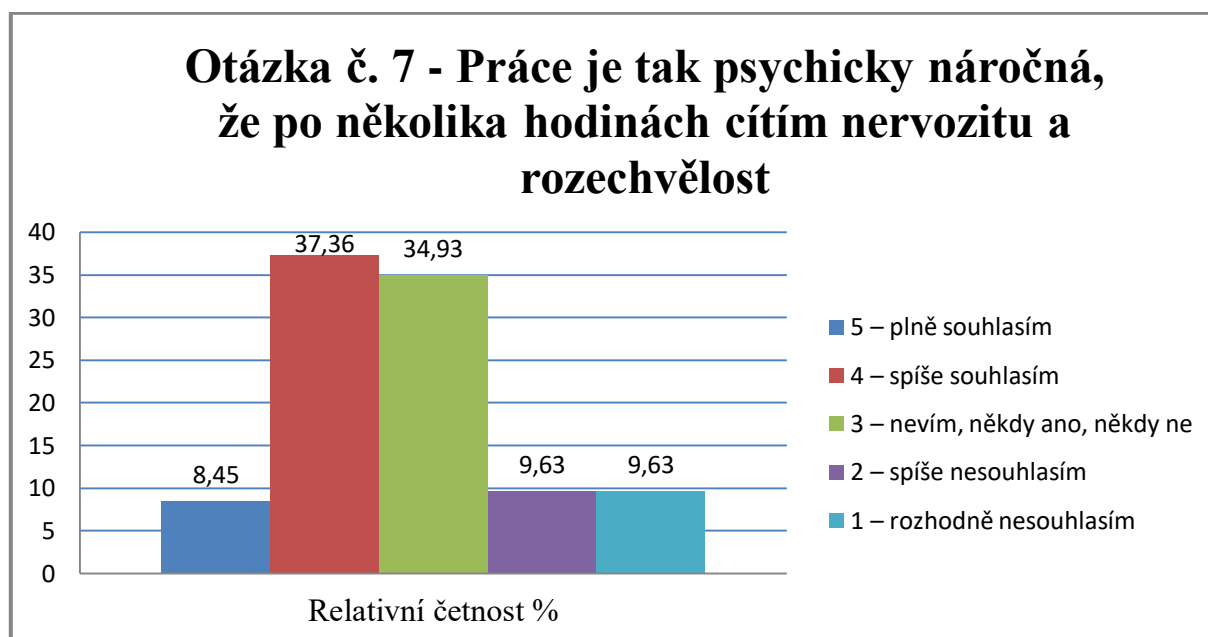
Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo 23 (27,71 %) plně souhlasí a spíše souhlasí s udržováním pozorností, 20 (24,09 %) nevím, někdy ano a někdy ne, 12 (14,45 %), spíše nesouhlasí a 5 (6,04 %) rozhodně nesouhlasí.

Otázka č. - 7 Práce je tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost

Tabulka 7 Práce je tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
5 – plně souhlasím	7	8,45
4 – spíše souhlasím	31	37,36
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	29	34,93
2 – spíše nesouhlasím	8	9,63
1 – rozhodně nesouhlasím	8	9,63
Celkem	83	100,00

Graf 7 Práce je tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost



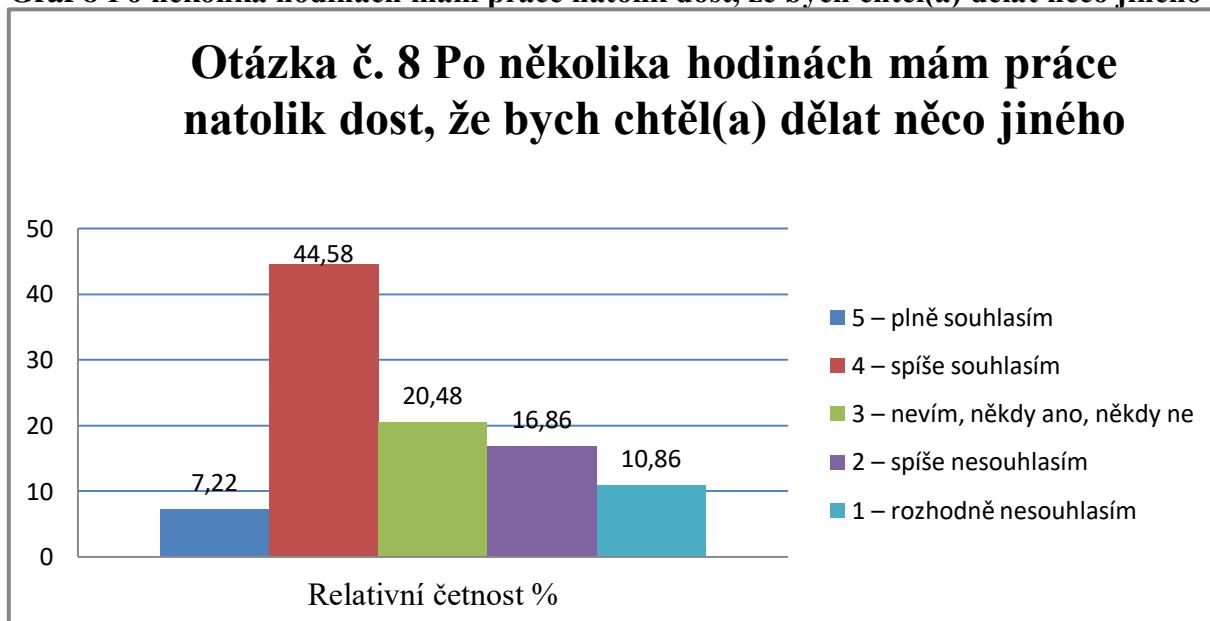
Z celkového počtu 83 respondentů, 29 (34,93 % %) neví, někdy cítí a někdy necítí nervozitu a rozechvělost. Plně souhlasí 7 (8,45 %), spíše souhlasí 31 (37,36 %) a spíše nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 8 (9,63 respondentů).

Otázka č. - 8 Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl(a) dělat něco jiného

Tabulka 8 Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl(a) dělat něco jiného

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
5 – plně souhlasím	6	7,22
4 – spíše souhlasím	37	44,58
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	17	20,48
2 – spíše nesouhlasím	14	16,86
1 – rozhodně nesouhlasím	9	10,86
Celkem	83	100,00

Graf 8 Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl(a) dělat něco jiného



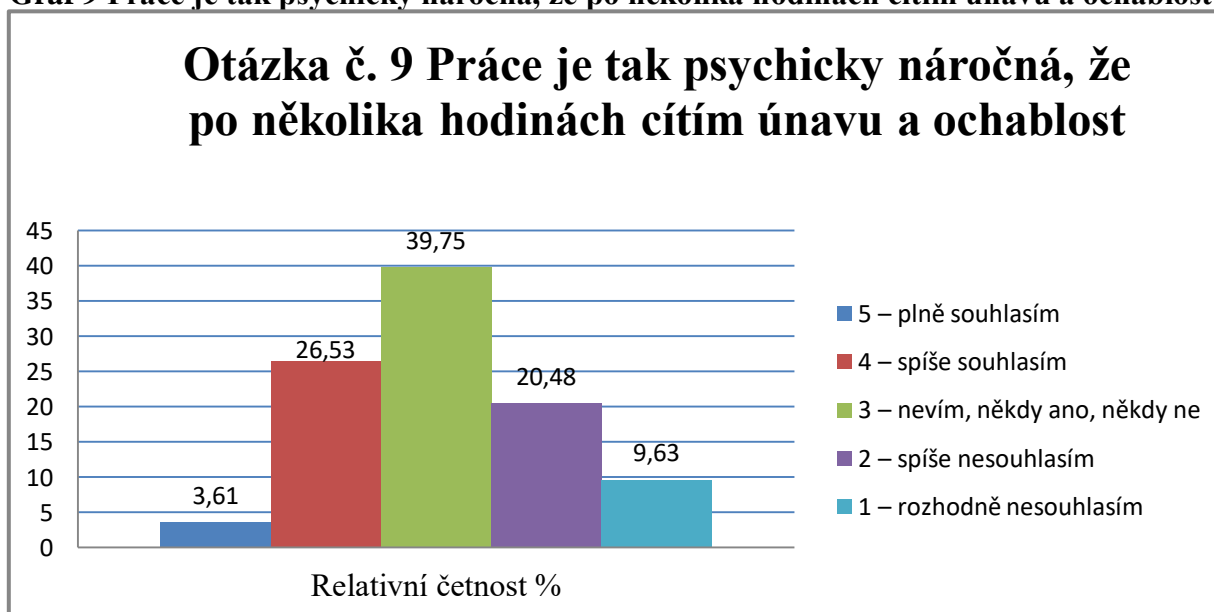
Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo 37 (44,58 %) spíše souhlasí s tvrzením, že by chtěli dělat něco jiného, 6 (7,22 %) plně souhlasí. 17 (20,48 %) dotazovaných neví, spíše nesouhlasí 14 (16,86 %) a rozhodně nesouhlasí 9 (10,86 %).

Otázka č. 9 Práce je tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost

Tabulka 9 Práce je tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
5 – plně souhlasím	3	3,61
4 – spíše souhlasím	22	26,53
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	33	39,75
2 – spíše nesouhlasím	17	20,48
1 – rozhodně nesouhlasím	8	9,63
Celkem	83	100,00

Graf 9 Práce je tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost



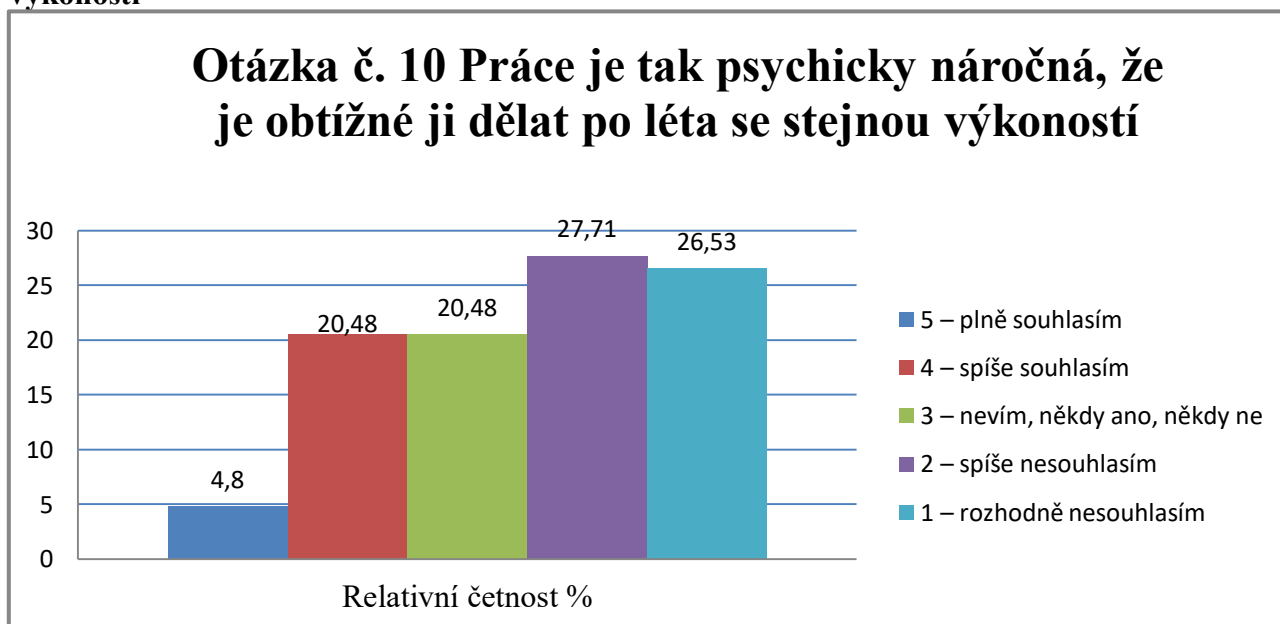
Z celkového počtu 83 respondentů, odpověděli 3 (3,61 %) kladně na otázku ohledně psychické náročnosti a ochablosti. Spíše souhlasí 22 (26,53 %), neví 33 (39,75 %) s touto otázkou. Spíše nesouhlasí 17 (20,48 %) a rozhodně nesouhlasí 8 (9,63 %).

Otázka č. 10 Práce je tak psychicky náročná, že je obtížné ji dělat po léta se stejnou výkonností

Tabulka 10 Práce je tak psychicky náročná, že je obtížné ji dělat po léta se stejnou výkonností

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
5 – plně souhlasím	4	4,80
4 – spíše souhlasím	17	20,48
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	17	20,48
2 – spíše nesouhlasím	23	27,71
1 – rozhodně nesouhlasím	22	26,53
Celkem	83	100,00

Graf 10 Práce je tak psychicky náročná, že je obtížné ji dělat po léta se stejnou výkonností



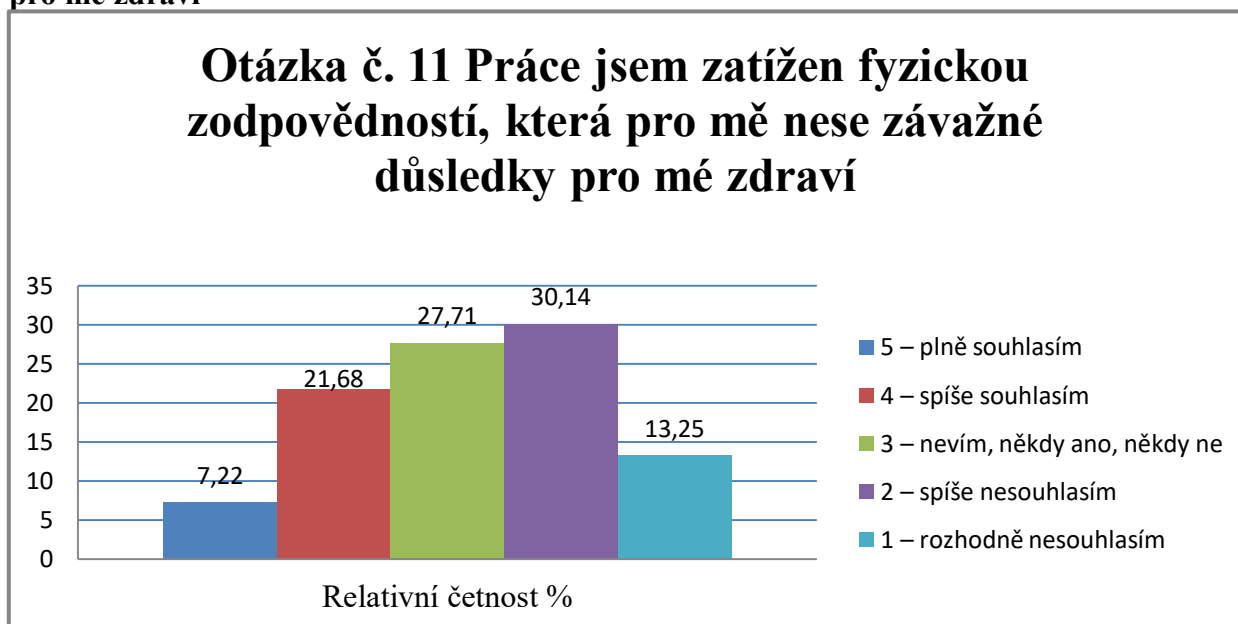
Z celkového počtu 83 respondentů, odpověděli 4 (4,80 %), že plně souhlasí s otázkou, že je práce tak psychicky náročná, že se nedá vykonávat po léta se stejnou výkonností, shodný počet 17 (20,48 %) spíše souhlasí a neví, 23 (27,71 %) spíše nesouhlasí a 22 (26,53 %) respondentů rozhodně nesouhlasí.

Otázka č. 11 Práce jsem zatížen fyzickou zodpovědností, která pro mě nese závažné důsledky pro mé zdraví

Tabulka 11 Práce jsem zatížen fyzickou zodpovědností, která pro mě nese závažné důsledky pro mé zdraví

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
5 – plně souhlasím	6	7,22
4 – spíše souhlasím	18	21,68
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	23	27,71
2 – spíše nesouhlasím	25	30,14
1 – rozhodně nesouhlasím	11	13,25
Celkem	83	100,00

Graf 11 Práce jsem zatížen fyzickou zodpovědností, která pro mě nese závažné důsledky pro mé zdraví



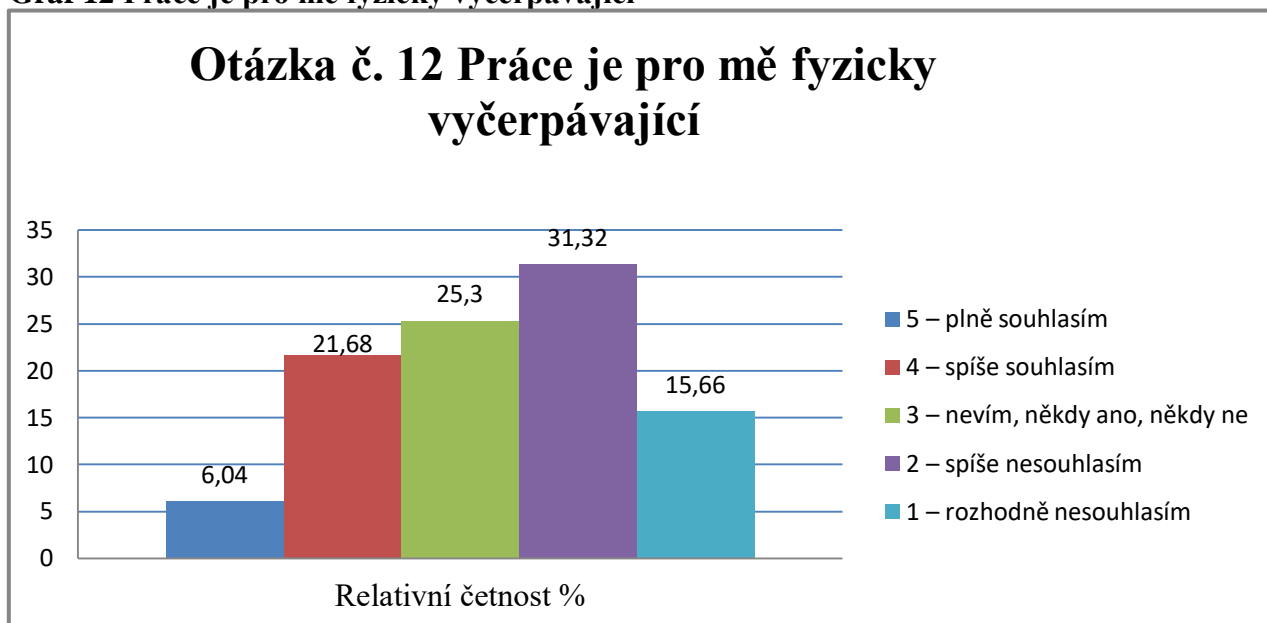
Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo 6 (7,22 %), že plně souhlasí s fyzickou zodpovědností, která nese důsledky na zdraví, 18 (21,68 %) spíše souhlasí, 23 (27,71 %) neví, spíše nesouhlasí 25 (30,14 %) a rozhodně nesouhlasí 11 (13,25 %).

Otázka č. 12 Práce je pro mě fyzicky vyčerpávající

Tabulka 12 Práce je pro mě fyzicky vyčerpávající

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
5 – plně souhlasím	5	6,04
4 – spíše souhlasím	18	21,68
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	21	25,30
2 – spíše nesouhlasím	26	31,32
1 – rozhodně nesouhlasím	13	15,66
Celkem	83	100,00

Graf 12 Práce je pro mě fyzicky vyčerpávající



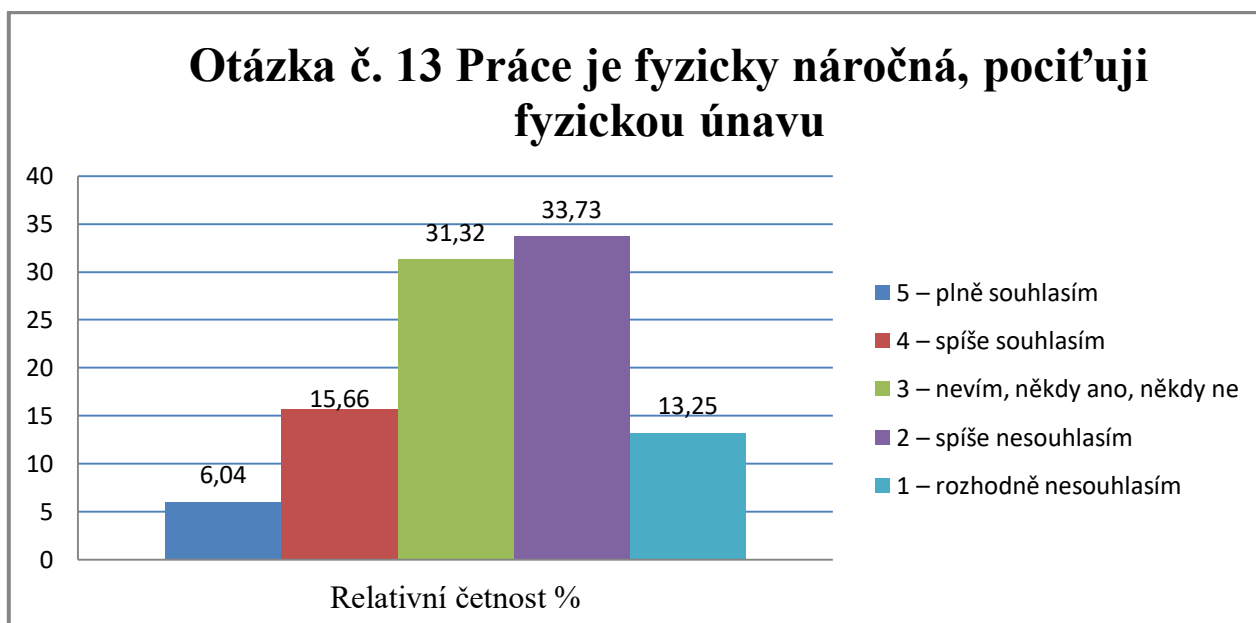
Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo 5 (6,04 %) kladně na otázku ohledně fyzické vyčerpanosti, spíše souhlasí 18 (21,68 %) dotazovaných. 21 (25,30 %) dotazovaných neví, 26 (31,32 %) spíše nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 13 (15,66 %) dotazovaných.

Otázka č. 13 Práce je fyzicky náročná, pocít'uji fyzickou únavu

Tabulka 13 Práce je fyzicky náročná, pocít'uji fyzickou únavu

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
5 – plně souhlasím	5	6,04
4 – spíše souhlasím	13	15,66
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	26	31,32
2 – spíše nesouhlasím	28	33,73
1 – rozhodně nesouhlasím	11	13,25
Celkem	83	100,00

Graf 13 Práce je fyzicky náročná, pocít'uji fyzickou únavu



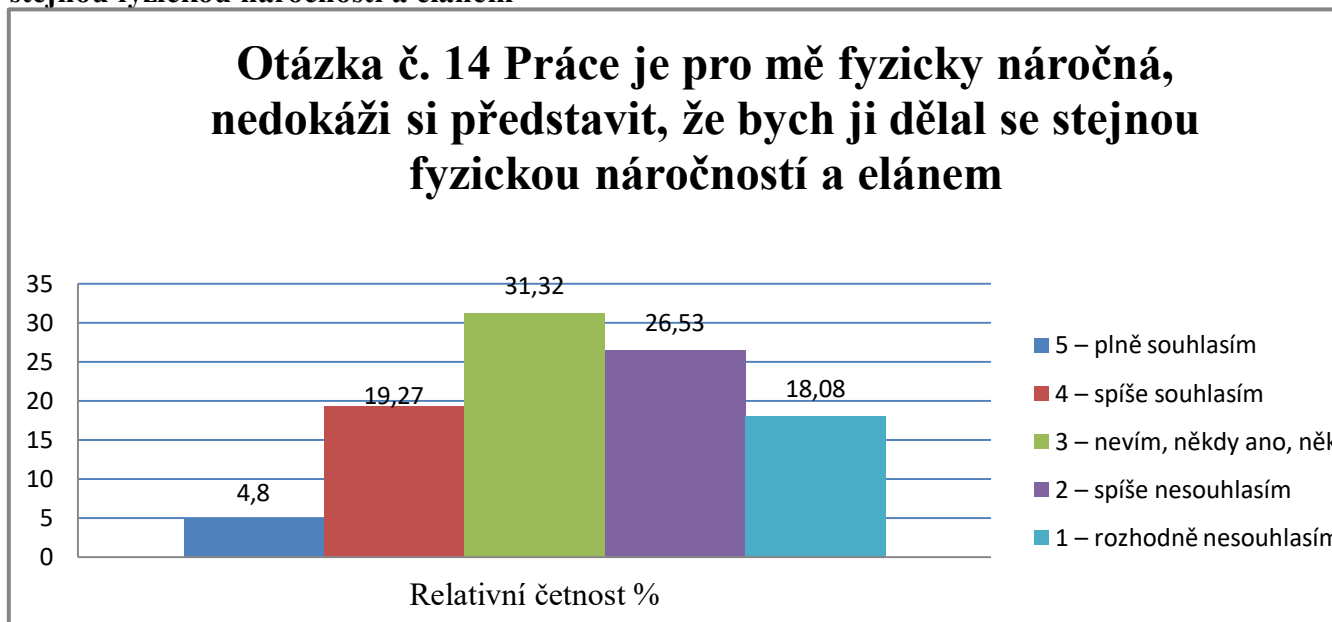
Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo 5 (6,04 %) kladně, že pocít'uji fyzickou únavu a náročnost, spíše souhlasí 13 (15,66 %), neví 26 (31,32 % dotazovaných). 28 (33,73 %) a 11 (13,25 %) spíše nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí.

Otázka č. 14 Práce je pro mě fyzicky náročná, nedokáži si představit, že bych ji dělal se stejnou fyzickou náročností a elánem

Tabulka 14 Práce je pro mě fyzicky náročná, nedokáži si představit, že bych ji dělal se stejnou fyzickou náročností a elánem

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
5 – plně souhlasím	4	4,80
4 – spíše souhlasím	16	19,27
3 – nevím, někdy ano, někdy ne	26	31,32
2 – spíše nesouhlasím	22	26,53
1 – rozhodně nesouhlasím	15	18,08
Celkem	83	100,00

Graf 14 Práce je pro mě fyzicky náročná, nedokáži si představit, že bych ji dělal se stejnou fyzickou náročností a elánem



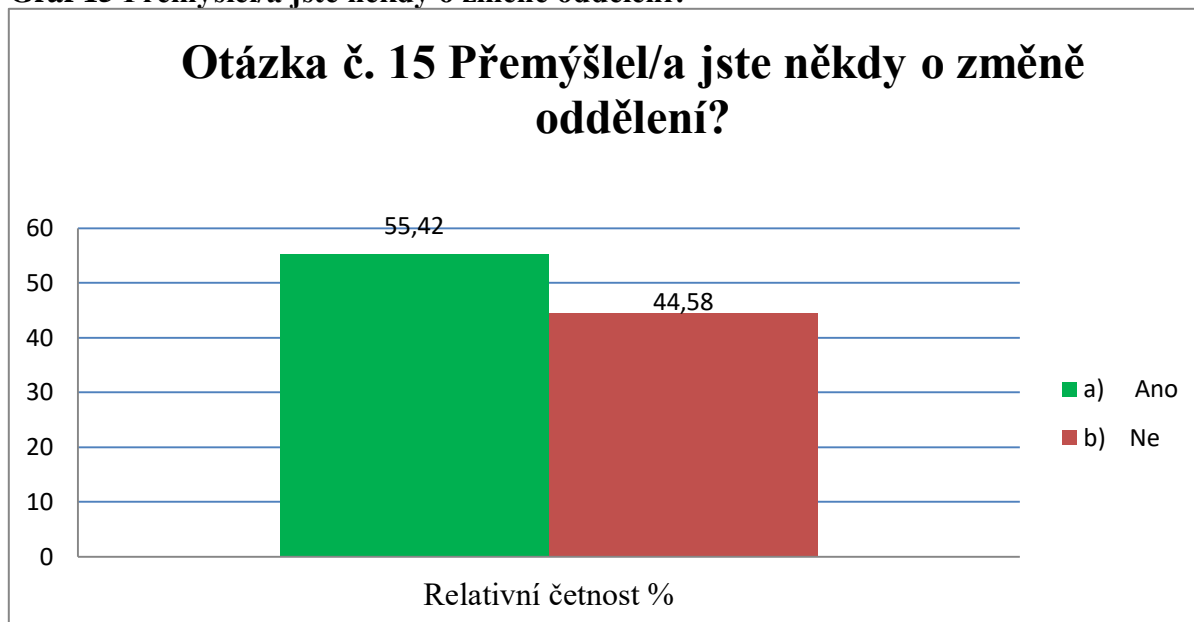
Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo 4 (4,80 %), že plně souhlasí, že si nedokáží představit, že by pracovali se stejnou fyzickou náročností a elánem, 16 (19,27 %) spíše souhlasí, nevím zodpovědělo 26 (31,32 %). Spíše nesouhlasí 22 (26,53 %) a rozhodně nesouhlasí 15 (18,08 %).

Otázka č. 15 Přemýšlel/a jste někdy o změně oddělení?

Tabulka 15 Přemýšlel/a jste někdy o změně oddělení?

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
a) Ano	46	55,42
b) Ne	37	44,58
Celkem	83	100,00

Graf 15 Přemýšlel/a jste někdy o změně oddělení?



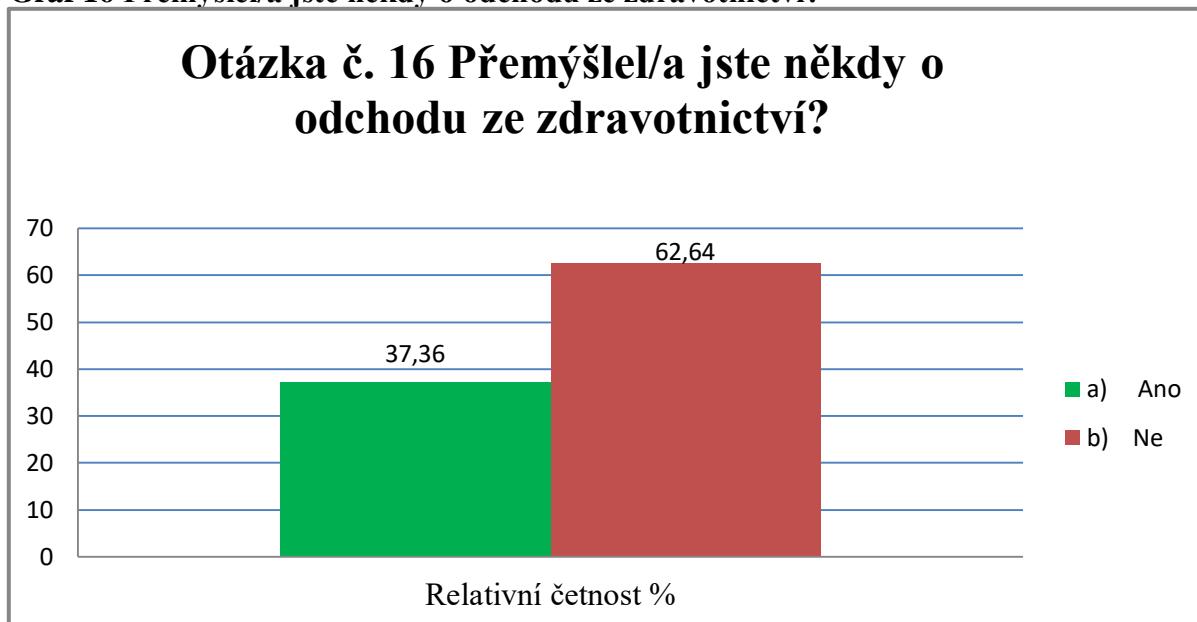
Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo 46 (55,42 %), kladně o změně oddělení a 37 (44,58 %) nepřemýšlelo o změně oddělení.

Otázka č. 16 Přemýšlel/a jste někdy o odchodu ze zdravotnictví?

Tabulka 16 Přemýšlel/a jste někdy o odchodu ze zdravotnictví?

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
a) Ano	31	37,36
b) Ne	52	62,64
Celkem	83	100,00

Graf 16 Přemýšlel/a jste někdy o odchodu ze zdravotnictví?



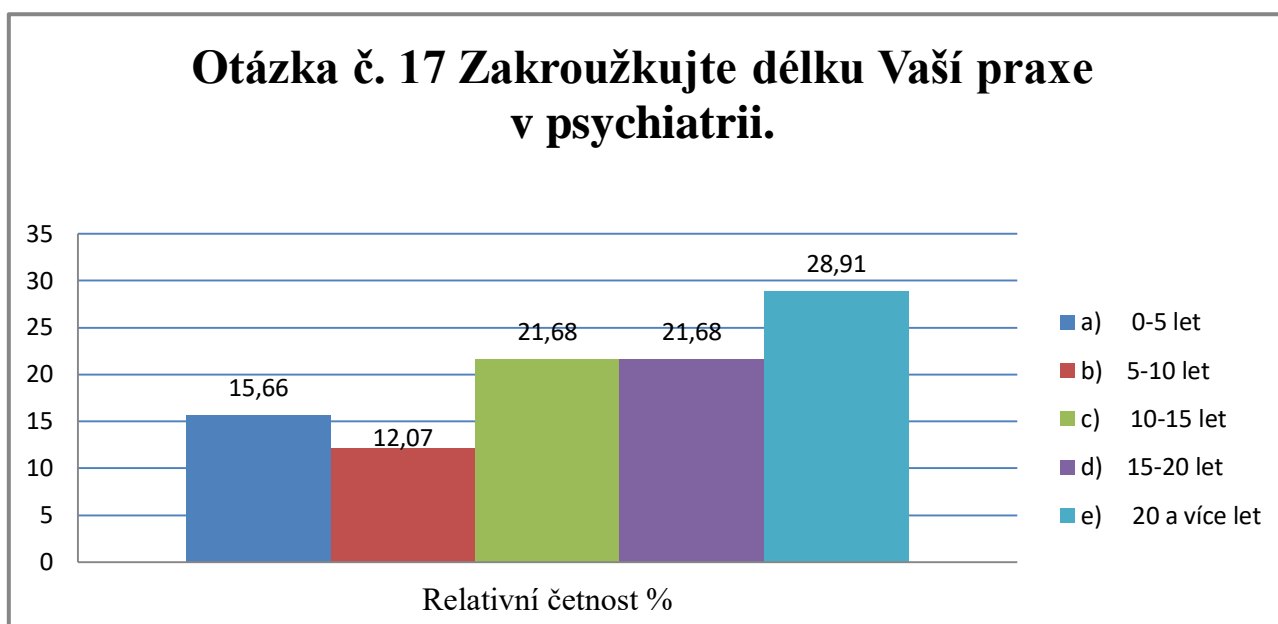
Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo 31 (37,36 %), kladně o odchodu ze zdravotnictví, avšak 52 (62,64 %) nikoliv.

Otázka č. 17 Zakroužkujte délku Vaší praxe v psychiatrii.

Tabulka 17 Zakroužkujte délku Vaší praxe v psychiatrii.

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
a) 0-5 let	13	15,66
b) 5-10 let	10	12,07
c) 10-15 let	18	21,68
d) 15-20 let	18	21,68
e) 20 a více let	24	28,91
Celkem	83	100,00

Graf 17 Zakroužkujte délku Vaší praxe v psychiatrii.



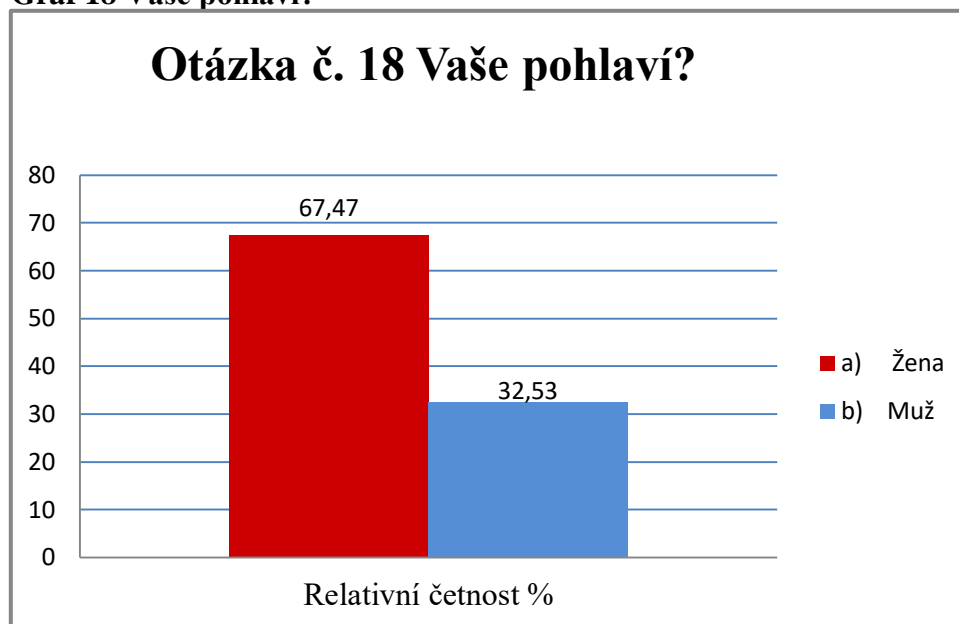
Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo 13 (15,66 %) délku praxe v rozmezí 0-5 let, 10 (12,07 %) má délku praxe 5-10 let, shodných 18 (21,68 %) dotazovaných uvedlo délku praxe 10-15 a 15-20 let a 24 (28,91 %) uvedlo 20 a více let.

Otázka č. 18 Vaše pohlaví?

Tabulka 18 Vaše pohlaví?

	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
a) Žena	56	67,47
b) Muž	27	32,53
Celkem	83	100,00

Graf 18 Vaše pohlaví?



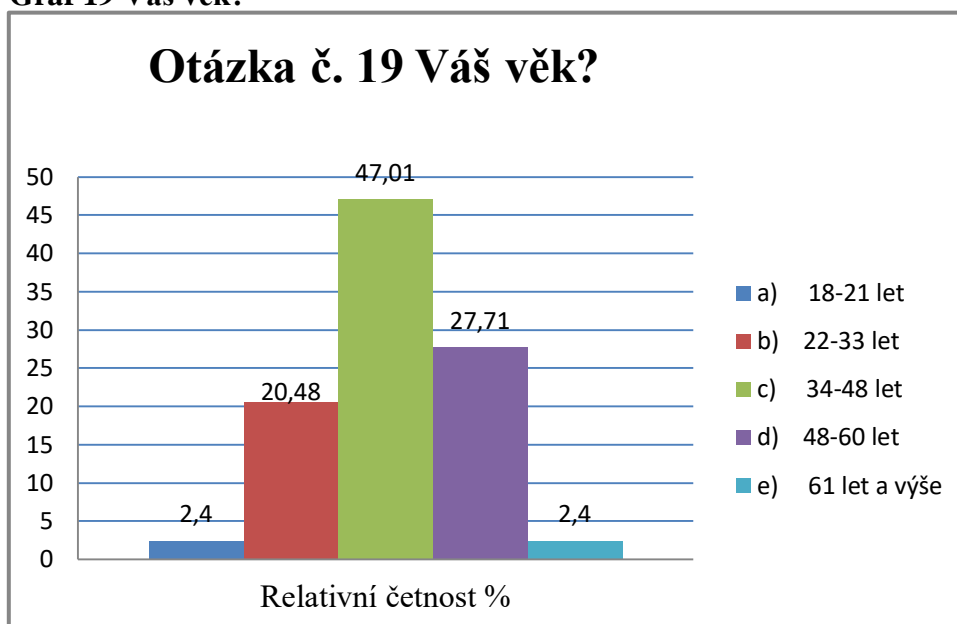
Z celkového počtu 83 respondentů, bylo 56 (67,47 %) žen a 27 (32,53 %) mužů.

Otázka č. 19 Váš věk?

Tabulka 19 Váš věk?

Odpovědi k otázce č. 19	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
a) 18-21 let	2	2,40
b) 22-33 let	17	20,48
c) 34-48 let	39	47,01
d) 48-60 let	23	27,71
e) 61 let a výše	2	2,40
Celkem	83	100,00

Graf 19 Váš věk?



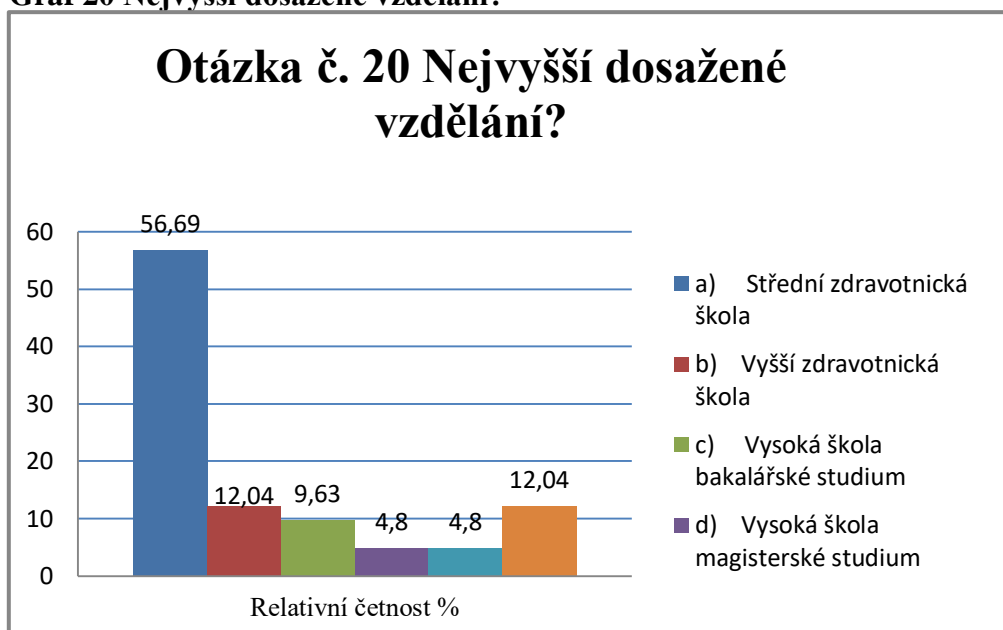
Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo shodně 2 a 2 (2,40 %) věkové rozmezí mezi 18-21 let a 61 let a výše. 17 (20,48 %) uvedlo rozmezí mezi 22-33 let, 39 (47,01 %) 34-48 let a 23 (27,71 %) 48-60 let.

Otázka č. 20 Nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 20 Nejvyšší dosažené vzdělání?

Odpovědi k otázce č. 20	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
a) Střední zdravotnická škola	47	56,69
b) Vyšší zdravotnická škola	10	12,04
c) Vysoká škola bakalářské studium	8	9,63
d) Vysoká škola magisterské studium	4	4,80
e) Postgraduální vzdělání	4	4,80
f) Jiné vzdělání (vypište).....	10	12,04
Celkem	83	100,00

Graf 20 Nejvyšší dosažené vzdělání?



Z celkového počtu 83 respondentů, odpovědělo 47 (56,69 %) střední zdravotnická škola, 10 (12,04 %) uvádí vyšší zdravotnická škola, vysoká škola bakalářské studium uvedlo 8 (9,63 %) a vysoká škola magisterské studium stejně jako postgraduální vzdělání označili 4 (4,80 %) dotazovaných, jiné vzdělání uvedlo 10 (12,04 %) dotazovaných, viz poznámka

Poznámka: Jiné vzdělání označilo celkem 10 respondentů, z toho 2 krát ženy napsali Sanitář, dále 1 krát žena napsala Střední škola maturitou, 4 krát muži napsali střední odborné učiliště, 3 krát muži střední škola s maturitou

Diskuze

V rámci bakalářské práce byly stanoveny tři dílčí cíle. V prvním jsme zjišťovali, která zátěž u respondentů převládala. Z provedeného průzkumu jsme zjistili, že se více vyskytuje psychická zátěž. Bohužel jsme nedohledali přímo studie, týkající se komplexně psychosomatické zátěže. Tyto studie pochopitelně existují, ale jsou již zastaralé, tudíž pro naši práci tedy nevhodné. Pro diskuzi využíváme novější studie, které se zabírají poněkud více syndromem vyhoření, ale zároveň se dotýkají jednak psychické, ale i somatické části. První studie proběhla v Polsku, v rozmezí let 2013 až 2015. Cílem této studie bylo pochopit úlohu sebeúcty ve vztahu k pracovnímu prostředí zdravotních sester pracujících v Polsku. Studie má průřezový charakter a postupně proběhla ve 23 nemocnicích. Ve studii byl použit vlastní dotazník s 19 výroky o postojích k práci sester. Záměrně nebyla vybírána konkrétní oddělení, vzorky byly zcela náhodné. Celkem se rozdalo 2855 dotazníků, bylo použito 1805 (62,6 % návratnost). Hlavním kritériem, ale byla podmínka minimálně jeden rok praxe ve zdravotnictví. Průměrný věk respondentů byl 44 let. Z této studie vyplývá, že příznaky syndromu vyhoření vykazuje 28,2 % dotazovaných. Celkově 46,6 % respondentů cítí nízkou sebeúctu. Toto číslo je velmi vysoké. Zde je důležité zdůraznit, že sebeúcta je klíčový faktor ovlivňující syndrom vyhoření. Pro srovnání s naším průzkumem, uvádíme hodnotu vyhoření, kterou cítí 35 % zdravotnických pracovníků. Naopak 50,7 % dotazovaných uvedlo, že se cítí méně vyhořelí, což je velmi pozitivní. Lehce sníženou sebeúctu pociťuje 27,3 % dotazovaných. Z této studie jasně vyplývá, jak důležité je pečovat o psychickou stránku každého zdravotnického pracovníka (potažmo každého z nás). Výzkumný tým zde klade důraz na rozšiřování a zlepšování programů pro podporu zvyšování sebeúcty a klade důraz na programy pro prevenci. Subjektivně se domnívám, že v této studii hraje nemalou roli křesťanská víra drtivé většiny obyvatel, což kladně přispívá k dobré ošetrovatelské péči.

Dále nás zaujala americká studie, prováděna v roce 2019 až do ledna roku 2020 a nese název: Jak zvládat stres. Celkově se skládá ze šesti modulů. K online modulům se přihlásilo původně 56 sester, ale nakonec prošlo celkem 31 sester. V demografických údajích zmiňujeme průměrný věk 35 let, 6 až 10 let praxe, drtivá většina dotazovaných měla maturitu. Zkoumány byly otázky stresu v těchto oblastech: otázky smrti a umírání-zde pociťuje stres a vyčerpání 26 % zdravotnických pracovníků. Z našeho průzkumu pociťuje vyčerpání 21,68 % zdravotnických pracovníků. Konflikty s lékaři vnímá 13 % dotazovaných, pracovní zátěž pociťuje 37 % respondentů. V našem průzkumu jsou tato čísla velmi podobná, a sice 36,13 %. Naproti tomu pro zajímavost dokládáme 14,45 % dotazovaných, kteří uvádí, že žádné

konflikty nepocitují. Ze závěru studie vyplývá, jako z výše uvedené studie, že je nutné dbát o prevenci, vnímat, včas podchycovat a nepodceňovat stres. Když se sníží stres, zejména pracovní, je dokázáno, že se zároveň sníží riziko vyhoření. Opět jsou zde vyzdvíženy pozitiva online Web seminářů.

Jako poslední jsme vybrali studii, která probíhala v roce 2014 až 2015 v Jižní Africe. Zaměřovala se na výzkum stresu, syndromu vyhoření a na to, jak moc ovlivňují práci a celkové zdraví sester. Jednoduše řečeno zkoumala vztah zdraví a práce. Pozváno bylo 1200 sester, nakonec se výzkumu zúčastnilo 895 sester (75 %) ze čtyř nemocnic. Každý zdravotník postupně vyplňoval pět dotazníků, dohromady 3 týdny. Zkoumalo se fyzické a emoční vypětí. Z demografických údajů uvádíme, že 28 % dotazovaných mělo více jak 50 let, 27 % mělo více jak 25 let praxe. Zde názorně vidíme, že se práci sester věnují dlouho. Jedná se o popisnou statistickou analýzu s použitím lineární regrese. Výsledky jsou velmi zajímavé. Celkové vyčerpání pocítuje 16 % respondentů. Pouze 9 % respondentů je s prací spokojeno, problémy pocítuje 12 % dotazovaných a jen 14 % je spokojeno se svými spolupracovníky. Úzkost a nespavost cítí 11 % dotazovaných a emoční vyčerpání uvádí 9 % dotazovaných. Nezanedbatelných 14 % dotazovaných cítí deprese. V naší práci jsme zjistili, že práce neuspokojuje 35 % zdravotnických pracovníků a únavu pocítuje 26,53 %. Celkově 21 % zdravotnických pracovníků uvádí a souhlasí s tvrzením, že emoční vyčerpání má vliv na osobní výkon. V závěru je uvedeno, že stres, vyčerpání a vyhoření prokazatelně ovlivňuje duševní zdraví a pohodu sester. Taktéž ohrožuje produktivitu a výkon. Stres je tedy, (ostatně jako v předešlých studiích) nutné eliminovat, mimo jiné i zlepšit pracovní prostředí a učinit jej bezpečnější.

V druhém dílčím cíli jsme zjišťovali, zda zdravotnické pracovníky jejich práce uspokojuje a zda by odešli ze zdravotnictví, zde dochází k alarmujícímu číslu, 17 respondentů plně souhlasilo s tímto tvrzením, 29 respondentů spíše souhlasilo 27 neví. Je však nutné podotknout, že se samotným odchodem ze zdravotnictví je to chvályhodné, přičemž 52 respondentů uvedlo, že by neodešli ze zdravotnictví, vůči 32, kteří uvažují o odchodu.

V třetím dílčím cíli jsme zjišťovali, zda u zdravotnických pracovníků během jejich pracovní doby vznikají situace, nad kterými přemýšlí i v době osobního volna a zda cítí vnitřní nátlak na svou osobu. Nátlak na svou osobu plně pocítuje 7 respondentů, 6 spíše ano a 32 neví. K nejmarkantnějšímu důvodu vnitřního nátlaku patří spjitost mezi vnitřním nátlakem a zodpovědností, spojenou se závažnými důsledky, přičemž 9 respondentů plně souhlasilo, 16 spíše souhlasilo a 24 neví. V osobním volném čase přemýšlí o svých důsledcích a pocítuje vnitřní nátlak 19 respondentů, 30 spíše souhlasí 15 neví, což jsou závratné čísla.

Závěr

Zjistili jsme, jak důležitou součástí života je samotná psychosomatická zátěž a jakou roli hraje v životě každého z nás. Nyní víme, jak markantní negativní dopad může mít na celkový život zdravotníků. Nelze ji v žádném případě jakkoli podceňovat. Znovu musíme zdůraznit pojem prevence, zdravý životní styl, vyzdvihujeme pojmy, jako jsou relaxace (najít si čas sám na sebe), odpočinek, rodina. Nelze pečovat pouze o své tělo, jako lidskou schránku, ale zejména o duši a mysl.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit u zaměstnanců Psychiatrické nemocnice v Opavě, výskyt psychosomatické zátěže pomocí standardizovaného dotazníku. V teoretické části jsme se zaměřili na pojmy, věnující se psychiatrii obecně a rozdělili jsme si nejčastější psychické problémy u žen a mužů. Vysvětlili jsme si důležitost psychiky, prevence a možnosti léčby. Ohlédli jsme se za historií a zaznamenali pokroky. Vyhledali jsme z dostupných českých i zahraničních zdrojů studie. Přinesli jsme celkový pohled na tuto problematiku, která je velice složitá. Odborníci tvrdí, že naši psychiku tělo snaží chránit tím, že na problémy upozorňuje právě fyzickými příznaky. Opakované potlačování stresu, přání nebo emocí vede k vnitřnímu boji, kterého si člověk nemusí být vědom. A v této chvíli se na své životní cestě jednoduše zastavíme. V praktické části jsme zjišťovali, pomocí dotazníků, psychosomatickou zátěž u vytipovaných zaměstnanců (zdravotnických pracovníků). Pracovali jsme s 83 dotazníky z celkových rozdaných 111.

Celkově lze říci, že se zaměstnanci cítí opravdu více vyčerpaní psychicky, než fyzicky. Velice znepokojující jsou výsledky šetření, kdy jsme zjistili, že se pracovníci cítí nad únosnou mez unavení, vyčerpaní a nespokojení. Naopak je, ale od věci zamyslet se, proč mnozí odpovídající respondenti označili odpověď, že neuvažují o opuštění tohoto povolání. S ohledem na to, že největší věkovou skupinu tvoří zaměstnanci, kteří nejsou noví. Právě naopak, pracují zde mnoho let, více jak dvacet let praxe označilo celkem 24 respondentů. Je tedy otázkou, zda jsou již tak vyčerpaní, že ani nemají chuť cokoli měnit a pouze „proplouvají“ anebo opravdu tato situace není natolik neúnosná. Ano, v úvahu připadá stálost, nechť měnit zaměstnání, zvyk na dané oddělení či jiné aspekty.

Kromě otázek, zda pracovníci cítí spíše fyzickou či psychickou zátěž jsme zkoumali důkladněji jejich dopady na zdraví a formu. Z demografických údajů potřebných pro naši práci uvádíme, že délka praxe je 10-20 let. Respondenty tvořily převážně ženy, celkově 56 a 27 mužů. Nejpočetnější kategorií byly respondenti ve věku 34-48 let. Do 21 let máme pouze dva zdravotnické pracovníky, rovněž jako 61 let a výše. Nejvyšší dosažené vzdělání-zde drtivě převládlo střední zdravotnické, a to celkem 47 respondentů. Konkrétněji mají

zdravotníci pocít časového tlaku, celkem 32 respondentů, práce neuspokojuje 29 respondentů. Jen 3 respondenti uvedli, uvedli, že do práce chodí rádi a práce je uspokojuje, což je dle mého názoru žalostně málo. A opět čísla k zamyšlení uvádějí, že 26 a 27 respondentů uvedlo práci jako neuspokojující až otupující. Nesouhlasí pouze 5 respondentů.

Rovněž jsme se také věnovali vztahům na pracovišti. Na otázku, zda mají pracovníci problémy či konflikty, od kterých se nemohou odpoutat, nám 30 respondentů odpovědělo, že spíše souhlasí. Naopak spíše nesouhlasí 12 a rozhodně nesouhlasí 7 respondentů. Značných 23 respondentů souhlasí s tvrzením, že při práci jen s námahou udrží pozornost. Nutno podotknout, s tímto tvrzením plně a spíše souhlasí stejný počet respondentů, což je v našem průzkumu více než polovina dotazovaných. Rozhodně nesouhlasí 5 respondentů. Dále jsme se věnovali nervozitě a rozechvělosti, předním psychotickým symptomům. Na otázku, zda je práce, tak náročná, že opravdu pocítují tyto emoce, souhlasilo vysokých 31. Spíše nesouhlasilo a rozhodně nesouhlasil v obou případech shodný počet 8 respondentů. Tato otázka nám potvrdila závažnost celého výzkumu.

Únavu a ochablost potvrzuje 22 dotazovaných. Zde je vysoké číslo i u odpovědi s nabídkou - nevím, někdy ano, někdy ne, 33 dotazovaných. Zde ale rozhodně nesouhlasí 8 dotazovaných. Velice přínosná je otázka, zda je práce po léta tak psychicky náročná, že ji nelze vykonávat se stejnou výkoností. Odpovědi jsou velice vyrovnané. Spíše souhlasí 17, spíše nesouhlasí 23 a rozhodně nesouhlasí 22 dotazovaných. Plně souhlasili jen 4 zdravotničtí pracovníci.

Přecházíme na somatickou část práce. Zde jsme si všeobecně potvrdili, že se zdravotničtí pracovníci necítí být fyzicky vyčerpaní. Na otázku, zda jsou prací zatíženi fyzicky natolik, že nese důsledky pro zdraví, odpovědělo kladně 18 respondentů. Spíše souhlasí 25 a rozhodně nesouhlasí 11 dotazovaných zdravotnických pracovníků. Zdali je práce fyzicky vyčerpávající, odpovědělo souhlasně 18 a nesouhlasilo 26 dotazovaných. Zajímavá je otázka č. 15 a 16, kdy jsme zjistili, že zdravotničtí pracovníci přemýšlejí o změně oddělení, celkem 46, ale neuvažují o odchodu ze zdravotnictví, celkem 52, což je velmi pozitivní a chvályhodné. Zde se nabízí myšlenka, pokud by to bylo možné, aby se pracovníci, dle možností střídali na různých odděleních.

Výsledky průzkumu nám dokazují, že nelze psychosomatickou zátěž zjednodušovat, natož popírat. V životě zdravotnických pracovníků tato zátěž byla, je a bude. Je potřeba se věnovat zejména prevenci a individualitě. Oběma složkám, neopomínat jedu, či druhou. Jedině tak bude přístup dostatečně holistický a smysluplný. Pro zdravotnického pracovníka je typická práce s lidmi. Úzký kontakt, komunikace, řešení situací, potíží, problémů, tlaky okolí, ze strany zaměstnavatele, ze strany rodiny, obrovská zodpovědnost a mnoho, mnoho dalších

aspektů. To vše působí tlakem. A je na každém z nás, jak s těmito aspekty budeme pracovat, je zcela na nás, na naší vůli, síle a odhodlání, kam až můžeme, chceme či nechceme dojít, a kdy řekneme dost. Právě včas aby nedošlo k neúnosné psychosomatické zátěži.

Seznam použitých zdrojů

- BLINKA, L., et al. *Online závislosti*. 1. Vydání. Praha: Grada: Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5311-9.
- HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. et al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
- JIRÁK, R., et al., *Gerontopsychiatrie*. 1. Vydání. Praha: Galén. 2013. 978-80-726-2960-2.
- KALINA, K., et al. *Klinická adiktologie*. 1. Vydání. Praha: Grada: Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
- KALINA, K., *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. Vydání. Praha: Grada: Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.
- KALVACH, Z., *Křehký pacient a primární péče*. 1. Vydání. Praha: Grada: Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KLÍMOVÁ, J., FIALOVÁ, M., *Proč (a jak) psychosomatika funguje? Proč nemoc začíná v hlavě?* 1. vydání. Progressive consulting., 2015. ISBN 978-80-260-8208-8.
- KOLIBA, P., WEISS, P., NĚMEC, M., DIBONOVÁ, M., *Sexuální výchova: pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. 1. Vydání. Praha: Grada: Publishing a.s., 2019. ISBN 978-80-271-2039-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. 1. Vydání. Praha: Grada: Publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
- McKNIGHT, R., GEDDES, J., *Psychiatrie*. 5. Vydání. Oxford University Press, 2019. ISBN 978-0-19-875400-8.
- OREL, M., et al. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. 2. Aktualizované a doplněné vydání. Grada Publishing, a.s., 2016. ISBN 978-80-247-5516-8.
- PAULÍK, K., *Psychologie lidské odolnosti*. 2. Doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada: Publishing a.s., 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.
- PETR, T., MARKOVÁ, E., et al. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PLAMÍNEK, J., *SEBEPOZNÁNÍ, SEBEŘÍZENÍ A STRES*. 3. Doplněné vydání Praha: Grada: Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4751-4.
- PRAŠKO J., GRAMBAL, A., ŠLEPECKÝ, M., MOŽNÝ, P., VYSKOČILOVÁ, J., *Skupinová kognitivně- behaviorální terapie*. 1. Vydání. Praha: Grada: Publishing a.s., 2019. ISBN 978-80-271-0496-3.
- Prieß, M., *jak zvládnout syndrom vyhoření: Najděte cestu zpátky k sobě*. 1. Vydání. Praha: Grada: Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ P. et al. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

SLEZÁKOVÁ, L., et al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III – gynekologie, onkologie, psychiatrie*. 2. Doplněné vydání. Praha: Grada: Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4341-7.

STACKEOVÁ, D., *Relaxační techniky ve sportu*. 1. Vydání. Praha: Grada: Publishing a.s., 2011. 978-80-247-3646-4.

ŠPAČEK, J., BUCHTA, V., JÍLEK, P., et al., *Vulvovaginální dyskomfort a poruchy poševního prostředí*. 1. Vydání. Praha: Grada: Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4554-1.

TOMÁŠ, P., MARKOVÁ, E., et al. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. Vydání. Praha: Grada: Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

VENGLÁŘOVÁ, M., *Sestry v nouzi*. 1. Vydání. Praha: Grada: Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.

Seznam elektronických zdrojů

ASSOCIATION OF BURNOUT SYNDROME AND GLOBAL SELF ESTEEM AMONG POLISH NURSES [online] Polsko [cit. 5. 5. 2020]. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6963150/>

ASOCIACE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE [online] Praha [cit. 5. 5. 2020].

Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/autismus/>

ASOCIACE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE [online] Praha [cit. 5. 5. 2020].

Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/adhd/>

ASOCIACE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE [online] Praha [cit. 5. 5. 2020].

Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/detske-deprese/>

ASOCIACE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE [online] Praha [cit. 5. 5. 2020].

Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/poruchy-prijmu-potravy/>

ASOCIACE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE [online] Praha [cit. 5. 5. 2020].

Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/schizofrenie-v-detstvi-a-adolescenci/>

EVALUATING THE OUTCOMES OF A WEB-BASED STRESS MANAGEMENT PROGRAM FOR NURSES AND NURSING ASSISTANTS [online] Spojené státy americké [cit. 5. 5. 2020].

Dostupné z: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/wvn.12417>

PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ (F00-F99) [online] Praha [cit. 5. 5. 2020].

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html>

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP [online] Praha [cit. 5. 5. 2020]. Dostupné z:

<https://www.psychiatrie.cz/archiv-reforma/200-komunitni-pee>

PSYCHIATRIE DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE III. [online] Praha [cit.

5. 5. 2020]. Dostupné z: [https://www.psychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/doporucene-](https://www.psychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/doporucene-postupy-3-2010.pdf)

[postupy-3-2010.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/doporucene-postupy-3-2010.pdf)

PSYCHOLOGIE-PSYCHOTERAPIE. NET [online] Praha [cit. 5. 5. 2020]. Dostupné z:

<https://www.psychologie-psychotherapie.net/psychofarmaka/>

STOP ZÁVISLOSTI [online] Brno [cit. 5. 5. 2020]. Dostupné z:

<https://stopzavislosti.cz/gambling/>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR [online] Praha [cit. 5. 5.

2020]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>

WORK RELATED STRESS, BURNOUT, JOB, SATISFACTION AND GENERAL HEALTH OF NURSES [online] Jižní Afrika [cit. 5. 5. 2020]. Dostupné z: [https://www.mdpi.com/1660-](https://www.mdpi.com/1660-4601/12/1/652/htm)

[4601/12/1/652/htm](https://www.mdpi.com/1660-4601/12/1/652/htm)

Seznam použitých zkratek

Apod. A podobně

Atd. a tak dále

Č. Číslo

Et al. A další

Tzv. Tak zvaný

Seznam tabulek

<i>Tabulka 1 Při práci mám často pocit časového tlaku</i>	<i>42</i>
<i>Tabulka 2 Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad (a)</i>	<i>43</i>
<i>Tabulka 3 Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost spojenou se závažnými důsledky</i>	<i>44</i>
<i>Tabulka 4 Práce je velmi nezajímavá, spíše otupující</i>	<i>46</i>
<i>Tabulka 5 V práci mám časté problémy nebo konflikty, od nichž se nemohu odpoutat ani po pracovní době.....</i>	<i>47</i>
<i>Tabulka 6 Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože dlouhou dobu se nic nového nebo zajímavého neděje.....</i>	<i>48</i>
<i>Tabulka 7 Práce je tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost</i>	<i>49</i>
<i>Tabulka 8 Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl(a) dělat něco jiného</i>	<i>50</i>
<i>Tabulka 9 Práce je tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost</i>	<i>51</i>
<i>Tabulka 10 Práce je tak psychicky náročná, že je obtížné ji dělat po léta se stejnou výkonností</i>	<i>52</i>
<i>Tabulka 11 Práce jsem zatížen fyzickou zodpovědností, která pro mě nese závažné důsledky pro mé zdraví</i>	<i>53</i>
<i>Tabulka 12 Práce je pro mě fyzicky vyčerpávající.....</i>	<i>54</i>
<i>Tabulka 13 Práce je fyzicky náročná, pociťuji fyzickou únavu</i>	<i>55</i>
<i>Tabulka 14 Práce je pro mě fyzicky náročná, nedokáži si představit, že bych ji dělal se stejnou fyzickou náročností a elánem.....</i>	<i>56</i>
<i>Tabulka 15 Přemýšlel/a jste někdy o změně oddělení?</i>	<i>57</i>
<i>Tabulka 16 Přemýšlel/a jste někdy o odchodu ze zdravotnictví?</i>	<i>58</i>
<i>Tabulka 17 Zakroužkujte délku Vaší praxe v psychiatrii.</i>	<i>59</i>
<i>Tabulka 18 Vaše pohlaví?</i>	<i>60</i>
<i>Tabulka 19 Váš věk?.....</i>	<i>61</i>
<i>Tabulka 20 Nejvyšší dosažené vzdělání?.....</i>	<i>62</i>

Seznam grafů

<i>Graf 1 Při práci mám často pocit časového tlaku.....</i>	<i>42</i>
<i>Graf 2 Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad (a)</i>	<i>43</i>
<i>Graf 3 Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost spojenou se závažnými důsledky</i>	<i>44</i>
<i>Graf 4 Práce je velmi nezajímavá, spíše otupující.....</i>	<i>46</i>
<i>Graf 5 V práci mám časté problémy nebo konflikty, od nichž se nemohu odpoutat ani po pracovní době.....</i>	<i>47</i>
<i>Graf 6 Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože dlouhou dobu se nic nového nebo zajímavého neděje</i>	<i>48</i>
<i>Graf 7 Práce je tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost</i>	<i>49</i>
<i>Graf 8 Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl(a) dělat něco jiného</i>	<i>50</i>
<i>Graf 9 Práce je tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost ...</i>	<i>51</i>
<i>Graf 10 Práce je tak psychicky náročná, že je obtížné ji dělat po léta se stejnou výkonností ..</i>	<i>52</i>
<i>Graf 11 Práce jsem zatížen fyzickou zodpovědností, která pro mě nese závažné důsledky pro mé zdraví</i>	<i>53</i>
<i>Graf 12 Práce je pro mě fyzicky vyčerpávající</i>	<i>54</i>
<i>Graf 13 Práce je fyzicky náročná, pociťuji fyzickou únavu.....</i>	<i>55</i>
<i>Graf 14 Práce je pro mě fyzicky náročná, nedokáži si představit, že bych ji dělal se stejnou fyzickou náročností a elánem</i>	<i>56</i>
<i>Graf 15 Přemýšlel/a jste někdy o změně oddělení?</i>	<i>57</i>
<i>Graf 16 Přemýšlel/a jste někdy o odchodu ze zdravotnictví?</i>	<i>58</i>
<i>Graf 17 Zakroužkujte délku Vaší praxe v psychiatrii.</i>	<i>59</i>
<i>Graf 18 Vaše pohlaví?</i>	<i>60</i>
<i>Graf 19 Váš věk?</i>	<i>61</i>
<i>Graf 20 Nejvyšší dosažené vzdělání?</i>	<i>62</i>

Seznam příloh

<i>Příloha 1 Žádost o průzkumné šetření</i>	<i>1</i>
<i>Příloha 2 Dotazník</i>	<i>2</i>

Příloha 1 Žádost o průzkumné šetření

Psychiatrická nemocnice Opava
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Mgr. Barbora Adamčíková
Olomoucká 305/88
746 01 Opava

Věc: Žádost o provedení průzkumného šetření

Vážená paní náměstkyně,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace průzkumného šetření v psychiatrické nemocnici v Opavě.

Jmenuji se Filip Vehovský a jsem studentem 3. ročníku Slezské univerzity v Opavě, Fakulty veřejných politik, obor Všeobecná sestra. Průzkumné šetření potřebuji ke zpracování bakalářské práce na téma: „Psychosomatická zátěž u zdravotnických pracovníků v psychiatrii“.

Získaná data budou využita pouze pro studijní účely. V případě zájmu Vám výsledky budou poskytnuty.

Předem děkuji za ochotu.

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

Podpis vedoucího BP:

Filip Vehovský

e-mail: Fvehovsky@gmail.com

Tel: +420 605 542 465

Vyjádření vedení zařízení:

žádost povolena

žádost zamítnuta

Datum: 12.12.2019

Razítko zařízení, podpis:

Psychiatrická nemocnice v Opavě
Olomoucká 305/88, 746 01 Opava
IČ: 00844004, DIČ: CZ00844004
15
Mgr. Barbora Adamčíková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Příloha 2 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Filip Vehovský a jsem studentem třetího ročníku bakalářského studia Slezské univerzity, oboru Všeobecná sestra. Rád bych Vás touto cestou požádal o vyplnění dotazníku, který se zabývá Psychosomatickou zátěží u zdravotnických pracovníků v psychiatrii.

Dotazník je zcela anonymní a bude mě velmi nápomocen k vypracování bakalářské práce.

Odpovědi prosím zakroužkujte.

Předem děkuji za Váš čas a přeji hezký den.

Stupnice odpovědí na následující otázky:

5 – plně souhlasím

4 – spíše souhlasím

3 – nevím, někdy ano, někdy ne

2 – spíše nesouhlasím

1 – rozhodně nesouhlasím

- | | |
|---|-----------|
| 1. Při práci mám často pocit časového tlaku | 1 2 3 4 5 |
| 2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad (a) | 1 2 3 4 5 |
| 3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost spojenou se závažnými důsledky | 1 2 3 4 5 |
| 4. Práce je velmi nezajímavá, spíše otupující | 1 2 3 4 5 |
| 5. V práci mám časté problémy nebo konflikty, od nichž se nemohu odpoutat ani po pracovní době | 1 2 3 4 5 |
| 6. Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože dlouhou dobu se nic nového nebo zajímavého neděje | 1 2 3 4 5 |
| 7. Práce je tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost | 1 2 3 4 5 |
| 8. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl (a) dělat něco jiného | 1 2 3 4 5 |
| 9. Práce je tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost | 1 2 3 4 5 |
| 10. Práce je tak psychicky náročná, že je obtížné ji dělat po léta se stejnou výkonností | 1 2 3 4 5 |
| 11. Práce jsem zatížen fyzickou zodpovědností, která pro mě nese závažné důsledky pro mé zdraví | 1 2 3 4 5 |
| 12. Práce je pro mě fyzicky vyčerpávající | 1 2 3 4 5 |

13. Práce je fyzicky náročná, cítíte fyzickou únavu 1 2 3 4 5
14. Práce je pro mě fyzicky náročná, nedokáži si představit, že bych ji dělal se stejnou fyzickou náročností a elánem 1 2 3 4 5
15. Přemýšlel/a jste někdy o změně oddělení?
- a) Ano
 - b) Ne
16. Přemýšlel/a jste někdy o odchodu ze zdravotnictví?
- a) Ano
 - b) Ne
17. Zakroužkujte Vaši délku praxe v psychiatrii.
- a) 0-5 let
 - b) 5-10 let
 - c) 10-15 let
 - d) 15-20 let
 - e) 20 a více let
18. Vaše pohlaví?
- a) Žena
 - b) Muž
19. Váš věk?
- a) 18-21 let
 - b) 22-33 let
 - c) 34-48 let
 - d) 48-60 let
 - e) 61 let a výše
20. Nejvyšší dosažené vzdělání?
- a) Střední zdravotnická škola
 - b) Vyšší zdravotnická škola
 - c) Vysoká škola bakalářské studium
 - d) Vysoká škola magisterské studium
 - e) Postgraduální vzdělání
 - f) Jiné vzdělání (vypište)