

Eva Marková, Martina Venglářová, Mira Babiaková

PSYCHIATRICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

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

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



Autorský kolektiv

Bc. Jana Akrmannová, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

MUDr. Mira Babiaková, Krizové centrum RIAPS, Praha

Mgr. Alžbieta Babková, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Mgr. Alice Bezoušková, Bílý kruh bezpečí, Praha

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

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

Bc. Jan Kříčka, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

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

Andrea Nováková, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Mgr. Tomáš Petr, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Bc. Lenka Pípalová, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Mgr. Květa Poskočilová, Dětská psychiatrická léčebna Opařany

Mgr. Eva Rajmová, Střední zdravotnická škola Turnov

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

Mgr. Markéta Vitoušová, Bílý kruh bezpečí, Praha

PSYCHIATRICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Hlavní autoři:

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

Autorský kolektiv:

Bc. Jana Akrmannová
MUDr. Mira Babiaková
Mgr. Alžběta Babková
Mgr. Alice Bezoušková
Mgr. Jindra Blatnická
Mgr. Hana Elexová
Bc. Jan Kříčka
Mgr. Eva Marková

Andrea Nováková
Mgr. Tomáš Petr
Bc. Lenka Pípalová
Mgr. Květa Poskočilová
Mgr. Eva Rajmová
PhDr. Martina Venglářová
Mgr. Markéta Vitoušová

Recenzoval:

MUDr. Zdeněk Kalvach

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



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

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

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

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

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

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

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

Obsah

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

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

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

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

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

Poděkování

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

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

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

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

Motto:

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

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

Předmluva

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

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

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

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

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

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

Mgr. Eva Marková

1 Duševní zdraví

(Mgr. E. Marková)

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

Tato definice má tři základní charakteristiky pozitivní koncepce zdraví:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cíl 6 – Zlepšení duševního zdraví

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

Konkrétně:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Člověk a duševní porucha

(Mgr. E. Marková, Mgr. T. Petr)

2.1 Stigma

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Třídění duševních poruch

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

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

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

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

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

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

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

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

terminologie pro ně má označení „vyšinutí“ a „pominutí“. U vyšinutí se předpokládá nějaký zásah zvenčí. Označují se tak především reaktivní psychické poruchy. Chorobný stav se hodnotí jako tělesná choroba. Poruchu lidé lokalizují do srdce nebo do mozku („vzalo ho to“, „leze mu to na mozek“). Podobným způsobem jsou hodnoceny somatogenní psychózy, např. febrilní deliria, delirium tremens, psychotické stavy v laktaci. „Pominutí“ vystihují obraty jako „je jak bez rozumu“, „pominul se rozumem“. Označují se tak náhle vzniklé duševní poruchy bez zjevné příčiny, u nichž není příliš dobrá prognóza. Jedná se o tranzitorní poruchy vědomí (obnubilace, amence). Pacient není zuřivý. Dále se jedná o náhlé cévní příhody spojené s poruchami vědomí (mozková apoplexie, infarkt myokardu). Vystihují to obraty „kleplo ho to“, „trefil ho šlak“. Pominutím se označují také některé kolapsovitě stavy a poruchy vědomí, které mají původ v tělesném onemocnění. Společným znakem obou označení je to, že se postižená osoba chová pro pozorovatele nepochopitelným způsobem, zmateně, mluví takzvaně z cesty. Pacient může být i „bez sebe“. Takto se původně označovaly stavy bezvědomí. Animistická představa znamenala, že duše za jistých okolností opouští tělesnou schránku. Podobně se označoval i stav hlubokého spánku, kdy člověk „spí jako mrtvola“. Dnes se používá označení „bez sebe“ pro psychické poruchy, kdy není možné s pacientem navázat kontakt.

Pojem „blázen“ je dostatečně známý. Pro označení neurotických stavů nejsou mezi laickou veřejností adekvátní pojmy. Označení „nervozita“ je novějšího data a slouží nejčastěji k vystižení zvýšené iritability neurotiků. Příčina u neurotických stavů nebývá tak evidentní a determinující vztahy akceptují laici nedůvěřivě a někdy s výhradami. Neurotická porucha jako následek psycho-traumatu nebo dlouhodobé traumatizace je laiky akceptována v rozmezí těchto norem. Laici hledají jednoduché kauzální psychosomatické vztahy. Pokoušejí se lokalizovat poruchy do jednotlivých orgánů, při slabosti žádá laik rozbor krve, při cefalgii rentgen lebky, při palpitacích elektrokardiogram apod. Negativní nález vyšetření považují laici spíše za chybu při vyšetřovacím procesu nebo za neerudovanost lékaře než za důkaz funkční poruchy orgánu.

„Mladá žena, která se zbláznila z nešťastné lásky“ nebo „žena, které se vrazilo mateřské mléko do hlavy“ jsou laiky vnímány jako osoby s dobrou prognózou a jsou relativně málo odmítány okolím. Laici, kteří mají v rodině duševně nemocného, připisují obvykle prvotní příznaky duševní poruchy psychotické hloubky vnitřním okolnostem vyvěrajícím ze somatického stavu (pracovnímu přetížení, finančním neúspěchům, velkému úbytku na váze) nebo zevním okolnostem. Je to pro laika snesitelnější než připustit, že se problém nachází v mozku nemocného. Evokuje to lidovou představu duševní poruchy s nepříznivými důsledky dalšího průběhu a budoucí sociální situaci postiženého. (Höschl, Libiger, Švestka, 2002)

Laici většinou duševní poruchy třídí na psychózy a ostatní lehčí poruchy, mající spíše charakter poruch osobnosti. Mezi ně zařazují různé podivíny, maladaptivní jedince, v posledním čase také bezdomovce. (Höschl, Libiger, Švestka, 2002) Laik se cítí odborníkem ve věci duševních poruch možná i proto, že je sám účastníkem psychického života a sociální interakce. Zvrat v chápání duševních poruch laiky může změnit systematická výchova veřejnosti a pozitivní zkušenosti s duševně nemocnými, kteří jsou opět zapojeni do sociálních interakcí.

V současné době je používána odborníky Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, které se budeme držet i v kapitolách věnovaných ošetrovatelské péči o osoby s duševní poruchou. V MKN-10 je užíván termín „porucha“ a označuje existenci klinicky rozpoznatelného souboru příznaků nebo chování, který je ve většině případů spojený s pocitem tísně a narušením funkce.

2.3 Stereotyp psychiatra a sestry

Stereotyp psychiatra a sestry byl studován v USA pomocí analýzy filmových postav. Stereotypů bylo stanoveno více, často negativních. U nás bývá občas psychiatr vnímán jako osoba k nerozeznání od svých pacientů. Mezi lidmi koluje známý vtip, že personál od pacientů odlišuje jen to, že personál má klíče (myšleno univerzální klíč, díky kterému se dostane do většiny místností na psychiatrii). (Höschl, Libiger, Švestka, 2002)

Setkáváme se stále s tím, že sestry pracující na psychiatrii bývají vnímány jako méně odborně schopné než sestry pracující na jiných odděleních, jsou pomalé, neovládají některé ošetrovatelské postupy. Sestra, která je nadřazenou sestrou hodnocena jako neúspěšná na interně či chirurgii, nezřídka „skončila“ na psychiatrickém oddělení. Dobrá psychiatrická sestra je sociálně vyzrálou osobností s určitým širším rozhledem, která umí komunikovat s pacientem. Má často specializaci v psychiatrickém ošetrovatelství i psychoterapeutický výcvik. „Mluvit s pacientem? Co to je? To přece umí každá tetka!“, slyšíme občas od laiků či sester z jiných než psychiatrických oddělení. Ve výzkumu prestiže, který byl proveden v rámci diplomové práce v roce 2004 na 1. lékařské fakultě UK v Praze, se psychiatrická sestra umístila na 11. místě z 18 nelékařských profesí ve zdravotnictví. (Janoušková, 2004)

2.4 Prestiž oboru psychiatrie

Opakované výzkumy ve světě ukazují, že psychiatrie není ve srovnání s některými jinými obory oceňována a nemá takovou vážnost mezi zdravotníky i laiky.

Jedním z důvodů je to, že se zabývá stigmatizovanými jedinci. Fenomén šílenství má kořeny hluboko v historii (viz kapitola Historie psychiatrického ošetrovatelství). Byl zvládán bez účasti medicíny zejména rodinnou péčí. To by mohl být důvod, proč se laik cítí v otázkách duševních poruch odborníkem. Koncem 19. a na počátku 20. století se psychiatrie uchýlila do vlastních budov v odlehlých končinách či na okraji měst v důsledku rozmachu lůžkové péče i představy, že blahodárny klid je pro zotavení duševně nemocného důležitý. A to je další důvod menší prestiže oboru, který se tak vzdálil od ostatních oborů medicíny.

Dalším problémem je existence odlišných modelů duševních poruch a rozdílné výkladové systémy téhož problému i s odpovídajícími řešeními. Učebnice Psychiatrie (Höschl, Libiger, Švestka, 2002) uvádí jako příklad obsedantně kompulzivní poruchu, která je vykládána jako neurotransmiterová závada a lze ji léčit farmaky, ale zároveň může být nositel této diagnózy považován za jedince fixovaného v anální fázi a léčen pomocí psychoanalýzy, nebo jde o naučené nevhodné vzorce chování, a pak je na místě kognitivně behaviorální terapie.

Příčina nízké prestiže oboru je shledávána také v malé terapeutické úspěšnosti, i když lze operovat příznivými statistickými údaji. Problémem může být rovněž prezentace duševních poruch na veřejnosti. Je třeba zdůraznit, že jde často o chronický průběh duševní poruchy, jejímž typickým průběhem není trvalé vyléčení. Psychiatrii jsou vnímáni také jako osoby obdařené určitou mocí, která dovoluje omezit svobodu nemocného a měnit jeho sociální situaci. Tím jsou nemocní stigmatizováni.

Důležitý je i mediální obraz oboru. Psychiatrii někdy vystupují jako všeznáci, kteří se vyjadřují téměř k čemukoliv. (Höschl, Libiger, Švestka, 2002)

Uvedené charakteristiky vrhají stín i na ošetrovatelství v psychiatrii a na sestru, která pracuje na psychiatrii a úzce spolupracuje s lékařem – psychiatrem. Různé pohledy na psychiatrii a personál, uvedený v této podkapitole, umožňují vysvětlení některých přístupů k projevům duševních poruch.

3 Historie psychiatrického ošetřovatelství a vývoj vzdělávání ošetřovatelského personálu v psychiatrii

(Mgr. E. Rajmová)

3.1 Starověk

V prvobytné pospolné společnosti převládal strach před neznámým a nevysvětlitelným. To, co lidé neznali a neuměli si vysvětlit, přisuzovali nadpřirozeným silám. Lidé považovali nemoc, ať už tělesnou či duševní, za seslání trestu od bohů, za odvrácení jejich náklonnosti. Jediná obrana člověka spočívala v nošení ochranných symbolů – amuletů, talismanů, v magických obřadech a rituálech.

Mnohem později se objevují prvotní zárodky pozdějšího lékařství, které dnes nazýváme lidovým léčitelstvím. Lidé se učí od přírody a zkoušejí využívat její zdroje ke své léčbě. Rostliny, kůra stromů, kořínky, ale také vnitřnosti zvířat, krev, tuk a mnoho dalších surovin slouží k výrobě odvarů, zábalů, koupelí a mastí. Tuto léčbu měli na starosti hlavně vyvolení v kmeni, a to byli šamani, profesionální léčitelé té doby.

Na celkovém vývoji péče o duševně nemocné se významně podílelo egyptské a řecké lékařství. V Egyptě byly již mnoho let před naším letopočtem útočištěm pro duševně nemocné chrámy. Například při léčbě melancholie se v nich provozovaly hry a tělesná cvičení všeho druhu. V léčbě pomáhaly líbezné zpěvy a harmonické tóny, tanec, zábava. Okolo chrámů byly kvetoucí zahrady a uměle vytvořené háje a hlavně zde bylo zdravé ovzduší Nilu. Důležitý byl pravidelný denní režim nemocných a tělesná hygiena. Zde již můžeme sledovat první snahy cílené péče o duševně nemocné. Jednou z osobností, která se výrazně zapsala do dějin lékařství, byl **Hippokrates** (460–370 př. n. l.), řecký lékař a filozof. Hippokrates hledal příčinu chorob ve vlivech vnitřního i vnějšího prostředí člověka. Kladl důraz na správnou diagnostiku nemoci. Zdůrazňoval individuální přístup k nemocnému. Založil lékařskou školu, která vycházela z principu, že nemoc je přirozený stav a proces. Pro všechny formy duševních nemocí užíval termín *paranoia*. Od něho pocházejí zajímavé poznatky, které se udržely až do dnešních dnů, například, že duševní choroby se objevují u matek po porodu, že úzkostné stavy, trvají-li dlouho, mohou přejít v melancholii. Popsal delirantní stavy a poruchy paměti v průběhu nemocí, jako jsou tuberkulóza, malárie, dyzentérie atd. Jeho hlavní terapií duševních onemocnění bylo odstranit z těla nemocného nadbytek některé z hlavních šťáv použitím žilou, projímadly, dávidly. Jako léčiva užíval rostliny, nerostné látky, medika-

mentózní léčbu doplňoval zábaly, úpravou životosprávy, tělocvikem a procházkami.

3.2 Středověk

Léčba duševně nemocných ve středověku spočívala hlavně v nápravě, korekci, izolaci nebo nezájmu. Šílenství bylo chápáno jako omyl, hřích, nečistota a osamělost, sen v bdělém stavu, vytržení ze světa pravdy, zakotvení ve zlu a v prázdnotě, zbavení rozumu a posednutí zlými duchy, eventuálně ďáblem.

Různé společenské instituce, které předcházely prvním formám psychiatrických ústavů, azylů, léčeben, špitálů, odpovídaly dobové potřebě vyrovnat se s projevy duševní abnormality, s projevy šílenství, projevy nerozumu. Jednou z alternativ, jak se vyrovnat s duševními onemocněními ve společnosti, bylo jednoduše nemocné vyčlenit někam do ústraní, mimo normální jedince. Ve středověkém přístupu k duševní nemoci byla jednou z možností vyobcování pomatenců do lesa, v němž většinou neblaze dokonali svůj osud, nebo na loď – „**loď bláznů**“. Lodi bláznů se říkalo také „**opilý koráb**“ a údajně plul po říčních cestách Vlámka a Porýní. Některé kroniky, například kronika Norimberská, uvádějí stavění (pro změnu) „**věže bláznů**“, které sloužily jako „galerie“, kam se chodilo „dívat se na blázny“. Na jedné straně tedy pevná struktura věže, na druhé instituce, která zajišťuje pohyb od společnosti pryč. Vykázat nemocného na takovou loď zaručovalo minimální pravděpodobnost návratu. Odplutí bylo symbolem připoutání k nekonečnu vodních rozcestí (přirovnání duševní choroby k vodnímu živlu). Loděmi bláznů se společnost bránila přijmout těžké duševní poruchy. V období středověku se v léčbě duševně nemocných užívalo modlitby, zaříkávání a exorcismu. U netečných nemocných se používalo k jejich vzbuzení čichání ostře pronikavých zápachů, nasazování hmyzu a mravenců do šatů, pálení kůže rozžhaveným železem. Naopak neklidní byli ponořováni do studené vody, svazováni a přivazováni ke kůlům nebo na rotační přístroje (rotační rakve), na kterých byli otáčeni tak dlouho, dokud neztichli.

Vedoucí postavení církve znamenalo, že i lékařství a s ním i výklad duševních chorob se ocitaly v rukou církevních intelektuálů. Církev určovala vyučování medicíně. Osudy psychiatrie ve středověku patří mezi ty nejčernější v dějinách medicíny vůbec. V této době se do popředí dostává víra v existenci duševních nemocí způsobených démony, víra v čarodějnictví, od které se již v 16. století distancovali **Juan Luis Vives** (1492–1540), španělský pedagog a filozof, **Johann Weyer** (1515–1588), německý lékař, okultista a démonolog, **Reginald Scott** (1538–1599), anglický autor, a v 18. století už pak lékaři zcela otevřeně. Je na místě vyslovit politování nad tisíci duševně nemocnými, kteří byli vydáni plamenům, místo aby byli umístěni v azylech pro duševně

choré. Historikové odhadují, že v Evropě v průběhu 16. a 17. století padlo čarodějnickým procesům za oběť nejméně několik set tisíc osob. Je oprávněná domněnka, že duševně nemocní tvořili část z nich.

V Čechách ve středověku nebyla žádná systematická péče o duševně nemocné. Středověká soustava nemocnic, tzv. „hospitalů“, byla svěřena do rukou klášterních. Ošetrovatelé byli z řad mnichů a jeptišek. Duševně nemocným se v těchto zařízeních dostalo alespoň toho nejnútnejšího opatření zejména ve špitálech řádu alžbětinek nebo milosrdných bratří. Ti, kdo nebyli přijati, končili v obecních šatlavách, kde se o ně staral dráb. Neklidní nemocní byli zavíráni do vězení a odsuzováni k tělesným trestům. Podle tehdejších názorů si nezasloužili ani péče, ani ochrany.

3.3 Novověk

Osvícenské reformy vedly ke vzniku nových hospodářsko-spoločenských vztahů uvnitř rozkládajícího se feudálního zřízení. Do tohoto období velmi zasáhla Velká francouzská revoluce (1789). Mnoho lékařů se k jejím ideálům stavělo pozitivně. Ztotožnili se s humanistickými myšlenkami osvícenství, se sociálními ideály, s humanitními snahami encyklopedistů. A byla to právě Velká francouzská revoluce, která provedla základní přebudování veškeré veřejné péče a reformu tehdejší nemocniční léčby.

Pro psychiatrii představuje významný den datum 11. září 1793, kdy pařížský lékař **Phillipe Pinel** (1745–1826) vyvedl z podzemních kopek pařížského blázince Bicetre duševně choré na světlo a vzduch a zaručil jim ošetrovatelskou péči, lékařské ošetření, právo na svobodu a osobní hygienu. Pinel patřil mezi významné francouzské lékaře. Působil také v pařížské nemocnici Salpêtriére, před kterou stojí jeho socha (dnes nemocnice Pitié Salpêtriére). Postupně se snažil odstranit poutání duševně nemocných a nahradit vězeňský režim režimem bez omezování a zastrašování. Zastával názor, že blázni jsou nemocní lidé, které je potřeba léčit, a že si zaslouží ohledy od ostatních, „...*chovají-li se choromyslní jako zvěř, je tomu tak proto, že se s nimi právě tak zachází.*“ (Porter, 2001) Propagoval tedy přátelský, vlídný přístup k nemocným a jejich pochopení. Stal se vzorem pro ostatní. Díky svému liberálnímu myšlení to ve své době samozřejmě neměl vůbec lehké.

„Následující vývoj psychiatrie Pinela ověnčil legendou humanistického revolucionáře, který vystavil duševní nemoc slunečnímu svitu, pomatenost pravdě a šílenství podrobil komplexní terapii, nazvané morální léčba... Pinel umístil obor psychiatrie mezi lékařství a vědu, zabývající se uměním řídit stát a společnost.“ (Černoušek, 1994)

Budování psychiatrického ústavnictví vedlo k osamostatnění psychiatrie a vytvoření samostatného oboru. Pinel je řazen mezi první psychiatry a je považován za zakladatele novodobé ústavní psychiatrie.

3.4 Ústavy pro duševně choré

Samostatné ústavy pro duševně choré se objevily až ke konci 18. století. První vznikl v Londýně v roce 1751, další 1776 v Novgorodě, 1784 ve Vídni. V Praze došlo 1. listopadu 1790 ke slavnostnímu otevření všeobecné nemocnice a téhož dne tam byl uveden do provozu i první samostatný ústav pro duševně choré, který byl řádně spravován a řízen lékaři. Ohlédneme-li se do minulosti psychiatrického ústavnictví v našich zemích, můžeme konstatovat, že tím začíná první kulturní a lidsky důstojná péče o duševně choré. Otevřením tohoto ústavu byly dány předpoklady pro samostatný rozvoj psychiatrie jako medicínského oboru v českých zemích. Nad vchodem do jeho budovy, která sice ještě stojí, ale slouží již jiným účelům, se dodnes zachoval nápis: „Custodiae mente captorum Josephus II., Leopoldus II., MDCCXC“ (Péči o duševně choré určil Josef II. a Leopold II., 1790).

Pražský ústav pro duševně choré, nazývaný také Blázinec (Tollhaus), byl umístěn rovnoběžně s průčelím nemocnice jako jednoduchá dvoupatrová stavba. Všechny místnosti v nemocnici měly dřevěnou podlahu a chodby cihlovou. Vnitřní zařízení bylo prosté – postele se slamníky, prostěradlem a vlněnou prošívanou dekou, stůl s několika židlemi, skříň pro léky a ostatní inventář. Svítlo se olejem nebo svíčkami. Celá dvoupatrová budova byla určena pro 57 nemocných, kteří byli v pokojích po dvou. Přízemí bylo pro muže, první patro pro ženy a druhé sloužilo jako oddělení třídní. Oddělení mělo tři třídy, nemajetní byli ošetřováni ve třídě třetí.

Opatrovníci museli být ženatí, protože ošetřovali nemocné obojího pohlaví. Dále ručili za správné větrání místností a museli dbát na to, aby zuřiví pacienti nikoho nezranili. Jejich povinností bylo též dohlížet na úklid a čistotu v budově. Personál měl fixní plat a s výjimkou prvního lékaře bydlel přímo v ústavu. K platu každý dostával přiděl dřeva a svíček. Platy ošetrovatelů byly velmi nízké a ve službě nedostávali stravu. Po dlouhá desetiletí se jim říkalo hlídači. Měli velmi těžkou službu. Bydleli přímo na pokoji s nemocným, nesměli se vzdálit bez dovolení nadřízených. Ti dokonce rozhodovali i o udělení tělesných trestů, které ještě v roce 1836 byly dovoleny. Ošetrovatelé a ošetrovatelky pocházeli především z nejhudších vrstev obyvatelstva.

V pamětech **J. T. Helda** (1770–1851), který suploval místo primáře ve všeobecné nemocnici, se můžeme dočíst o práci ošetrovatelského personálu. Tu považoval za důležitou a viděl v ní mnoho nedostatků. Píše, že většinu ošetřo-

vatelů – ošetřovatelek nepřivedla k nemocničnímu lůžku láska, ale nouze a bída. A těžko žádat kvalitní péči od nepřilíš vzdělaného a bídně placeného personálu. Held se snažil „zlidštit“ pracovní podmínky nemocničního personálu, zlepšit vnitřní organizaci práce v nemocnici, zajistit stravování pro zaměstnance aj. Snažil se prosadit nový název ústavu, místo Tollhaus (dům bláznů, blázinec) Irrenhaus (dům pomatených).

V roce 1844 pracovalo v nemocnici více žen než mužů. Očekávalo se od nich více trpělivosti, vstřícnosti, vlídnosti a smyslu pro hygienu. Německy se jim říkalo Krankenwärterin, česky opatrovnice, obsluhovačka nebo také hlídačka. Název ošetřovatelka se objevuje až díky Elišce Krásnohorské v 70. letech 19. století.

Pro rozšíření „pražského blázince“ byl adaptován bývalý augustiánský klášter u sv. Kateřiny, vzdálený asi 200 metrů od všeobecné nemocnice. V roce 1826 byl klášter zakoupen, přebudován a od té doby měla Praha opravdu důstojný azyl pro duševně choré. Ústav mohl pojmut až 260 nemocných, ale hlavně v něm mohla být budována psychiatrie již jako samostatné odvětví medicíny.

V roce 1844 byla na pozemku sv. Kateřiny uvedena do provozu další část ústavu, takzvaný Nový dům (stavba započata v roce 1840). Sem byli posíláni choří, u kterých byla naděje na vyléčení. Ve staré části zůstávali dlouhodobě nemocní. Koncem roku 1850 měla Praha ve středu města ústav s kapacitou přes 500 lůžek, účelně zařízený a vybavený, který v té době patřil k nejlepším v Evropě. Ředitelem zde byl **dr. Joseph Gottfried Riedel** (1803–1870). Pod jeho dohledem se rozvíjela humánní péče o nemocné. Součástí léčebného režimu se stala i pracovní terapie. K dispozici byly tkalcovské, knihařské dílny, knihovna pro vzdělané pacienty. Riedl v zahradě ústavu zřídil pro obveselení pacientů kolotoče, kulečník, střelnici s míčem. Byly zakoupeny hudební nástroje, na které nemocní v rámci své léčby při různých příležitostech hráli. Důležitý byl i léčebný tělocvik, vodoléčba a zdravotní procházky. Roku 1847 se podle nejlepších vědeckých poznatků začalo s elektroterapií, která je dnes součástí rehabilitační terapie. Riedel byl v roce 1851 povolán do Vídně a pověřen vedením psychiatrického ústavu. O Riedlovi se právem říkalo, že byl psychiatrem nové školy, na svou dobu nesporně významnou osobností. Byl povýšen do šlechtického stavu.

V archivní sbírce **„Index propuštěných zaměstnanců Zemského ústavu pro choromyslné v Praze“** se můžeme konečně dozvědět něco o zaměstnancích z doby zhruba před sto lety (1884–1899). Záznamy byly prováděny česky, výjimečně německy nebo latinsky. Svazek dělil zaměstnance na muže a ženy a ze záznamů vyplývá, že šlo převážně o nekvalifikovaný personál, který se zaučoval pouhou praxí v nemocnici. Kvalita ošetrovatelské práce, jde-li to tak nazvat, se opírala především o osobní přednosti. Důležitá byla pečlivost, spo-

lehlivost, zodpovědnost, vlídnost a poslušnost k představeným. Pracovní podmínky nebyly tak příznivé. Mohlo by se nám dnes zdát, že šlo o jakýsi typ vězení s občasnými vycházkami za dobré chování. Někteří opatrovatelé a opatrovnice sami vydrželi ve službě 14 dní, jiní byli po několika dnech, kdy se projevíly jejich nežádoucí povahové rysy nebo se ukázalo jejich nevhodné chování, vyhozeni se zákazem dalšího přijetí. Jiní vydrželi několik let. Ti pak mohli dosáhnout až na tak zvané „provise“ – tj. pravidelný finanční příjem, což tehdy nebylo samozřejmostí. Dalšími důvody propuštění byl špatný zdravotní stav nebo nemoc, nástup na vojenskou službu, těhotenství. Okamžité vyloučení následovalo po porušení pracovních podmínek a kázně, například stačilo opozdit se z vycházky. Patřily sem i samovolný odchod, útěk, propuštění pro hrubé chování, pro neslušnost, pro odmítnutí podrobit se trestu, sprosté chování proti lékařům, spánek ve službě, krádeže, hrubé zacházení s nemocnými, ohrožení nemocných, nevhodná sexuální aktivita (lesbické či homosexuální sklony), opilství, nedbalost nebo podání výpovědi ze strany zaměstnance. Velice zajímavé je pozastavit se nad důvody odchodů u opatrovníků – opatrovnic, kteří odešli na vlastní žádost. Byli jimi důvody jako nástup na lepší místo (například ve všeobecné nemocnici), rodinné obtíže, pracovní neshody s ostatními zaměstnanci, pocity ohrožení ze strany nemocných a ze strany lékařů (stížnosti na fyzické tresty). Za 16 let odešlo 1072 přijatých mužů a 399 přijatých žen. Z toho v průměru vychází, že každý týden odešel ze služby jeden přijatý muž a každých čtrnáct dní jedna žena. Z toho za hrubé zacházení s nemocnými byl propuštěn každý měsíc jeden muž a každý třetí měsíc jedna žena.

V roce 1890 připadalo na jednu ošetrovatelku (opatrovnici) v průměru šest pacientů. Dnes bychom hovořili o jakési skupinové péči. Ale ani přesto výběr vhodných uchazeček v této době nebyl dostačující a jejich společenské postavení bylo velmi nízké. Platily pro ně zákony jako pro čeledíny. Na přelomu 80. a 90. let vyšly v Praze nové instrukce pro ošetrovatelky, jak v českém, tak v německém jazyce, a to pod názvem „**Rukověť o službě opatrovnictva**“. Zde byly popsány práva a povinnosti ošetrovatelek, v některých částech byly dokonce i učebnicové návody jednání v konkrétních situacích. Podle těchto instrukcí byly předpoklady pro přijetí do služby následující – věk do 40 let, tělesné a duševní zdraví, znalost českého a německého jazyka, čtení, psaní, počítání, osvědčení o bezúhonnosti a schopnosti opatrovnické služby. Zaměstnanci měli nárok na služební oděv, bezplatné stravování a ubytování. Ošetrovatelky byly ubytovávány přímo na pokojích nemocných, jejich lůžko bylo od ostatních odděleno pouze plentou či dřevěnou příčkou. Někdy i bez plenty, s věcmi, které měly uloženy v bednách na chodbě. Vzhledem k celkové finanční situaci nebyla nemocnice schopna tento problém s bydlením vyřešit.

Pražský ústav, ačkoliv měl již po roce svého fungování téměř 800 lůžek, byl pro neustálé přeplnění rozšiřován. V roce 1860 vznikla pobočka Na Slupi, 1863

v Brně–Černovicích, 1869 v Kosmonosích, 1875 ve staré porodnici u Apolináře. To vše nestačilo a tak rozšiřování pokračovalo dál – 1876 až 1883 výstavba ústavu v Dobřanech, 1887 v Opařanech u Tábora, 1889 v Opavě, 1890 v Horních Beřkovcích u Roudnice nad Labem, 1892 ve Štemberku, 1902 v Jihlavě jako pobočka Brna, 1905 až 1909 v Kroměříži, 1904 až 1909 v Bohnicích, 1928 až 1934 v Havlíčkově Brodě.

Všechny změny ve společnosti se promítly i do historie psychiatrické péče. První a druhá světová válka, nacistické hnutí a jeho persekuce všech a všeho, co neodpovídalo jeho představám, osvobození v roce 1945 a následná komunistická ideologie, která ovlivnila nejen systém a organizaci práce, vzdělávání ve zdravotnictví, ale i celkové vnímání života a svobody. Její prodloužená ruka – odborová organizace – suplovala vedení ústavů zvláště při výběru pracovníků, přidělování bytů zaměstnancům, zajišťování rekreace. V červenci 1966 byl schválen zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Představoval novou zákonou normu pro sjednocené zdravotnictví. Zdravotnická zařízení byla řízena okresními a krajskými národními výbory a začleněna do ústavů národního zdraví. Národní výbory měly kompetence v rozhodování o oprávněnosti držet pacienta v léčebně bez jeho souhlasu. Pokus o reformu socialismu v Československu v roce 1968 byl přerušen zásahem sovětských vojsk. Následovaly persekuce, prověrky a socialistické soutěžení.

Během 70. let rostl počet specializovaných odborníků – lékařů, psychologů, pedagogů. Léčebny se snažily poskytovat moderní léčebné prostředky, jako například biologické, farmakologické, psychoterapeutické a rehabilitační. Je organizována protialkoholní, protitoxikomanická, sexuologická, pedopsychiatrická, gerontopsychiatrická péče, buduje se fyzikální léčba a vodoléčba.

V posledních deseti letech se vytvořily nové podmínky, které otevřely nové možnosti a vzbudily nová očekávání. Zkracuje se ošetrovací doba. Vlivem společenských změn je snaha upřednostňovat méně direktivní a demokratičtější přístup k nemocným se zřetelně volnějším ošetrovatelským režimem. Oproti tradičnímu systému práce, který byl zaměřen na rozdělení pracovních úkonů a jejich plnění bez ohledu na individuální potřeby nemocného, se dnes usiluje o to, aby každé ze sester byla svěřena do rukou péče o konkrétního pacienta, pro kterého zajišťuje vše, co jeho ošetřování vyžaduje. Je důležité, aby sestra lépe poznala problematiku nemocného a znala jeho individuální potřeby. Tím se může lépe podílet na zvýšení efektu terapeutického působení. Důležité je i vědomí odpovědnosti za konkrétního pacienta. U sester je zdůrazňována nutnost jejich účasti, ohleduplnosti, trpělivosti, obětavosti, celkově lidská a odborná úroveň. Oprávněným a zdůrazňovaným požadavkem je plné respektování občanské důstojnosti nemocného. V ošetrovatelské psychiatrické péči nemocný očekává především neformální, lidský zájem o svoji osobu, pochopení pro své potřeby a problémy.

3.5 Dvacáté století až do současnosti

(Mgr. E. Rajmová, Mgr. T. Petr)

Ve 20. století byla psychiatrie ovlivněna dílem Sigmunda Freuda, který svou teorií o vzniku duševních chorob výrazně přispěl k psychologizaci medicíny. Nový pohled na medicínu se projevil též ve vnímání psychiatrie. Ve 20. století lze pak vypočítávat několik zásadních společenských mezníků, které ovlivňovaly i psychiatrickou péči. Prof. Höschl se domnívá, že stav psychiatrie je ukazatelem vztahů mezi lidmi v té které epoše společenského vývoje. Poukazuje na zvláštní změny v psychiatrii, které souvisejí se změnami společenského klimatu: „*Padne-li totalitní režim, dochází přechodně ke zhoršení situace v psychiatrii a objevují se snahy psychiatrii zlikvidovat jako instituci, která duševně nemocné neléčí, nýbrž vyrábí.*“ (Höschl, Libiger, Švestka, 2002) Podle Höschla se popřevratových v dobách vždy objevují snahy zrušit psychiatrické léčebny. Ve 20. století lze vypočítávat několik takových příkladů. Prvním výrazným momentem byl vznik samostatného státu v roce 1918, po kterém následoval úbytek investic do psychiatrické péče, což se negativně promítlo do kvality poskytovaných služeb. Situace za 2. světové války byla také velmi neutěšená. Pro nacistické Německo bylo charakteristické, že duševně nemocní byli hromadně likvidováni jako nepotřebné osoby. Po skončení 2. světové války nezájem o psychiatrii pokračoval, tentokrát v duchu hesla: „*V nové lepší společnosti nebude bláznů a šilenců.*“ (Höschl, Libiger, Švestka, 2002) A konečně poslední významný mezník našich novodobých dějin, převrat v roce 1989, opět přinesl tendence všechny pacienty propustit, zrušit psychiatrické léčebny a vytvořit vstřícnější a humánnější systém. Současná psychiatrie je výsledkem dvou odlišných proudů. Na jedné straně je to eliminace nepřijatelně se chovajících jedinců ze společnosti a jejich označení za šilence, později za duševně nemocné, a na straně druhé osamostatnění léčby o tyto jedince, která byla delegována lékařům, od všeobecné medicíny.

3.6 Vývoj vzdělávání ošetrovatelského personálu v psychiatrii

Péče o duševně nemocné patřila v úplných začátcích do rukou laiků, později do rukou kněží a zářkávačů. Teprve s novým názorem, že duševní poruchy jsou onemocněním mozku, přechází pod dohled lékařů. Ti, kdo se bezprostředně o nemocné starali a zajišťovali jim jejich základní potřeby, byli především z řad řeholníků a řeholnic, ale daleko více z řad nevzdělaných, chudých, někdy pro společnost morálně nepřijatelných lidí.

S postupným vývojem nemocnic a ústavů se práce a s ní i důležitost odborné přípravy opatrovníků, později ošetrovatelů dostává do popředí pozornosti. V českých zemích bylo jedním z důležitých mezníků vzdělávání ošetrovatelského personálu založení všeobecné nemocnice v Praze. Z roku 1845 se dochoval zajímavý projekt na zlepšení ošetrovatelské péče o duševně nemocné. Byl to návrh na založení ošetrovatelské školy při všeobecné nemocnici, jejímž iniciátorem byl docent psychiatrie Joseph Gottfried Riedel (1803–1870), v té době ředitel a primář pražského ústavu choromyslných. Jeho snahou bylo zlepšit péči o pacienty. Byl přesvědčen, že je nutno ošetrovatelky dobře připravit a vyškolit na práci v nemocnici. Přednášky se v této ošetrovatelské škole měly konat v neděli a ve volných dnech. Uchazečky do „studia“ měl přijímat ředitel nemocnice a kurs neměl být delší než tři měsíce. Na jeho konci by absolventky podle plánu skládaly závěrečné zkoušky za přítomnosti ředitele, primářů a správce nemocnice. Ale získat žákyně, které by chodily na kurs, pracovaly v nemocnici, a to vše jen za pouhou stravu, bylo nemožné. Celý projekt ztroskotl na nedostatku financí. Všeobecná nemocnice tak přišla o jednu z nejdůležitějších priorit.

Další vývoj vzdělávání pracovníků v psychiatrii se opíral o celkový vývoj ošetrovatelství. Iniciativa pro založení první ošetrovatelské školy u nás vyšla až na počátku 70. let 19. století z podpory Ženského výrobního spolku, nejvíce konkrétně Karolíny Světlé (1830–1899) a Elišky Krásnohorské (1847–1926), dále prof. Vítězslava Víta Janovského (1847–1925) a Spolku českých lékařů. První ošetrovatelská škola v Praze vznikla roku 1874 a existovala sedm let, do roku 1881. Pak výuka ošetrovatelek nadlouho ustala.

V roce 1909, po vybudování bohnického ústavu, bylo třeba zlepšit pracovní poměry a kvalifikaci ošetrovatelů. Nový příjem nekvalifikovaných pracovníků vyžadoval intenzivní doškolování. Opatrovnický personál se musel po roce služby podrobit zkoušce, která byla i podmínkou pro úpravu platu. Výkaz o složení těchto opatrovnických zkoušek byl posílán na Královskou českou zemskou úctárnu.

V této době byla již k dispozici první kniha, dnes můžeme říci učebnice, „**Ošetrování choromyslných**“, vydaná v roce 1908. Pro ošetrovatele ji napsal sám ředitel královského českého zemského ústavu pro choromyslné v Dobřanech, pozdější první ředitel bohnické léčebny dr. **Jan Hraše**. Tato kniha byla na svou dobu velice pokroková, moderní a byla také přeložena do německého jazyka. Hraše v ní výslovně užívá zásadně označení „**ošetrovatel**“ proti tehdejšímu úřednímu názvu „opatrovník“. Název opatrovník se udržel až do konce druhé světové války.

V roce 1913 vyhlásil výnos ministerstva vnitřní celostátní akci k povznesení odborné a hospodářské úrovně ošetrovatelského povolání v monarchii. Počítalo se s otevřením ošetrovatelských škol v Praze, jedné německé a jedné české.

Přípravy začaly už v roce 1913, ale k zahájení výuky došlo až v květnu 1916. Bylo to studium dvouleté a v roce 1918 opustilo tuto školu z původně 15 přijatých prvních 10 absolventek, které získaly titul diplomovaná sestra. Všechny tyto sestry nastoupily, jak je známo z dostupných informací, pouze na interní nebo gynekologickou kliniku. Trvalo ještě dlouho, než začal v povědomí lékařské i laické veřejnosti převládat názor, že je nutné, aby ošetrovatelky nemocných prošly soustavnou teoretickou a praktickou přípravou. V září roku 1920 bylo vedení školy předáno do rukou Červeného kříže a ředitelkou se v letech 1920–1923 stala Američanka M. G. Personsová. V roce 1923 se vedení ujaly české sestry a v roce 1931 škola přešla do státní správy.

Po druhé světové válce vyvstala v ústavech pro duševně nemocné potřeba nových pracovníků, hlavně mužů – ošetrovatelů. Do léčeben přicházeli mladí lidé z venkova a s nimi i jejich příbuzní a známí, a tak se v pracovním kolektivu ústavů vytvářely nové sociální skupiny. Příliv nových sil vyžadoval jejich zaučení a zvládnutí potřebné kvalifikace. V prosinci 1945 byl v psychiatrické léčebně v Bohnicích ukončen první kurs ošetrovatelského minima pro 145 nových ošetrovatelů. Bohnický ústav měl tedy první ošetrovatele se základní kvalifikací až po válce. Zákon č. 94/1947 Sb., **o mimořádných ošetrovatelských diplomových zkouškách a o doplňovacím výcviku ošetrovatelského personálu** umožnil získat v letech 1948–1950 dalším, celkem 311 ošetrovatelům a ošetrovatelkám z bohnického ústavu mimořádný ošetrovatelský diplom. A v roce 1949 bylo ještě povoleno krajským národním výborem šedesáti ošetrovatelům a ošetrovatelkám, kteří měli odpracované minimálně čtyři roky, připuštění k jednoročnímu ošetrovatelskému výcviku v ošetrovatelské škole při léčebně v Bohnicích.

V letech 1949–1952 existovala **psychiatrická větev Vyšší školy sociálně zdravotní** v Praze 1, na Alšově nábřeží (později přesunuta na území Prahy 7). Iniciátory této akce byli ředitel bohnické léčebny dr. **Alois Plískal** a duchovní otec vzdělávání ošetrovatelského personálu, primář dr. **Jiří Semotán**. V prvním běhu v letech 1949–1950 absolvovalo 35 zaměstnanců, ve druhém 1950–1951 dalších 47. Další studium bylo již internátní a bylo zakončeno maturitou. Dosáhlo jí 18 zaměstnanců. Vyučovalo se třikrát týdně formou studia při zaměstnání. Odborné předměty přednášeli lékaři a další pracovníci z ústavu.

V 50. letech v důsledku tuhého politického řádu došlo k důležité změně ve školském systému, která nadlouho a ne příliš pozitivně ovlivnila další vývoj vzdělávání zdravotních sester u nás. Podle nového školského zákona z roku 1948 byly ošetrovatelské školy sloučeny s rodinnými a sociálními školami po vzoru Sovětského Svazu. Tím vznikl „hybrid“ středních odborných škol, v nichž se studentům dostávalo jak všeobecného, tak odborného vzdělání. Na středních zdravotnických školách tak začaly být připravovány všechny kategorie tzv. středního zdravotnického personálu. Studium trvalo 4 roky a bylo

zakončeno maturitou. Příprava sociálně nezralé mládeže, s celkově převážně biologicky orientovaným učivem a nízkým počtem hodin odborné praxe, vedla k nedostatečné kvalitě přípravy pro tak náročné povolání, jakým bezesporu zdravotní sestra je.

Odborné doškolení pracovníků v psychiatrickém ošetřování nemocných probíhalo v dalších letech při střední zdravotní škole v Praze 8 – Košínska a při nemocnici na Bulovce.

V roce 1953 byla přímo v bohnické léčebně zřízena závodní škola práce, která doplňovala kvalifikaci pro nižší zdravotnický personál. Pro střední zdravotnický personál byly v rámci ústavního vzdělávacího střediska pořádány kurzy psychiatrického minima, psychoterapie, seznámení s rehabilitačními metodami v psychiatrii.

Šedesátá léta byla ve znamení školení, seminářů a kursů. Díky nárůstu počtu kvalifikovaných pracovníků bylo možné uplatnit podstatně vyšší nároky na ošetrovatelskou péči a etiku než kdykoliv jindy v minulosti. Ošetrovatelský personál již nebyl pouze opatrovníkem nemocného, ale pomalu se stával i důležitým partnerem lékaře při uskutečňování léčby. Postupně přibývaly v ústavech i další profese, jako například dietní sestry, rehabilitační pracovnice, rozšířil se počet sociálních pracovníků a sester, které se zaměřovaly na léčbu prací.

Součástí této doby bylo i další vzdělávání středně zdravotnických pracovníků. Ty měli možnost navštěvovat kurzy a vykonat kvalifikační zkoušku v tehdejší **Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků** (IDV PZ, dnes Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů), který vznikl v roce 1960.

Změny ve vzdělávání sester v psychiatrii po roce 1989

Na rozdíl od vývoje ošetrovatelství ve vyspělých zemích západního světa ošetrovatelství u nás a v zemích tzv. východního bloku z důvodu tradičního dominantního postavení medicíny v systému zdravotní péče nemohlo projít přirozeným společenským vývojem. Změny, které nastaly po roce 1989, se týkaly nejen změn v samotném ošetrovatelství jako takovém, ale především změn v oblasti vzdělávání. Začátkem 90. let (školní rok 1992/1993) bylo otevřeno nástavbové jednorocní pomaturitní studium se zaměřením na ošetrovatelskou péči v psychiatrii. Tento obor byl celkem na třech zdravotnických školách v naší republice – v Brně, v Kroměříži a v Praze. V Praze bylo toto studium otevřeno při Střední zdravotnické škole v Praze 8 v Povltavské ulici. Studium trvalo jeden rok a bylo určeno pro absolventy středních zdravotnických škol. Ukončeno bylo v roce 1996. V září 1997 byl nově otevřen obor **Diplomovaná sestra pro psychiatrii** pro vyšší zdravotnické školy, a to v Praze, Brně a později v Havlíčkově Brodě. Do tohoto studia se mohl hlásit každý, kdo