

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Specifika práce sestry v domácí
psychiatrické péči**

bakalářská práce

Autor práce: Eva Adamová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vršecká

Jihlava 2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Eva Adamová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Specifika práce sestry v domácí psychiatrické péči
Cíl práce:	Zjistit specifika práce sestry v domácí psychiatrické péči

Mgr. Petra Vršecká
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem Specifika práce sestry v domácí psychiatrické péči je zaměřena na specifika, které se zohledňují v práci všeobecné sestry v domácí psychiatrické péči. Je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část se věnuje organizaci psychiatrické péče v České republice, reformě psychiatrické péče, centrům duševního zdraví. Dále se věnuje vybraným duševním onemocněním, jejich léčbě a ošetrovatelské péči o pacienty s psychiatrickým onemocněním. V praktické části je vyhodnocen cíl a výzkumné otázky, které se zaměřují na hlavní náplň všeobecné sestry v domácí psychiatrické péči, přístup všeobecných sester k psychiatrickým pacientům a také jaká rizika obnáší práce sestry s verbálně a fyzicky agresivním pacientem. Výsledky výzkumného šetření, pro které byl vybrán rozhovor, jsou vyhodnoceny, graficky znázorněny a doplněny slovním komentářem.

Klíčová slova

Psychiatrie, domácí péče, práce sestry, všeobecná sestra, reforma psychiatrie.

Abstract

This bachelor thesis titled Specifics of Nursing in Psychiatric Homecare is focused on the specifics which are taken into account in the nursing work in the psychiatric homecare. The bachelor thesis is divided into a theoretical and a research part. The theoretical part is focused on the organizations of the psychiatric care in the Czech Republic, further on the psychiatric reform, and the Centers of Psychiatric Health. It deals with the chosen psychiatric illnesses, with their treatment and the care of psychiatric patients. In the research part, there is an assessment of the aim and research questions which are focusing on the content of the general-nurse's work in the psychiatric home care, as same as on their access to the psychiatric patients. Also, the risks of nurses' work in approach to the verbally and physically aggressive patients is described. The research results gained by the interviews are evaluated, graphically shown, and commented.

Key words

Psychiatry, Homecare Nursing, Nurse, Psychiatry Reform.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 7. května 2021

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce, Mgr. Petře Vršecké, která se mnou měla velkou trpělivost, pomáhala a radila mi. Dále pak své mamce, která mě přivedla na zajímavé nápady, a také těm, kdo mi dělali korekturu a pomohli s překladem do angličtiny. V neposlední řadě patří velké dík mému příteli, který mě nutil a motivoval, abych zvládla dokončit práci včas.

Obsah

Úvod	11
Motivace	12
Cíl práce	12
1 Současný stav problematiky.....	13
1.1 Psychiatrická péče v České republice	13
1.2 Reforma psychiatrické péče.....	14
1.3 Centrum duševního zdraví.....	15
1.4 Duševní onemocnění	17
1.5 Léčba pacientů s duševním onemocněním	20
1.6 Ošetrovatelská péče v psychiatrii.....	22
1.7 Základní princip komunikace s duševně nemocným	23
1.8 Přístup k neklidným a agresivním pacientům.....	24
1.9 Psychiatrická péče a právní normy	25
2 Výzkumná část (praktická část)	27
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	27
2.2 Metodika výzkumu.....	27
2.3 Charakteristika vzorku respondentů.....	28
2.4 Průběh výzkumného šetření.....	28
3 Diskuze	40
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	43
Závěr.....	44
Seznam použité literatury	45
Seznam tabulek	47
Přílohy	48

Seznam použitých zkratk

CDZ – Centrum duševního zdraví

CMP – cévní mozková příhoda

OCD – obsedantně-kompulzivní porucha

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě praxe, kterou jsem strávila v Centru duševního zdraví. Práce sestry v Centru duševního zdraví je odlišná od práce sestry v nemocnici, má svá specifika a velice mě zaujala. Do té doby jsem se seznámila pouze s péčí o pacienty na somatických odděleních.

Péči o pacienty s vážnými psychickými diagnózami zajišťuje tým odborníků, bez nichž by pacienti pobyt v domácím prostředí jen těžko zvládali. Setkala jsem se například s pacientem, který byl dlouhodobě hospitalizován v psychiatrické nemocnici a jen díky činnosti týmu pracovníků centra duševního zdraví mohl začít žít samostatně. Nejdříve mu bylo zajištěno chráněné bydlení, po té se podařilo sehnat byt v domě s pečovatelskou službou. Bez soustavné spolupráce celého týmu by tento pán pobyt mimo ústavní zařízení nezvládl.

Tato osobní zkušenost s činností Centra duševního zdraví mě motivovala k touze získat více informací o činnosti těchto zařízení a o problematice ošetrovatelské péče o pacienty s duševním onemocněním.

V teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na organizaci psychiatrické péče u nás, reformu psychiatrické péče a vznik center duševního zdraví, která jsou novým prvkem v péči o duševně nemocné pacienty. Zabývala jsem se vybranými duševními onemocněními, která jsou kritériem pro přijetí do Centra duševního zdraví, léčbou duševních onemocnění, ošetrovatelskou péčí o pacienty a jak s nimi komunikovat.

V praktické části byl prováděn kvalitativní výzkum, kterého se účastnily sestry, jež pracovaly v Centrech duševního zdraví. Zjišťovala jsem hlavní náplň práce sestry v domácí psychiatrické péči, kdo je klientem Centra duševního zdraví, jak přistupují k pacientům s psychiatrickou diagnózou. Také jsem se zajímala, jak reagují na agresi pacienta, zda jsou sestry v této problematice proškoleny.

Cílem předkládané závěrečné práce bylo zjistit specifika práce sester v domácí psychiatrické péči.

Motivace

Vybrané téma jsem si zvolila na základě praxe, kterou jsem strávila v Centru duševního zdraví, kde jsem byla obohacena o velice zajímavé zkušenosti a chtěla jsem o dané problematice získat více informací.

Cíl práce

Zjistit specifika práce sestry v domácí psychiatrické péči.

1 Současný stav problematiky

Psychiatrie, jež je jedním ze základních medicínských oborů, se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí duševních poruch. Význam tohoto oboru nabývá na důležitosti, vzhledem k tomu, že ve vyspělých státech se staly neuropsychiatrické choroby jednou z nejvýznamnějších skupin nemocí. Prevalence těchto chorob v naší společnosti dosahuje až 50 % a jsou nejčastější příčinou invalidizace. (Raboch, Pavlovský, 2012)

1.1 Psychiatrická péče v České republice

Kvalita zdravotních služeb a spokojenost jejich uživatelů je výrazně ovlivněna organizací těchto služeb. V České republice je nerovnoměrné rozložení psychiatrických služeb a jsou dlouhodobě podfinancované, což se promítá do jejich kvality. (Petr, Marková a kol., 2014) Dle Winklera a kol. (2013) je propastný rozdíl v uspořádání psychiatrické péče mezi ČR a vyspělými evropskými státy. Systém psychiatrické péče u nás je charakteristický nízkým podílem psychiatrie na celkových výdajích za zdravotní péči, koncentrací péče v psychiatrických léčebnách a nedostatečně rozvinutou komunitní péčí.

Do psychiatrických služeb, které jsou vzájemně propojeny, patří ambulantní psychiatrická péče, lůžková zařízení a komunitní péče. (Petr, Marková a kol., 2014)

Ambulantní péče je základem péče o lidi s duševním onemocněním. V ambulanci dochází často k prvnímu kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí. Ambulantní péče bývá často dlouhodobá a množství pacientů s psychiatrickým onemocněním narůstá. Dochází k přetížení ambulantních lékařů a ti nemají dostatek času řešit problémy a další léčebné procesy s pacientem. (Petr, Marková a kol., 2014) Dle nejaktuálnějších údajů ÚZIS (2021) bylo v roce 2019 evidováno 1015 poskytovatelů ambulantních psychiatrických služeb, kteří poskytli péči více než 637 tisícům pacientů.

Lůžková péče je poskytována v psychiatrických nemocnicích a na psychiatrických odděleních nemocnic. Psychiatrických nemocnic bylo v roce 2019 evidováno 22 s počtem 8618 lůžek. Ve sledovaném roce bylo v těchto zařízeních ukončeno 34498 hospitalizací a přibližně 13 tisíc hospitalizací pokračovalo. V 11 psychiatrických nemocnicích je 471 pacientů, jejichž hospitalizace trvá 10 let a déle. Psychiatrických

oddělení nemocnic bylo v roce 2019 evidováno 28 s 1366 lůžky. Ve sledovaném roce bylo v těchto zařízeních ukončeno 20986 hospitalizací. (ÚZIS, 2021)

Lůžková psychiatrická péče se podle stavu pacientů, kteří ji využívají, dělí na akutní a následnou péči. Akutní péče je poskytována pacientům se vzniklým nebo zhoršeným psychickým onemocněním. Zařízení poskytující akutní péči musí mít adekvátní vybavení na diagnostiku a léčbu. Cílem je zajistit komplexní diagnostiku, nastavit adekvátní terapii a zajistit vhodnou následnou péči. Po stabilizaci stavu, se pacient propouští do ambulantní nebo komunitní péče. Pokud se pacienta nedaří stabilizovat, nebo jeho stav neumožňuje domácí péči, předává se do následné lůžkové péče.

Jednou z forem lůžkové péče je péče specializovaná, která se zaměřuje jen na určitou diagnózu, věk nebo způsob léčby. Tato péče může mít formu akutní i následnou. (Petr, Marková a kol., 2014)

V současné době dochází k rozvoji komunitní péče o pacienty s duševním onemocněním. Komunitní psychiatrická péče zahrnuje široké spektrum služeb, programů a zařízení, jejichž cílem je umožnit lidem s duševním onemocněním žít ve vlastním sociálním prostředí, zařadit je do běžného života a uspokojit jejich potřeby. V komunitní péči dochází k propojení služeb zdravotních i sociálních. Principem komunitní péče je oddálit relaps nemoci a tím i hospitalizaci pacienta. (Petr, Marková a kol., 2014)

1.2 Reforma psychiatrické péče

Psychiatrická péče v České republice neprošla od počátku devadesátých let dvacátého století výraznou změnou. Je dlouhodobě nedostatečně financována, těžiště péče spočívá v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích. Není zajištěna dostatečná podpora pacientů v jejich vlastním sociálním prostředí, ani spolupráce a koordinace mezi jednotlivými poskytovateli péče o duševně nemocné. Není dostatek komunitních služeb a jejich zastoupení je nerovnoměrné. (Malý průvodce reformou..., 2017)

Ministerstvo zdravotnictví se rozhodlo změnit systém psychiatrické péče, aby byl ve shodě s evropským trendem. V roce 2012 zahájilo přípravu Strategie reformy psychiatrické péče, kterou na podzim roku 2013 schválil Martin Holcát tehdejší ministr

zdravotnictví. (Petr, Marková a kol., 2014) Reforma psychiatrické péče je dlouhodobý proces a představuje zásadní změnu systému poskytování psychiatrické péče. Cílem reformy je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Dílčí cíle Strategie jsou: *„Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování. Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně. Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí. Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci. Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.). Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb. Humanizovat psychiatrickou péči.“* (Strategie reformy..., 2013, s. 9)

Mezi stěžejní prostředky k dosažení cíle patří restrukturalizace služeb, vybudování fungující sítě zařízení poskytujících péči, změna přístupů a myšlení pracovníků poskytujících péči. (Psychiatrická společnost..., 2017)

Reforma přichází s novým přístupem, je preferována komunitní péče, multidisciplinární tým, rozdělení rolí a spolupráce s dalšími zdravotními a sociálními organizacemi. Chtějí poskytnout nové služby jako je CDZ, specializovaná Centre duševního zdraví, ambulance s rozšířenou péčí a mobilní komunitní tým. (Reforma psychiatrie, 2021)

V rámci změny systému poskytování psychiatrické péče je podstatné, aby pracovníci, poskytující primární zdravotní a psychiatrickou péči, zajistili včasnou diagnostiku a léčbu duševních poruch. Je nezbytné podpořit spolupráci mezi primární péčí a specializovanými psychiatrickými službami, vytvořit dostatečné množství všeobecných i specializovaných psychiatrických a psychologických ambulančí. Je třeba významně rozšířit komunitní péči, především vytvořením nového typu komunitních služeb zejména center duševního zdraví a ambulančí s rozšířenou péčí. Současně s tímto procesem má dojít k postupnému snížení dlouhodobé lůžkové péče. (Malý průvodce reformou..., 2017)

1.3 Centrum duševního zdraví

Centrum duševního zdraví je novým článkem v systému péče o lidi s duševním onemocněním. Jedná se o nízkoprahové zařízení poskytující zdravotně-sociální péči multidisciplinárním týmem. (Malý průvodce Centry...)

V první fázi jsou budována centra pro dospělé pacienty se závažným duševním onemocněním, jako je těžký průběh schizofrenního onemocnění a bipolární afektivní porucha. Tito lidé jsou nejvíce ohroženi dlouhodobými hospitalizacemi a vyloučením z běžné společnosti. Další cílovou skupinou jsou lidé s raným výskytem psychotického onemocnění. V další fázi mají vznikat CDZ zaměřená i na jiné diagnostické skupiny. Centra poskytují služby terénní, ambulantní, krizové a denní. (Malý průvodce reformou...)

Centra duševního zdraví zřizuje Ministerstvo zdravotnictví. V rámci pilotního projektu vzniklo v roce 2017 pět pilotních center duševního zdraví a to v Havlíčkově Brodě, Přerově, Brně, Praze 9 na Proseku a Praze 10 Strašnicích. V roce 2019 bylo zřízeno dalších 15 Center duševního zdraví, jedná se o dvě Centra v Brně, CDZ v Hradci Králové, Chebu, Karlových Varech, Kroměříži, Mladé Boleslavi, Opavě, Pardubicích, Plzni, Praze 6, Strakonících, Táboře, Trutnově a Uherském Hradišti. V roce 2020 byla síť Center duševního zdraví rozšířena o další zařízení v Praze, ve Frýdku-Místku, v Jihlavě, Brandýse nad Labem, Kyjově, Chrudimi, Klatovech, Olomouci, Ostravě a Ústí nad Labem. (Reforma psychiatrie, 2021)

Centra duševního zdraví poskytují klientům s duševním onemocněním péči psychiatrickou, psychologickou, ošetrovatelskou a sociální. Péče se odvíjí od situace, rozpoložení a chování klienta, kdy sestra provádí edukaci pacienta, podávání depotních injekcí, kontrolu léčiv, krizové intervence, telefonní rozhovory a další výkony. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021)

Hlavním cílem Centra je zajistit stálou péči klientům od 18 let věku. Snaží se snížit počet hospitalizací a předcházet jim, začleňovat lidi s duševním onemocněním do sociálního a pracovního kolektivu. (Reforma psychiatrie, 2021)

Personál zabezpečuje klientům sociální a zdravotní péči. Podporuje lidi, kteří se ocitli ve špatné sociální a zdravotní situaci. Pomáhá lidem zvyšovat kvalitu života a léčit se v domácím prostředí. Služby v Centru duševního zdraví poskytuje psychiatr, psycholog, sestra pro péči v psychiatrii, případně všeobecná sestra, sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách a peer konzultant. (Psychiatrická nemocnice Jihlava, 2021)

Klientům CDZ je poskytována psychiatrická, psychologická, ošetrovatelská a sociální péče. Psychiatr provádí psychiatrické vyšetření, individuální psychoterapii, pravidelné kontroly a předepisuje medikaci. Psycholog vykonává psychodiagnostiku a individuální skupinovou psychoterapii s klientem i rodinnými příslušníky. Sestry pro péči v psychiatrii, či všeobecné sestry poskytují ošetrovatelskou péči v domácím prostředí, konzultují zdravotní stav pacienta, užívání léků a další zdravotní péči. Sociální pracovník/pracovnice v sociálních službách pomáhá klientovi s hygienou, nakupováním a dalšími sociálními službami. Peer konzultant je pracovník, který se vyléčil z duševního onemocnění a provádí sezení s klienty. Snaží se předat své zkušenosti pacientům, kteří k němu mají větší důvěru než k ostatnímu personálu. (FOKUS Vysočina, 2021)

1.4 Duševní onemocnění

Příčiny vzniku duševních poruch jsou velmi komplikované, různorodé, často neznámé. Můžeme je rozdělit na endogenní a exogenní.

Mezi endogenní (vnitřní) příčiny patří genetická příčina, je prokázána například u mentálních retardací a geneticky podmíněné dispozice jsou prokázány i u dalších psychických onemocnění. Dispozice ke vzniku psychických poruch vzniká spolupůsobením většího množství genů. Příčiny na tělesné úrovni jsou hledány v rámci nervové, hormonální a imunitní soustavy, které se vzájemně ovlivňují a ovlivňují i další systémy a mohou mít vliv na vznik a rozvoj duševních stavů a poruch.

Dalšími endogenními příčinami jsou onemocnění, která postihují mozek. Mezi onemocnění, která postihují mozek primárně, patří například nádory, atrofie, nebo degenerace mozkové tkáně. Mezi sekundární poškození patří například poškození mozkové tkáně vlivem dehydratace, hypoxie, či ischemie. (Orel, 2016)

Mezi exogenní (vnější) příčiny vzniku duševních onemocnění patří vlivy chemické (např. jedy, alkohol, léky, návykové látky), fyzikální (např. úrazy hlavy, záření), a biologické (infekce, paraziti). Je podstatné nejen množství a intenzita působícího faktoru, ale i období lidského života, kdy tento faktor působí, protože vyvíjející se organismus je náchylnější k negativním vlivům a poškození. (Orel, 2016)

Příčiny duševních onemocnění můžeme také rozčlenit do tří skupin, podle toho, zda vlivy, které poruchu vyvolávají, známe nebo se je zatím nepodařilo prozkoumat. První skupinu tvoří onemocnění, jejichž příčinu známe. Jedná se nejčastěji o poruchy, které jsou následkem organického postižení mozku (např. cévní poruchy, infekční onemocnění, nádory, úrazy). Další skupinou jsou duševní poruchy, na jejichž vzniku se společně podílí více činitelů. Jedná se především o kombinaci dědičných dispozic a zevních faktorů. Třetí skupinou jsou duševní poruchy, u kterých není známá žádná specifická vyvolávající příčina. (Malá, Pavlovský, 2010)

Schizofrenie, schizofrenní poruchy

Schizofrenie je vážné psychické onemocnění, její název pochází z řečtiny, konkrétně z kořenů slov schizein („rozštěpit“) a fren („mysl“), je tedy možné ji přeložit jako rozštěpení mysli. Je charakterizována poruchou psychických funkcí, jako je myšlení, emoce, vnímání, jednání a vůle, kdy spolu hemisféry mozku nespolupracují. Onemocnění se začíná projevovat kolem dvacátého roku věku, kdy dochází k hledání si stálého partnera, bydlení a k dalšímu psychickému vývoji člověka. Schizofrenie se rozděluje na základní čtyři formy a to: na paranoidní, jež se projevuje bludy, halucinacemi a vztahovačností. Simplexní, která se projevuje ztrátou zájmu o to, co bylo pro člověka významné. Hebefrenní, kdy dochází k poruchám myšlení, chování, emocí a řeč se později stává nesrozumitelnou. Katatonní, jež se projevuje apatií, nemocný často dělá opak toho, co se po něm chce. Dále je možné rozdělení dle průběhu na schizophrenia kontinuita, schizophrenia recurrens, a schizophrenia intermittes. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015; Fišar, 2009)

Mezi příznaky schizofrenie patří poruchy vnímání (halucinace), poruchy myšlení (bludy, neologizmy, inkoherece a jiné), poruchy emocí (buď oploštělost, nebo i excitace a vzrušenost), poruchy chování (např. ztráta zájmů, apatie, nečinnost). Příznaky se mohou vyskytovat v různé kvalitě a kvantitě a nemusí být přítomny všechny. (Orel, 2016)

Příznaky u schizofrenie je také možné rozdělit na pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky jsou ty, které se u zdravých lidí nevyskytují, jedná se o bludy, halucinace, vzrušenost a další. Negativní příznaky znamenají ochuzení zájmu, psychiky, projevují

se psychomotorickým útlumem, zpomalením aktivit, negativismem a dalšími. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

Onemocnění se projevuje v určitých atakách, které jsou vyvolávány stresem. Schizofrenie se diagnostikuje pomocí obecných a stanovených kritérií. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

Afektivní poruchy

Afektivní poruchy neboli poruchy nálad jsou onemocnění, při kterém dochází ke střídání emočních stavů od deprese po mánii. Mezi základní syndromy patří deprese, mánie, hypománie, anxiózní syndrom a anxiózně depresivní syndrom. Doba trvání projevů jednotlivých afektů je od několika dnů po několik měsíců. U bipolární afektivní poruchy dochází ke střídání epizody manické a depresivní. Unipolární typ je charakteristický pouze jednou z nich. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

Deprese se projevuje sklíčeností a smutnou náladou, která způsobuje nemocnému duševní trápení a bolest. U člověka s depresí se může projevovat ztráta sebedůvěry, snížené sebevědomí, beznaděj, úzkost, suicidální myšlenky, poruchy spánku, nezáměr o sebe a okolí a mnoho dalšího. Deprese je dobře léčitelná, ale hůře se ovládá vůlí.

Mánie se projevuje povzneseně, podrážděně až arogantně, a to nezávisle na okolnostech. Pokud se mánie neléčí, má velký dopad na zdraví a budoucnost nemocného.

Hypománie má mírnější příznaky než mánie. Lidí trpících hypománií jsou velice zrychlení, neklidní, roztržití, nedokáží se soustředit, mají sníženou potřebu spánku a další příznaky. (Fišar 2009)

Obsedantně kompulsivní poruchy

Obsedantně kompulsivní porucha (OCD) je porucha, kdy se střídají vtíravé myšlenky neboli obsese a nutkavé akty neboli kompulze. Nemocný není schopen tyto myšlenky potlačit. Nejčastější obsese jsou ohledně znečištění, onemocnění, popřípadě obavy z přírodní katastrofy. Nejčastější kompulze je opakovaná hygiena, počítání, kontrolování a dotýkání. Kompulze vede ke snížení úzkosti a napětí a neutralizuje tím nutkavé myšlenky. (Petr, Marková, 2014)

1.5 Léčba pacientů s duševním onemocněním

Léčba duševně nemocných spočívá v léčbě symptomů. U většiny duševních onemocnění nejsou známé příčiny, tím pádem nemůžeme odstraňovat vlivy. (Péče o duševní zdraví, 2016)

Cílem léčby v psychiatrii není jen řešení současného stavu (léčba akutní), ale i předcházení znovuzplanutí (léčba pokračující) a recidivy onemocnění (léčba profylaktická). (Orel, 2016)

Při léčbě duševních onemocnění je využíváno množství metod a postupů, mezi které patří biologická léčba, psychoterapie a psychiatrická rehabilitace. Má-li být léčba v psychiatrii komplexní, je vhodné využít kombinaci těchto tří metod. (Petr, Marková, 2014)

Biologická léčba se soustředí především na mozek a mozkové procesy. Patří sem farmakologická léčba, elektrokonvulzivní terapie, repetitivní transkraniální magnetická stimulace, spánková deprivace, fototerapie a další metody. (Raboch, Pavlovský, 2012)

K farmakologické léčbě se využívají psychofarmaka. Jsou to léky ovlivňující psychické funkce člověka. Mezi psychofarmaka patří antidepresiva, antipsychotika, anxiolytika, hypnotika, thymoprofylaktika, kognitiva, psychostimulancia a antialkoholika. (Hosák a kol., 2015)

Antidepresiva jsou využívána při léčbě depresivních stavů, ale i úzkostných stavů, chronické bolesti, nespavosti, či poruch příjmu potravy.

Antipsychotika se používají pro léčbu psychóz, bipolární poruchy, jako podpůrná léčba u poruch chování a demencí.

Anxiolytika potlačují úzkost a mají tlumivý účinek na centrální nervový systém. Měla by se užívat pouze krátkodobě, protože na ně vzniká závislost.

Nootropika a kognitiva pozitivně působí na okysličení mozku a zlepšují metabolismus, nejčastěji je dostávají pacienti po CMP, úrazech mozku a s demencí.

Hypnotika jsou léky k navození spánku.

Thymoprofylaktika neboli stabilizátory nálady, jsou léky, které se užívají k léčbě mánie a ke stabilizování bipolární afektivní poruchy a schizoafektivní poruchy. (Péče o duševní zdraví, 2016; Hosák a kol., 2015)

Další možností biologické léčby je elektrokonvulzivní terapie. Jedná se o neurostimulační metodu léčby, jíž se v psychiatrii využívá celosvětově. Ač je veřejností vnímána negativně, má minimum nežádoucích účinků a při léčbě některých stavů je nenahraditelná. Účinek v podstatě spočívá ve vyvolání epileptického záchvatu za pomoci regulovaného, časově omezeného elektrického proudu procházejícího přesně umístěnými elektrodami. Výkon se provádí v celkové anestezii. Cílem je ovlivnit některé závažné, často i život ohrožující stavy změnou regulačních mechanismů na různých úrovních. Využívá se například při léčbě afektivních stavů, zejména u těžkých depresivních poruch, při schizofrenii u stavů, které nereagují na farmakologickou léčbu a u některých neurologických stavů. Nikdy se nejedná o metodu první volby. (Kališová, 2019)

Poslední, zde zmíněná možnost biologické léčby je fototerapie. Využívá se především u depresivních stavů, které jsou vázány na úbytek denního světla. Tato metoda je bezpečná a vhodná i k léčbě dětí a seniorů vyššího věku. Nedostatek denního světla je substituován umělým zdrojem, který vyzařuje spektrum světelného záření podobný dennímu světlu. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

Psychoterapie je jednou z léčebných metod v psychiatrii, při které jsou využívány psychologické prostředky. Jedná se o promyšlené a cílevědomé působení psychoterapeuta na pacienta. Pomáhá jedinci získat pocit psychické normality. Psychoterapeut se zajímá o život jedince, jeho smysl, naplnění, vztahy a pomáhá mu vyrovnat se se životními problémy, dojít k sebepoznání a realizovat se. Psychoterapii můžeme rozdělit na direktivní (dochází k přímému usměrňování jedince) a nedirektivní (terapeut jedince usměrňuje vzdáleně, vyhýbá se udělování rad a doporučení). Forma může být individuální nebo skupinová. Prostředky psychoterapie jsou rozličné, jedná se o konkrétní postupy a způsoby práce. Cíle jakékoliv metody psychoterapie jsou totožné a často dochází k propojování konkrétních postupů. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015; Raboch, Pavlovský, 2012)

Součástí komplexní péče o pacienty s duševním onemocněním je i psychiatrická rehabilitace. Její úspěšnost je odvozena od pozitivních změn v rámci aktivit denního

života, týkající se např. praní, oblékání, nakupování, zaměstnání, faktorů životního prostředí (např. vztahy na pracovišti, rodina, přátelé, společenské postoje vůči nemocnému) a osobnosti pacienta. Součástí psychiatrické rehabilitace je složka léčebná, pedagogická, sociální a pracovní. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

1.6 Ošetrovatelská péče v psychiatrii

Ošetrovatelská péče se zabývá aktivním vyhledáváním a uspokojováním potřeb nemocného. Je pro ni charakteristický holistický přístup. Individuální péče je nemocnému aktivně poskytována formou ošetrovatelského procesu. (Hosák a kol., 2015)

Ošetrovatelský proces je tvořen individuálně, podle stavu a schopnosti pacienta, často se na jeho tvorbě podílí i jeho rodina. U každého psychiatrického pacienta se provádí posouzení, plánování, realizace a hodnocení. Posuzuje se zdravotní a psychický stav pacienta na základě znalostí informací o něm a zájmu. Provádí se plánování cílů a motivace pacienta k jejich splnění. Je důležité plánovat splnitelné cíle. Při realizaci sestra zohledňuje pacientovu diagnózu a individualitu a snaží se mu pomoci překonat překážky. Poslední fází je zhodnocení stavu a splnění pacientova cíle, kdy se hodnotí, realizace, zda se neobjevily nové problémy, reakce pacienta, přehodnocení chování a jeho priorit. (Malá, Pavlovský, 2010)

Péče o pacienty s duševní poruchou se trochu liší od péče o somaticky nemocné pacienty. Sestra uspokojuje potřeby nemocného, vykonává ošetrovatelské výkony a provádí specializované činnosti v péči o duševní zdraví a podílí se na resocializaci pacienta. Velký význam má vytvoření pozitivního terapeutického vztahu s nemocným. Sestra sleduje a hodnotí chování pacienta, posuzuje rizika násilí, zvládá nemocné s agresivním chováním. Vykonává s nemocným aktivity podporující zachování tělesných, kognitivních a psychických funkcí. Pomáhá pacientovi s adaptací na nové životní podmínky. Účastní se psychoterapeutických aktivit, asistuje u specifických terapeutických zákroků. Dohlíží na dodržování psychoterapeutického režimu, poskytuje poradenskou činnost. (Hosák a kol., 2015)

Jedním ze základních odborných úkonů je pozorování. Veškeré postřehy o nemocném mají diagnostický význam. Je důležité pacienty s duševním onemocněním řádně

sledovat a vypozerovat změny chování, které nás mohou varovat, že dochází ke změně jeho stavu. (Malá, Pavlovský 2010)

U jednotlivých psychiatrických diagnóz má péče o pacienty svá specifika.

U pacientů se schizofrenií se péče odvíjí od přítomnosti častých halucinací a bludů. Je důležité pacientovi bludy nevymlouvat, přijmout je, jako jeho realitu, ale odmítnout objektivní platnost takového myšlení. V akutní fázi je nutné zajistit bezpečnost pacienta a jeho okolí. Sestra se snaží zajistit základní potřeby pacienta, podává léky a sleduje jejich účinek. Při dlouhodobé péči se snažíme aktivovat a motivovat pacienta, sledovat jeho stav, zda se lepší, či horší. (Malá, Pavlovský 2010)

U afektivních poruch se odlišuje ošetrovatelský proces u depresí a mánie. U depresí je důležité, abychom u pacienta zabránili suicidálním myšlenkám, kontrolovali jeho osobní věci, aby u sebe neměl předměty k sebepoškození. Důležitý je dohled nad užíváním léků, zda si je neschovává. Je důležité nepodceňovat náznaky ohledně sebevraždy. Sestra sleduje účinky léků, při dlouhodobé péči se snaží aktivovat a motivovat pacienta, sleduje jeho stav, zda se lepší, či horší. U mánie je důležité odstranit zdroje stimulace pacienta a nepodporovat ho v tom. Měl by mít od personálu nastavené hranice, co může a co je přehnané. Potřebuje pevný režim ohledně stravy, spánku a podobně. Při dlouhodobé péči se sestra snaží aktivovat a motivovat pacienta, sleduje jeho stav, zda se lepší, či horší. (Látalová, 2010)

U obsedantně kompulsivní poruchy je potřeba řádná edukace pacienta o nemoci, snažit se zaznamenávat nutkavé myšlenky a činnosti k jejich mírnění. Sledovat pacienta, co vyvolává nezvyklé chování, podporovat ho v aktivitách a snažit se ho odpoutat od nutkavých myšlenek. Chválit pacienta, pokud je schopný nutkavé činnosti neprovádět. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2015)

1.7 Základní princip komunikace s duševně nemocným

Duševní onemocnění neovlivňuje intelekt a potřebu porozumět tomu, co se s námi děje, ale ovlivňuje myšlení, prožívání a vztahy. Duševně nemocného může ovlivňovat strach a zkušenosti z minulosti, proto je potřeba si dávat pozor na to, co člověk říká.

Důležité je navázat přátelský vztah, sblížit se s pacientem a prohloubit důvěru. Vysvětlit, proč za ním všeobecná sestra bude docházet na kontroly, co budou dělat, kdo

je. Ujistit se, zda pacient rozuměl všem informacím, které dostal od všeobecné sestry. Sestra by měla mluvit klidně, srozumitelně, nezvyšovat hlas, respektovat pacientovy emoce, neprohlubovat je, nevyvíjet na něho tlak, snažit se dotyčným porozumět. Nedávat na první dojem, řádně zkoumat pacienta po celou dobu sezení. Velice důležitá je neverbální komunikace, lidé s duševním onemocněním si toho více všímají. Dávat si pozor na tón hlasu, postavení těla, založení rukou a mimiku. Všeobecná sestra má být otevřená a upřímná k pacientovi, sdělit vše, co se bude dít, každý úkon komentovat, aby byl pacient informován. Nezlehčovat situace, nepoužívat sarkasmus a ironii, neponižovat. (Reforma psychiatrie, 2021)

1.8 Přístup k neklidným a agresivním pacientům

Sestry pečující o pacienty s duševním onemocněním přichází do kontaktu i s pacienty, kteří nemají náhled na své onemocnění, nespolupracují a odmítají pomoc. Mohou se setkat s různými projevy neklidu a agrese. (Petr, Marková, 2014)

Formy agrese jsou: psychomotorický neklid (pacient se na výzvu zvládne zklidnit), psychomotorická agitovanost (pacient se není schopen zklidnit), raptus (náhle vzniklá psychomotorická agitovanost), normální agrese (přiměřená odpověď na ohrožení zvenčí) a patologická agrese (nepřiměřená odpověď na nebezpečí, vyplývá z psychické poruchy). Patologická agrese se vyvíjí v čase, kdy vnitřní napětí přechází v psychomotorický neklid a později v psychomotorickou agitovanost. (Svoboda a kol., 2015)

Podle intenzity můžeme rozlišit tři stupně agrese. Nejnižší stupeň agrese je nepřátelství neboli hostilita, druhým stupněm je verbální agrese a nejzávažnějším stupněm je brachiální neboli fyzická agrese, která je zaměřena vůči věcem, zvířatům nebo lidem. Agresi můžeme dělit také na autoagresi, která je zaměřena na sebe (např. sebepoškozování, suicidia), nebo heteroagresi, která je zaměřena navenek. (Petr, Marková, 2014)

Pokud sestra získá pocit, že je ohrožena agresivním chováním ze strany pacienta, je třeba k němu zvolit vhodný přístup. Mezi obecné zásady patří nezůstávat s pacientem o samotě a nezavírat se s ním v místnosti. Mít na blízku další členy týmu. Dodržovat bezpečný odstup. Důležitá je volba vhodné formy komunikace – mluvit klidným hlasem, používat krátké srozumitelné věty, nenaléhat, nepouštět se do

zbytečných konfrontací, nelhat, oslovovat pacienta jménem, sdělit své pocity, neodsuzovat pacienta, pouze jeho chování, omezit nadbytečné podněty, nabídnout pacientovi klidné tiché místo, kde by se mohl zklidnit. Pokud se nedaří konflikt zvládnout, může pomoci přístup jiného člena týmu. (Petr, Marková, 2014)

1.9 Psychiatrická péče a právní normy

Každý člověk je svobodný, má svoji právní způsobilost a nemusí činit to, co mu neukládá zákon. Tuto způsobilost může za určitých podmínek částečně nebo zcela odebrat soud. (Vondráček, Wirthová, 2009)

Částečné zbavení způsobilosti se většinou týká osob, které nemohou vykonávat jen určité právní činnosti, jež stanoví soud. Odebrání těchto kompetencí je prováděno většinou u alkoholiků a narkomanů. K úplnému odebrání způsobilosti dochází u osob, které trpí závažnou duševní poruchou a nemohou provádět žádné právní úkony. Občas se můžeme u pacientů setkat s neschopností k právním úkonům. Neschopnost k právním úkonům je definována tím, že pacient nemá odebranou právní způsobilost ani není zbaven svéprávnosti, ale není schopen pro krátký časový úsek právně rozhodovat. Většinou se jedná o osoby, které jsou pod vlivem léků, alkoholu nebo u nich dojde ke změně zdravotního stavu (epilepsie, diabetické kóma). (Vondráček, Wirthová, 2009)

Lékařská péče a ošetrovatelský proces se odvíjejí od potřeb pacienta, vše je na doporučení lékaře a sestry. Pacient může odmítnout vyšetření a další léčebné postupy, které se mu nezdají, s tím, že souhlasí s riziky spojenými s odmítnutím zdravotní péče. (Raboch, Pavlovský a kolektiv, 2014)

Duševně nemocný člověk má stejná práva jako ostatní občané, pokud je to možné. Má možnost ošetření, rehabilitací, vzdělání a dalších možností, které odpovídají jeho potřebám. Má právo na zaměstnání, s ohledem na své onemocnění. (Práva duševně nemocných)

U některých duševně nemocných lidí nelze brát zřetel na jejich rozhodnutí. Pacient může mít narušenou schopnost rozhodování a vnímání. Duševní porucha může mít negativní vliv na schopnost rozeznat správné jednání od špatného a protiprávního. (Raboch, Pavlovský a kolektiv, 2014)

Při nutné hospitalizaci pacienta, kterému byla odebrána svéprávnost, se provádí pouze akutní výkony, aby nedošlo k ohrožení na životě. Do 24 h má ošetřující lékař povinnost kontaktovat příslušný soud a zákonného zástupce nebo opatrovníka. (Hosák a kol., 2015)

Pacient má právo znát informace o svém zdravotním stavu a určit si osobu, která může být informována. U duševně nemocného člověka je důležité přihlédnout k jeho zdravotnímu stavu a schopnosti vnímání informací. Pokud je pacient nezpůsobilý, má přiděleného opatrovníka. (Raboch, Pavlovský a kolektiv, 2014)

Všechny informace jsou podávány ústně i písemně, ty, jež nám pacient odsouhlasí, jsou zaevidovány s podpisem pacienta a zdravotnického personálu, který ho poučil.

Právy duševně nemocného pacienta se zabývá deklarace lidských práv duševně nemocných, deklarace lidských práv a duševního zdraví a kodex pacienta. (Raboch, Pavlovský a kolektiv, 2014)

2 Výzkumná část (praktická část)

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl bakalářské práce:

- Zjistit specifika práce sestry v domácí psychiatrické péči

Výzkumné otázky:

- Jaká je hlavní náplň práce všeobecné sestry v domácí psychiatrické péči?
- Jaký je přístup všeobecných sester k pacientům s psychiatrickým onemocněním?
- Jaká jsou rizika práce sestry s verbálně agresivním pacientem? Jaká jsou rizika práce sestry s fyzicky agresivním pacientem?

2.2 Metodika výzkumu

Předkládaná bakalářská práce je zaměřena na specifika práce sestry v domácí psychiatrické péči. Byla zvolena kvalitativní metoda ve formě rozhovoru. Rozhovor byl polostrukturovaný, byly zjišťovány odpovědi na 19 otázek. Šetření se účastnily všeobecné sestry pracující v Centru duševního zdraví. Bylo osloveno pět Center duševního zdraví po celé České republice. Z nedostatku zájmu o spolupráci ze strany vrchních sester CDZ jsem požádala o spolupráci na sociální síti Facebook v ošetrovatelské skupině, kde se mi přihlásilo celkem 7 respondentek, se kterými jsem provedla rozhovory. Všechny dotazované jsou zaměstnané jako všeobecné sestry v Centrech duševního zdraví.

Vzhledem k pandemii covidu-19 byly rozhovory prováděny online metodou s pomocí webkamery pro navození osobního setkání. Respondentky byly seznámeny s anonymitou, souhlasily se zpracováním dat, jejich využitím do mé bakalářské práce a s nahráním rozhovoru na diktafon.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo 7 všeobecných sester, které byly informovány o výzkumu, souhlasily s nahráváním a využitím informací ke zpracování výsledků v rámci bakalářské práce. Všech 7 rozhovorů bylo využito ke zpracování dat. Vzorek respondentů tvořilo 7 žen ve věku 31-56 let, z toho 4 respondentky mají vysokoškolské vzdělání, jedna má vyšší odborné vzdělání a dvě středoškolské vzdělávání s maturitou. Šest respondentek má specializaci v ošetrovatelské péči v psychiatrii a jedna si ji dodělává. Nejdelší praxi v CDZ má respondentka č. 6, která zde pracuje 4 roky, nejkratší praxi má respondentka č. 5, která je v CDZ zaměstnaná 4 měsíce.

2.4 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo prováděno ve čtyřech měsících na přelomu roku 2020/2021 od prosince do března. Rozhovory probíhaly přes webkameru mezi čtyřma očima. Celkem se výzkumu účastnilo 7 všeobecných sester.

Doba trvání polostrukturovaného rozhovoru byla okolo 30 až 45 minut. Během rozhovoru panovala přátelská atmosféra, kdy respondentky odpovídaly na otázky. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté přepsány. Respondentky jsou označeny R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7.

Základní informace

Tabulka 1 - Věk respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
31 let				•			
38 let		•					
41 let						•	
42 let			•				
44 let	•						
49 let							•
56 let					•		

Zdroj: autor

Věkové rozmezí respondentů se pohybuje od 31 do 56 let.

Tabulka 2 - Nejvyšší dokončené vzdělání

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Střední s maturitou	•				•		
Vysokoškolské vzdělání			•	•		•	•
Vyšší odborná škola		•					

Zdroj: autor

Nejvyšší ukončené vzdělání je u 4 respondentek vysokoškolské, jedna má vyšší odborné vzdělání a dvě mají středoškolské vzdělání s maturitou.

Tabulka 3- Specializace v psychiatrii

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Specializace v psychiatrii	•	•	•		•	•	•

Zdroj: autor

Šest respondentek má ukončené specializační vzdělávání v oboru ošetrovatelská péče v psychiatrii, jedna respondentka si specializaci dodělává.

Tabulka 4 - Délka praxe v Centru duševního zdraví

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
4 měsíce					•		
1 rok				•			
1 ¾ roku		•					•
2 roky	•						
3 roky			•				
4 roky						•	

Zdroj: autor

Věkové rozpětí klientů

Většina respondentek, R1, R2, R3, R4, R5, se shodla na věkovém rozmezí, které začíná od 18. Dvě respondentky, R6 a R7, se odlišovaly, jejich zařízení přijímala klienty již od 16 let. Centra duševního zdraví minimálně přijímají klienty mladší 18 let, protože je problém ohledně podávání informací, jelikož dítě je do 18 let nezletilé a vše musí

probíhat pod dohledem a se souhlasem rodičů. Čtyři respondentky, R1, R2, R3 a R5, se shodly na maximálním věku klientů 65 let. Další tři respondentky, R4, R6, R7, se shodly na neomezeném věku klientů. Omezený věk klientů mají CDZ, která zahájila svoji činnost nedávno.

Tabulka 5 - Věk pacientů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
18–65	•	•	•		•		
18–∞				•			
16–∞						•	•

Zdroj: autor

Diagnózy

Všechny respondentky se shodly v případě diagnóz. Klienty CDZ jsou převážně pacienti s těmito diagnózami: schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29), poruchy nálady (F30-F39), organické poruchy (F0.0-F0.9), (G30-G30.9), obsedantně kompulzivní poruchy (F42), posttraumatické stresové poruchy (F41), disociativní poruchy motoriky (F44.4), disociativní záchvaty (F44.5) a poruchy osobnosti (F60.0, F60.1, F60.3, F60.5, F60.6, F61, F62, F65). Centra duševního zdraví mají dané určité diagnózy, které mohou mít přijímaní klienti. Je to dané pojišťovnou, která péči o pacienty s jiným onemocněním nehradí.

Tabulka 6 – Nejčastější diagnózy

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20–F29)	•	•	•	•	•	•	•
Poruchy nálady (F30–F39)	•	•	•	•	•	•	•
Organické poruchy (F0.0–F0.9) (G30-G30.9)	•	•	•	•	•	•	•
Obsedantně kompulzivní poruchy (F42)	•	•	•	•	•	•	•
Posttraumatické stresové poruchy (F41)	•	•	•	•	•	•	•
Disociativní poruchy motoriky (F44.4)	•	•	•	•	•	•	•
Disociativní záchvaty (F44.5)	•	•	•	•	•	•	•
Poruchy osobnosti (F60.0, F60.1, F60.3, F60.5, F60.6, F61, F62, F65)	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: autor

Nejčastější výkony u pacientů

V odpovědi na tuto otázku se respondentky také shodly. Nejčastějšími výkony u pacientů jsou psychosociální rehabilitace, hodnocení psychického a zdravotního stavu, edukace, reedukace, krizová intervence, telefonní konzultace a práce s rodinou.

Tabulka 7 - Nejčastější výkony u pacientů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Psychosociální rehabilitace	•	•	•	•	•	•	•
Hodnocení psychického a zdravotního stavu	•	•	•	•	•	•	•
Edukace	•	•	•	•	•	•	•
Reedukace	•	•	•	•	•	•	•
Krizová intervence	•	•	•	•	•	•	•
Telefonní konzultace	•	•	•	•	•	•	•
Práce s rodinou	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: autor

Nejobtížnější činnost pro všeobecnou sestru

V odpovědi na tuto otázku se respondentky rozcházely. Tři respondentky, R3, R4 a R7, se shodly na tom, že nejobtížnější činností je pro ně tvorba krizového plánu a krizová péče, pro jednu respondentku R1 je nejtěžší psychosociální rehabilitace. Respondentka R5 nepoznala nejobtížnější činnost v CDZ, pro respondentku R6 je nejobtížnější činností snažit se klientovi pomoci, když je asertivní a nespolupracuje, a pro poslední respondentku R2 je těžká práce s klientem, kterému zemře rodina, dále jí dělá problém pracovat s klientem, který má mánii a problém jí také dělá práce s nespolupracujícím klientem.

Tabulka 8 - Nejobtížnější činnosti

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Tvorba krizového plánu a krizová péče			•	•			•
Psychosociální rehabilitace	•						
Neví					•		
Snaha klientovi pomoci, i když nespolupracuje						•	
Práce s nespolupracujícím klientem, práce s rodinou, pokud zemře rodinný příslušník, práce s klientem v mánii		•					

Zdroj: autor

Na co se v průběhu sezení zaměřujete, o čem komunikujete s klientem?

V odpovědi na tuto otázku se všechny respondentky také shodovaly. Všechny se zaměřují na zdravotní a psychický stav pacienta, dále kontrolují a zjišťují působení léků, jak kvalitně spí, zda má dostatek finančních prostředků na jídlo a osobní potřeby, zda komunikuje s rodinou, probírají jejich závislosti, edukují o nemoci, zda pacient ví, co to obnáší, zda zvládl to, co měl, a zaměřují se na aktuální problémy.

Tabulka 9 - Na co se zaměřujete a o čem komunikujete

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Zdravotní a psychický stav pacienta	•	•	•	•	•	•	•
Kontrola užívání léků a jejich působení	•	•	•	•	•	•	•
Jak kvalitně spí	•	•	•	•	•	•	•
Reedukace	•	•	•	•	•	•	•
Krizová intervence	•	•	•	•	•	•	•
Telefonní konzultace	•	•	•	•	•	•	•
Práce s rodinou	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: autor

Počet klientů na starost

V této otázce záleželo na tom, kolik klientů a sester má pod sebou CDZ a jak dlouho fungují. Pět respondentek, R1, R2, R3, R6, R7, se shodovalo, že mají 4-5 klientů za den, dvě respondentky, R4, R5, se shodovaly, že mají 3-4 klienty za den. Tři respondentky, R2, R3, R6, uvedly, že za týden mají na starost 15 lidí, dvě respondentky, R1, R7, uvedly, že mají 20 lidí a poslední dvě, R4, a R5, mají na starost 12 lidí.

Tabulka 10 - Počet klientů na starosti

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
4-5 klientů za den	•	•	•			•	•
3-4 klientů za den				•	•		
15 lidí za týden		•	•			•	
20 lidí za týden				•	•		
12 lidí za týden	•						•

Zdroj: autor

Přístup sester ke klientovi s psychiatrickým onemocněním

V odpovědi na tuto otázku se respondentky také shodly. Všechny sestry přistupují k pacientovi normálně a nevidí žádné rozdíly, péče o pacienty s některými diagnózami však má určitá specifika. Důležité je si vybudovat důvěru, přistupovat ke klientům bez předsudků, neusměrňovat je a nepodporovat příznaky duševního onemocnění.

Tabulka 11 - Přístup sester ke klientovi s duševním onemocněním

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Normální přístup	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: autor

Specifická práce a komunikace s psychiatrickým klientem

Všechny respondentky se v odpovědi na tuto otázku shodly, že u pacientů nesmí používat sarkasmus, ironii a povídat vtipy, protože pacienti s duševním onemocněním jim nerozumí a myslí si, že je to realita. Dále se většina odpovědí shodovala, že musí být opatrné na to, co říkají, klienti si to můžou vzít osobně anebo se k tomu kdykoliv vrátí, i přes to, že to pro sestru nebylo vůbec podstatné. Respondentka č. 7 uvedla: „*I přes plánovanou návštěvu ti lidi nám nechtěli otevřít a museli jsme tam jezdit další dny a čekat, až si to pacient rozmyslí.*“

Tabulka 12 - Specifická práce a komunikace s psychiatrickým klientem

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Nepoužívat sarkasmus, ironii a vtipy	•	•	•	•	•	•	•
Dávat si pozor, co říkám	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: autor

Specifika u konkrétních diagnóz

V odpovědi na otázku se všechny respondentky shodly, že u každého je přístup individuální a specifický. U bludů je důležité je pacientům nevyvracet, dále u schizofrenie je těžké jim vysvětlit, že ten hlas, který pacienti slyší, neexistuje. Nevyvracet u psychóz, nenutit schizofreniky do něčeho, co nechtějí a u duálních diagnóz je potřeba přísný přístup.

Tabulka 13 - Specifika u konkrétních diagnóz

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Individuální a specifický přístup, záleží na povaze a chování pacienta	•	•	•	•	•	•	•
Nevyvracet bludy	•	•	•	•	•	•	•
Nesnažit se vymluvit hlas u schizofrenie	•	•	•	•	•	•	•
Nevyvracet u psychóz	•	•	•	•	•	•	•
Nenutit klienty do něčeho, co nechťejí	•	•	•	•	•	•	•
Přísný přístup u duálních diagnóz	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: autor

Reakce duševně nemocného na kontakt s další osobou

Odpovědi na tuto otázku se odlišovaly. Respondentky R2, R3, a R6 se shodly, že se nechovají jinak v kontaktu s další osobou, R6 dodala: „*Někteří se snaží zaujmout a ukázat svoji bezbrannost*“. Další dvě, R1 a R4, se shodly, že reagují špatně, jsou stydlivější a obezřetnější, mají strach, jsou méně komunikativní, udržují si větší odstup a nejsou tak sdílní. Poslední dvě respondentky, R5, R7, se shodly, že záleží na diagnóze a přístupu lidí, někteří pacienti zvládnou jenom jednoho pracovníka, jiným je to jedno.

Tabulka 14 - Reakce duševně nemocného na kontakt s další osobou

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Chovají se normálně		•	•			•	
Klienti se snaží zaujmout, ukázat svoji bezbrannost						•	
Stydlivější, obezřetnější, mají strach, jsou méně komunikativní, udržují si odstup, nejsou tak sdílní	•			•			
Záleží na diagnóze a přístupu pacientů					•		•

Zdroj: autor

Udržení profesionálního přístupu ke klientovi, který nedodrží léčebný postup

V této otázce se všechny respondentky shodly, že je velice těžké udržet profesionální přístup ke klientům, kteří léčebný postup nedodrží. Dále se shodly na tom, že s klienty komunikují otevřeně, mluví o jeho nemoci, snaží se, aby získal nadhled ohledně rizik při nedodržování léčebného procesu.

Tabulka 15 - Udržení profesionálního přístupu ke klientovi, který nedodrží léčebný postup

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Velice těžké	•	•	•	•	•	•	•
Komunikují s klientem otevřeně, snaží se, aby získal nadhled na onemocnění	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: autor

Jaký postup je potřeba dodržovat a je u všech stejný?

V této otázce se všechny respondentky shodly, že postup je podobný, ale individuální, záleží na diagnóze, chování a stavu pacienta. Dále se shodly, pokud není pacient kompenzovaný, návštěvy provádějí raději ve dvou lidech. R1: „*Pokud má pacient poruchu osobnosti nebo vnímání, jdeme tam raději ve dvou lidech, když vím, že je pacient stabilizovaný, nebojím se jít sama.*“ R4: „*Vše děláme individuálně, přímo na míru, po dvou měsících kontrolujeme stav pacienta a upravujeme postup.*“

Tabulka 16 - Postupy

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Postup je podobný, ale individuální, záleží na diagnóze, chování a stavu pacienta	•	•	•	•	•	•	•
Pokud klient není kompenzovaný, je lepší provádět návštěvy ve 2 lidech	•	•	•	•	•	•	•

Zdroj: autor

Psychická náročnost práce všeobecné sestry s psychiatrickým klientem a vnímání náročnosti v jiných zdravotnických zařízeních

V této otázce se shodlo pět respondentek R1, R2, R3, R4, a R7, že je to velice psychicky náročné, ale v dalších zdravotnických zařízeních to mají podobně obtížné, ať psychicky, nebo fyzicky.

Respondentky R5, a R6 se shodly, že to není tak náročné. Za dobu, co pracují s psychiatrickými pacienty, si zvykly. Pro respondentku R5 je práce s psychiatrickými klienty koníčkem.

R1: „*Náročnější je komunikace s klientem, jsem tam sama a musím vést rozhovor.*“

R2: „Domnívám se, že na každém zdravotnickém pracovišti je to psychicky náročné. Práce v CDZ je velmi specifická, ano, je psychicky náročná, ale například na dětské onkologii je určitě náročnější.“

R3: „Ano, je velmi náročná, člověk má tendenci rychleji vyhořet. Důležitá je psychohygienu a udržení si hranic. Každé odvětví ve zdravotnictví je náročné a každé trochu jinak.“

R4: „Je to velice psychicky náročné, spoustu těch osudů je dost těžké zvládat, nést a nebrat si to osobně. Když se u někoho s pacientem dále neposouváme dál, tak ho předáme jiné kolegyni, abychom si odpočinuli.“

R7: „Náročnost v jiných zdravotnických zařízeních je stejná. Náročnější je, že jste sama v terénu, nemáte za sebou lékaře, vše musíte vyřešit sama.“

Tabulka 17 - Psychická náročnost práce všeobecné sestry s psychiatrickým klientem

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Velice psychicky náročné	•	•	•	•			•
Není tak psychicky náročné					•	•	

Zdroj: autor

Zda se setkali s agresivním pacientem a jejich reakce

Tři respondentky, R2, R4, R5, se nesetkaly s agresivním pacientem. R4: „Většinou nejsou, oni nechtějí na léčení, a tak se ovládají, vědí, že kdyby něco provedli, museli by na hospitalizaci.“

Čtyři respondentky, R1, R3, R6, R7, se setkaly s agresivním pacientem.

R1: „Setkala jsem se dvakrát, bylo to docela překvapení, protože jsem to vůbec nečekala, hlavně u něj. Měl sexuální náarážky, byla jsem u něj sama, jak jsem byla v tom šoku, reagovala jsem spontánně a naštěstí mě nechal mě odejít. Když začal s nárážkami, tak jsem si zpětně uvědomovala, zda bych mohla utéct. Šel slovně zkorrigovat a ukončila jsem sezení. Podruhé jsem měla možnost se setkat s agresivním klientem, byl pod vlivem návykové látky a nebral dlouhodobě léky. Měl poruchu myšlení, byla tam rodina, která mě zkontaktovala. Zavolala jsem policii, nechali jsme ho hospitalizovat a já to sledovala zpovzdálí.“

R3: „Jednou na chráněném bydlení. Nejdřív jsme ho klidnili slovně, pacient nám utekl z konzultační místnosti na chodbu, kde udeřil jiného pacienta a chtěl se stále prát. Bylo nutné volat na záchrannou službu, která ho odvezla za asistence policie na psychiatrii.

Občas pacienti zvyšují hlas, pokud se necítí dobře, většinou postačí slovní uklidnění.“

R6: „Setkala jsem se jednou, byla jsem tam sama, ale poznala jsem to rychle, udělala jsem to, co chtěl, a odešla.“

R7: „Setkala jsem se jen s verbální agresí, kdy mě pacientka vyhazovala, nadávala. Tak jsem ji nedráždila a odešla.“

Tabulka 18 - Setkání s agresivním pacientem

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Nesetkala		•		•	•		
Setkala	•		•			•	•

Zdroj: autor

Jak se bráníte při fyzickém/verbálním útoku?

Na tuto otázku neodpověděly tři respondentky, R2, R4, R5, jelikož se nesetkaly s agresivním pacientem. Ostatní respondentky, R1, R3, R6 a R7, se shodly na tom, že se snaží klidně, srozumitelně a pomalu komunikovat. Vyhýbají se očnímu kontaktu, snaží si najít únikovou cestu (sedat si ke dveřím, nezamykat za sebou...), pokud to nefunguje, odchází a sezení odloží na jiný den.

Tabulka 19 - Jak se bráníte při fyzickém/ verbálním útoku

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Nesetkala		•		•	•		
Snaží se klidně, srozumitelně a pomalu mluvit, vyhýbají se očnímu kontaktu, hledají únikovou cestu. Pokud nic nefunguje, odchází.	•		•			•	•

Zdroj: autor

Komunikace s agresivním pacientem

Na tuto otázku neodpověděly tři respondentky, R2, R4, R5, jelikož se nesetkaly s agresivním pacientem. Ostatní respondentky, R1, R3, R6, R7, se shodly na tom

komunikovat pomalu, klidně, vysvětlovat, proč se to děje, proč musí do nemocnice. Dále si udržují odstup a mají možnost vždy schůzku ukončit. R6 doplnila: „*Pokud to jde, je lepší být v přesile, mít s sebou muže.*“ R7: „*Záleží na tom, jakou má klient anamnézu.*“

Tabulka 20 - Komunikace s agresivním pacientem

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Nesetkala		•		•	•		
Komunikovat pomalu, klidně, vysvětlovat proč se to děje, proč musí do nemocnice.	•		•			•	•

Zdroj: autor

Uklidňujete agresivního klienta

Na tuto otázku neodpověděly tři respondentky, R2, R4, R5, jelikož se nesetkaly s agresivním pacientem. Ostatní respondentky, R1, R3, R6, R7, se shodly, že pacienta se snaží uklidnit jen slovně, pokud to nefunguje, ukončují schůzku. R6 dodala: „*Záleží také na anamnéze a jeho minulosti.*“

Tabulka 21- Uklidňujete agresivního pacienta

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Nesetkala		•		•	•		
Snaží se uklidnit slovně, pokud to nefunguje, ukončují schůzku	•		•			•	•

Zdroj: autor

Máte nějaké školení/ošetřovatelské postupy, jak postupovat s agresivním klientem?

Všechny, kromě respondentky R5, se shodly na tom, že mají nějaké vypracované postupy, jak jednat s agresivním pacientem, jako je nehádat se, nechodit do konfliktu, neotáčet se, dodržovat odstup, v nejhorším případě volat policii, vše odsouhlasit a odejít, pokud je rizikový pacient, přistupovat ve dvou lidech.

Tabulka 22 - Školení/ošetrovatelské postupy, jak postupovat s agresivním pacientem.

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Mají vypracované postupy	•	•	•	•		•	•
Nemají					•		

Zdroj: autor

Účastníte se nějakého školení ohledně verbálních a fyzických útoků?

Všechny se shodly, že podstupují nějaké školení, kromě dvou respondentek R5 a R6. R5 a R6 se shodly na tom, že by rády absolvovaly nějaké školení, ale v momentální situaci to není možné, jinak zájem z řad kolegyně je.

Ostatní respondentky se školení účastní minimálně jednou ročně. R1: „*Školení máme, ale zjistili, že v terénu to nemá smysl. Máme školení, jak s lidmi spolupracovat, ale v terénu se to nedá zvládat v jednom člověku.*“

R2: „*Mám mnohaletou zkušenost na příjmacím psychiatrickém oddělení, kde práce s agresivními pacienty byla téměř na denním pořádku. Jsem zastáncem toho, že trocha zkušenosti je lepší než mnoho teorie.*“

Tabulka 23 - Účast na školení ohledně verbálních a fyzických útoků

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Účastní	•	•	•	•			•
Neúčastní					•	•	

Zdroj: autor

3 Diskuze

Vzhledem k nedávnému zahájení činnosti Centru duševního zdraví bylo těžké najít vhodné práce pro srovnání výsledků, proto byly výsledky šetření porovnány s pracemi, které se zaměřovaly na ambulantní nebo lůžkovou psychiatrickou péči.

Cílem předkládané bakalářské práce bylo zjistit specifika práce sestry v domácí psychiatrické péči. Pro dosažení cíle bylo nutné stanovit a zodpovědět výzkumné otázky. Celkově byly stanoveny tři výzkumné otázky, které odpovídají stanovenému cíli bakalářské práce, a to: Jaká je hlavní náplň práce všeobecné sestry v domácí psychiatrické péči? Jaký je přístup všeobecných sester k pacientům s psychiatrickým onemocněním? Jaká jsou rizika práce sestry s verbálně agresivním a fyzicky agresivním pacientem? Výzkumné šetření probíhalo online metodou polostrukturovaného rozhovoru pomocí webkamery a mikrofону pro navození osobního setkání. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 7 všeobecných sester, které pracovaly v CDZ.

První část výzkumu byla zaměřena na základní informace týkající se respondentek. Všechny respondenty mimo jedné mají specializaci v psychiatrii, poslední respondentka si ji dodělává. Věk respondentek se pohybuje od 31 do 56 let. Jejich pracovní zkušenosti v Centru duševního zdraví se pohybují od 4 měsíců po 4 roky.

První výzkumná otázka: Jaká je hlavní náplň práce všeobecné sestry v domácí psychiatrické péči?

K této otázce se vztahovalo 9 dalších. Je zaměřena na hlavní náplň práce všeobecné sestry v domácí psychiatrické péči. Z výzkumu vyplývá, že čtyři sestry v Centru duševního zdraví pečují o pacienty od 18 do 65 let, dvě respondenty uvedly, že se starají o pacienty od 16 let a horní věková hranice není omezena, poslední respondentka se vyjádřila, že se starají o pacienty starší, od 18 let, bez omezení horní věkové hranice. Omezený věk klientů mají v CDZ, která jsou momentálně v pilotním režimu a testují se. Většinou se sestry nestarají o pacienty mladší 18 let, a to z důvodu právní odpovědnosti rodičů, a nechtějí určovat pacientovi mladšímu 18 let psychiatrickou diagnózu. Starají o 3-5 klientů za den a mají 12-20 klientů za týden. Počet klientů závisí na dojezdové vzdálenosti ke klientovi a potřebě návštěv. V Centru duševního zdraví se starají jen o pacienty s určitými diagnózami, jako je schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy, poruchy nálady, organické poruchy, obsedantně kompulzivní poruchy,

posttraumatické stresové poruchy, disociativní poruchy motoriky, disociativní záchvaty a poruchy osobnosti. Centra duševního zdraví mají dané určité diagnózy, o které se můžou starat. Je to dané zdravotní pojišťovnou, která jim péči o pacienty s jiným onemocněním neproplatí. Nejčastější výkony, jež provádějí sestry u psychiatrických pacientů, jsou psychosociální rehabilitace, hodnocení psychického a zdravotního stavu, edukace, reedukace, krizová intervence, telefonní konzultace a práce s rodinou. Sestry se zaměřují na zdravotní a psychický stav pacienta, dále kontrolují a zjišťují působení léků, jak kvalitně spí, zda mají dostatek financí na jídlo a osobní potřeby, zda komunikují s rodinou, probírají jejich závislosti, edukují o nemoci, zda dotyčný ví, co to obnáší, zda zvládl to, co měl, a zaměřují se na aktuální problémy.

Jonová (2017) ve své bakalářské práci „*Sestra v komunitní psychiatrické péči*“ dodává, že s klienty plánují termíny schůzek, pomáhají jim naplánovat aktivity a dopomoc s běžnými činnostmi.

V anglickém článku *The Role of the Psychiatric...*(2020) udávají jako hlavní náplň práce komunikaci s psychiatrickým pacientem, krizovou intervenci, sledování příznaků, hodnocení a tvorbu léčebného plánu a spolupráci v komunitě.

V dalším anglickém článku *Psychiatric Home Care* (2020) se uvádí, že sestra kontroluje užití léků a jejich účinnost, dále dodržování zdravého životního stylu a celkové hodnocení stavu.

Druhá výzkumná otázka: Jaký je přístup všeobecných sester k pacientům s psychiatrickým onemocněním?

K této výzkumné otázce se vztahovalo 7 dalších otázek. Je zaměřena na přístup všeobecných sester k pacientům s duševním onemocněním. Z výzkumu vychází, že přístup sester k pacientům s duševním onemocněním je normální, musí si dávat pozor na to, co říkají. Pacient se k tomu může kdykoliv vrátit, i když pro sestru to nebylo důležité, proto je zapotřebí nepoužívat sarkasmus, ironii a vtipy, jelikož tomu dotyčný nerozumí a myslí si, že je to realita. Přístup sester k pacientům je velice individuální, záleží na diagnóze, chování a stavu každého pacienta. Pacientům s bludy se tyto nesmí vyvracet, ale zároveň je potřeba nedávat pacientovi najevo, že jsou součástí reality. Snažit se vymluvit hlas, že neexistují, nenutit klienta do něčeho, co se mu nechce, a používat přísný přístup u duálních diagnóz. Ve výzkumu se odpovědi respondentek

u otázky, jak reagují na další osobu, rozcházel. Tři respondentky se shodly, že reagují normálně, jedna z nich dodala, že se někdy snaží ukázat svoji bezbrannost. Další dvě respondentky se shodly, že jsou pacienti v kontaktu s cizí osobou stydlivější, obezřetnější, udržují si odstup a nejsou tak sdílní. Poslední dvě se shodly, že záleží na diagnóze a přístupu pacienta. Všeobecné sestry se shodly, že je těžké udržet profesionální přístup, pokud pacient nedodržuje léčebný režim, sestry s nimi komunikují otevřeně o možných rizicích a komplikacích při nedodržování, snaží se, aby získal nadhled nad svým onemocněním. Dále se shodly, že pracovní postupy s pacienty jsou podobné, ale individuální, záleží na diagnóze, stavu a chování pacienta. Pouze pokud není pacient kompenzovaný, chodí se k němu ve dvou lidech. Pět sester ze sedmi se shodlo, že práce v domácí psychiatrické péči je velice náročná. K podobnému zjištění dospěla i Korousová (2016), která ve svém výzkumu dodala, že sestra má být empatická, trpělivá a nevyhrocovat situaci, kontrolovat dodržování nemocničního řádu, dohlížet na nežádoucí účinky léků, kontrolovat pacienta a jeho noční stolek, aby u sebe neměl věci, jimiž by si mohl ublížit, nebo návykové látky. Kontrola osobních věcí se neprovádí v domácí psychiatrické péči, jelikož je stav pacientů většinou kompenzovaný, jsou ve vlastním sociálním prostředí, je to jejich osobní prostor a sami si ručí za to, co kde mají. Kontrola osobních věcí pacienta by mohla vyvolat jeho agresi.

Třetí výzkumná otázka: Jaká jsou rizika práce sestry s verbálně a fyzicky agresivním pacientem?

K této výzkumné otázce se vztahovalo 6 dalších. Je zaměřena na práci s agresivními pacienty, ať už verbálně, nebo brachiálně. Odpovědi na danou výzkumnou otázku mě velice překvapily, čekala jsem, že s agresivním pacientem v domácí psychiatrické péči se budou sestry setkávat víc. V domácí psychiatrické péči nedochází tolik k agresi pacientů, jelikož jsou částečně zaléčeni a je důležitá dispenzarizace. V komunitní psychiatrické péči se sestry častěji setkávají s verbální agresi, která se dá relativně dobře zvládat. Pokud dojde k agresi pacienta, sestry se snaží odvést jeho pozornost, v klidu s ním komunikovat, používat jednoduché věty. Pokud to nepomůže, odcházejí a zařizují odvoz do psychiatrické nemocnice. Většina Centrech duševního zdraví má standard a zaměstnanci se účastní školení, jak postupovat při jednání s agresivním pacientem. K podobnému výsledku došla Haiklová (2016), která uváděla v bakalářské práci, že v psychiatrické ambulanci se všeobecná sestra setkala více se slovní agresi než s agresi brachiální.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

V této části jsem se zaměřila na návrh řešení a doporučení pro praxi, který vychází ze zjištění získaných v rámci výzkumné části bakalářské práce a jehož využití je možné pro sestry pracující v Centrech duševního zdraví. Bakalářská práce se zabývá specifiky práce sester v domácí psychiatrické péči, jejich hlavní náplní práce, jak přistupují k pacientům s duševním onemocněním a zda se setkaly s agresivním pacientem.

Z odpovědí na první výzkumnou otázku vyplynulo, že hlavní náplní práce sestry v domácí psychiatrické péči je komunikace s pacientem, pozorování pacienta, komunikace s rodinou a hledání možných řešení pro zlepšení stavu pacienta. Doporučila bych více komunikovat s pacientem a rodinou a všímat si maličností u pacientů všech diagnóz, které mohou znamenat zhoršení příznaků a stavu pacienta a je potřeba kontrola u lékaře. Dále bych doporučila kontrolu nastavené léčby, zda je účinná. Snažit se lidi inspirovat a motivovat ke zlepšení svého zdravotního stavu.

Z odpovědí na druhou výzkumnou otázku vychází, že chování sester k pacientům s duševním onemocněním se zásadně neodlišuje od chování k pacientům s jinou diagnózou. K pacientům přistupují holisticky, dávají si pozor na to, co říkají, nepoužívají ironii a sarkasmus. Otevřeně s ním komunikují o jeho onemocnění, jaké se mohou vyskytnout komplikace, jak se má pacient chovat, a podávají další informace ohledně nemoci. Někteří pacienti s duševním onemocněním mají strach z jiných lidí. Navrhovala bych v této situaci, aby se lidé se stejným duševním onemocněním měli možnost scházet a společně komunikovat pod odborným dohledem a získali tak větší důvěru k lidem a neměli strach z cizího kolektivu a prostředí. Dále bych navrhovala střídání personálu u klientů, aby si klient nezvykl jen na jednu určitou osobu a nikoho jiného k sobě nechtěl pustit. Toto opatření by mohlo i u personálu vést k prevenci syndromu vyhoření.

Z odpovědí na poslední výzkumnou otázku vyplývá, že se s agresivním pacientem v domácí psychiatrické péči setkávají minimálně. Mají dané ošetrovatelské postupy a školení, která se konají většinou jednou za dva roky. Navrhovala bych častější školení personálu k tématu, jak předcházet agresi pacienta, a jak se bránit v případě útoku z pacientovy strany, aby neztratil ostražitost. Za důležité považuji mít možnost, pokud u pacienta dochází ke změnám chování, navštívit ho ve dvou lidech.

Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na práci sestry v domácí psychiatrické péči. Vypracováním této bakalářské práce jsem získala mnoho informací týkající se péče o pacienta s duševním onemocněním. Práce je rozdělena na dvě části, první část je teoretická a druhá část je výzkumná. Cílem práce bylo zjistit, v čem je tato práce specifická.

V teoretické části je popsána koncepce ošetrovatelské péče a rozdělení psychiatrické péče. Dále se zabývá reformou psychiatrické péče, Centru duševního zdraví. Popsána jsou vybraná duševní onemocnění, se kterými jsou přijímáni pacienti do CDZ. Nakonec jsem se věnovala léčbě psychiatrického pacienta, ošetrovatelské péči a komunikaci.

Výzkumná část byla zaměřena na tři výzkumné otázky, které se vztahovaly k cíli předkládané závěrečné práce. Praktická část obsahuje metodiku výzkumu, charakteristiku respondentů, průběh a výsledky výzkumného šetření. Všechny výsledky byly popsány a pro lepší přehlednost zaznamenány do tabulek. Výzkumného šetření se účastnilo 7 respondentek, které pracovaly jako všeobecné sestry v Centru duševního zdraví.

Z výsledku výzkumu vyplývá, že hlavní náplní práce je komunikace, pozorování a motivace pacienta. K pacientům přistupují běžně, holisticky a snaží se vytvořit si přátelský vztah, aby jim důvěřovali. Komunikují s nimi otevřeně ohledně jejich onemocnění, možnostech léčby a rizik při nedodržování léčebného režimu. Kontakt s agresivním pacientem v CDZ bývá minimální, ale i přes to by bylo dobré pracovnice dále školit.

Cíl práce byl splněn a zjistila jsem specifika práce sester v domácí psychiatrické péči, díky rozhovorům s respondentkami, které mi poskytly informace. Došla jsem k závěru, že k práci v CDZ je potřeba být komunikativní, sledovat a zkoumat pacienta v každé situaci, vědět, jak se které onemocnění projevuje, přistupovat ke každému individuálně a být obezřetný.

Seznam použité literatury

Centrum duševního zdraví, Havlíčkův Brod. *Kdo jsme a co děláme?* [online]. Dostupné z: <https://www.cdzhb.cz>.

CHI Health, *Psychiatric Home Care*. [online]. 2020 [cit. 14.04.2021]. Dostupné z: <https://www.chihealth.com/en/services/behavioral-care/home.html>

FOKUS Vysočina, Služby pro duševně nemocné 2021, *Centrum duševního zdraví*, [online]. [cit. 03. 03. 2021]. Dostupné z: <http://www.fokusvysocina.cz/centrum-duševního-zdraví>.

DUŠEK, Karel, Alena Večeřová-Procházková, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 648s ISBN 978-80-247-9854-7.

FÍŠAR Zdeněk a kol. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*, 2. přepracované a doplněné vydání. 2009 Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2737-0.

HAIKLOVÁ, Veronika. *Práce sestry v psychiatrické ambulanci*. Č. Budějovice, 2016. bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

Home Healthcare Now. *Performance Improvement in Practice* [online]. [cit. 14.04.2021]. Dostupné z: https://journals.lww.com/homehealthcarenurseonline/Fulltext/2010/11000/The_Role_of_the_Psychiatric_Nurse_in_Home_Care.7.aspx.

HOSÁK, L., M. HRDLÍČKA a J. LIBIGER, 2015, *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

JÓNOVÁ, Simona. *Sestra v komunitní psychiatrické péči*. Pardubice, 2017. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

KALIŠOVÁ, Lucie. *Elektrokonvulzivní léčba - teorie a praxe*, 2019. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4337-3.

KOROUSOVÁ, Agáta. *Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení se závislými klienty*. Č. Budějovice, 2019. bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*, 2010. Praha: Grada Publishing a.s. 256s. ISBN 978-80-247-3125-4.

MALÁ, Eva a Pavel Pavlovský. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, 2. vydání. Praha: Portál, 144s. ISBN 978-80-7367-723-7.

Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. [cit. 2021-04-24]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrické%20péče.pdf>.

Nemocnice Náchod. *Práva duševně nemocných péče* [online]. [cit. 2021-05-02]. Dostupné z: <https://www.nemocnicenachod.cz/pro-pacienty-klienty/prava-pacientu/prava-dusevne-nemocnych>.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 2014. Praha: Grada Publishing a.s. 296s. ISBN 978-80-247-4236-6.

Péče o duševní zdraví 2016. *Dají se duševní onemocnění léčit?* [online]. [cit. 03.03.2021]. Dostupné z: <http://www.pdz.cz/uploaded/dokumenty/daji-se-d.n.lecit.pdf>

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 3. vydání. 2015. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0976-8.

ÚZIS ČR, 2021. *Psychiatrická péče 2019: zdravotnická statistika* [online]. [cit. 2021-21-04]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008348/psych2019.pdf>.

Vondráček Lubomír, Wirthová Vlasta. *Právní minimum pro sestry, příručka pro praxi* 2009. Grada Publishing a.s. Praha ISBN 978-80-247-3132-2

WINKLER, P., F. Španiel, L. Csémy, M. Janoušková a L. Krejníková, 2013. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha. 69 s. ISBN 978-80-87142-21-9.

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Věk respondentů.....	28
Tabulka 2 - Nejvyšší dokončené vzdělání.....	29
Tabulka 3- Specializace v psychiatrii.....	29
Tabulka 4 - Délka praxe v Centru duševního zdraví.....	29
Tabulka 5 - Věk pacientů.....	30
Tabulka 6 – Nejčastější diagnózy	30
Tabulka 7 - Nejčastější výkony u pacientů.....	31
Tabulka 8 - Nejobtížnější činnosti	31
Tabulka 9 - Na co se zaměřujete a o čem komunikujete	32
Tabulka 10 - Počet klientů na starosti	32
Tabulka 11 - Přístup sester ke klientovi s duševním onemocněním	33
Tabulka 12 - Specifická práce a komunikace s psychiatrickým klientem.....	33
Tabulka 13 - Specifika u konkrétních diagnóz	34
Tabulka 14 - Reakce duševně nemocného na kontakt s další osobou.....	34
Tabulka 15 - Udržení profesionálního přístupu ke klientovi, který nedodrží léčebný postup	35
Tabulka 16 - Postupy.....	35
Tabulka 17 - Psychická náročnost práce všeobecné sestry s psychiatrickým klientem..	36
Tabulka 18 - Setkání s agresivním pacientem	37
Tabulka 19 - Jak se bráníte při fyzickém/ verbálním útoku	37
Tabulka 20 - Komunikace s agresivním pacientem	38
Tabulka 21- Uklidňujete agresivního pacienta	38
Tabulka 22 - Školení/ošetřovatelské postupy, jak postupovat s agresivním pacientem.	39
Tabulka 23 - Účast na školení ohledně verbálních a fyzických útoků.....	39

Přílohy