

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Změna role sestry v péči o psychiatricky nemocné

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Mgr. Hana Burkertová, PhD.

Ladislava Dugovičová

2007

Change of nurse's role in care of psychiatric patients

The reason why I picked up this topic of my bachelor's work is that I myself work in the field of psychiatrist care. I would like to chart the problems with the care of patients with mental disorders from the sight of nurse and find out the possibilities for improving the care.

The psychiatrist care reached the big progress after a year 1989, there is a development especially in community care and rehabilitation activities. The priority is re-socialize and improve destigmatization of patients with mental disorder. The care is based on team work among multi-disciplinary team, patient and his family. Theoretical part is aimed for the nurse's personality in psychiatrist care, her role, competency and possibility of further education. It deals with care organization in alienism and patients with mental disorder.

The first aim of my work was to find out the patient's opinion on nurse's care in the field of psychiatrist nursing in region Vysočina. There was a hypothesis related to the given aim, where I supposed that the patients with mental disorder are satisfied with the provided nurse's care in the field of psychiatrist nursing in region Vysočina. The second aim of my work was to find out the satisfaction of the patients with mental disorder with the offer of provided services in psychiatrist nursing in region Vysočina. There was a hypothesis determined to the given aim, where I supposed that patients with mental disorder are satisfied with the offer of provided services in psychiatrist nursing in region Vysočina. The third aim of my work was to find out the willingness of nurses to more active engagement in their roles in the care of patients with mental disorder. In last hypothesis I supposed that nurses are willing to be more engaged in their roles of care of patients with mental disorder although they aren't motivated from the side of employers. The aims of my work were fulfilled.

Information were gathered thanks to quantitative research, I used the method of questioning, technique of data gathering – standard interview and questionnaire. The first monitored file formed 31 patients with mental disorder; the second monitored file was formed by 116 nurses/attendants working in all fields of psychiatrist care.

On account of results was found out that most of patients with mental disorder were satisfied with nurses' work as well as with the offer of services in psychiatrist care in region Vysočina. Further was found out that most of nurses participate willingly in care of patients with mental disorder. The results of investigation confirmed the first, second as well as third hypothesis.

The results of research will be presented in institutions, where was the research made. These pieces of knowledge could be determined as a source of information for nurses and could lead to improving nursing. They could also be used as a lead for management of health institutions, to show how the motivation of nurses could be increased and to be more interested in single cure of patients with mental disorder.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Změna role sestry v péči o psychiatricky nemocné“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 11. 5. 2007

Ladislava Dugovičová

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat vedoucí práce Mgr. Haně Burkertové, PhD., za cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Sestra – reprezentant profese	4
1.1.1 Osobnost sester	4
1.1.2 Role sestry	5
1.1.3 Poslání a funkce sestry	6
1.1.4 Kompetence sester	7
1.1.5 Vzdělávání sester v ČR	8
1.2 Organizace péče v psychiatrickém ošetřování	9
1.2.1 Historie psychiatrického ošetřování ve světě i v ČR	9
1.2.2 Ambulantní péče	12
1.2.3 Lůžková péče	12
1.2.3.1 Psychiatrické oddělení	13
1.2.3.2 Psychiatrické léčebny	13
1.2.4 Intermediární (komunitní) péče	14
1.2.4.1 Základní principy služeb intermediární (komunitní)	14
1.2.4.2 Krizové služby a domácí léčení	15
1.2.4.3 Denní centra, stacionáře	16
1.2.4.4 Podpora v bydlení	16
1.2.4.5 Podpora v práci	17
1.2.4.6 Svépomoc, aktivity klientů	18
1.3 Nemocný s duševním onemocněním	18
1.3.1 Duševní zdraví	18
1.3.2 Stigma duševního onemocnění	19
1.3.3 Nejčastější duševní onemocnění – schizofrenie	20
1.3.3.1 Definice a vymezení pojmu	20
1.3.3.2 Příznaky schizofrenie	21
1.3.3.3 Formy onemocnění	21
1.3.3.4 Léčba schizofrenie	22

1.3.4 Časté duševní onemocnění - Poruchy nálady (afektivní poruchy)	24
1.3.4.1 Definice a vymezení pojmu	24
1.3.4.2 Manická fáze	24
1.3.4.3 Depresivní fáze	25
1.3.4.4 Periodická depresivní porucha	25
1.3.4.5 Bipolární afektivní porucha	26
1.3.4.6 Trvalé poruchy nálady	26
1.3.4.7 Léčba afektivních poruch	26
2. Cíl práce a hypotézy	29
2.1 Cíl práce	29
2.2 Hypotézy práce	29
3. Metodika práce	30
3.1 Použité metody	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	30
4. Výsledky	32
4.1 Vyhodnocení standardizovaného rozhovoru s pacienty	32
4.2 Vyhodnocení dotazníku pro sestry	48
5. Diskuse	64
5.1 Diskuse ke standardizovanému rozhovoru	64
5.2 Diskuse k dotazníku	69
6. Závěr	74
7. Seznam použité literatury	76
8. Klíčová slova	82
9. Přílohy	83

Úvod

Důvodem, proč jsem si zvolila toto téma bakalářské práce je, že sama pracuji v oblasti psychiatrické péče. Ráda bych zmapovala problematiku péče o nemocné s duševním onemocněním z pohledu sestry a zjistila možnosti zlepšení péče.

Každému člověku, který onemocní nastanou v životě problémy, které s sebou nemoc přináší. Avšak člověk s duševním onemocněním je v jiném postavení než člověk s tělesnou nemocí. Duševní nemoc má negativní dopad na nemocného, jeho rodinu, děti, příbuzné i celou společnost. Zasahuje do všech sfér života, a tím ovlivňuje celý další život nemocného a jeho rodiny.

Péče o duševně nemocné je v ČR poskytována v různých formách – ambulantní, institucionální a intermediární (komunitní) péče, která začala vznikat v 80. letech 20. století. Ve všech těchto oblastech péče o nemocné s duševním onemocněním pracuje sestra a uplatňuje tak všechny své role. Cílem psychiatrické péče je resocializovat a zlepšit destigmatizaci nemocných s duševním onemocněním. Ošetřovatelství v psychiatrii je nově založeno na týmové práci mezi multidisciplinárním týmem, nemocným a jeho rodinou. Do popředí se tak dostává spolupráce sestry – nemocný. Podstatou je zapojení nemocného do péče, aktivní spoluúčast nemocného. Sestra zohledňuje jeho individuální potřeby i potřeby jeho rodiny a dalších blízkých osob. S tímto novým pojetím ošetřovatelské péče se postupně mění i role sestry. Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce, protože se mění i kompetence sester, mění se i obsah její práce.

Moje práce by mohla být určena jako zdroj informací pro sestry a mohla by vést ke zlepšování ošetřovatelské péče o nemocné s duševním onemocněním ve všech oblastech péče. Mohla by sloužit také jako vodítko pro management zdravotnických zařízení jakým způsobem by mohla být zvýšena motivace sester a větší zainteresovanost na samotné léčbě nemocných s duševním onemocněním. Věřím, že informace budou přínosem pro celkové zlepšování péče.

1. Současný stav

1.1 Sestra – reprezentant profese

1.1.1 Osobnost sestry

Sestra je osoba, která byla přijata do vzdělávacího programu v ošetrovatelství, úspěšně studia dokončila, tím získala odbornou způsobilost, registrovala se a tím je oprávněna vykonávat profesi sestry. Za péči, kterou poskytuje odpovídá, i když pracuje samostatně nebo jako členka zdravotnického týmu (40, 27).

Jen málo povolání prodělalo v krátkém čase tolik změn jako profese sestry. Ze začátku se formovala na půdě charitativních institucí či hospitálů. Profese sester se měnila s rozvojem ošetrovatelství od charitativní pomoci, přes pomocnici lékaře až k samostatné práci sestry (12). Od psychiatrických sester se očekává velká pružnost a schopnost efektivně pracovat nejen ve zdravotnických zařízeních, ale i v ambulanci nebo komunitní péči (11).

Sestra v psychiatrickém ošetrovatelství pečuje o nemocné s duševním onemocněním, vytváří spolu s ostatními členy týmu terapeutické prostředí. Sestra pomocí terapeutické komunikace vede nemocného k samostatnosti a zodpovědnosti za svoje zdraví, zlepšuje náhled na nemoc, snižuje stigmatizaci (41). Komunikace je založená na důvěře, empatii, akceptaci a na respektu nemocného. Nemocný do interakce vnáší své pocity, obavy, očekávání, identifikuje své problémy a svá omezení (11). Pro psychiatrickou sestru je důležité zvládat správný způsob komunikace, kdy dbá na to, aby byla ve shodě verbální a neverbální složka komunikace, ale i pečlivé pozorování jednání a chování nemocného, kdy sestra pozoruje vzhled, vztahy s okolím a jinými lidmi, sleduje verbální a neverbální projevy nemocného i možné známky agrese (19). Ve spolupráci s lékaři i jinými odborníky pomáhá obnovit psychické zdraví, vede nemocné při různých ergoterapeutických aktivitách (arteterapii, relaxaci, skupinové psychoterapii). Spolupracuje s ambulanci a komunitními zařízeními, pomáhá při sociální integraci nemocným (41).

Sestra při práci uplatňuje holistický přístup, vytváří s nemocným vzájemný ohleduplný terapeutický vztah, který urychluje edukační a terapeutický efekt péče, dodává mu pocit bezpečí, koriguje maladaptivní vzorce chování. Při práci respektuje práva nemocných a uplatňuje etický kodex své profese (41). V kodexu se uvádí, že při své práci sestra zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost jednotlivce bez ohledu na rasu, národnost, víru. Kodex popisuje postavení sestry ve vztahu k pacientovi, k jiným zdravotnickým pracovníkům, k ošetrovatelské profesi, ke společnosti a spoluobčanům (6).

1.1.2 Role sestry

Role je očekávané chování jedince, které souvisí s postavením ve společnosti. Představuje vzor správného chování jedince, jeho prožívání, související s jeho emocemi a postoji, vztahuje se k vlastnostem osobnosti a k jeho hodnotovému systému (7).

Role sestry prodělala složitý vývoj v minulosti, ale podstatně se mění i dnes. Tento vývoj byl ovlivněn aktivitou a činností F. Nightingalové, pokrokem v medicíně a ošetrovatelství. Roli ovlivňují změny ve společnosti, nové technologie a poznatky společenských věd, uplatňuje se i zdravotnická technika. Sestra se stává více rovnocennou členkou týmu, která je schopna samostatné práce (39, 12).

K dosažení a udržení standardu péče se po sestrách vyžadují nové dovednosti a široké spektrum poznatků (3). Na tyto důsledky reaguje ošetrovatelská praxe i vzdělávání sester, to má za následek změnu role sestry. Mezi charakteristické znaky role sestry patří emoční neutralita, která zabezpečuje nemocnému pocit jistoty a při péči vychází z potřeb pacienta a chápe jeho problémy (7). Při své práci nezastává sestra pouze jedinou roli, ale vždy spojuje více rolí dohromady. V současnosti zastává psychiatrická sestra nejčastěji tyto role:

Ošetrovatelka, tato role je spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče. Získává anamnézu, pozoruje a posuzuje psychický stav, zhodnocuje rodinnou, pracovní a sociální situaci nemocného, zjišťuje maladaptivní vzorce chování a provádí prevenci. Identifikuje problémy, plánuje, realizuje a vyhodnocuje péči (11).

Edukátorka, kdy podává informace o onemocnění a jeho léčbě, pomáhá snížit stigma (24). Sestra učí nemocného a jeho rodinu jak zvládat stres, komunikačním dovednostem, vede je k účasti na aktivitách na oddělení nebo v komunitě, pomáhá k lepšímu náhledu a akceptaci nemoci (11).

Asistentka, kdy se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči, připravuje nemocného na vyšetření a asistuje při něm. Účastní se skupinové psychoterapie, krizové intervence (39).

Manažerka, organizuje a řídí ošetrovatelský proces. Plánuje a realizuje aktivity nemocného (psychoterapii, arteterapii aj.), zajišťuje soulad léčby s okolím nemocného, tím že vytváří terapeutický vztah s nemocným. Poté vyhodnocuje poskytnutou péči a její vliv na psychický stav péče na nemocného (11).

Obhájkyně (advokátka), obhajuje zájmy a názory nemocného, tlumočí jeho přání a potřeby na poradách týmu (7, 39).

Koordinátorka, kdy sjednocuje jednotlivé aktivity nemocného v ambulantní, lůžkové a komunitní péči pomocí porad týmu (lékař, sociální sestra, psycholog, psychoterapeut, case management), spolupracuje s mimoústavními institucemi a organizacemi (21).

Výzkumnice, tato role se stává aktuální ve společnosti, ve které se utváří ošetrovatelství jako důvěryhodná vědecká profese. Od sestry se předpokládá přiměřené vzdělání (7).

1.1.3 Poslání a funkce sester

Posláním sester ve společnosti je pomáhat jednotlivci, rodinám, skupinám uspokojovat a dosahovat jejich psychických, tělesných a sociálních možností v souladu s prostředím, ve kterém pracují a žijí. Zapojují aktivně jednotlivce i rodiny do péče a tím podporují jejich soběstačnost a sebedůvěru (23). Snižuje stigmatizaci nemocného, edukuje jednotlivce a rodiny (21).

Funkce sester souvisí přímo s jejím posláním ve společnosti. Tyto funkce jsou neměnné, nejsou závislé na zdrojích, které jsou k dispozici, na prostředí, na době, kdy

se péče poskytuje, ani na zdravotním stavu jedince. Hlavní funkce sestry jsou čtyři a měly by se odrazit v legislativě dané země (22).

První funkcí je řízení a poskytování ošetrovatelské péče, ať už podpůrné, léčebné nebo preventivní. Péče se uskutečňuje metodou ošetrovatelského procesu, který se provádí v sérii logický kroků.

Druhou funkcí je výuka klientů/pacientů i zdravotnického personálu. Zjišťuje znalosti a schopnosti jednotlivců, zahrnuje přípravu a poskytování srozumitelných informací, organizování osvětových kampaní, pomoc sestrám získávat nové dovednosti a poznatky.

Třetí funkce sester je účinné a aktivní začlenění sestry do zdravotnického týmu při spolupráci, plánování, organizaci, řízení a hodnocení ošetrovatelských služeb. Sem patří delegování ošetrovatelských aktivit na jiné pracovníky, vystupování sestry jako vedoucího týmu a nebo spolupráce s odborníky na udržení bezpečného pracovního prostředí.

Poslední funkcí je rozvoj ošetrovatelské praxe, výzkumu a kritického myšlení (22, 23).

Moderní ošetrovatelství založené na potřebách praxe umožňuje vznik nových funkcí sestry jako je komunitní sestra, stoma sestra, primární sestra, diabetologická sestra, sestra pro domácí péči (39).

1.1.4 Kompetence sester

Činnosti jednotlivých kategorií pracovníků ve zdravotnictví jsou stanoveny a legislativně upraveny zvláštním právním předpisem – vyhláškou č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Později mají být tyto činnosti zpracovány jednotlivými zdravotnickými zařízeními (27). Ve vyhlášce č. 424/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, v § 3 odst. 1 jsou stanoveny činnosti pracovníků ve zdravotnictví s odbornou způsobilostí. Ve vyhlášce č. 424/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, v § 4 odst. 1, 2, 3, 4 je určen rozsah ošetrovatelské péče poskytované všeobecnou sestrou, kterou poskytuje v souladu se standardy a právními předpisy.

Ve vyhlášce č. 424/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, v § 48 jsou stanoveny činnosti pro psychiatrické sestry, které mohou provádět po absolvování studia, které podle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilostí k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění, nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odborností zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, v platném znění. Sestra se specializovanou způsobilostí edukuje pacienty, sleduje a vyhodnocuje stav pacientů, hodnotí kvalitu poskytované péče, provádí ošetrovatelský výzkum a připravuje standardy. Na základě indikace lékaře provádí přípravu pacientů na léčebné a diagnostické postupy.

Ve vyhlášce č. 424/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, v §56 ods.1 jsou stanoveny činnosti sester bez odborného dohledu. Sestra provádí poradenskou činnost, koordinuje spolupráci mezi terénními službami a lůžkovým zařízením, sleduje chování nemocného z hlediska včasného zachycení hrozící krize. Pod odborným dohledem lékaře nebo psychologa provádí psychologickou pomoc rodině nebo krizové intervence. Sestra se specializací v komunitní péči bez odborného dohledu koordinuje spolupráci mezi terénními a lůžkovými službami, včetně svépomocných aktivit, podílí se na začlenění nemocných do vlastního sociálního prostředí. Na základě indikace lékaře provádí návštěvní a zdravotní péči, kontroluje dodržování režimu, hodnotí zdravotní stav nemocného a jiné (45).

1.1.5 Vzdělávání sester

Problematika vzdělávání sester je jednou z klíčových oblastí profesního růstu. V ČR na základě zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění (2).

Příprava sester k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání v ČR podle zákona č. 96/2004 Sb., v platném znění, je zpravidla tříletá, probíhá na vyšších zdravotnických školách v oboru diplomovaná sestra nebo na vysokých školách v akreditovaném bakalářském studijním oboru v souladu se směrnicemi Evropské unie (27). Specializaci v oboru psychiatrie získává sestra po absolvování specializačního programu formou modulového systému v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně či Praze (21).

Zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění, slouží k úpravě a kontrole celoživotního vzdělávání. V § 53 zákona č. 96/2004 Sb., v platném znění, je uvedeno, že celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, prohlubování a doplňování vědomostí a způsobilosti zdravotnických pracovníků v příslušném oboru v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky a s rozvojem oboru. Mezi formy celoživotního vzdělávání patří specializační vzdělávání, inovační a certifikované kurzy, účast na kongresech, odborných konferencích, samostudium odborné literatury či získávání vyššího stupně akademického vzdělání (magisterské, doktorské), absolvování celoživotního vzdělávání prokazuje sestra na základě kreditního systému (47).

Možnost získat informace o pořádaných odborných psychiatrických vzdělávacích akcích může sestra v odborných periodikách a časopisech jako je Sestra, Florence. Na internetových stránkách NCO NZO v Brně a v Praze, na stránkách Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví a jiných stránkách..

1.2 Organizace péče v psychiatrickém ošetřování

1.2.1 Historie psychiatrie ve světě i v ČR

Duševní choroby provázejí lidstvo celou jeho existencí. Název psychiatrie je poměrně nového data, obsah pojmu psychiatrie závisí na vývoji názorů na duševní choroby a jejich léčení (33).

Počátky léčení duševních chorob měly lidový původ, léčení bylo výsadou kouzelníků a šamanů, to souviselo s magickým pojmáním nemocí a poruch. Většinou probíhalo léčení zařikáváním, vyháněním duchů, nošením amuletů (33). Ve starověku

pečovali o duševně choré převážně jejich rodiny. Hippokrates (460-370 l. př. n. l.), řecký lékař a filozof, chápal duševní choroby jako projev tělesné poruchy, ve změnách mozku, vliv přikládal i prostředí člověka, ve kterém žije (28). Kladl důraz na diagnostikování nemocí, na individuální přístup k nemocnému. K léčení používal pouštění žilou, dávidla, ale i některé psychologické prvky (21). Svou prací inspiroval některé významné osoby své doby jako Platóna, Galenose, Soranuse a Avicenu (28).

S nástupem středověku byli opuštěny humánní přístupy k léčení duševních chorob, které byli považovány za výplod d'ábla. Duševně choré poutali, mučili a někdy i věznili. Vliv na léčbu měla i církev, kdy docházelo k upalování pro čarodějnictví, dominoval exorcismus (33). Osudy psychiatrie ve středověku patří mezi nejčernější v dějinách medicíny (21). V ranném středověku však vznikaly i první hospitály v křesťanských kláštorech, které byly postupem času měněny na speciální nemocnice pro duševně choré. V 15. stol. začaly nekřesťanské azyly, léčba se prováděla dávidly, projímadly, lidé byli poutáni (33). V renesanci, tzv. první psychiatrické revoluci odstupovali lékaři od mínění posednutí d'áblem, Johann Weyer (1515-1588), německý lékař začal prosazovat názor, že lidé jsou tělesně nemocní. Felix Platter prosazoval do léčby řadu psychologických, farmakologických a fyzikálních postupů. V 17. stol. se začalo uvažovat o psychických poruchách a jejich organických příčinách (28). V českých zemích nebyl ve středověku vybudován systém péče o duševně nemocné. První klášterní hospital vznikl v Praze, kde poskytovali alespoň to nejnutnější ošetření, péče o nemocné byla svěřena jeptiškám a mnichům. Neklidní nemocní byli zavírání, odsuzování k tělesným trestům (21). První neklášterní azyl byl zřízen ve Znojmě, později v Praze i v Brně, nemocní byli převážně v klecích či poutech, léčba se prováděla projímadly, šoky, pouštěním žilou (33).

Novověk je spojen s rozmachem věd, radikální a největší změna je spojena se jménem Phillipa Pinela (1745-1826), reformátora psychiatrické péče, zakladatele novodobé psychiatrie, který reformoval péči o duševně choré, kdy zaváděl léčbu prací a léčebný režim, některé psychoterapeutické metody. Mezi jeho pokračovatele patřili D. Esquirol, V. F. Sabler a jiní. Začalo se dbát na kulturní prostředí, na dobré zacházení s duševně chorými, začala se rozvíjet farmakologie a specializuje se ošetřování (33).

V 19. stol. se péče o nemocné přesunula do specializovaných azylů a poté do psychiatrických zařízení, které zpravovali lékaři, v léčbě dominují režim a práce (28). K rozvoji specializované péče o duševně choré v našich zemích dochází za vlády Josefa II., vznikl ústav pro pomatené u sv. Anny v Brně a založil v Praze Všeobecnou nemocnici s jednou budovou pro choromyslné tzv. Tollhaus (19). Otevřením ústavu byly dány předpoklady pro rozvoj psychiatrie a ošetřování psychicky nemocných, personál byl nevyučení a bydlel přímo s pacienty (21). Začala se otevírat stále nová zařízení pro psychiatricky nemocné jako azyl u Kateřinek v Praze. J. G. Riedel (1803-1870) založil Nový dům – psychiatrickou kliniku v Praze, která je otevřena dodnes (9). Součástí léčby se stala pracovní terapie, vychovávání nemocných bylo moralistické, personál byl nekvalifikovaný, zaučený pouze praxí (21). V druhé polovině 19. stol. vznikají pobočky nemocnic v podobě specializovaných ústavů, dnešních psychiatrických léčeben (Kosmonosy, Černovice, Dobřany, v Jihlavě) (19).

Ve 20. stol. dochází k prudkému rozvoji psychiatrie, rozmach prožívá biologická léčba a farmakologie. Velký vliv na rozvoj psychiatrie měl Sigmund Freud (1856-1939) a jeho psychoanalýza. Rozvíjí se psychoterapie a psychiatrická rehabilitace zásluhou Hermana Simona (33). V 70. – 80. letech v Americe vznikají moderní psychiatrická zařízení, ve kterých se klade důraz na potřeby klienta, začíná se prosazovat trend otevřených dveří, dochází k rozvoji komunitní péče (28). V Čechách se podepsala na rozvoji psychiatrické péče 1. a 2. světová válka i komunistické ideologie po osvobození v roce 1945, to vše ovlivnilo vzdělávání, organizaci a systém psychiatrické péče. V 70. letech rostl počet psychiatrických odborníků, v zařízeních se začaly používat moderní léčebné prostředky – biologické, psychoterapeutické, farmakologické i rehabilitační (21).

V posledních letech dochází k rozvoji farmakologie, která umožňuje ústup ústavní léčby a přesun péče do ambulantních služeb, tato péče pomáhá vést lidem život co s nejmenším omezením. Ošetrovatelský personál je pro svou práci vzděláván ve školách, kde je brán ohled i na praktickou část výuky. Zdravotnický personál se stará o konkrétního pacienta, zná dobře problematiku nemocných s duševním onemocněním a jeho potřeby. Po roce 1989 se v léčbě zvýraznil podíl psychoterapie, dochází k rozvoji

komunitní péče, vznikají denní sanatoria, krizová centra a jiné formy komunitních služeb (19).

V současnosti je snaha zkrátit co nejvíce hospitalizaci a ponechat co nejdéle pacienta v jeho vlastním prostředí. V ošetrovatelské péči se zdůrazňuje požadavek na respektování důstojnosti pacienta, od personálu se očekává neformální lidský zájem a pochopení potřeb a problémů pacienta (21).

Psychiatrická péče je poskytována v ČR v různých formách, kde je cílem, aby byla péče kvalitní a aby nabídka psychiatrických, psychologických, sociálních, psychoterapeutických a ošetrovatelských služeb byla dostupná. Tyto služby navzájem koordinují svou činnost, doplňují se a tím vytváří funkční celek (14). Systém péče tvoří síť ambulantních, lůžkových a intermediárních (komunitních) zařízení. Mimo to existují i mezirezortní zařízení a zařízení mimo resort zdravotnictví (21).

1.2.2 Ambulantní péče

Základním článkem péče jsou psychiatrické ambulance. Jejich úkolem je prevence, diagnostika, léčba a rehabilitace psychicky nemocných. Součástí ambulantní péče může být návštěvní služba a vykonávání ambulantního ochranného léčení (19, 14).

Ambulantních zařízení je mnoho druhů: ordinace AT, substituční centra, ambulance psychiatrické sexuologie, ambulance pro poruchy příjmu potravy nebo ambulance psychiatrické pro děti a dorost aj. (21).

Sestra dispenzarizuje nemocné, provádí preventivní, psychoterapeutickou a někdy i návštěvní a domácí ošetrovatelskou péči, kde ošetřuje duševně nemocné. Při návštěvě v ambulanci dochází ke zhodnocení stavu nemocného a k úpravám terapie. Ve spolupráci s lékařem a jinými zařízeními koordinuje péči. Zjišťuje informace ze sociálního, pracovního a rodinného prostředí klienta (32).

1.2.3 Lůžková péče

Od konce 60. let 20. stol. je tendence ke snižování počtu lůžek, tato změna se může uskutečnit pouze v souvislosti s rozvojem sociálních, intermediárních

a ambulantních služeb. V současné době existují v ČR v lůžkové péči dvě organizační formy: psychiatrická oddělení a psychiatrické léčebny (14).

1.2.3.1 Psychiatrická oddělení

Psychiatrická oddělení jsou určena pro krátkodobou a většinou dobrovolnou hospitalizaci zajišťující denní 24 hod. péči. Obvykle jsou tato oddělení součástí nemocnic nebo jako samostatná oddělení. Pracuje zde multidisciplinární tým, který provádí diagnostiku, léčbu, posuzuje zdravotní stav nemocných a provádí sociální a tělesnou rehabilitaci. Tým koordinuje své služby s ambulantní a komunitní péčí (21). Některá oddělení jsou specializovaná: pro děti a mladistvé, pro poruchy paměti nebo geriatrická oddělení aj. (14).

Psychiatrické kliniky neboli psychiatrická oddělení fakultních nemocnic jsou speciálním typem oddělení, jsou součástí lékařských fakult, kde vedle služeb zdravotnických, ošetrovatelských a konziliárních probíhá pre a postgraduální výuka a výzkumná činnost (21).

1.2.3.2 Psychiatrické léčebny

Poskytují komplexní péči zejména u dlouhodobě nemocných pro všechny věkové kategorie ze spádové oblasti, jsou přijímáni dobrovolně či nedobrovolně. Spektrům péče je: diagnostika, léčba, rehabilitace, ústavní ochranná léčba, posudková činnost a zajišťují pro své pacienty odborníky dalších oborů (14). Pro své pacienty vytváří podmínky pro diferencovanou péči prostřednictvím specializovaných oddělení: přijímací, doléčovací, rehabilitační, gerontopsychiatrické a jiné. Existují i specializované léčebny pro poruchy dětí a mladistvých nebo pro osoby se závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách (21).

Během posledních let dochází ke zlepšování prostředí psychiatrických léčeben, které vede k lepší rehabilitaci nemocných s duševním onemocněním (32). Uplatňuje se více terapeutický faktor prostředí, je kladen důraz na pracovní terapii, arteterapii, biblioterapii, na sportovní a kulturní akce, které nemocné odvádějí od nečinnosti, snižují tenzi nemocného (9). Je kladen důraz na estetiku prostředí, velkým pokrokem je

zavedení terapeutických komunit (léčebního společenství), kde jsou všichni nemocní a mutlidisciplinární tým jednou součástí terapeutického týmu, vládne zde demokracie, harmonie, sestry při práci zachovávají psychoterapeutický přístup k nemocným. Nemocní se účastní spolurozhodování o chodu oddělení, nesou spoluodpovědnost za pořádek, hygienu, program. To vše motivuje nemocné ke spolupráci na léčbě a na zlepšování zdravotního stavu (32).

Práce sestry je velmi rozmanitá, sestra tráví hodně času s nemocným a využívá všechny své role asistentky, edukátorky, poradce a koordinátorky. Svou pozornost věnuje i rodině nemocného, spolupracuje s mimoústavními institucemi a organizacemi. Je zdrojem informací pro lékaře, mutlidisciplinární tým, ale i nemocného a jeho rodinu (36).

1.2.4 Intermediární (komunitní) péče

V komunitní péči je označován systém podpory, pomoci a terapie, která pomáhá lidem s duševním onemocněním žít co nejlépe v podmínkách běžného života (9). Ideou je podpora nemocného, tak aby byl schopen žít co nejsamostatněji. Péče je organizována mutlidisciplinárním týmem, vztahy mezi pracovníky a nemocným jsou přátelské postavené na bázi důvěry a respektu. Péče je zaměřena na využívání přirozených zdrojů v rodině, okolí nemocného a jeho komunitě (35). Péče se zaměřuje na všechny potřeby nemocného a tím se ovlivňuje pozitivně kvalita života. Komunitní péče vyžaduje propojenost a návaznost svých služeb, ale i propojenost s lůžkovou a ambulantní péčí či propojení služeb s obyvateli komunity dané oblasti (21).

1.2.4.1 Základní principy intermediární (komunitní) péče

Při plánování jakékoliv služby o nemocné s duševním onemocněním je vždy potřeba vycházet ze znalosti potřeb cílové klientely, kdy nové služby musí těmto potřebám vyhovovat, musí být dostupné pro všechny nemocné z dané oblasti (21).

V rámci programu o duševním zdraví byl v roce 1973 regionální evropskou kanceláří WHO zpracován dokument, který shrnuje podmínky pro vznik komunitní péče, ve kterém se uvádí, že služby mají být umístěny lokálně podle spádové oblasti,

musí poskytovat komplexní servis a zajišťovat kontinuitu péče, při plánování se musí zohlednit sociální a demografická specifika regionu. Péče je věnována i chronicky nemocným. Tato péče je organizována multidisciplinárním týmem, který se celoživotně vzdělává v dané oblasti péče (9).

Mezi specifické služby komunitní péče řadíme: krizové služby, denní centra a stacionáře, podporu v bydlení, podporu v práci a svépomoc, aktivity klientů. Tyto služby by měly tvořit propojený celek a měla by mezi nimi existovat návaznost (21).

1.2.4.2 Krizové služby a domácí léčení

Krizové služby jsou určeny pro nemocné s akutními příznaky, pro neočekávané duševní stavy, které vyžadují zásah odborníků. Cílem je reagovat rychle na problémy nemocného v případě potřeby. Krizové služby mají několik článků, které fungují izolovaně nebo se mohou slučovat do jednoho celku (21). Patří sem:

Telefonická pomoc, kdy jsou nemocný a pomáhající anonymní, výhodou je menší ostych za strany nemocného, možnosti intervenovat jsou však velice omezené. Existují linky provozované neprofesionály a linky provozované profesionálními pracovníky (9).

Krizové kontaktní centrum, kam si nemocný chodí pro psychoterapeutickou či psychiatrickou pomoc. Tato pomoc je lehce dostupná, při poskytování této služby není zachována anonymita nemocného (14).

Služba s možností přespání, kdy nemocný je v krizi oddělen od svého domácího prostředí. Uspořádání je buď samostatné krizové lůžko nebo lůžko v nemocnicích, kdy délka pobytu dosahuje maximálně 2 týdny (9, 36).

Mobilní krizová centra pomáhají zasahovat v prostředí nemocného, tým se skládá z různých odborníků. Je umožněn kontakt s okolím nemocného, tato služba poskytuje více informací o nemocném umožňující vhodné intervenování. Služba je více volána rodinou nebo okolím nemocného, než jím samotným (21).

Domácí léčba je variantou mobilní služby. Nemocný je léčen v domácím prostředí nepřetržitě a komplexně, péče je poskytována individuálně podle potřeb (21).

1.2.4.3 Denní centra, stacionáře

Denní centra, stacionáře jsou nejvýznamnější službou komunitní péče. Poskytují socioterapeutickou, psychoterapeutickou i medicínskou péči. Náplň a rozsah péče vychází z místních podmínek, z potřeb cílové klientely. Nutností je také provázanost a spolupráce s ambulantní a lůžkovou péčí, ale i mezi jednotlivými službami komunitní péče (21).

Jde o zařízení docházkového typu poskytující pomoc různým skupinám nemocných. Skupina odborníků zde poskytuje služby terapeutické, rehabilitační, sociální, služby právní a zaměstnávací (9, 36). Denní centra a stacionáře mohou být součástí zdravotnických zařízení, psychiatrických léčeben a nebo mohou být kombinované s krizovou službou a nebo samostatně (14).

V kraji Vysočina jsou provozovány stacionáře v Jihlavě, v Chotěboři, Fokusem Vysočina v Havlíčkově Brodě a Pelhřimově.

1.2.4.4 Podpora v bydlení

Podpora v bydlení je služba jejímž cílem je resocializace a příprava nemocného na samostatný a soběstačný způsob života (14). Služba funguje jako prevence hospitalizace, kdy se orientuje na nemocného a jeho potřeby, na podporu, trénink a nácvik každodenních dovedností (komunikace, nakupování, finance, úklid) v jeho vlastním prostředí, ale i mimo hranice bytu. Tím se tím snaží posílit a podržet kompetence nemocného potřebné pro běžný život (25).

I v této oblasti komunitních služeb existuje mnoho variant. Jako je asistence v domácím prostředí nebo pomoc poskytovaná přímo v bytě nemocného. Míra podpory je podle individuální potřeb klienta.

Byty a domy na půli cesty, tato služba je časově omezená, upevňuje sebedůvěru nemocného, dohled a pomoc týmu je proměnlivá podle potřeb.

Další variantou je chráněné bydlení, která je určena pro dlouhodobě nemocné s velkým nárokem na asistenci a dohled personálu. Dochází zde k soužití více osob v jednom domě.

Poslední službou jsou sociální byty pro nemocné, kteří nepotřebují pravidelnou asistenci. Tyto byty jsou zřizovány ve spolupráci s danou spádovou oblastí (21).

Kraj Vysočina nabízí podporu v bydlení v Havlíčkově Brodě a Pelhřimově ve Fokusu Vysočina, v Jihlavě.

1.2.4.5 Podpora v práci

Cílem podpory v práci je obnovení, udržení a zlepšení pracovních dovedností a sociálních vztahů. Snahou je zvýšit sebedůvěru, výkonnost a zdravotní a duševní stav nemocného. Služby jsou individuální podle potřeb klientů, jednotlivé služby se liší mírou podpory na udržení a zlepšení dovedností (14).

Jednou formou podpory jsou chráněné dílny a chráněná místa. Zde se nabízí základní pracovní rehabilitace, cílem je nácvik sociálních dovedností a vztahů, upevňování pracovních návyků. Dílny a místa vedou pracovní terapeuti, kteří zaměstnávají nemocné podle jejich individuálních možností (21).

Další formou podpory v práci je podporované zaměstnávání, kdy pracovní terapeut hledá vhodné zaměstnání pro každého klienta v normálních pracovních podmínkách, plánování práce probíhá ve spolupráci se zaměstnavatelem i samotným klientem.

Přechodné zaměstnávání je forma, která zaručuje obsazení pracovního místa klientem, ale při výpadku je nahrazen jiným klientem. Vše probíhá za dohody terapeuta a daného zaměstnavatele (14).

K službám patří i sociální firma, která zaměstnává nemocné s duševním onemocněním v nechráněných pracovních podmínkách. Firma má vlastní výrobní program, podporuje samostatnost, pracovitost, zvyšuje pracovní a sociální dovednosti, organizační dovednosti a odolnost nemocných vůči stresu.

Poslední formou podpory v práci je pracovní poradenství a Job klub, jejichž cílem je pomoci nemocným nalézt práci, naučit je psát životopis, podávání informací o pracovní a právní problematice. Dochází zde k vzájemnému předávání zkušeností mezi samotnými nemocnými (21).

V kraji Vysočina provozuje Fokus Vysočina chráněné dílny a podporované zaměstnávání.

1.2.4.6 Svépomoc, aktivity klientů

Jde o aktivity vzájemné pomoci mezi uživateli psychiatrické péče. Svépomoc vykonávají lidé, kteří mají osobní zkušenost v oblasti psychiatrické péče, kdy vzájemné sdělování umožňuje vzájemnou podporu nemocných. Zároveň se tyto zkušenosti stávají zdrojem informací o kvalitě poskytovaných služeb a potřebách nemocných. Existují dva okruhy svépomoci a to neformální nebo formální (organizované) (10).

Činnost je zaměřena na hájení práv nemocných, na osvětovou činnost, na organizování aktivit pro uživatele psychiatrických služeb a provozují také informační centra (21).

V kraji Vysočina jsou v provozu dobrovolnická centra v Havlíčkově Brodě a Pelhřimově jako Fokus Vysočina a pak ještě v Chotěboři a Jihlavě.

1.3 Nemocný s duševním onemocněním

1.3.1 Duševní zdraví

Pojem zdraví je základní kategorií ošetřovatelství i medicíny, je jedním ze základních práv člověka. Zdraví je hodnota individuální, která ovlivňuje kvalitu života daného člověka. Duševní zdraví znamená dobrou kondici celé osobnosti. Duševně zdravý člověk má schopnost přijímat a zpracovávat informace, umí řešit problémy, komunikuje, adaptuje se na nové situace, účastní se dění kolem sebe. Je citově vyrovnaný, dovede se uvolnit a zvládá vlastní emoce (21).

Rozvojem a zlepšením duševního zdraví se zabývá dokument evropského regionu WHO „Zdraví pro všechny“, který si stanovuje 21 cílů pro rozvoj zdraví. V dokumentu je cílem 6 zlepšení duševního zdraví. V péči o duševní zdraví je věnováno více pozornosti na snižování stigmatu spojeného s duševním onemocněním a podpoře a prevenci duševního zdraví. Péče o nemocné s duševním onemocněním by měla být

přesunuta z velkých zařízení do kombinace nemocniční péče s poskytovanou péčí v komunitě. Pozornost je především zaměřena na rizikové skupiny obyvatel (48).

Neexistuje jednoznačná prevence duševních nemocí. K primární prevenci se počítá zamezení negativních vlivů, vyrovnavání se zátěžovými situacemi, péče o životní styl a životní prostředí a v dodržování zásad duševní hygieny. K sekundární prevenci patří včasné podchycení stádia nemoci a účinné léčení. K terciální prevenci duševních chorob patří sociální rehabilitace. V práci sester s nemocnými s duševním onemocněním se všechny tyto prevence prolínají. Sestra motivuje i vysvětluje v rámci svých kompetencí nutnost léčby, provádí depistáž a edukace v komunitě, působí na poli zdravotní výchovy jak nemocných, jejich rodin i komunit, účastní se psychiatrické rehabilitace a někdy i psychoterapeutických aktivit (32).

1.3.2 Stigma duševního onemocnění

Stigma pochází s řeckého slova a znamená „cech vypalovaný otrokům v dolech“. Je to znamení domnělé méněcennosti, vedoucí k odmítání jeho nositele ostatními lidmi. Společnost a lidé se bojí nemocných s duševním onemocněním, nerozumí jim a jejich chování pokládají za nevypočitatelné a nebezpečné. Proto se je společnost snaží vyčlenit, izolovat, obklopit předsudky, tím dochází ke stigmatizaci (9). Významným způsobem se na utváření těchto postojů podílí média, literatura, informace z doslechu, znehodnocující poznámky v řeči a filmy (19). Stigma nemocného s duševním onemocněním může vést k posílení příznaků, snižuje sebedůvěru daného člověka a omezuje dřívější sociální kontakty. Stigma může vést ke strachu z okolí, až ke zvýšené vztahovačnosti (21). Tento pojem nezahrnuje pouze nemocné, ale zasahuje také i jejich pečovatele, rodinné příslušníky, ale i psychiatry a i personál, který s těmito lidmi pracuje. V současné době je velká snaha destigmatizovat nemocné s duševním onemocněním, která spočívá nejen v úpravě postojů společnosti, v adekvátní léčbě, ale i v legislativních úpravách. Začíná se více využívat nácviku sociální dovedností, dochází k rozvoji komunitní péče (9).

Snaha zlepšit destigmatizaci nemocného s duševním onemocněním vedla v ČR k vytvoření projektu „Změna“, který vznikl ve spolupráci Nadace Academia Medica

Pragensis a Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví. Cílem projektu je dosáhnout pozitivní změny ve vnímání veřejnosti na nemocné s duševním onemocněním, ale i na obor psychiatrie jako takový (5). Cílem projektu je systematická osvěta veřejnosti, která je zaměřená na upozorňování stigmatizace nemocného s duševním onemocněním, na podporu a přesun péče o tyto nemocné spíše do služeb komunitních. Projekt se snaží informovat veřejnost pomocí webových stránek, pomocí letáků, vzdělávacích akcí a pomocí médií. Zaměření projektu je hlavně na onemocnění schizofrenii a bipolární afektivní poruchu (46).

1.3.3 Nejčastější duševní onemocnění – schizofrenie

1.3.3.1 Definice schizofrenie a vymezení pojmu

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění. Jde o nejčastější a nejzávažnější psychotické onemocnění s výraznou poruchou vnímání, myšlení, emocí, vůle a jednání. Název schizofrenie zavedl významný německý psychiatr Eugen Bleuler, název je odvozen z řečtiny, kterým chtěl Bleuler zdůraznit rozštěpení mezi emocemi, chováním a myšlením. Schizofrenii onemocní asi 1 - 1,5 % populace bez ohledu na kulturu či kontinent, vyskytuje se stejně často u mužů i u žen (29). Vrchol výskytu je v adolescenci mezi 16 - 18 rokem a mezi 25. - 30. rokem (20).

Etiologie není zcela jasná, na vzniku onemocnění se podílí celá řada faktorů - biologických, psychologických a sociálních. Mezi biologické faktory řadíme vlivy genetické, neurovývojové změny v limbickém systému a poruchy v neurotransmiterových systémech (31). Průběh onemocnění je vleklý, proměnlivý, má sklon k chronicitě a výrazně mění kvalitu života. Povaha změn, jejich stálost, hloubka a trvalost jsou ovlivňovány mnoha vlivy jako je vlastní chorobný proces, osobnost nemocného, schopnost adaptace jedince a jiné (9). Probíhá jako chronický proces bez zlepšení, nebo v atakách s následným nebo stabilním defektem, případně v atakách s částečnou nebo úplnou remisí (31).

1.3.3.2 Příznaky schizofrenie

Onemocnění definuje přítomnost několika charakteristických symptomů, které doprovázejí zhoršení výkonnosti po určitou dobu. Příznaky jsou většinou přítomny déle, některé nevymizí po celý život. Jde o onemocnění, které postihuje emoce, osobnost i kognitivní funkce, proto se podobá jiným multisystémovým chorobám (8). Příznaky se dělí většinou na pozitivní a negativní, kdy pozitivní příznaky znamenají zkrácené nebo nadměrné vyjádření normálních emočních a kognitivních funkcí, naopak negativní příznaky znamenají ztrátu nebo oslabení funkcí (29).

Pozitivní příznaky by měly být podle definic přítomny vždy v klinickém obrazu onemocnění (8). Mezi typické pozitivní příznaky patří halucinace, bludy, dezorganizovaná řeč a chování (19, 29). Halucinace patří mezi poruchy vnímání, týkají se všech smyslů (8). Nejčastěji se vyskytují sluchové halucinace, kdy nemocný slyší zvuky, hlasy, které mohou být nebezpečné, mohou vést k impulsivnímu jednání. Mezi další druhy halucinací patří intrapsychické, tělesné, zrakové a čichové spojené často s chuťovými halucinacemi (29). Bludy se řadí mezi poruchy myšlení, pro které je charakteristická dezorganizace myšlení. Obsahem bludů jsou nejčastěji pocity pronásledování (paranoidní bludy), pocity vlastní méněcennosti (mikromanické bludy) a pocity o svém zvláštním významu (megalomanské bludy) (19). Poruchy myšlení souvisí také s dezorganizací řeči. Řeč a myšlení je nesouvislé, mluva je nelogická, zabíhavá, nemocný nedokáže udržet linii hovoru (29).

Mezi negativní příznaky se řadí - otupení a oploštění emocí, chudost v řeči, nečinnost, oslabení vůle a výraznou sociální izolaci (19). Dalšími příznaky jsou ztráta zájmů o věci, někdy tělesná ztuhlost a snížená mimika obličeje (29).

1.3.3.3 Základní formy schizofrenie

Nejčastější formou schizofrenie je paranoidní forma, v popředí onemocnění jsou halucinace a bludy, afektivita bývá pod vlivem příznaků podrážděná, v chování se někdy objevuje agresivita zaměřená proti domnělým nepřítelům (31). Nejčastějším příznakem jsou bludy, které bývají stálé. Objevují se bludy perzekuční, ovládací i žárlivecké, většinou jsou doprovázeny halucinacemi, které bývají nejčastěji sluchové,

kdy nemocný slyší komentující hlasy o své osobě. K nim se přidávají halucinace tělové, taktilní, čichové i chuťové (9).

Hebefrenní forma schizofrenie patří mezi méně časté formy, je charakteristická vyšším familiárním výskytem a častějším nástupem. Objevují se emotivní změny, proměnlivé nesystematizované bludy a halucinace, nepředvídatelné a nevhodné chování, manýrování nebo grimasování. Nálada je oploštělá, myšlení je dezorganizované, objevují se tendence k sociální izolaci (42). Jde o vystupňované klackovité chování, chichotání, nálada je povrchní, nepřiměřená situacím, je výrazně narušená afektivita, vůle i myšlení (19).

Katatonní forma schizofrenie je dnes velmi vzácná, v popředí onemocnění stojí porucha motoriky. Projevuje se extrémně zvýšenou motorickou aktivitou až bezcílým neklidem, nebo naopak sníženou hybností až stuporem. Při této formě je nápadná bezcíllost a neodůvodněnost motorických pohybů (9). Existuje forma produktivní, při které se objevují neobvyklé pohyby, impulsivní jednání, povelový automatismus, stereotypie v motorickém či verbálním projevu (31). Při neproduktivní formě je přítomna svalová ztuhlost a snížení spontánních pohybů, funkční neschopnost mluvit (mutismus), nemotivovaný odpor ke všem pokusům pohnout s nemocným (negativismus) (33). Vzácně jsou přítomny příznaky vzduchové položky pod hlavou, setrvávání v nástavách (19, 31).

Simplexní forma schizofrenie, u níž je nejnápadnější změna osobnosti, ztráta zájmů a pokles výkonnosti. Dochází k ochuzení myšlení, vyhaslosti, nemocný zanedbává hygienu, není schopen sociálního a pracovního fungování, dochází až k sociální izolaci (19). Zplošťuje se emotivita, stupňuje se pasivita, dochází ke ztrátě sil. Onemocnění je často rozpoznáno až když dochází k výrazným změnám postojů k rodině, škole, zaměstnání (9).

1.3.3.4 Léčba schizofrenie

V léčbě schizofrenie stojí na prvním místě farmakoterapie, kdy se podávají léky - antipsychotika, které mají za účinek zklidnění nemocného, mírní úzkost, navozují spánek a obnovují integritu duševní činnosti narušené chorobou (37). Typická incizivní

antipsychotika patří do antipsychotik 1. generace a jsou účinná na redukci pozitivních příznaků (Tisercin, Plegomazin), vyvolávají však mnoho vedlejších nežádoucích účinků. Na pozitivní, tak i negativní příznaky působí atypická antipsychotika - antipsychotika 2. generace, které způsobují minimum vedlejších nežádoucích účinků (Zyprexa, Risperal) (29). Dávky antipsychotik se upravují v závislosti na stavu nemocného. U nespolupracujících nebo ambulantních nemocných se podávají injekční formou tzv. depotní neuroleptika (Meclopin, Risperal consta) (37). Častým jevem v léčbě schizofrenie je kombinace antipsychotik s jinými psychofarmaky. Benzodiazepiny se podávají na snížení nežádoucích účinků léků, hypnotika na úpravu spánku (Stilnox), antidepresiva na smutnou náladu a na snížení úzkosti se dávají anxiolytika (9). Sestra dohlíží na správné podávání psychofarmak, sleduje jejich žádoucí i nežádoucí účinky a symptomy předávkování. Dohlíží i na řádné spolknutí léků, někdy kontroluje i ústa, v případě injekční terapie aplikuje injekce (19).

Elektrokonvulsivní terapie, tento druh léčby se aplikuje zejména u katatonní schizofrenie nebo při stavu ohrožující život nemocného (37). Sestra připravuje nemocného k výkonu, asistuje při výkonu a ošetřuje nemocného po výkonu, sleduje nežádoucí účinky a alergické reakce na narkotizační léky (9).

Psychoedukace, jde o druh psychoterapeutické pomoci. Cílem je prevence relapsů, zlepšit spolupráci mezi lékařem, nemocným a jeho rodinou. Pomocí edukace sestra sama nebo pod dohledem lékaře seznamuje nemocného a jeho rodinu s povahou onemocnění, což má za následek získání náhledu na nemoc (20). Při edukaci klade sestra důraz na to, aby nemocný a jeho rodina byli seznámeni s onemocněním, s nutností pravidelné léčby, o průběhu a úskalí nemoci a o možných následcích po prodělané nemoci (15).

Psychoterapie, jejím cílem je pomoci nemocnému cítit se opět sám sebou a rozumět si, najít vztah k druhým lidem a dodává podporu zdravé části osobnosti (29). Při psychoterapii působí sestra pod dohledem psychologa přímo na nemocného pomocí psychoterapeutických prostředků a zvláštních technik jako jsou nácviky, tréninky a učení nových sociálních dovedností (13). Nebo nepřímou svým přístupem, jednáním s nemocným, způsobem kontaktu (21). Dalšími používanými technikami

v psychoterapii jsou rozhovor, psychodrama, psychogymnastika, arteterapie a jiné. Rozlišují se různé formy psychoterapie - individuální, skupinová, rodinná atd. Zvláštní formou psychoterapie je terapeutická komunita, neboli léčebné prostředí, které se využívá při hospitalizaci (29).

1.3.4 Časté duševní onemocnění - Poruchy nálady (afektivní poruchy)

1.3.4.1 Vymezení pojmu, definice poruch nálady

Emoce vyjadřují náš citový postoj ke společnosti, působí na naše chování a motivaci a ovlivňují fyziologické funkce jednotlivce. Emoce se dělí podle kvality a délky na afekty, nálady a vyšší city. Nálada znamená trvalejší emoční stav (31). Změny afektivity jsou reakcí na emoční změny v životě jedince. O poruchách nálady se mluví tehdy, kdy reakce k dané situaci je neadekvátně impulsivní či dlouhá (21).

Poruchy nálady jsou třetí nejčastější duševní poruchou a postihují téměř pětinu populace. Patologické změny nálady byly lékařům známy již ve starém Řecku, kdy Hippokrates ve 4. stol. př. n. l. popsal mánií a melancholii, tyto pojmy se objevují i v arabské a židovské literatuře.

Existují dva syndromy afektivních poruch - depresivní a manický, hovoří se tedy o depresivní nebo manické epizodě (31). U tohoto onemocnění se rozlišuje unipolární typ, kdy dochází k výskytu pouze depresivní nebo pouze k manické epizodě. A bipolární typ, kdy se střídají depresivní a manické epizody.

O příčinách poruch nálady existuje celá řada teorií (psychodynamická teorie, biogenní teorie, genetické faktory, některé léky). Výskyt tohoto onemocnění má sezónní charakter, kdy se epizody nejčastěji objevují na jaře a na podzim (21).

1.3.4.2 Manická epizoda (fáze)

V tomto období převládá u nemocného nadnesená, expansivní a povznesená nálada trávající déle jak 1 týden (9). Nálada nemocného je nepřiměřeně rozjařená, někdy až agresivní, bezdůvodná až výstřední, zvyšuje se sebevědomí. Myšlení je zrychlené, často dojde k myšlenkovému trysku, zvyšuje se aktivita, dochází k realizaci mnoha věcí

najednou (19). Objevuje se také snížená potřeba spánku, lehkomyšlnost, nestálost, zvýšená sexuální apetence a poruchy příjmu potravy. Někdy se mohou vyskytnout i psychotické příznaky, jako jsou bludy a halucinace (21). Rozlišují se různé stupně manické epizody, první stupeň hypománie, druhý stupeň mánie bez psychotických příznaků a další mánie s psychotickými příznaky (9). Výskyt samostatných manických epizod je velmi vzácný (19).

1.3.4.3 Depresivní epizoda (fáze)

Je charakteristická špatnou, smutnou a skleslou náladou, snížením energie a aktivity trvajících alespoň 2 týdny (9). U této epizody se mohou vyskytovat různé příznaky, jako je ztráta zájmů a potěšení z aktivity až neschopnost jakékoliv aktivity, objevuje se snížené sebevědomí, sebeobviňování, snížená schopnost komunikace (19). Dále se vyskytují poruchy spánku (nеспavost nebo nadměrná spavost), ztráta chuti k jídlu, zvýšená unavitelnost, přítomny jsou poruchy myšlení a soustředění, dochází ke ztrátě sexuálního apetitu (18). Mezi obvyklé příznaky také patří smutný až pesimistický pohled do budoucnosti, snížená koncentrace. Nejnebezpečnější jsou myšlenky na sebevraždu či na sebepoškození, mohou se vyskytnout i psychotické příznaky jako bludy a halucinace. Mohou se objevit i různé somatické obtíže - bolesti kloubů, svalů, sevření na hrudi, dyspeptické obtíže. Jsou různé formy depresivní epizody a to mírná deprese, středně těžká deprese, těžká deprese bez psychotických příznaků a s psychotickými příznaky (9).

1.3.4.4 Periodická (rekurentní) depresivní porucha

Při této poruše je charakteristické opakování pouze depresivních epizod se smutnou, skleslou náladou a objevují se pouze depresivní příznaky. Jednotlivé epizody jsou vyvolány stresovými životními situacemi (9). Tato porucha se objevuje především v 3. dekádu, převážně více u žen, neléčená odeznívá do 6 měsíců (31). Fáze onemocnění – od mírné deprese, přes středně těžkou depresi, až k těžkou depresi bez psychotických příznaků a s psychotickými příznaky (9).

1.3.4.5 Bipolární afektivní porucha

Byla dříve známá jako mani depresivní psychóza, vyznačuje se střídáním depresivních a manických epizod. Střídání epizod je nepravidelné, onemocnění může přejít do opačného pólu nebo může končit remisí (19). Příznaky onemocnění jsou shodné s právě probíhající epizodou. I u bipolární poruchy se rozlišují různé fáze onemocnění s ohledem na probíhající epizodu (9).

1.3.4.6 Trvalé poruchy nálady

Jde o trvalé a kolísavé poruchy nálad, jejich fáze nejsou vážné a trvají několik let a někdy i větší část dospělého života, znamenají pro nemocného snížení schopnosti vést normální život. Mezi trvalé poruchy nálad patří cyklotymie a dystymie (9).

Dystymie je porucha, u které je trvalá nebo vracející se depresivní nálada po většinu dní během 2 let. Projevem je chronická depresivní nálada, snížení energie, nespavost, ztráta sebedůvěry, sociální stažení, plačtivost i somatické obtíže. Vyskytuje se více u žen, někdy i v průběhu chronických chorob, tím zhoršuje průběh onemocnění a kvalitu života (17).

Cyklotymie, dochází k trvalé nestálosti nálady, vyskytují se a střídají opakovaně hypomanické stavy se stavy smutné nálady, avšak tyto nálady nedosahují intenzity afektivních epizod. Onemocnění má trvat nejméně 2 roky, začíná v pozdní adolescenci či v dospělosti (31).

1.3.4.7 Léčba poruch nálady

Úkolem je odstranit příznaky onemocnění, obnovit původní společenské a pracovní uplatnění a odvrátit nebezpečí relapsu. K léčbě se využívá farmakoterapie a elektrokonvulse k odstranění příznaků nebo psychoterapii na odstranění problémů. Průběh onemocnění je cyklický, proto léčba probíhá ve třech stupních: akutní, udržovací a profylaktická (9).

Fototerapie je léčebná metoda, která využívá jasné světlo. Nejvhodnější aplikace je v ranních hodinách, trvá asi 30 minut, někdy až 1 hodinu, efekt se dostaví po 4 - 6

dnech, nejdéle však do 2 týdnů (30). Sestra edukuje a připravuje nemocného k výkonu, pečuje o něj po výkonu a sleduje vedlejší účinky (9).

Elektrokonvulsivní terapie je biologická metoda, kdy se aplikuje elektrický proud transcerebrálně buď bilaterálně nebo unilaterálně. Provádí se v narkóze, 2 – 3 x týdně, nejvíce však 10x, aplikace se provádí na specializovaných pracovištích. Po aplikaci bývají přítomny 1 - 2 měsíce poruchy paměti, které vymizí postupem času(19). Sestra edukuje a připravuje nemocného k výkonu, asistuje při výkonu a ošetřuje nemocného po výkonu, sleduje nežádoucí účinky a alergické reakce na narkotizační léky (9).

Psychoedukace patří neoddělitelně k léčbě poruch nálady. Smyslem je, aby sestry pod odborným dohledem lékaře poskytly nemocnému a jeho rodině informace o povaze onemocnění a jeho léčbě, pomáhají snížit stigma spojené s nemocí, dále také učí, jak rozpoznat příznaky onemocnění. Při psychoedukaci se sestra zaměřuje také na zvládání stresu, upozorňuje na nutnost pravidelných kontrol (24).

Psychoterapie je účinná při odstraňování problémů plynoucích z onemocnění. K léčbě se používají různé psychotherapeutické přístupy - manželská, rodinná, individuální, skupinová a krátká psychodynamická psychoterapie a jiné. Využívají se i některé techniky - arteterapie, muzikoterapie, relaxace, ergoterapie a jiné (31). Při psychoterapii působí sestra pod dohledem psychologa přímo na nemocného pomocí psychotherapeutických prostředků a zvláštních technik jako jsou nácviky, tréninky a učení nových sociálních dovedností (13). Sestra na nemocného působí nepřímo svým přístupem, jednáním s nemocným, způsobem kontaktu (21).

Farmakoterapie vyžaduje u léčby poruch nálad nasazení a kombinaci velkého počtu psychofarmak. Ideální léčbu představuje racionální kombinaci těchto léků, jejich dávkování a správná délka léčby (9). Využívají se různé skupiny psychofarmak, jako jsou stabilizátory nálady, které snižují až eliminují intenzitu i frekvenci epizod afektivních poruch. Jejich dlouhodobé podávání se využívá v udržovací a profylaktické léčbě, smyslem je prevence relapsů (31). Antipsychotika, v akutní fázi se podávají na zklidnění, na agitovanost se spíše podávají typická antipsychotika. Podávají se i antipsychotika 2. generace, buď samostatně či v kombinaci se stabilizátory nálady,

které vedou ke zlepšení účinku (35). Další skupinou léků využívaných k léčbě jsou anxiolytika, které jsou podávány na snížení napětí. Poslední, nejvíce využívanou lékovou skupinou v léčbě poruch nálady jsou antidepresiva, kterých je mnoho skupin i generací (21). Sestra dohlíží na správné podávání psychofarmak, sleduje jejich žádoucí i nežádoucí účinky a symptomy předávkování. Dohlíží i na řádné spolknutí léků, někdy kontroluje i ústa, v případě injekční terapie aplikuje injekce (19).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

1. Zjistit názor pacientů na péči sester v oblasti psychiatrického ošetřování v kraji Vysočina.
2. Zjistit spokojenost pacientů s psychiatrickým onemocněním s nabídkou poskytovaných služeb v psychiatrickém ošetřování v kraji Vysočina.
3. Zjistit ochotu sester k aktivnějšímu zapojení ve svých rolích v péči o pacienty s psychiatrickým onemocněním

2.2 Hypotézy práce

H1: Pacienti s psychiatrickým onemocněním jsou spokojeni s poskytovanou péčí sester v oblasti psychiatrického ošetřování v kraji Vysočina.

H2: Pacienti s psychiatrickým onemocněním jsou spokojeni s nabídkou poskytovaných služeb v psychiatrickém ošetřování v kraji Vysočina.

H3: Sestry jsou ochotny se více zapojovat ve svých rolích v péči o pacienty s psychiatrickým onemocněním, i přestože nejsou ze strany svých zaměstnavatelů motivovány.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Ke zpracování bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum, metoda dotazování, techniky sběru dat – standardizovaný rozhovor a dotazník (viz příloha č. 1 a 2).

Standardizovaný rozhovor byl určen pro nemocné s duševním onemocněním – obsahoval 30 otázek. Pro přehlednost byl rozhovor rozdělen do pěti oblastí. První oblast tvořily otázky zjišťující sociodemografické charakteristiky, druhou oblast tvořily otázky zabývající se ambulantní péčí/službami, třetí oblast byla zaměřena na otázky týkající se hospitalizace, komunitní péčí/službami se zabývala čtvrtá oblast rozhovoru a v páté oblasti se otázky týkaly péče poskytované sestrami. Cílem rozhovoru bylo zjistit názor a spokojenost nemocných s duševním onemocněním s péčí a službami ve výše jmenovaných oblastech péče. V rozhovoru byly použity otázky jednak uzavřené, tak i otázky polootevřené, které nabízely nejen výběr odpovědí, ale zároveň možnost doplnit vlastní názor. Se všemi dotazovanými byl rozhovor veden individuálně v soukromí pokoje nebo ambulanci.

Metoda dotazování, technika sběru dat - dotazník byl určen pro sestry pracující v psychiatrické péči. Dotazník byl zcela anonymní a obsahoval 30 otázek. První otázky zjišťovaly základní identifikační údaje, další otázky se týkaly oblasti vzdělávání sester, jejich zapojení v rolích a zjišťovaly motivovanost sester při jejich práci. V dotazníku byly použity uzavřené otázky, kde byla možnost vybrat z několika odpovědí. Dotazník obsahoval také možnost otázek polootevřených, kde byla možnost výběru odpovědi a sestry měly možnost také doplnit vlastní názor.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Jako první výzkumný soubor pro bakalářskou práci byli vybráni nemocní s duševním onemocněním, kteří využívají služby psychiatrického ošetřování aspoň ze dvou oblastí (ambulantí, ústavní, komunitní), která je poskytována na území kraje Vysočina. V průběhu jednoho měsíce bylo osloveno 36 respondentů využívajících

psychiatrické služby, přičemž většina respondentů byla oslovena v ústavní či komunitní oblasti péče, bohužel 5 respondentů odmítlo spolupracovat při rozhovoru. Výzkumný soubor tedy činilo 31 respondentů. Rozhovor byl s respondenty veden v soukromí jejich pokoje nebo ambulanci.

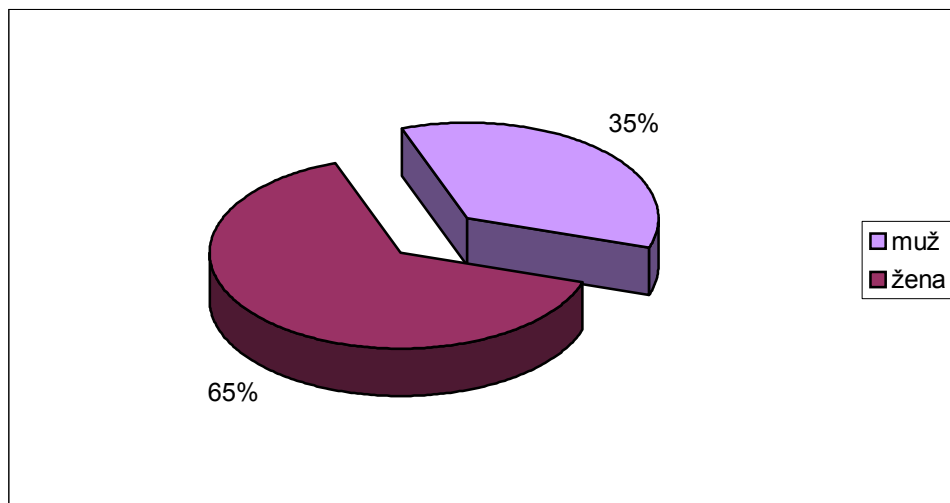
Jako druhý výzkumný soubor jsem si zvolila sestry vykonávající psychiatrickou péči v kraji Vysočina. V průběhu jednoho měsíce byly rozdány dotazníky na většinu oddělení Psychiatrické léčebny v Jihlavě, 10 dotazníků bylo dáno do psychiatrických ambulancí v Jihlavě, Pelhřimově, 7 dotazníků bylo dáno do Centra denních aktivit v Jihlavě a dobrovolného sdružení občanů Fokus Pelhřimov, zabývající se zejména pomocí lidem s duševním onemocněním obnovit a rozvinout jejich samostatnost a sebedůvěru.

Celkově bylo rozdáno 150 dotazníků, návratnost 138 (92 %), pro neúplnost bylo vyřazeno 16 dotazníků. Výzkumný soubor tvořilo 116 sester (77,3 %).

4. Výsledky výzkumu

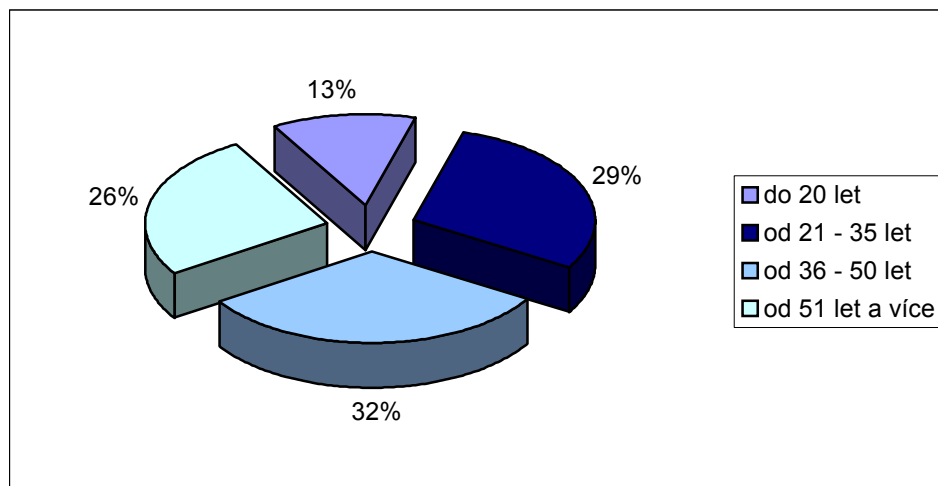
4.1 Vyhodnocení standardizovaného rozhovoru s pacienty

Graf 1 Pohlaví respondentů



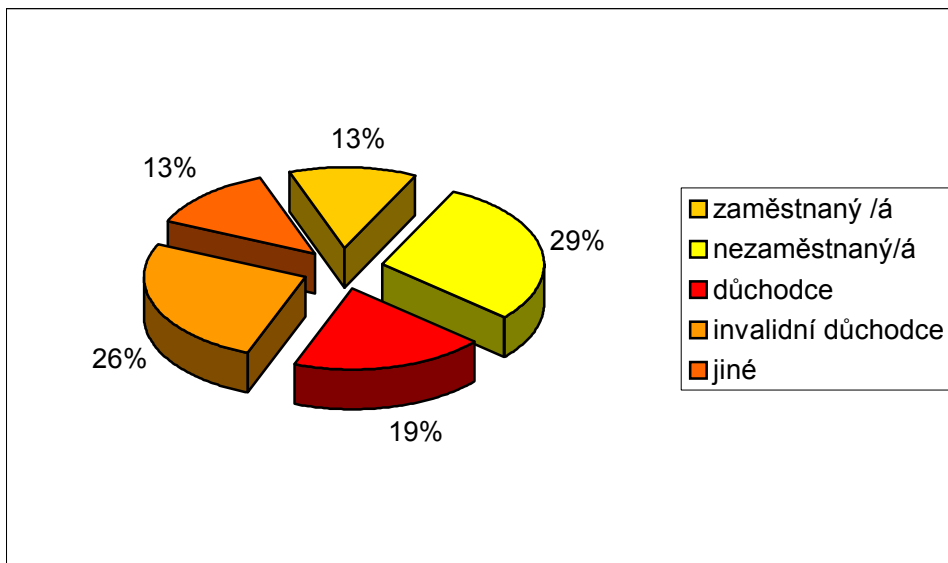
Z celkového počtu 31 respondentů bylo 11 (35 %) dotazovaných mužů a 20 (65 %) dotazovaných bylo žen.

Graf 2 Věková skupiny respondentů



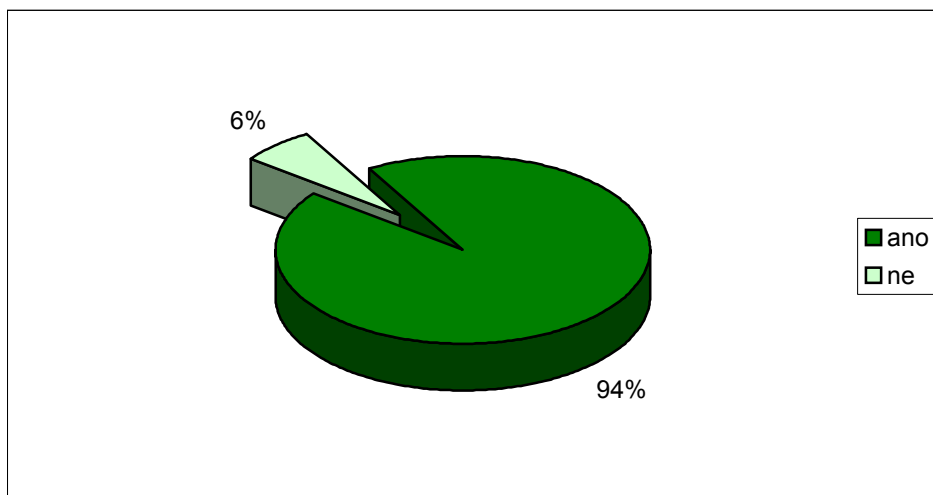
Ve věku do 20 let byli 4 (13 %) respondenti, ve věku od 21 – 35 let bylo 9 (29 %) respondentů, ve věku od 36 – 50 let bylo 10 (32 %) respondentů a ve věku od 51 let a více bylo 8 (26 %) respondentů.

Graf 3 Pracovní zařazení respondentů



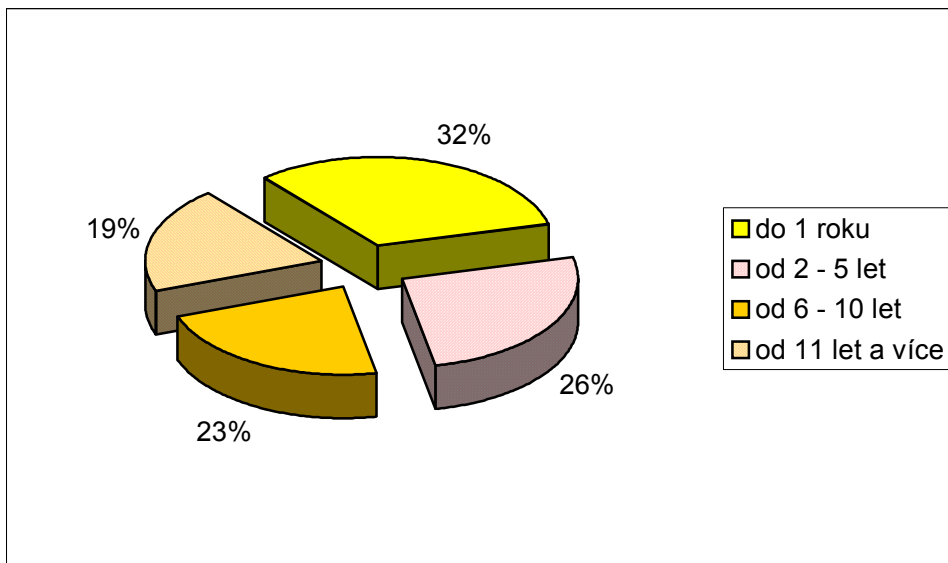
Zaměstnaní byli 4 (13 %) dotazovaní, nezaměstnaných bylo 9 (29 %) dotazovaných, důchodců bylo 6 (19 %) dotazovaných a invalidních důchodců bylo 8 (26 %) dotazovaných a jiné označili 4 (13 %) dotazovaní, kde všichni uvedli, že byli na mateřské dovolené.

Graf 4 Informování respondentů o diagnóze



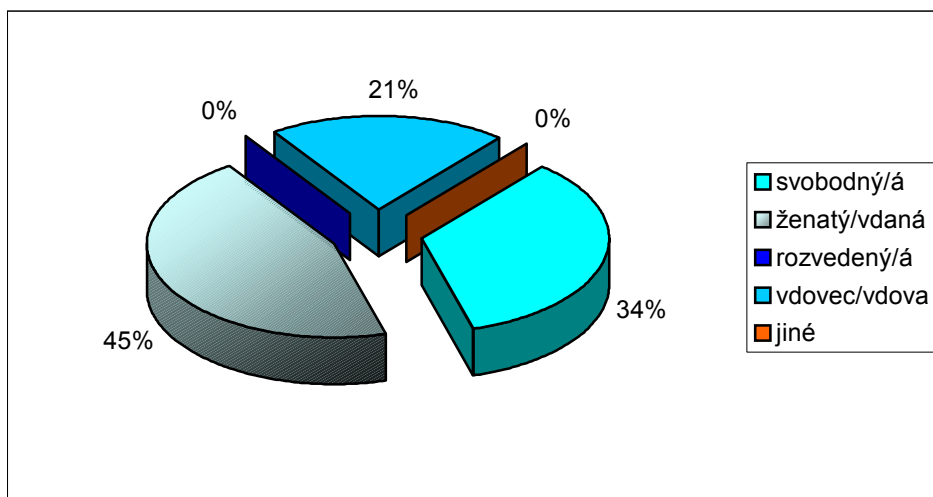
Informováno o své diagnóze bylo 29 (94 %) dotazovaných a 2 (6 %) dotazovaní nebyli seznámeni s diagnózou.

Graf 5 Délka duševní nemoci u respondentů



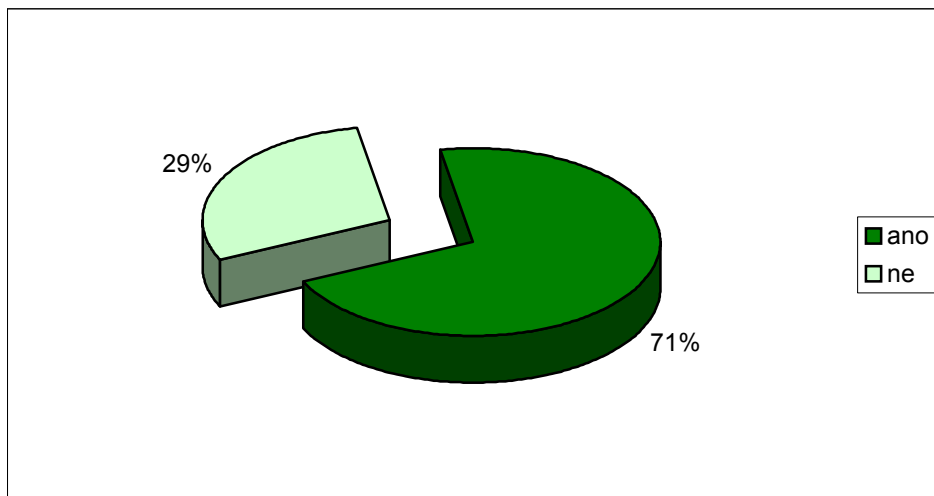
S duševním onemocněním se léčilo 10 (32 %) dotazovaných do 1 roku, 8 (26 %) dotazovaných se léčilo od 2 – 5 let, 7 (23 %) dotazovaných se léčilo od 6 – 10 let a 6 (19 %) dotazovaných se léčilo od 11 let a více.

Graf 6 Rodinný stav respondentů



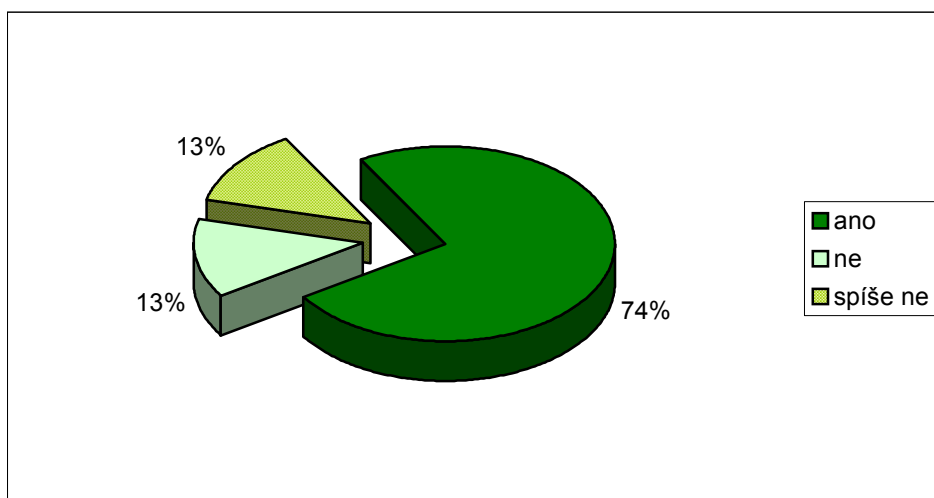
Svobodných bylo 10 (34 %) dotazovaných, ženatých/vdaných bylo 13 (45 %) dotazovaných, rozvedený nebyl žádný (0 %) dotazovaný, vdovců/vdov bylo 6 (21 %) dotazovaných a možnost jiné nezvolil žádný (0 %) dotazovaný.

Graf 7 Pravidelnost kontrol v psychiatrické ambulanci



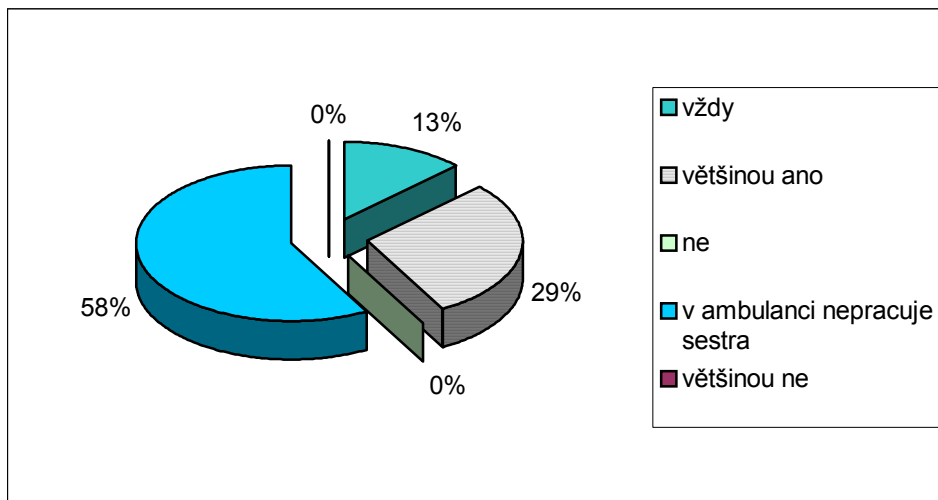
Pravidelně navštěvovalo ambulanci 22 (71 %) respondentů a nepravidelně navštěvovalo ambulanci 9 (29 %) respondentů.

Graf 8 Spokojenost s frekvencí návštěv v psychiatrické ambulanci



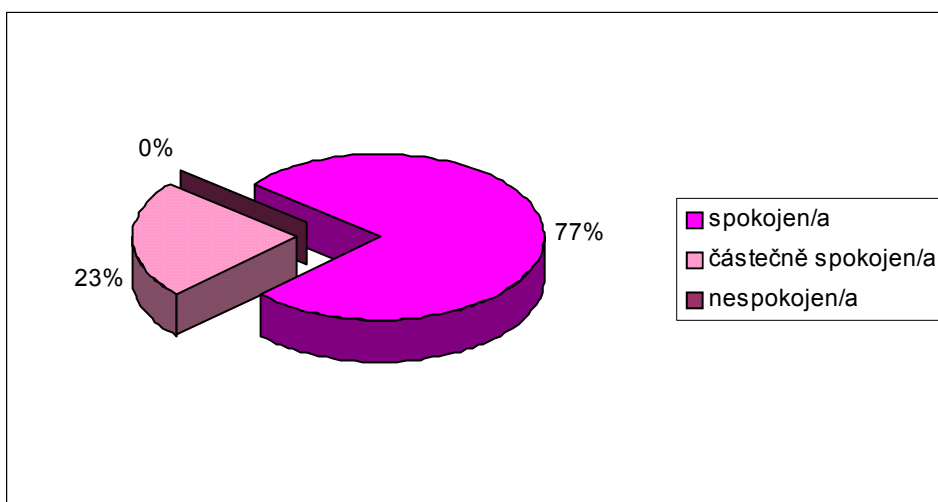
S frekvencí návštěv bylo spokojeno 23 (74 %) dotazovaných, nespokojeni byli 4 (13 %) dotazovaní a spíše nespokojeno byli 4 (13 %) dotazovaní.

Graf 9 Názor respondentů na čas věnovaný jim sestrou v psychiatrické ambulanci



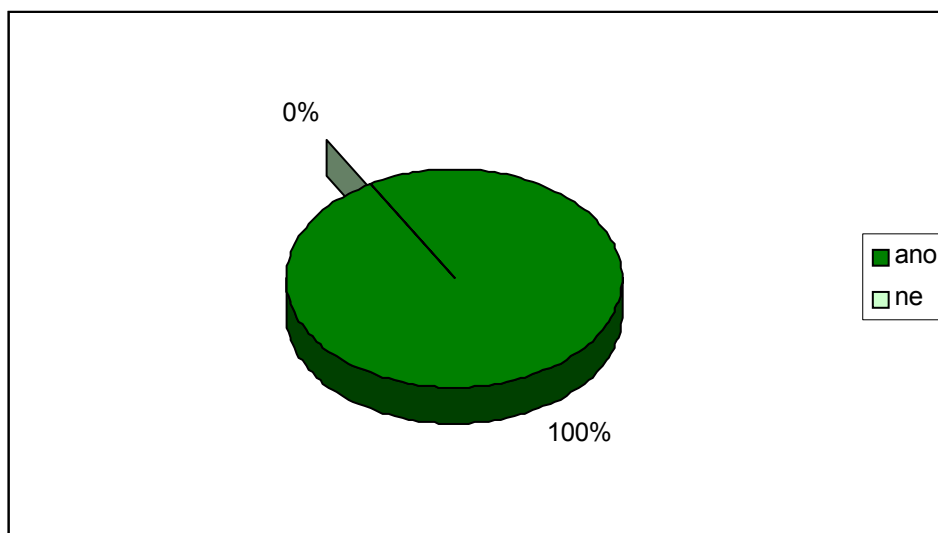
Dostatek času si udělala sestra vždy na 4 (13 %) dotazované, většinou měla sestra čas na 9 (29 %) dotazovaných, odpověď většinou ne neoznačil žádný (0 %) dotazovaný, odpověď ne neoznačil žádný (0 %) dotazovaný a sestra nebyla v ambulanci přítomna u 18 (58 %) dotazovaných.

Graf 10 Spokojenost respondentů s jednáním sestry v psychiatrické ambulanci



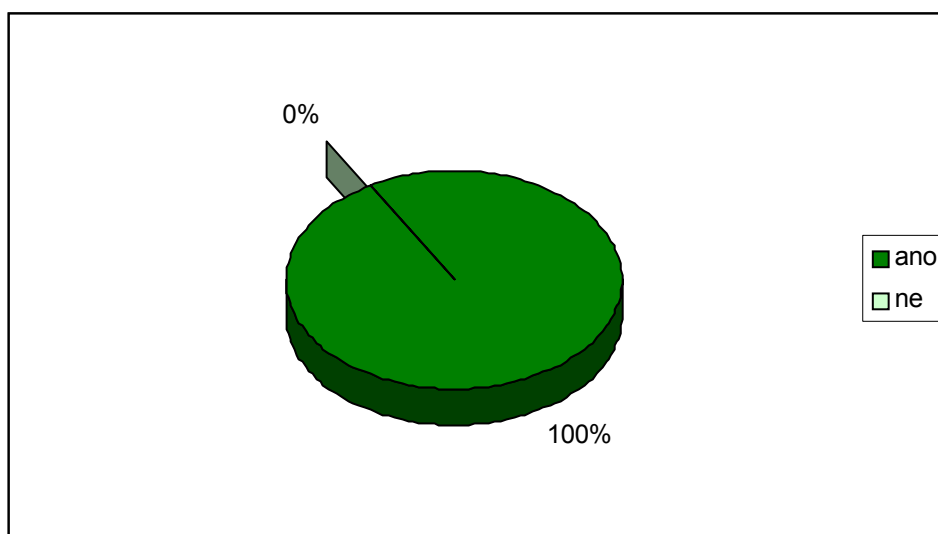
Na dotaz odpovídalo pouze 13 (100 %) respondentů, graf rozvíjí odpověď vždy, většinou ano, většinou ne a ne z grafu 9. Plně spokojeno s jednáním sestry bylo 10 (77 %) respondentů, částečně spokojeni byli 3 (23 %) respondenti a nespokojen/a neoznačil žádný (0 %) respondent.

Graf 11 Informace o dodržování pravidelného léčebného režimu podané sestrou



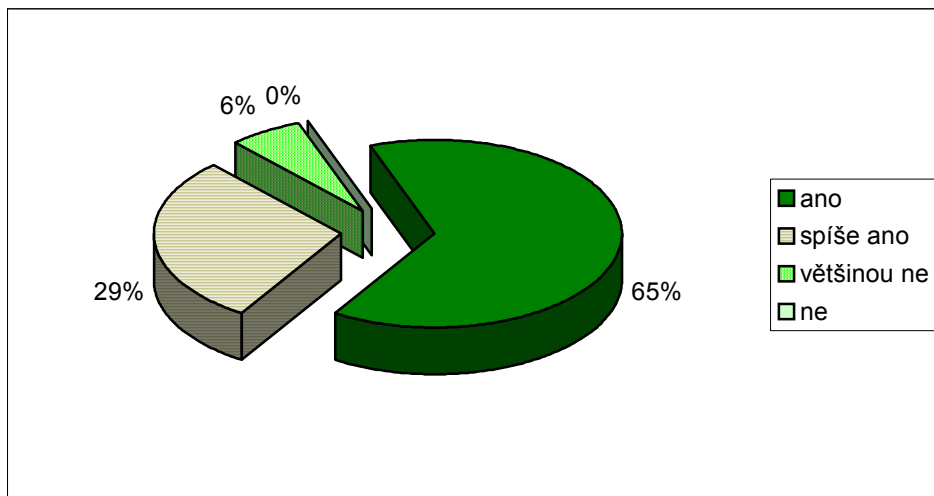
O nutnosti dodržovat léčebný režim bylo sestrou informováno všech 31 (100 %) respondentů.

Graf 12 Informace o právech pacientů podané sestrou



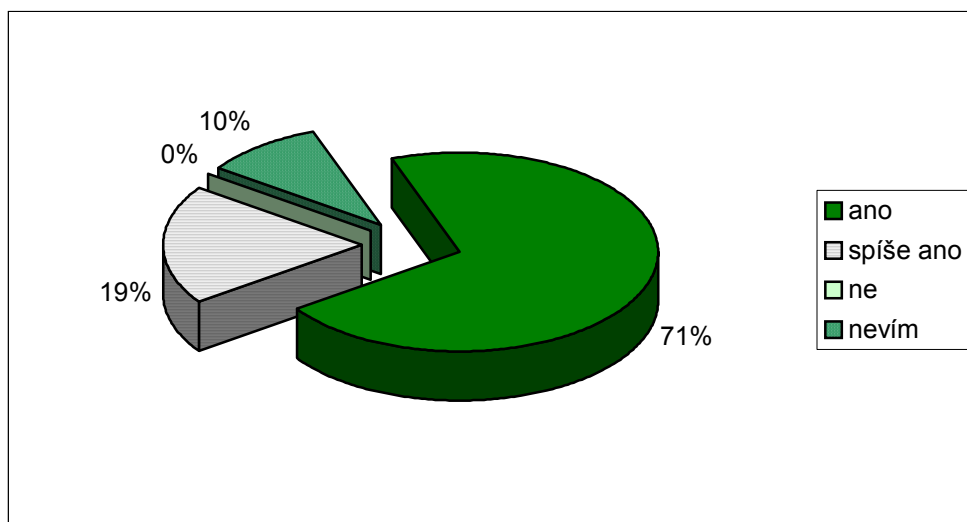
S právy pacientů seznámila sestra všech 31 (100 %) dotazovaných.

Graf 13 Spokojenost respondentů s dobou návštěv ve zdravotnickém zařízení



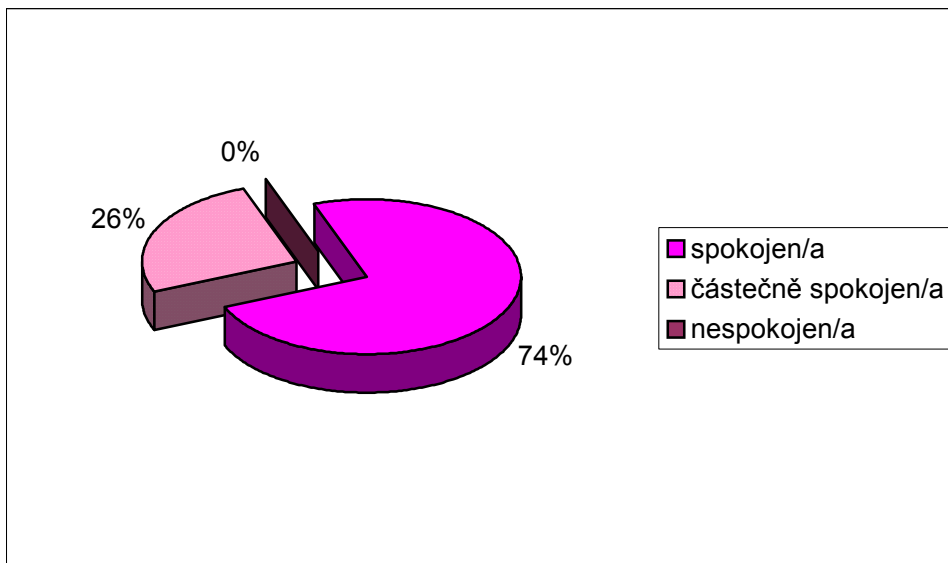
Doba návštěv vyhovovala 20 (65 %) dotazovaným, spíše vyhovovala 9 (29 %) dotazovaným, většinou nevyhovovala 2 (6 %) dotazovaným a nabízenou možnost ne využil nikdo (0 %) z dotazovaných.

Graf 14 Spokojenost respondentů s čistotou a úpravou oddělení ve zdravotnickém zařízení



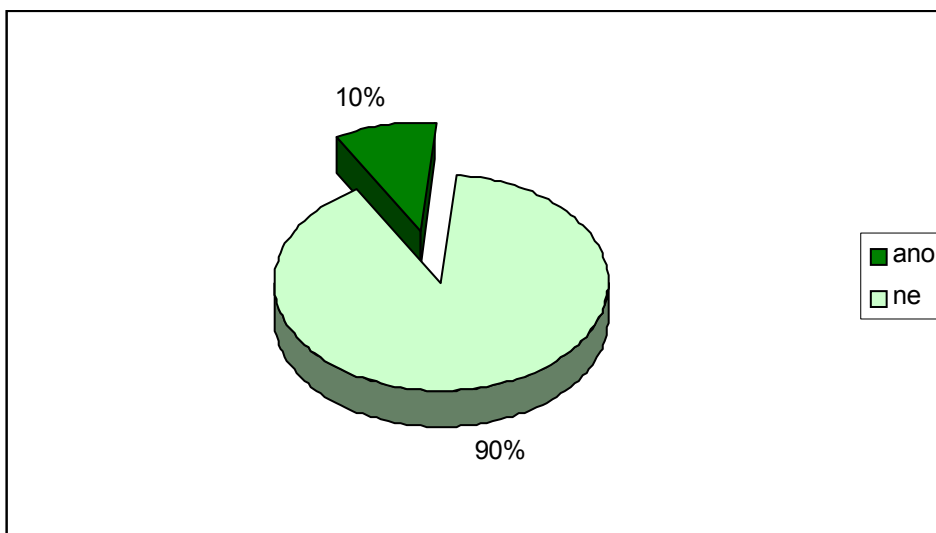
Plně spokojeno bylo 22 (71 %) respondentů, spíše spokojeno bylo 6 (19 %) respondentů, nespokojen nebyl žádný (0 %) z respondentů a nevěděli 3 (10 %) respondenti.

Graf 15 Spokojenost s kvalitou a rozsahem služeb ve zdravotnickém zařízení



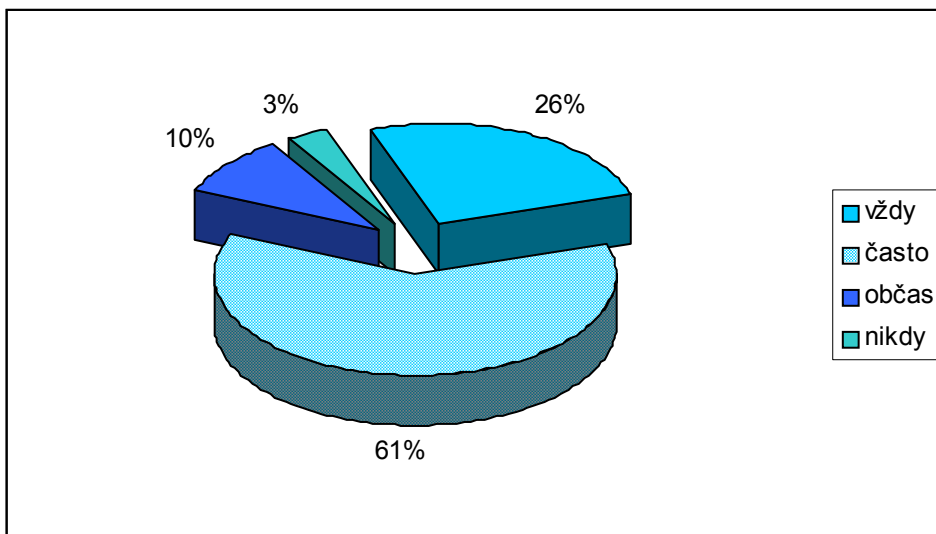
Se službami bylo spokojeno 23 (74 %) respondentů, částečně spokojen/a uvedlo 8 (26 %) respondentů a nespokojen/a neoznačil nikdo (0 %) z respondentů.

Graf 16 Názor respondentů na nabídku služeb ve zdravotnickém zařízení



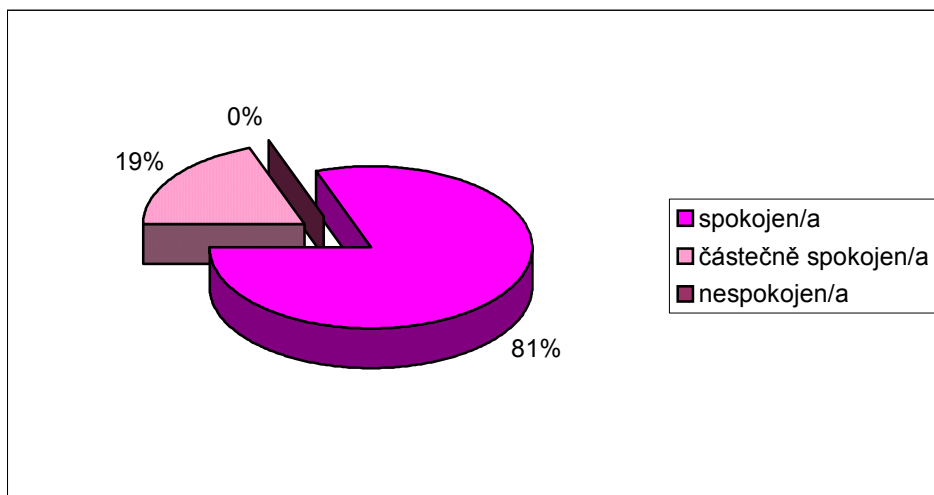
Ve zdravotnickém zařízení chyběla 3 (10 %) dotazovaným nějaká služba, kterou by rádi využili, žádná služba nechyběla 28 (90 %) dotazovaným.

Graf 17 Motivace od sester k účasti na aktivitách ve zdravotnickém zařízení



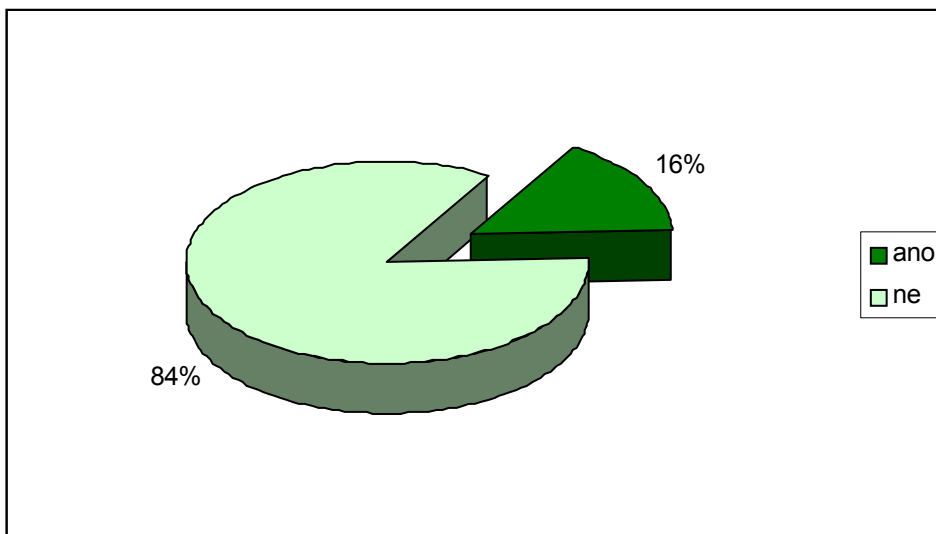
Sestry vřdy motivovaly 8 (26 %) respondentů při účasti na aktivitách, často bylo motivováno 19 (61 %) respondentů, občas motivovaly sestry 3 (10 %) respondenty a nikdy nebyl motivován sestrou 1 (3 %) respondent.

Graf 18 Spokojenost respondentů s nabídkou aktivit ve zdravotnickém zařízení



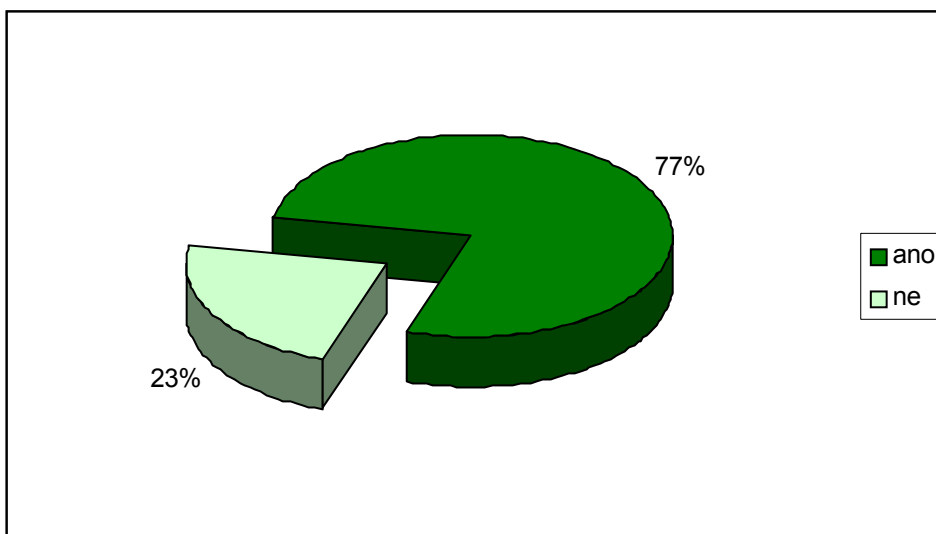
S aktivitami bylo plně spokojeno 25 (81 %) dotazovaných, částečně spokojeno bylo 6 (19 %) dotazovaných a odpověď nespokojen/a neoznačil žádný (0 %) dotazovaný.

Graf 19 Názor respondentů na nabídku aktivit ve zdravotnickém zařízení



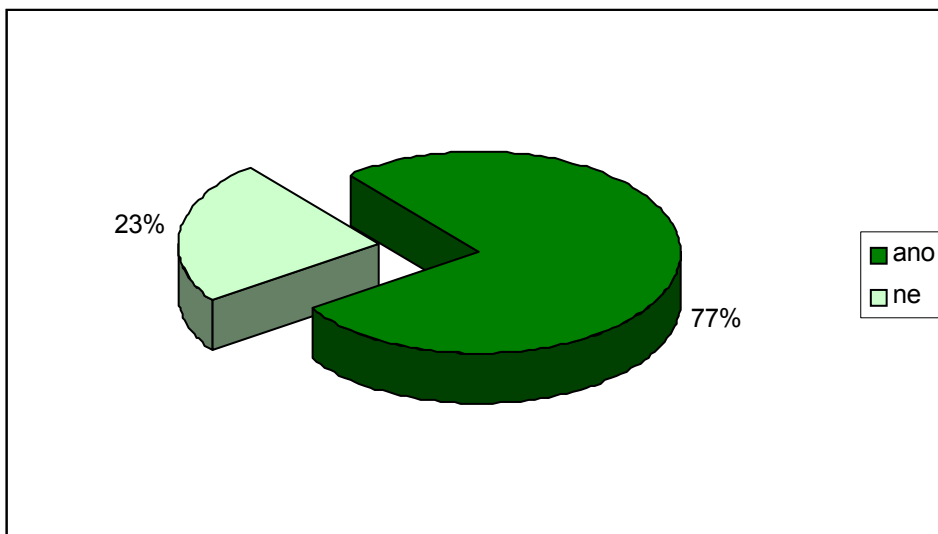
Ve zdravotnickém zařízení chyběla 5 (16 %) respondentům nějaká aktivita, kterou by rádi využívali, v nabídce nechyběla 26 (84 %) respondentům žádná aktivita.

Graf 20 Informace o možnosti využívání komunitních služeb podané sestrou



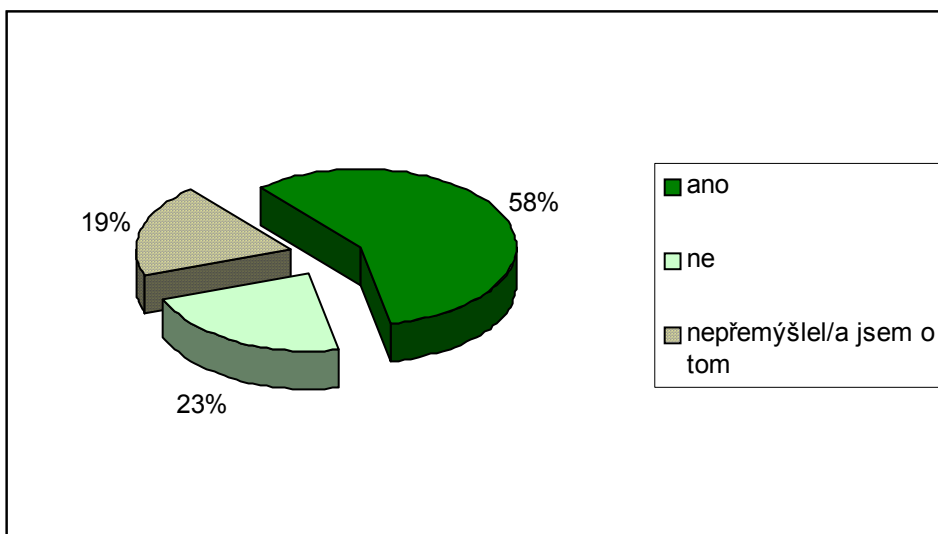
O možnosti využívat služby bylo informováno 24 (77 %) dotazovaných a o této možnosti nebylo informováno 7 (23 %) dotazovaných.

Graf 21 Informace o možnosti kontaktovat komunitní služby podané sestrou



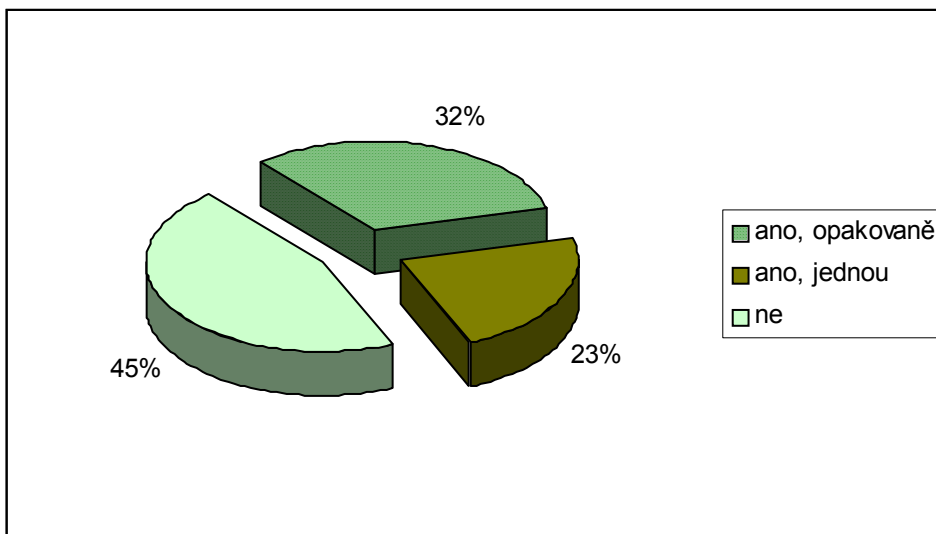
Sestry informovaly 23 (77 %) respondentů o možnosti kontaktovat komunitní služby a o této možnosti nebyli informováni 7 (23 %) respondenti.

Graf 22 Názor respondentů na dostupnost komunitních služeb



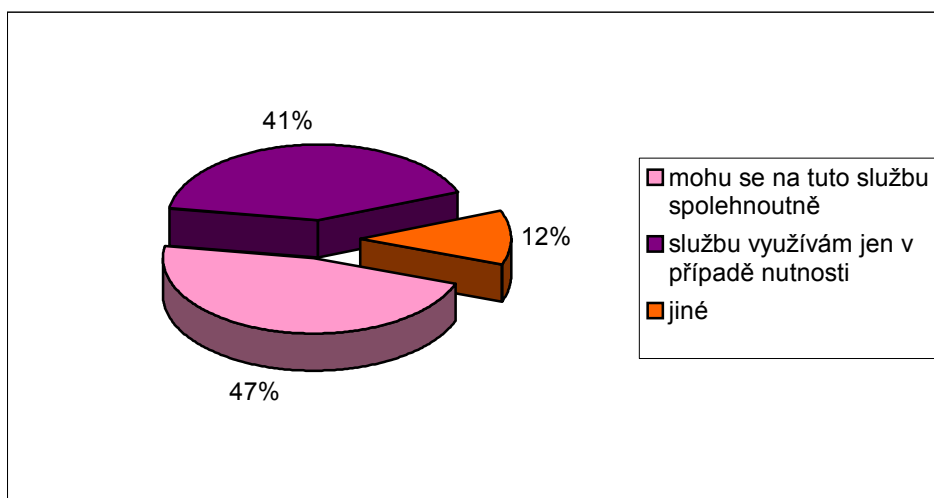
Dostupnost těchto služeb vyhovovala 18 (58 %) respondentům, nevyhovovala 7 (23 %) respondentům a nepřemýšlelo o tom 6 (19 %) respondentů.

Graf 23 Návštěvnost komunitních služeb



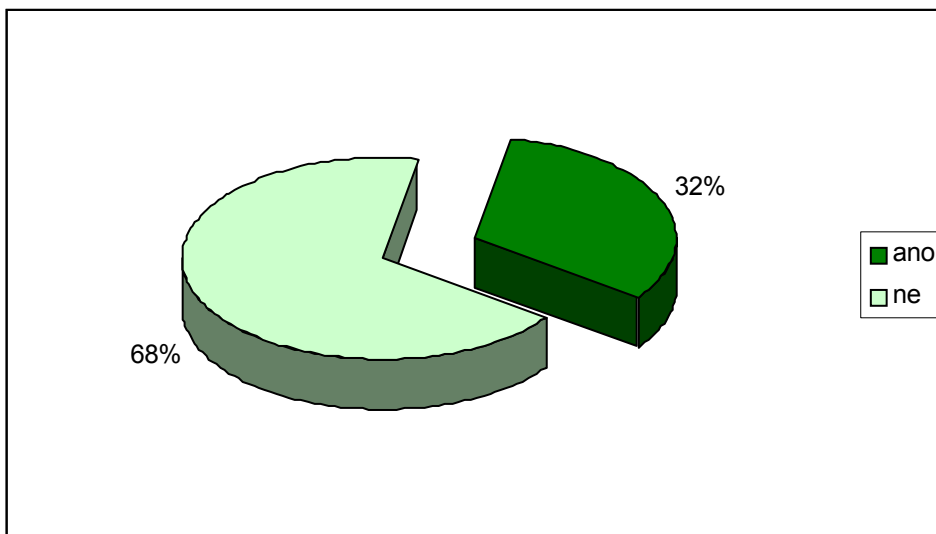
Opakovaně navštívilo komunitní služby 10 (32 %) respondentů, jednou tyto služby vyhledalo 7 (23 %) respondentů a nenavštívilo dané služby 14 (45 %) respondentů.

Graf 24 Vztah respondentů k navštíveným komunitním službám



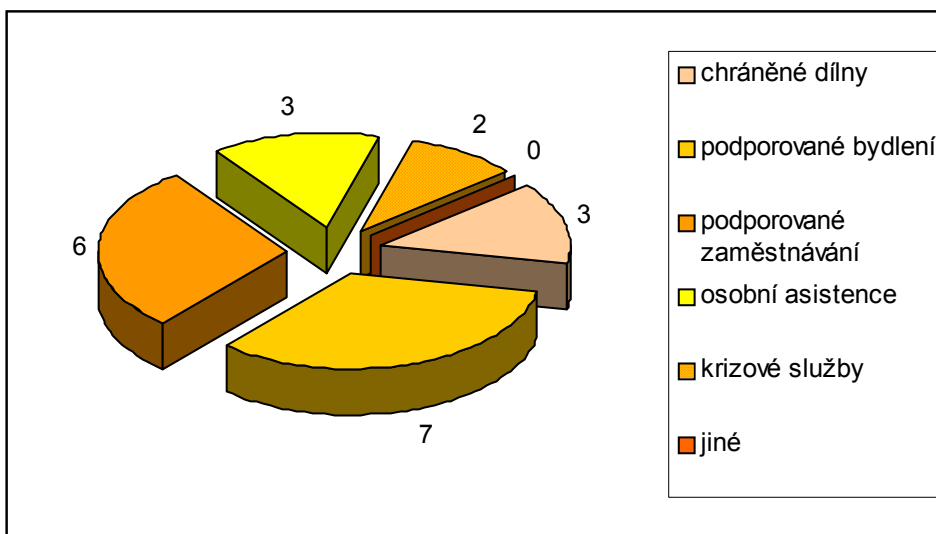
Na tuto otázku odpovídalo pouze 17 (100 %) respondentů, navazuje na odpovědi ano, pravidelně a ano, jednou z grafu 24. Na tyto služby se mohlo vždy spolehnout 8 (47 %) respondentů, v případě nutnosti využívalo službu 7 (41 %) respondentů a možnost jiné uvedli 2 (12 %) respondenti.

Graf 25 Názor respondentů, zda v místě bydliště postrádají komunitní služby



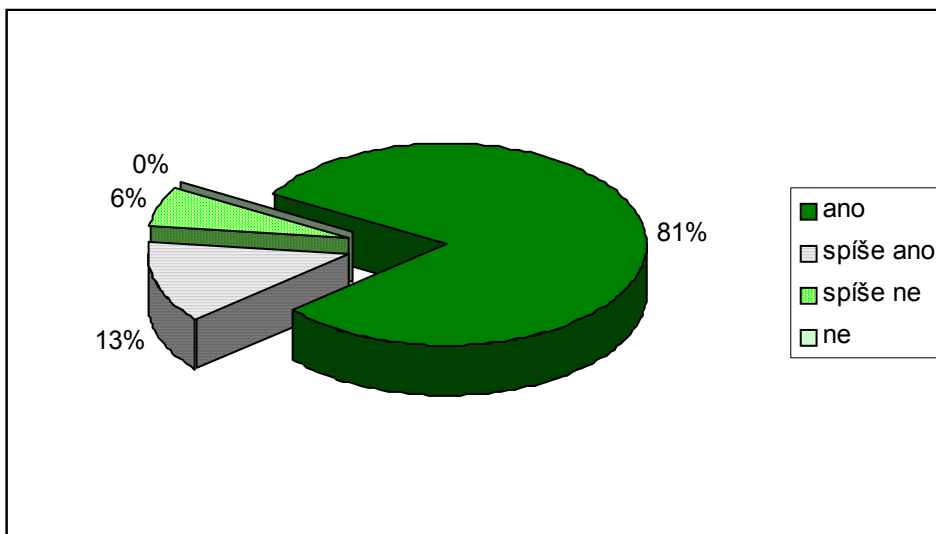
V místě bydliště postrádalo nějakou službu 10 (32 %) dotazovaných a v místě bydliště nepostrádalo služby 21 (68 %) dotazovaných.

Graf 25 A Chybějící komunitní služby



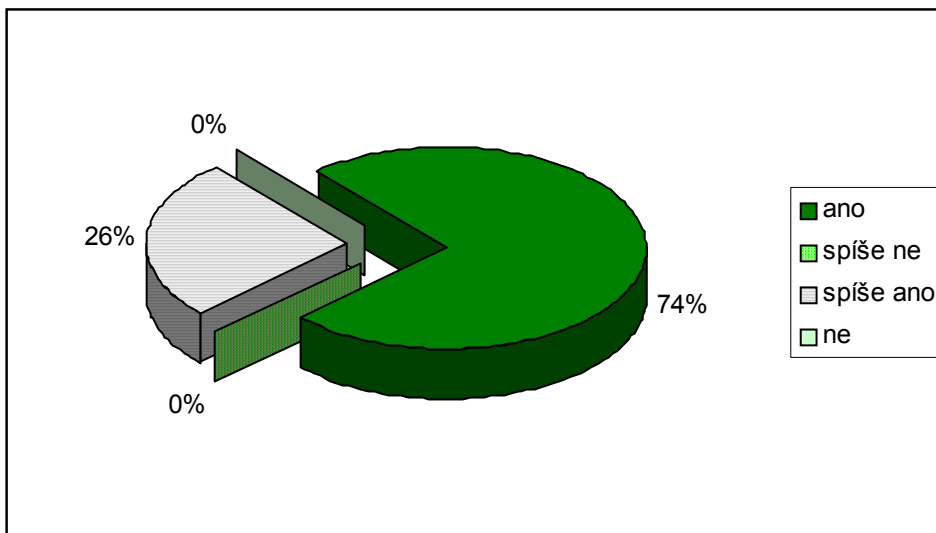
Na otázku odpovídalo 10 dotazovaných, měli možnost označit i více možností, bylo získáno 22 odpovědí. Chráněná dílna chyběla 3 dotazovaným, podporované bydlení chybělo 7 dotazovaným, podporované zaměstnávání chybělo 6 dotazovaným, osobní asistenci postrádali 3 dotazovaní. Krizové služby by rádi využili 2 dotazovaní a jiné služby nepostrádal žádný dotazovaný.

Graf 26 Komunikace mezi sestrou a respondentem



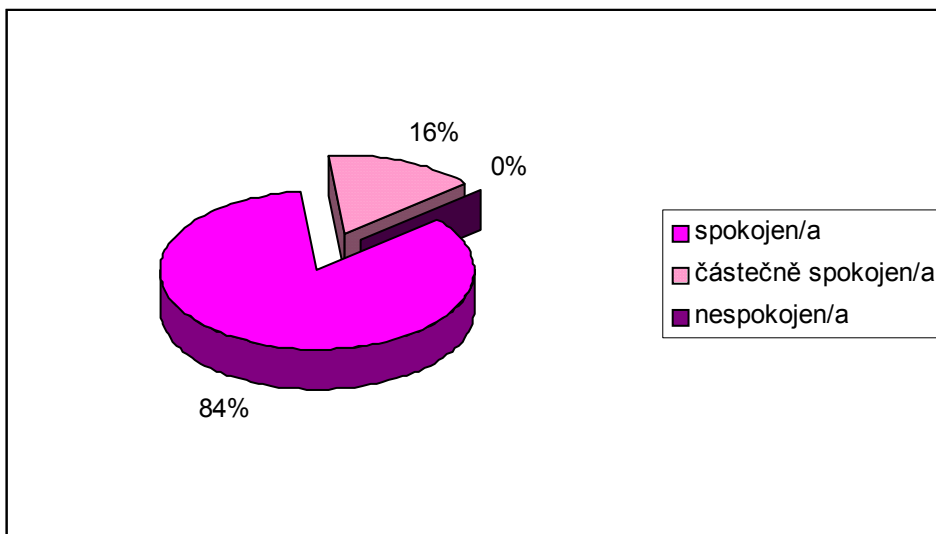
Sestry komunikovaly s 25 (81 %) respondenty srozumitelně, s 4 (13 %) respondenty spíše srozumitelně, 2 (6 %) respondenti spíše nerozuměli sestřám při komunikaci a žádný (0 %) z respondentů neoznačil odpověď ne.

Graf 27 Důvěra respondentů k pečujícím sestřám



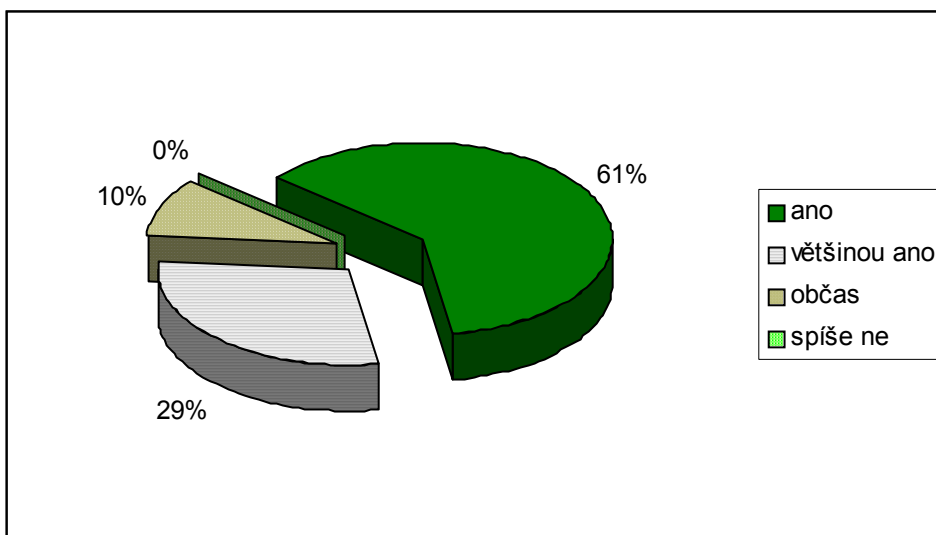
Důvěru v sestry mělo 23 (74 %) respondentů, většinou důvěřovalo sestřám 8 (26 %) respondentů, nabídnutou odpověď spíše ne a ne neuvedl žádný (0 %) respondent.

Graf 28 Spokojenost respondentů s péčí sester



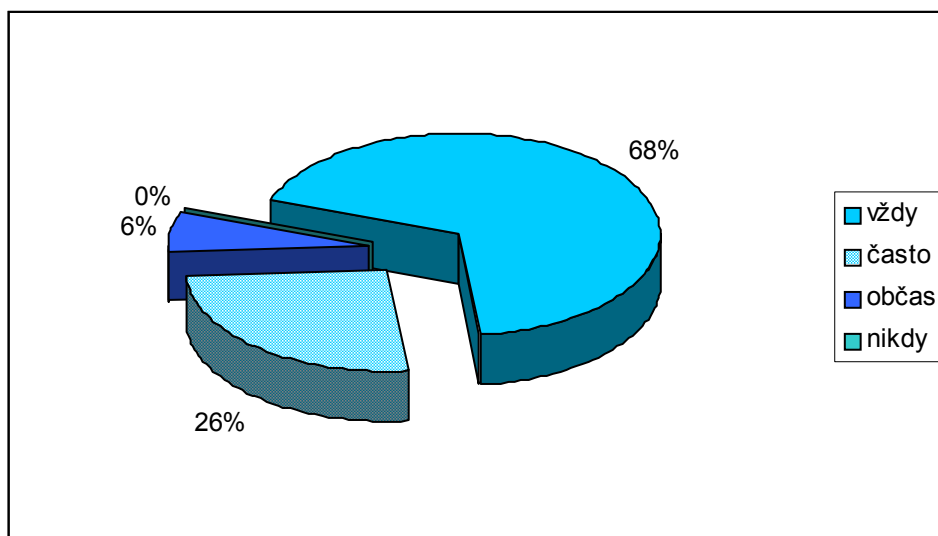
Spokojeno s péčí sester bylo 27 (84 %) dotazovaných, částečně spokojeno 5 (16 %) dotazovaných a odpověď nespokojen/a neuvedl žádný (0 %) z dotazových.

Graf 29 Názor respondentů na ochotu sester pohovořit si při problémech respondentů



Z celkového počtu 31 respondentů uvedlo 19 (61 %) respondentů, že sestry byly ochotny si popovídat, 9 (29 %) respondentů uvedlo, že sestra byla většinou ochotna si popovídat, s 3 (10 %) respondenty si sestra povídala pouze občas a nikdo (0 %) z respondentů nevyužil nabídnutou možnost spíše ne.

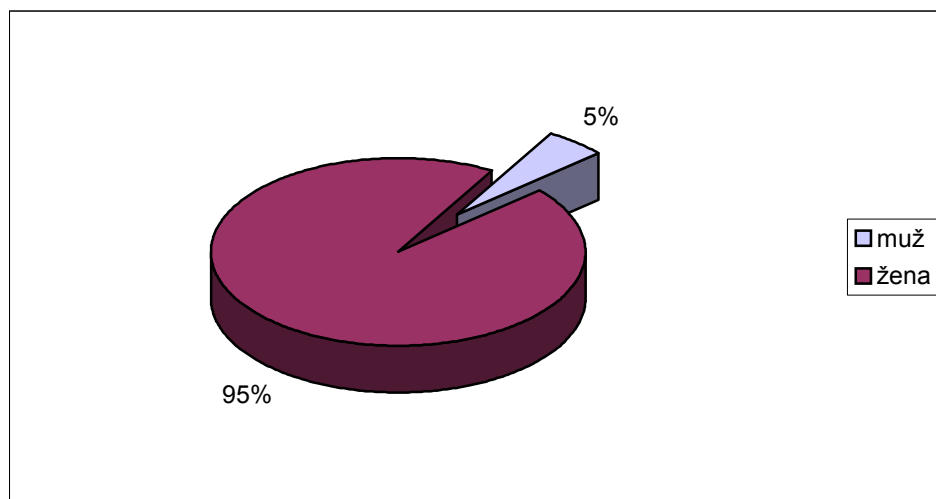
Graf 30 Názor respondentů, zda s nimi sestra jednala s respektem a úctou



S respektem a úctou ošetřovala vždy sestra 21 (68 %) respondentů, často bylo ošetřováno 8 (26%) respondentů s respektem a úctou, občas ošetřování s respektem a úctou byli 2 (6 %) respondenti a žádný (0 %) z respondentů neznačil odpověď nikdy.

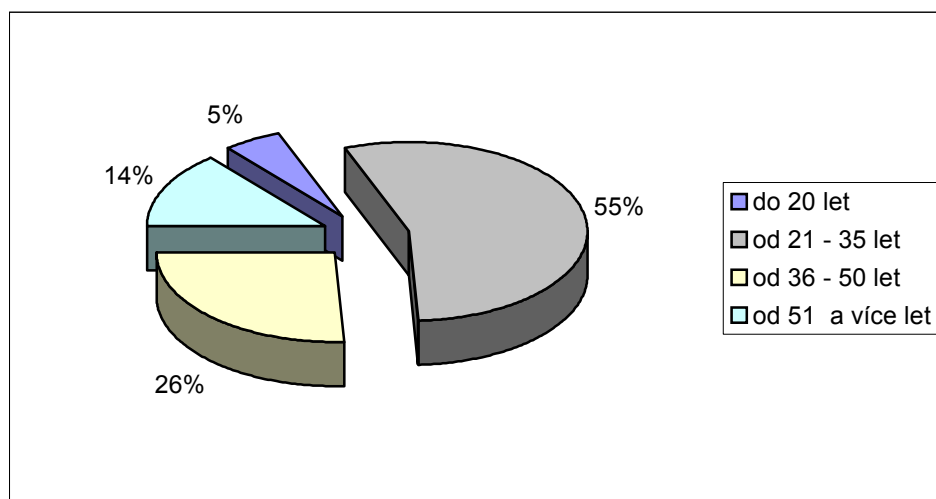
4.2 Vyhodnocení dotazníku pro sestry

Graf 31 Pohlaví respondentů



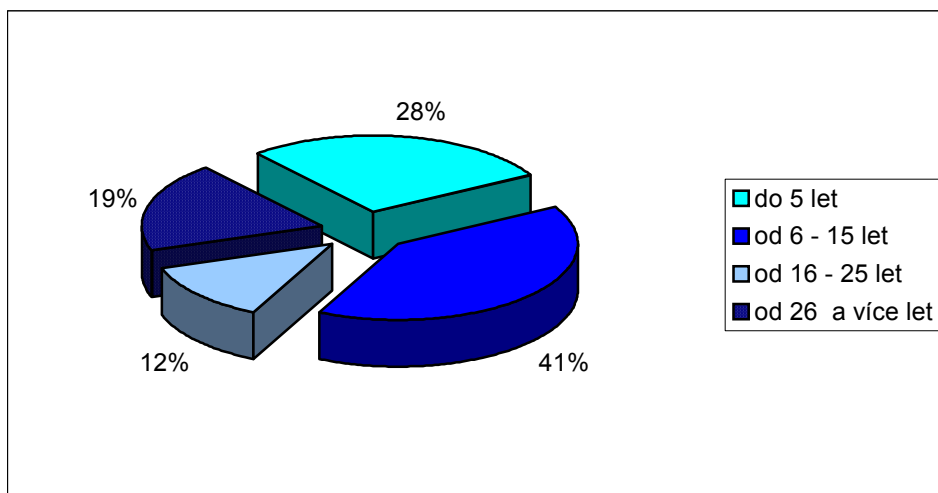
Z celkového počtu 116 respondentů bylo 6 (5 %) mužů a 110 (95 %) respondentů byly ženy.

Graf 32 Věková skupiny respondentů



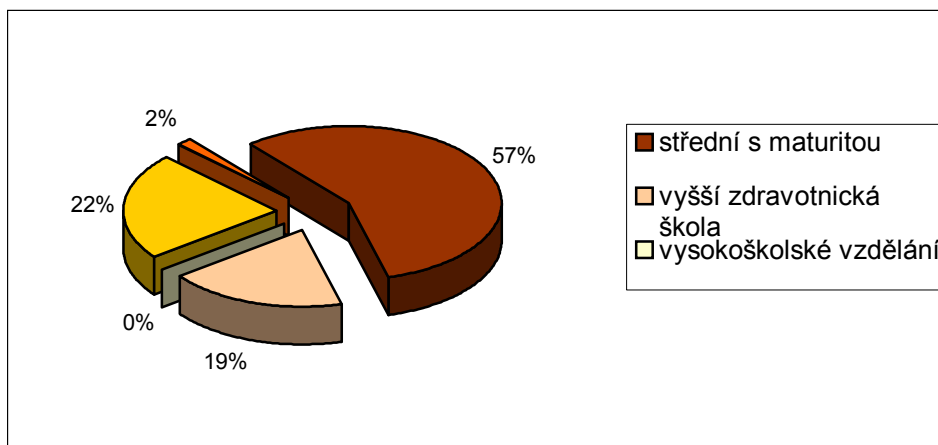
Ve věku do 20 let bylo 6 (5 %) dotazovaných, ve věku od 21 – 35 let bylo 64 (55 %) dotazovaných, ve věku od 36 – 50 let bylo 30 (26 %) dotazovaných a ve věku od 51 let a více bylo 16 (14 %) dotazovaných.

Graf 33 Délka psychiatrické praxe



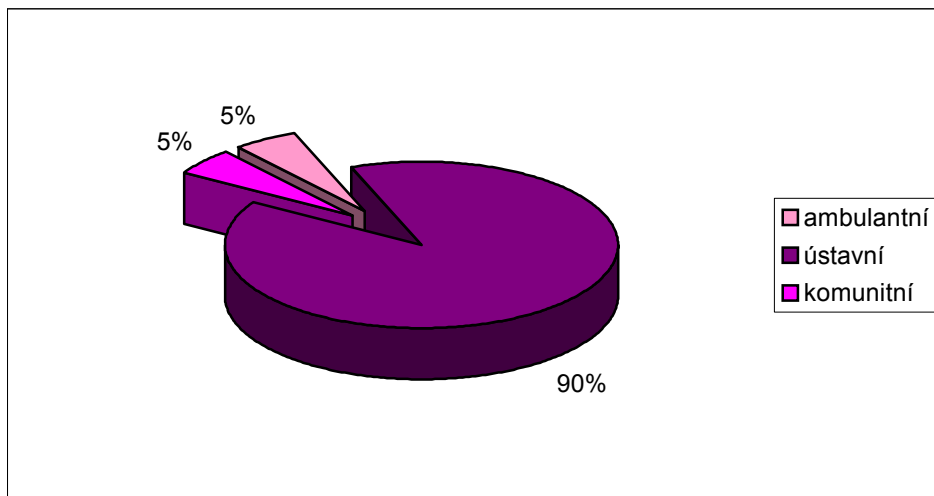
Do 5 let v oblasti psychiatrické péče pracovalo 32 (28 %) dotazovaných, od 6 – 15 let pracovalo 46 (41 %) dotazovaných v psychiatrické péči, od 16 – 25 let pracovalo 14 (12 %) dotazovaných a od 26 a více pracovalo 22 (19 %) dotazovaných.

Graf 34 Nejvyšší dosažené vzdělání sester



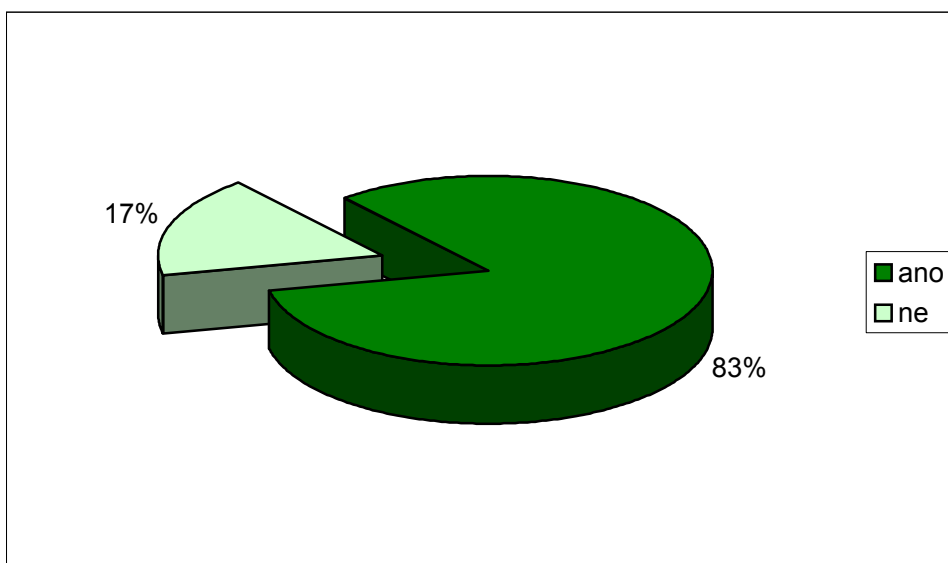
Střední vzdělání s maturitou mělo 66 (57 %) respondentů, vyšší vzdělání mělo 22 (19 %) respondentů, vysokoškolské vzdělání neměl žádný (0 %) respondent, PSS (pomaturitní specializační studium) mělo 26 (22 %) respondentů a jiné vzdělání měli 2 (2 %) respondenti, a to jak uvedli byl psychoterapeutický kurz.

Graf 35 Oblast psychiatrické péče sester



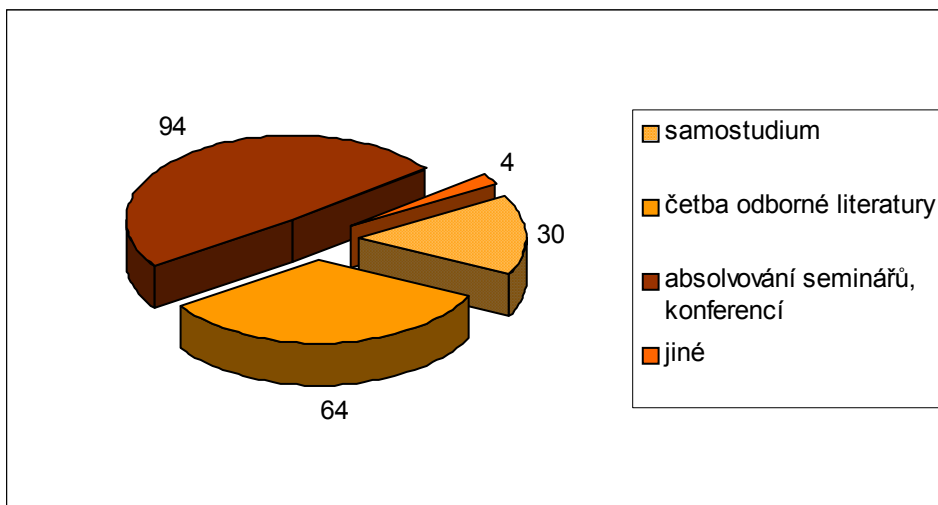
V ambulantní péči pracovalo 6 (5 %) dotazovaných, v oblasti ústavní péče pracovalo 104 (90 %) dotazovaných a v oblasti komunitní pracovalo 6 (5 %) dotazovaných.

Graf 36 Zájem o další vzdělávání v oboru



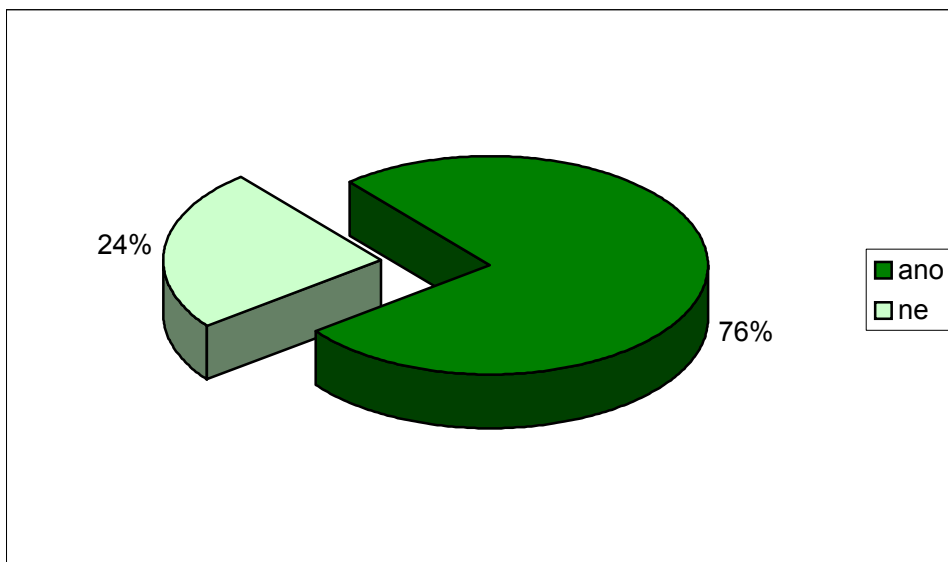
Zájem o další vzdělávání projevilo 96 (83 %) dotazovaných, o další vzdělávání nemělo zájem 20 (17 %) dotazovaných.

Graf 37 Využívání forem celoživotního vzdělávání



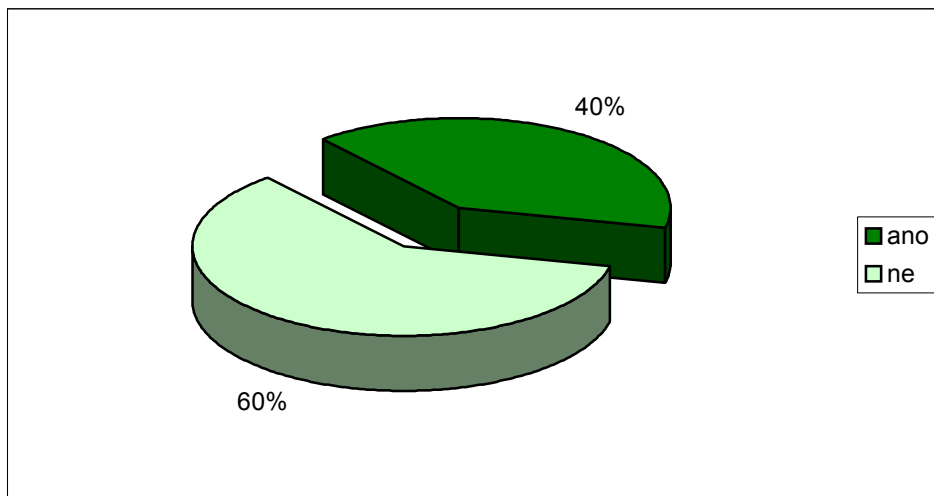
Na otázku odpovídalo pouze 96 respondentů, kteří měli zájem o další vzdělávání. Respondenti mohli označit i více možností, získáno bylo 192 odpovědí. 30 dotazovaných preferovalo samostudium, 64 dotazovaných četlo odbornou literaturu, 94 dotazovaných využívalo ke vzdělávání semináře a konference a 4 dotazovaní označilo možnost jiné, kde všichni 4 uvedli, že ke vzdělávání využívají internet.

Graf 38 Další vzdělání umožňované zaměstnavatelem



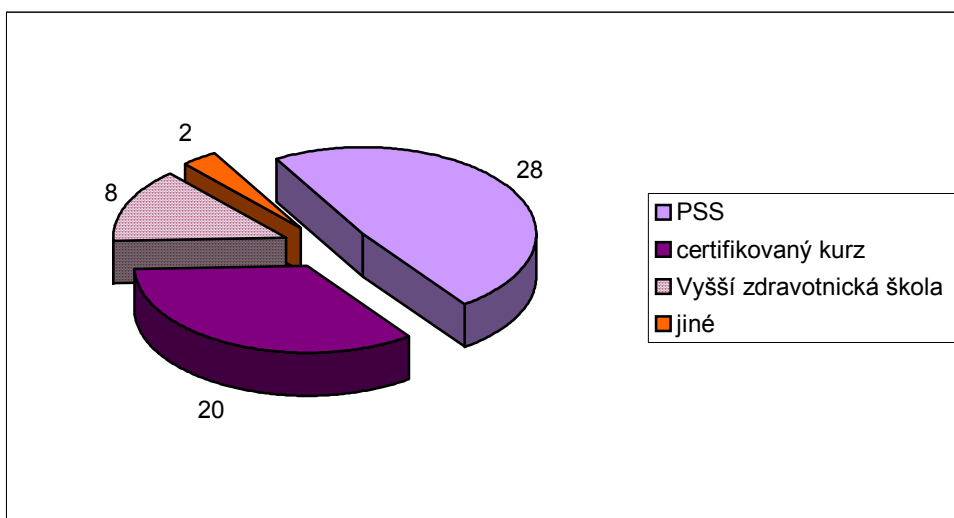
Zaměstnavatel umožňoval další vzdělání 88 (76 %) dotazovaným a další vzdělání neumožňoval 28 (24 %) dotazovaným.

Graf 39 Absolvované studium během praxe



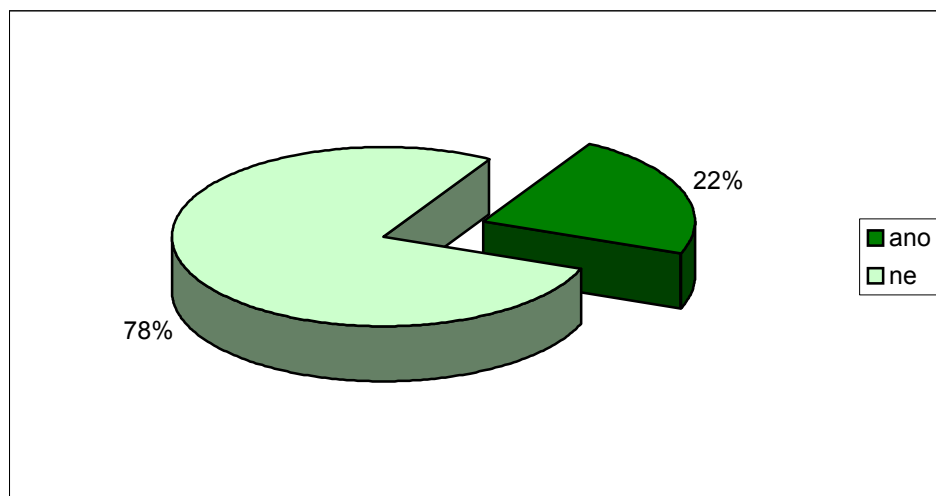
Studium ke zvýšení kvalifikace absolvovalo během své praxe 46 (40 %) dotazovaných a během praxe neabsolvovalo žádné studium 70 (60 %) dotazovaných.

Graf 39 A Druh absolvovaného studia během praxe



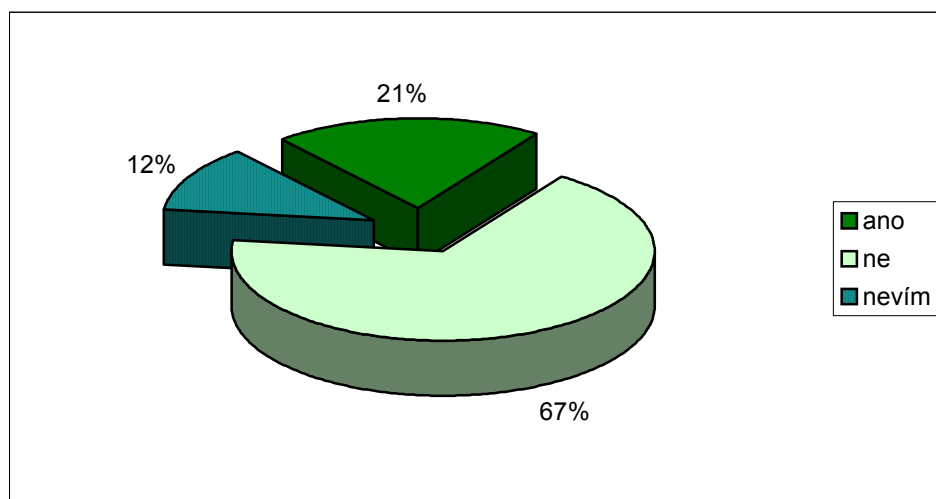
Na otázku odpovídalo 46 dotazovaných, měli možnost označit i více možností, bylo získáno 58 odpovědí. Specializační studium v oboru psychiatrie absolvovalo 28 respondentů, certifikovaný kurz absolvovalo 20 respondentů, na Vyšší zdravotnické škole studovalo 8 respondentů a možnost jiné označili 2 respondenti, kteří absolvovali psychoterapeutický kurz.

Graf 40 Úlevy z pracovní doby od zaměstnavatele ke studiu



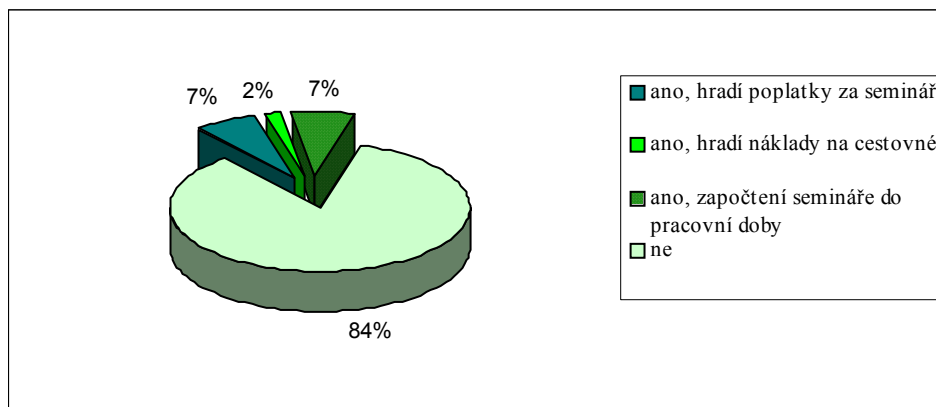
Z celkového počtu 116 respondentů odpovědělo 26 (22 %) dotazovaných, že jim zaměstnavatel umožňoval úlevy z pracovní doby a 90 (78 %) dotazovaným neumožňoval zaměstnavatel úlevy z pracovní doby.

Graf 41 Mzdové zvýhodnění od zaměstnavatele po zvýšení kvalifikace



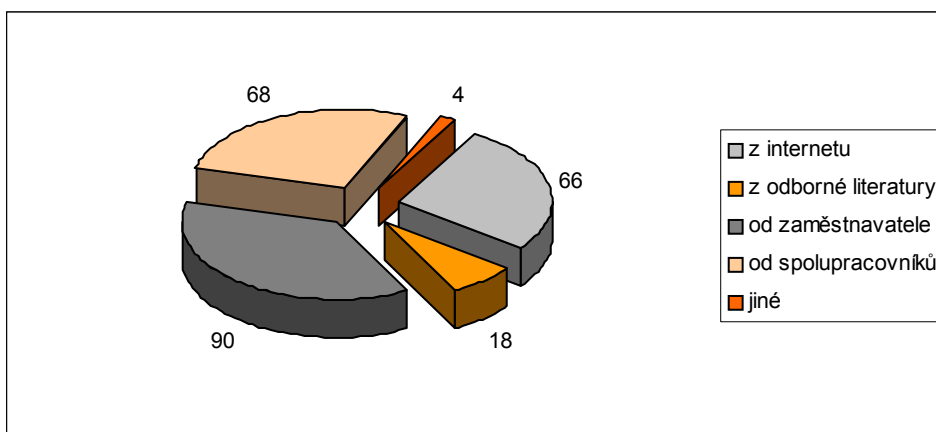
Po absolvování studia dostalo 24 (21 %) respondentů mzdové zvýhodnění od zaměstnavatele, 78 (67 %) respondentům nebylo přiznáno mzdové zvýhodnění a 4 (12 %) respondentů nevědělo, zda by dostali po zvýšení kvalifikace mzdové zvýhodnění.

Graf 42 Formy podpory od zaměstnavatele při vzdělávání



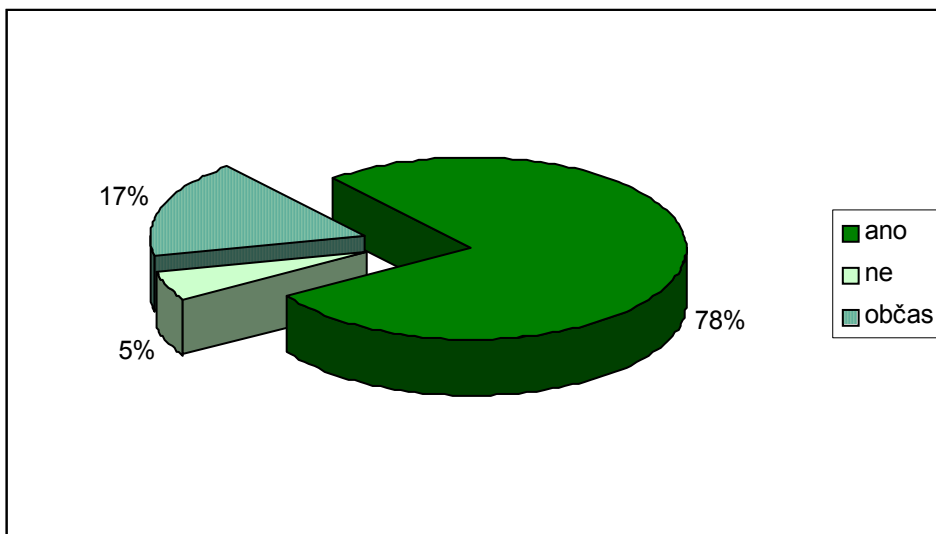
Zaměstnavatel podporoval 8 (7 %) respondentů při vzdělávání hrazením poplatků za semináře, konference. 2 (2 %) respondenti byli podporováni ve vzdělávání hrazením nákladů na cestovné, 8 (7 %) respondentům započtl zaměstnavatel absolvovaný seminář, konferenci do pracovní doby a 98 (84 %) respondentů uvedlo, že nemají žádnou podporu od zaměstnavatele.

Graf 43 Zdroje informací o pořádaných vzdělávacích akcích



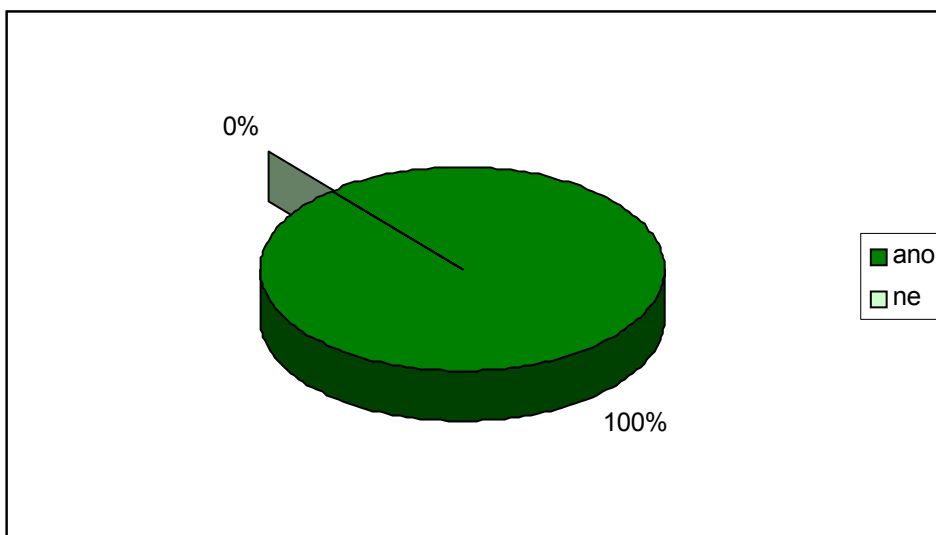
V této otázce byla možnost označit i více možností, získaných odpovědí bylo 246. Informace o pořádaných akcích získávaných z internetu využívá 66 dotazovaných, z odborné literatury získává informace 18 dotazovaných, od zaměstnavatele získává informace 90 dotazovaných, od spolupracovníků získává informace o akcích 68 dotazovaných a z jiných zdrojů získávají informace 4 dotazovaní, všichni dotazovaní získávali informace od známých.

Graf 44 Vzdělávací akce pořádané zaměstnavatelem



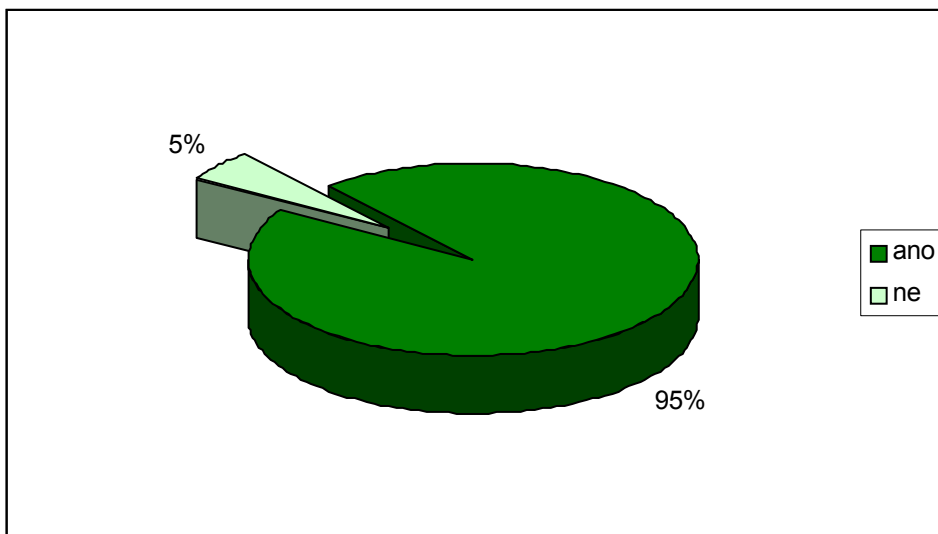
Zaměstnavatel organizoval vzdělávací akce 90 (78 %) respondentům, žádné akce nepořádal zaměstnavatel 6 (5 %) respondentů a pouze občas organizoval akce 20 (17 %) respondentům.

Graf 45 Využití získaných vědomostí ze vzdělání při práci



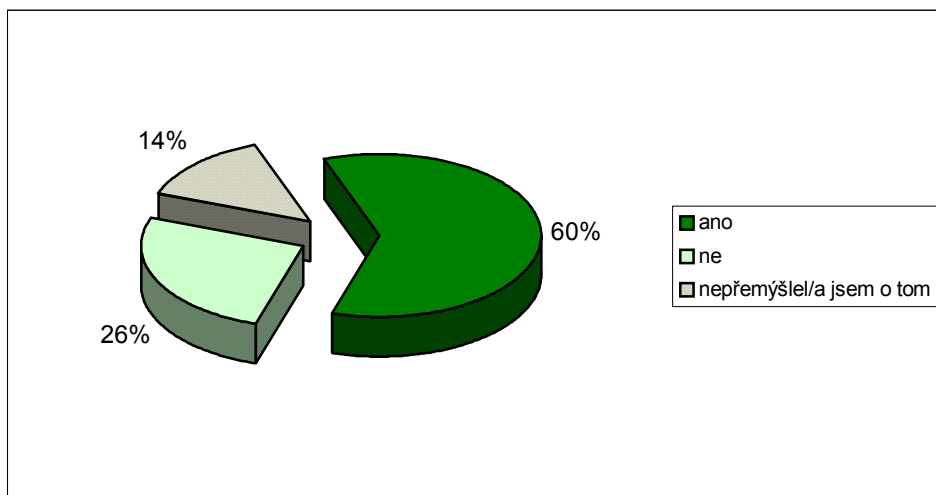
Všech 116 (100 %) respondentů uvedlo, že získané vědomosti ze vzdělávacích akcí uplatnili v praxi.

Graf 46 Práce formou ošetrovatelského procesu



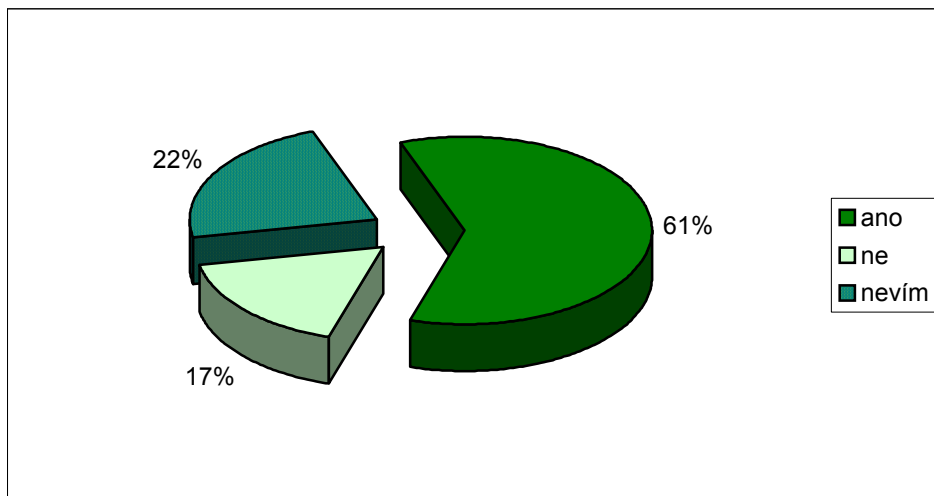
Formou ošetrovatelského procesu pracovalo 110 (95 %) dotazovaných, nepracovalo 6 (5 %) dotazovaných.

Graf 47 Názor sester na to, zda ošetrovatelský proces vede k větší informovanosti o pacientech



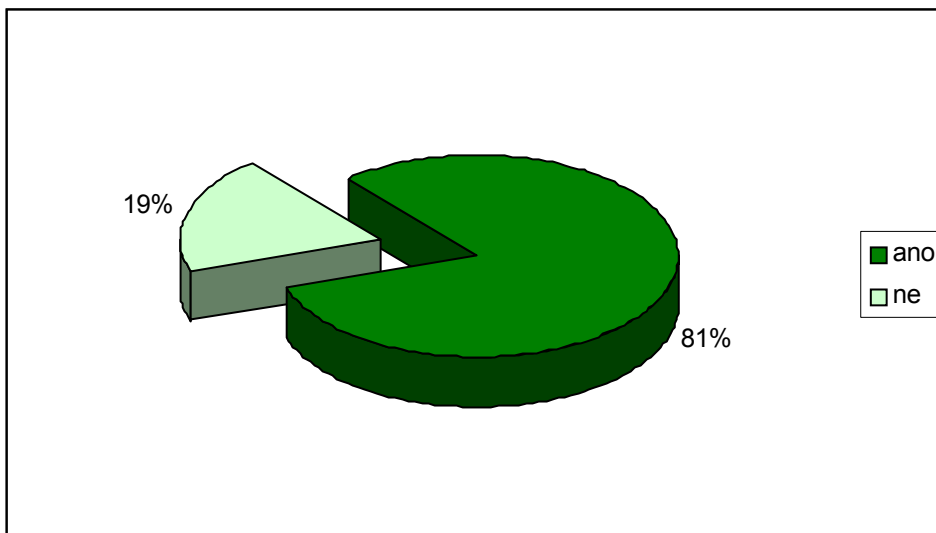
Zda ošetrovatelský proces umožňuje větší informovanost o pacientech uvedlo 70 (60 %) dotazovaných, neumožňuje větší informovanost uvedlo 30 (26 %) dotazovaných a nepřemýšlelo o tom 16 (14 %) dotazovaných.

Graf 48 Názor sester na to, zda jsou kompetentní k edukaci pacientů



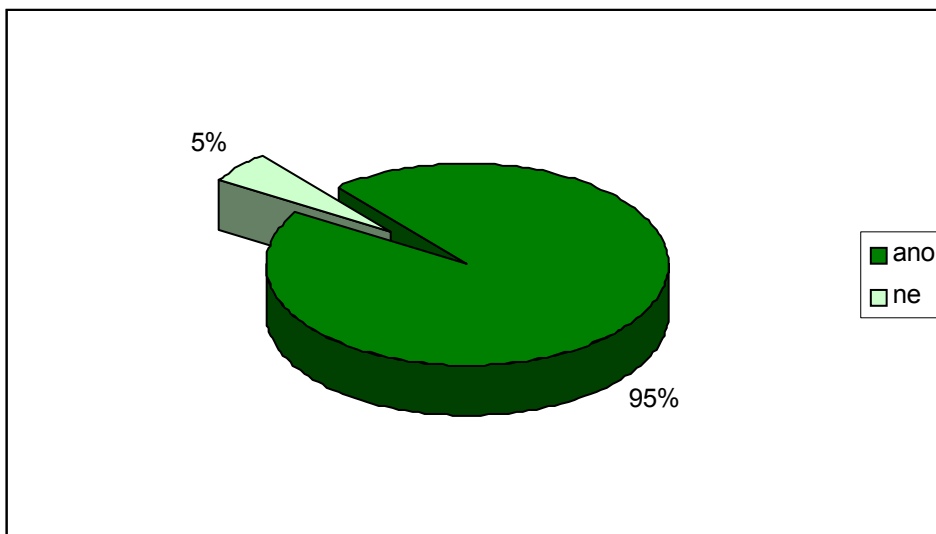
Z celkového počtu 116 respondentů se domnívalo 70 (61 %) respondentů, že byli kompetentní k edukaci, 20 (17 %) respondentů si myslelo, že nemá kompetence k edukaci a 26 (22 %) respondentů nevědělo.

Graf 49 Aktivní zapojení sester do edukace



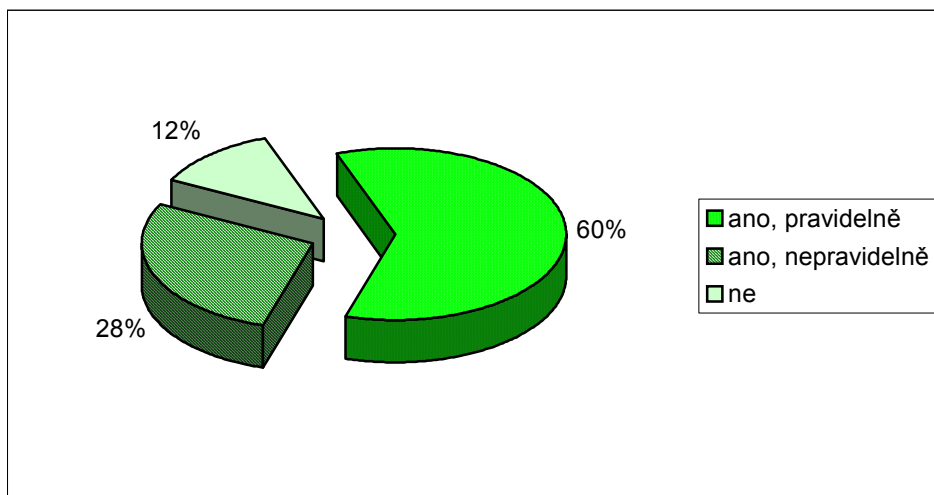
Aktivně do edukace se při své práci zapojovalo 94 (81 %) dotazovaných a do edukace se nezapojovalo 22 (19 %) dotazovaných.

Graf 50 Spolupráce sester se členy multidisciplinárního týmu



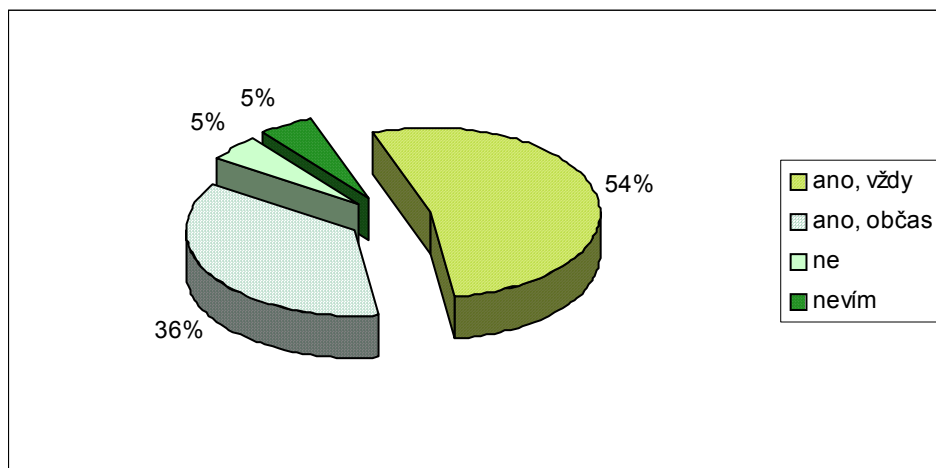
Při své práci spolupracovalo se členy multidisciplinárního týmu 110 (95 %) dotazovaných a 6 (5 %) dotazovaných se členy týmu nespolupracovalo.

Graf 51 Zapojení sester do hodnocení psychického stavu pacienta na schůzkách multidisciplinárního týmu



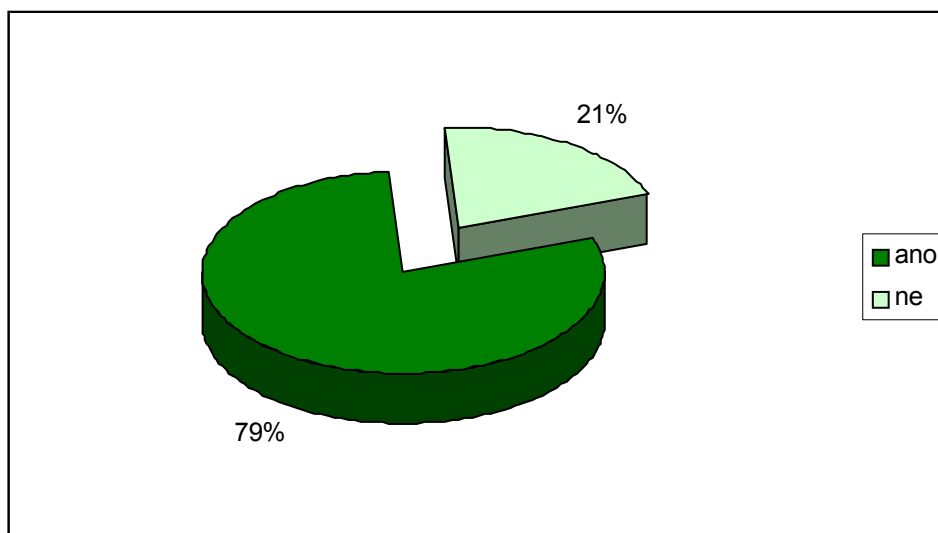
Do hodnocení psychického stavu pacienta se zapojovalo pravidelně 70 (60 %) respondentů na schůzkách týmu, nepravidelně se zapojovalo 32 (28 %) respondentů a do hodnocení stavu se nezapojovalo 14 (12 %) respondentů.

Graf 52 Ochota sester hájit zájmy nemocného na poradách multidisciplinárního týmu



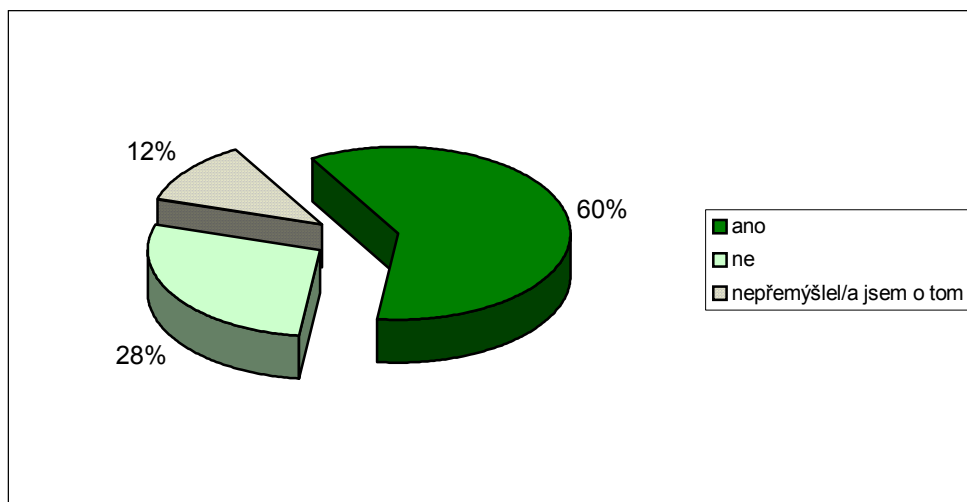
Na poradách multidisciplinárního týmu bylo 62 (52 %) dotazovaných ochotno vždy obhajovat zájmy nemocných, 42 (36 %) dotazovaných bylo ochotno obhajovat zájmy nemocných pouze občas, 6 (5 %) dotazovaných nebylo ochotno hájit nemocné na poradách týmu a 6 (5 %) dotazovaných nevědělo, zda by hájili pacienty na poradách.

Graf 53 Ochota sester vést psychoterapeutické aktivity



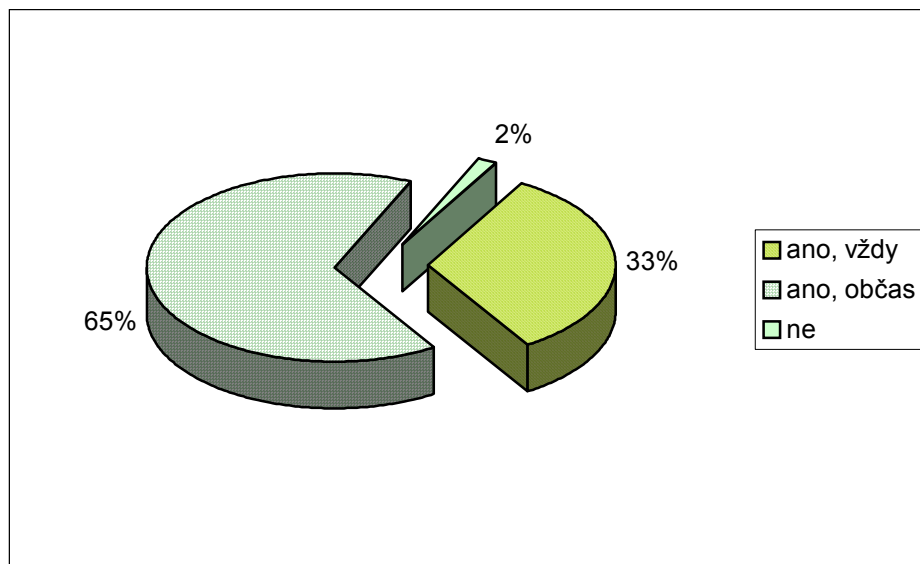
Ochotu vést psychoterapeutické aktivity projevilo 92 (79 %) dotazovaných a ochotno vést psychoterapeutické aktivity nebylo 24 (21 %) dotazovaných.

Graf 54 Ochota sester začlenit nemocného do sociálneho prostredia



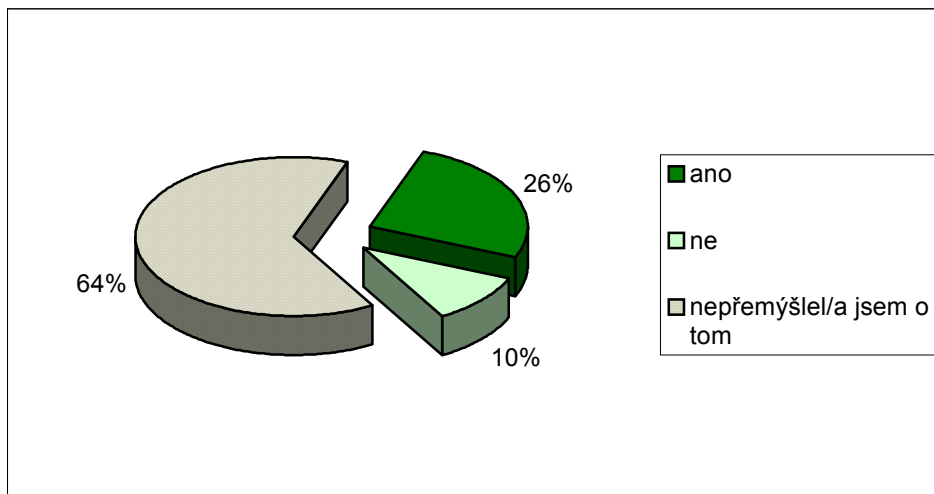
Při začlenění nemocných do jejich sociálního prostředí bylo ochotno pracovat 70 (60 %) dotazovaných, začleňování by se neúčastnilo 32 (28 %) dotazovaných a nepřemýšlelo o tom 14 (12 %) dotazovaných.

Graf 55 Snaha sester zapojit do ošetrovateľskej péče rodinu nemocného



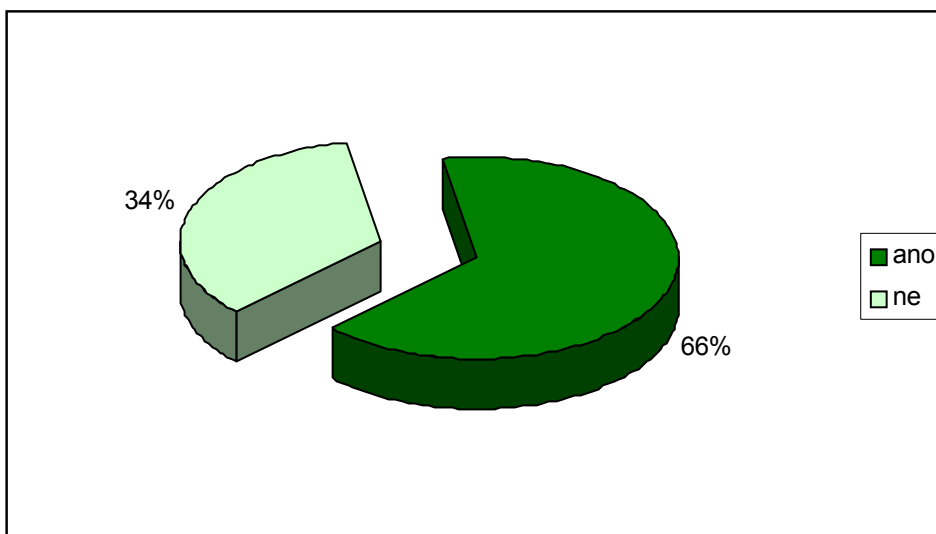
Snahu vždy zapojovat rodinu nemocného do péče uvedlo 38 (33 %) dotazovaných, jen občas zapojovalo do péče rodinu 76 (65 %) dotazovaných a do péče o nemocného nezapojovali rodinu 2 (2 %) dotazovaní.

Graf 56 Ochota sester účastnit se výzkumu



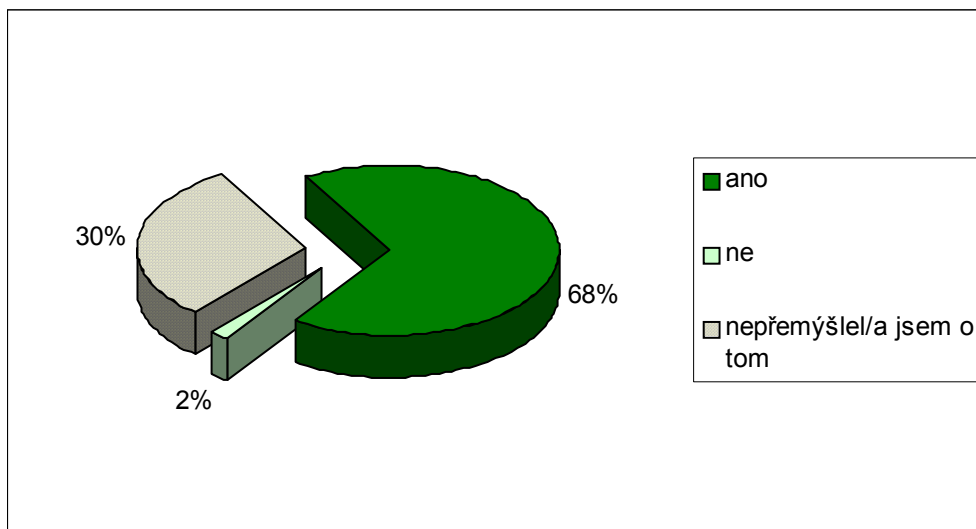
Ochotu účastnit se výzkumu projevilo 30 (26 %) dotazovaných, neúčastnilo by se 12 (10 %) dotazovaných a nepřemýšlelo o tom 74 (64 %) dotazovaných.

Graf 57 Zapojení sester do vypracovávání standardů ošetrovatelské péče



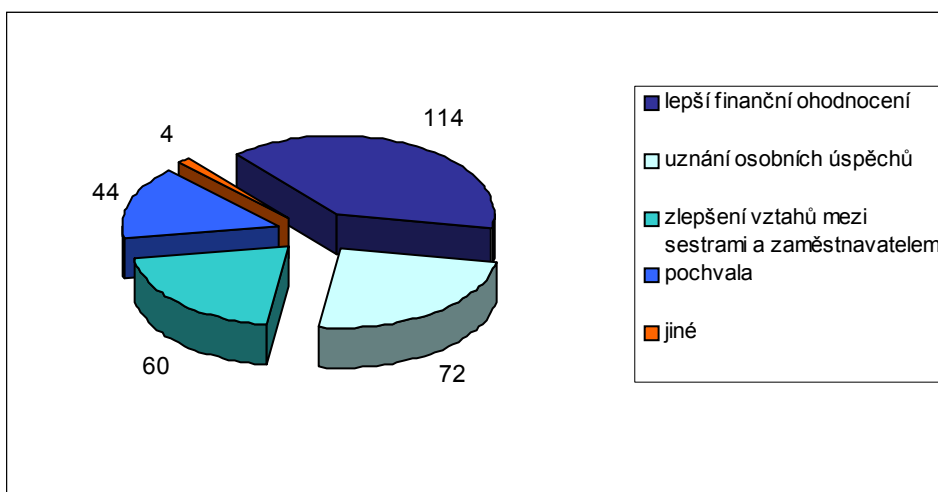
Do vypracovávání standardů ošetrovatelské péče je zapojeno 76 (66 %) respondentů a do vypracovávání nebylo zapojeno 40 (34 %) respondentů.

Graf 58 Dobré vztahy na pracovišti



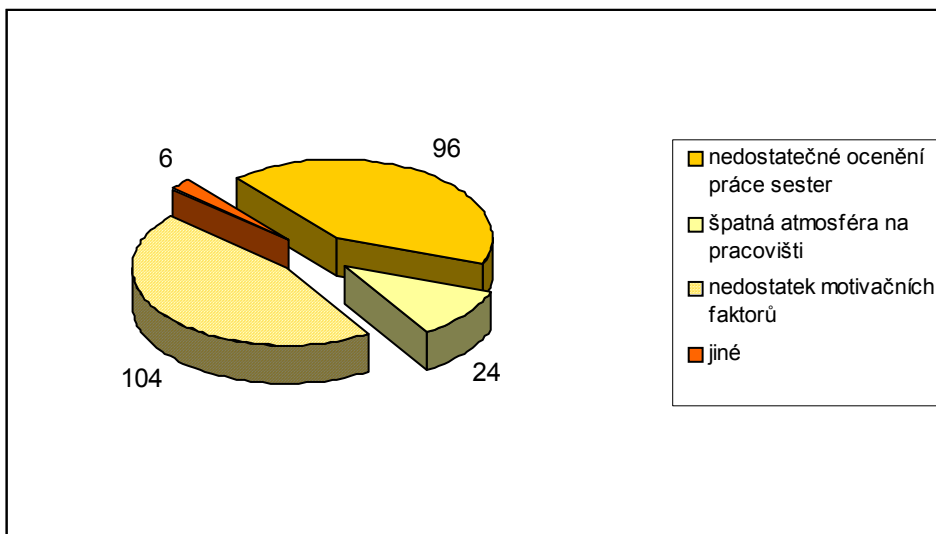
Dobré vztahy na pracovišti motivovaly 76 (68 %) respondentů k větší aktivitě, nebyli motivováni 2 (2 %) respondenti a nepřemýšlelo o tom 34 (30 %) respondentů.

Graf 59 Formy motivace k větší aktivitě od zaměstnavatele



Při této otázce mohli respondenti označit i více možností, získaných odpovědí bylo 294. Formu lepšího finančního ohodnocení by uvítalo 114 dotazovaných, uznání osobních úspěchů preferuje 72 dotazovaných, zlepšení vztahů mezi sestrami a zaměstnavatelem motivuje 60 dotazovaných, pochvala motivuje 44 dotazovaných a jiné formy motivace zvolili 4 dotazovaní, které by motivovala možnost rozšíření vzdělání placených zaměstnavatelem.

Graf 60 Důvody snižující zájem sester o práci



Při této otázce mohli respondenti označit i více možností, získaných odpovědí bylo 230. Zájem respondentů o práci snižuje u 96 dotazovaných nedostatečné ocenění práce, 24 dotazovaných nemotivuje k práci špatná atmosféra na pracovišti, 104 dotazovaných zvolilo nedostatek motivačních faktorů a 6 dotazovaných nemotivují k práci jiné důvody. Na možnost jiné uvedli 4 dotazovaní jako důvod nerespektování názorů sester a 2 dotazovaní uvedli jako důvod časovou tíseň při práci.

5. Diskuse

5.1 Diskuse ke standardizovanému rozhovoru

Jedním ze stanovených cílů bakalářské práce bylo zjistit názor pacientů na péči sester v oblasti psychiatrického ošetřování v kraji Vysočina, z výsledků výzkumu vyplývá, že daný cíl byl splněn. Jak uvádí Lavičková, hodnocení kvality a spokojenosti s péčí sester závisí na tom, kdo hodnocení provádí. Samotní pacienti nehodnotí technické a materiální vybavení, ale posuzují chování a jednání sester, kultivovanost jejich projevu, úpravu zevnějšku. Pacienti hodnotí to, co sami zažili, čerpají z vlastní zkušenosti (16). Myslím si, že s daným postojem se nedá než souhlasit.

První otázky v rozhovoru byly demografické a pomohly určit a přiblížit daný výzkumný soubor. Z oslovených 31 respondentů bylo převážně 65 % žen a 35 % mužů, jak ukazuje graf 1. Nejvíce (32 %) respondentů bylo ve věku od 35 – 50 let a nejméně zastoupená byla věková skupina do 25 let pouze (13 %) respondentů (viz graf 2). Problematiku pracovního zařazení přibližuje graf 3, z kterého vyplývá, že 29 % dotazovaných bylo nezaměstnaných a 23 % dotazovaných bylo v invalidním důchodu. V oblasti rodinného stavu tvořili největší skupinu respondenti ženatí/vdané a to ve 45 %, mezi respondenty nebyl žádný vdovec/vdova (viz graf 6). Další dvě otázky se již přímo týkaly samotného duševního onemocnění. Jak ukazuje graf 5, nejvíce 32 % respondentů se léčilo s duševním onemocněním v délce do 1 roku a nejméně 19 % respondentů se již léčilo déle jak 11 let. Se svou diagnózou byla seznámena většina respondentů, a to v 94 %, jak vyplývá z grafu 4. Myslím si, že je důležité, aby byl každý nemocný seznámen nejen se svou diagnózou, ale i prognózou onemocnění. A to ne pouze proto, že je to jedním z bodů práv nemocných.

Předpokládala jsem, že pacienti s psychiatrickým onemocněním jsou spokojeni s poskytovanou péčí sester v oblasti psychiatrického ošetřování v kraji Vysočina. Na potvrzení či vyvrácení hypotézy byly zaměřeny v rozhovoru otázky č. 9, 10, 11, 12, 17, 20, 21, 26 – 30 (viz příloha č. 1). Z celkovou péčí sester bylo spokojeno 84 % dotazovaných, jak ukazuje graf 28, což *potvrzuje hypotézu č. 1*. K témuž zjištění dospěl výzkum v roce 2006 provedený Raiterem a společností STEM/MARK, po celém území

ČR, a to i v kraji Vysočina. Ve výzkumu uvádí celkovou spokojenost 70 % dotazovaných (34).

Protože péče o nemocné s duševním onemocněním probíhá v oblasti ambulantní, ústavní a komunitní, byl rozhovor zaměřen na všechny druhy péče. Z odpovědí vyplývá, že nejvíce byli spokojeni respondenti s prací sester v ústavní a komunitní oblasti. Zarážející je, že skoro 58 % dotazovaných nemělo sestru v ambulanci, jak je vidět z grafu 9. Radimský uvádí, že sestra v ordinaci dispenzarizuje nemocné, zjišťuje problémy nemocných a sleduje sociální, pracovní a rodinné prostředí nemocných (32). Výsledky výzkumu toto tvrzení však vyvracejí. Myslím si, že je to tím, že většina psychiatrických ambulancí je privátních a lékaři nechtějí mít zbytečná vydání. Z vlastní profesní zkušenosti vím, že sestra je v ambulanci potřebná, přítomnost sestry dodává nemocným pocit jistoty a ti se pak více otevřou a svěří, lékař pak už řeší zjištěné problémy. Již zmíněný graf 9 také ukazuje, že na 35 % dotazovaných měla sestra většinou v ambulanci čas a 16 % dotazovaných uvedlo, že sestra si udělala čas při každé návštěvě. Z těchto 17ti dotazovaných bylo plně spokojeno s prací ambulantních sester 59 % dotazovaných a částečně spokojeno bylo s prací ambulantních sester 41 % dotazovaných (viz graf 10).

Překvapující je zjištění, že i když bylo všech 100 % respondentů poučeno sestrou o nutnosti dodržovat pravidelný léčebný režim (viz graf 11), který zahrnuje pravidelné brání léků, abstinence a pravidelné kontroly v psychiatrické ambulanci, na pravidelné kontroly však chodilo pouze 71 % respondentů, což je patrné z grafu 7. Domnívám se, že tento rozdíl je způsoben již samotným duševním onemocněním. Ze své profesní zkušenosti vím, že hodně pacientů si myslí, že pokud se jim zlepší psychický stav nemusí dále chodit na kontroly a brát pravidelně léky. V tomto případě je tedy nutné dávat více důrazu na tento problém při edukačních skupinách a zdůrazňovat význam pravidelného sledování psychického stavu. Přínosem by bylo více zapojit do edukace i rodiny a příbuzné, aby měly i rodiny dostatek informací a mohly tak sami průběžně sledovat psychický stav nemocných. Dalším uspokojivým zjištěním bylo, že 61 % dotazovaných bylo často povzbuzováno sestrami, aby se účastnili aktivit pořádaných ve zdravotnických zařízeních (viz graf 17). Ve své

bakalářské práci Staňková uvádí, že zdravotnický personál v ústavní péči se nezajímal o pacienty, omezoval kontakt s nimi na minimum. Dále uvádí, že sestry byly odtažené a hrubě zacházely s nemocnými (38). Lavičková uvádí, že práce některých sester je neosobní, při ošetřování si povídají sestry mezi sebou nebo raději mlčí (16). Tato tvrzení však výsledky výzkumu vyvrátila. I z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že vstřícný a aktivní přístup při ošetřování nemocného s duševním onemocněním může sám o sobě urychlovat jejich uzdravení.

Na propojenost péče v psychiatrickém ošetřování byly zaměřeny následující otázky. O možnosti využívat komunitní služby informovaly sestry 77 % dotazovaných a 23 % dotazovaných nebylo informováno (viz graf 20). Při následném dotazu bylo zjištěno, že většina z 23 % dotazovaných se léčila s duševním onemocněním pouze do 1 roku a nebylo u nich plánováno propuštění do domácí péče, proto o této možnosti nebyli ještě informováni. Kontakt na tyto služby využilo všech 77 % dotazovaných, kteří byli o této službě informováni (viz graf 21). Tento výsledek potvrzuje proběhlý výzkum v roce 2006 Raiterem, který uvádí, že s integritou péče bylo spokojeno 77 % dotazovaných (34).

Myslím si, že vzrůstající povědomí nemocných s duševním onemocněním o těchto službách je dobrým krokem k tomu, aby při vzniklých potížích nemocní věděli na koho se mohou obrátit. Lavičková uvádí, že důležité místo při ošetřování má i komunikace mezi sestrou a nemocným, má být stručná, jasná a srozumitelná. Vhodně zvolené slovo může působit samo o sobě psychoterapeuticky (16). Tento názor potvrzují i výsledky výzkumu jak ukazuje graf 26, kdy většina, to je 81 % dotazovaných uvedla, že sestry s nimi mluvily srozumitelně, pouze 6 % dotazovaných spíše sestrám nerozumělo. Ve shodě jsou i výsledky Raitera, který publikoval, že 60 % respondentů uvedlo, že sestry s nimi mluvily srozumitelně (34). Více jak polovina, to je 68 % dotazovaných uvedla, že vždy byli ošetřováni s respektem a úctou (viz graf 30), 6 % dotazovaných bylo pouze občas ošetřováno s úctou a respektem. Myslím si, že pokud chceme, aby se nemocní a zvláště nemocní s duševním onemocněním zapojovali aktivně do péče a dodržovali všechna omezení, která s sebou nemoc přináší, je nezbytné, aby sestry takto jednaly.

Většina respondentů uvedla, že sestry pracující v oblasti psychiatrické péče jim pomáhají a jsou s jejich prací spokojeni. S pomocí sester získávají pacienti větší samostatnost, která je pro každého důležitá. Myslím si, že předpoklad o tom, že pacienti s psychiatrickým onemocněním jsou spokojeni s poskytovanou péčí sester v oblasti psychiatrického ošetřování v kraji Vysočina byl správný a *hypotéza byla potvrzena*.

Druhým cílem bylo zjistit spokojenost pacientů s psychiatrickým onemocněním s nabídkou poskytovaných služeb v psychiatrickém ošetřování v kraji Vysočina. Domnívala jsem se, že pacienti s psychiatrickým onemocněním jsou spokojeni s nabídkou poskytovaných služeb v psychiatrickém ošetřování v kraji Vysočina. Služby psychiatrické péče pozitivně ovlivňují samostatnost a začleňování nemocných s duševním onemocněním do společnosti, předcházejí a brání stigmatizaci. Tuto skutečnost ohledně výhod rehabilitační ústavní péče a rychle se rozvíjející intermediární (komunitní) péče potvrzuje i Radimský, který uvádí, že služby zlepšují sociální komunikaci a posilují sebedůvěru nemocných s duševním onemocněním (32). K této hypotéze byly zaměřeny otázky č. 8, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 22 –25 (viz příloha č. 1).

Jak ukazuje graf 8 většina, to je 74 % respondentů, byla spokojena s frekvencí návštěv v psychiatrické ambulanci a pouze 13 % respondentů četnost návštěv nevyhovovala a 13 % respondentů četnost návštěv spíše nevyhovovala. S úpravou a čistotou prostředí ve zdravotnických zařízeních byla spokojena většina respondentů, to je 71 %, jak ukazuje graf 14. Marková uvádí, že v současnosti se věnuje estetice prostředí v lůžkových zařízeních velká pozornost, prosazuje se snaha přiblížit vzhled oddělení co nejbližší domácímu prostředí pacientů (21). Myslím si, že je to krok správným směrem, protože možnost mít vlastní ošacení a osobní věci, pomáhají snášet nemocným delší dobu hospitalizace.

S rozsahem služeb na jednotlivých odděleních zdravotnických zařízení bylo spokojeno 74 % dotazovaných, s těmito službami bylo částečně spokojeno 26 % dotazovaných (viz graf 15). Jak ukazuje graf 18 s nabídkou služeb zdravotnických zařízení jako je např. arteterapie, muzikoterapie, sportovní a kulturní akce bylo spokojeno 81 % dotazovaných a částečně spokojeno bylo 19 % dotazovaných. Překvapivým zjištěním je, že 90 % respondentů nechyběla v nabídce zařízení žádná

aktivita, pouze 10 % respondentů postrádalo nějakou aktivitu (viz graf 19). Na doplňující otázku, jakou službu by pacienti rádi uvítali v nabídce, je rozšíření knihovny, více sportovního vyžití v době hospitalizace a někteří respondenti odpověděli, že by uvítali masáže. Ve své bakalářské práci Staňková uvádí, že nemocní v ústavní péči zmiňují jako nejlepší zážitky z hospitalizace návštěvy, vycházky a dovolenky. Jako denní programy uvádí nemocní pouze pracovní terapii, muzikoterapii (38). Toto tvrzení však vyvracejí nejen výsledky současného výzkumu, ale potvrzuje je i provedený výzkum Raiterem, ve kterém se uvádí, že s nabídkou služeb ve zdravotnických zařízeních bylo spokojeno 53 % respondentů (34). Domnívám se tedy, že tento nárůst spokojenosti souvisí s tím, že lůžková zařízení usilují o zkvalitňování péče. Více sester studuje v rámci celoživotního vzdělání specializační studium, a tím umožňují rozšiřovat nabídku služeb, které mohou nemocní využívat.

Marková uvádí, že v rámci propojenosti a spolupráce všech oblastí psychiatrické péče je nutno zlepšit komunikaci, aby bylo dosaženo co největší efektivity služeb (21). Ve svém výzkumu jsem dospěla k jinému výsledku a to, že komunikace mezi jednotlivými oblastmi psychiatrické péče zdárně funguje, tím je dosaženo propojenosti péče. Jak vyplývá z grafu 20 většina (77 %) dotazovaných byla před propuštěním do domácí péče informována sestrou o možnosti kontaktovat a využívat komunitní služby. S dostupností komunitních služeb bylo spokojeno 58 % respondentů (viz graf 22), nedostupné byly služby pro 23 % respondentů a nepřemýšlelo o nich 19 % respondentů. Podle mého názoru je důležité, aby se nemocní mohli obrátit na služby ve své komunitě. Stále větší počet nemocných s duševním onemocněním je v invalidním důchodu, tedy v domácím prostředí a dochází tak k jejich izolaci. V těchto službách mají možnost potkat stejně nemocné lidi, mohou si zde vyměňovat informace, navázat nová přátelství. Pozitivním zjištěním bylo, že na otázku, zda chyběla nemocným v komunitní oblasti nějaká služba odpovědělo 68 % dotazovaných, že jim žádná služba nechyběla. Pouze 32 % dotazovaných chyběla v místě bydliště nějaká služba, jak je vidět z grafu 25. Následující graf 25 A znázorňuje, která ze služeb nemocným s duševním onemocněním chyběla, nejvíce chybělo 7 dotazovaným podporované bydlení, 6ti dotazovaným chybělo podporované zaměstnávání, 3 dotazovaní postrádali v místě bydliště chráněnou

dílnu a 3 dotazovaným chyběla osobní asistence a krizové služby. Marková uvádí, že tento nepoměr mezi službami je způsoben velkou spádovou oblastí ústavních zařízení a tak velká geografická rozlehlost limituje dané služby (21).

Domnívala jsem se, že pacienti s psychiatrickým onemocněním jsou spokojeni s nabídkou poskytovaných služeb v psychiatrickém ošetřování v kraji Vysočina. Z výsledků výzkumu vyplývá, že pacienti dostatečně využívali služby provozované v oblasti psychiatrického ošetřování v kraji Vysočina. Pacienti byli informováni o nabídce těchto služeb a podle zjištění většiny vyhovují, *hypotéza byla potvrzena*.

5.2 Diskuse k dotazníku

Třetím cílem práce bylo zjistit ochotu sester k aktivnějšímu zapojení ve svých rolích v péči o pacienty s psychiatrickým onemocněním. K cíli byla stanovena hypotéza, že sestry jsou ochotny se více zapojovat ve svých rolích v péči o pacienty s psychiatrickým onemocněním, i přestože nejsou ze strany svých zaměstnavatelů motivovány.

První otázky dotazníku byly identifikační. Nejvíce respondentů, a to 95 % bylo žen a 5 % bylo mužů (viz graf 31). Myslím si, že převažující počet žen plyne z obecného názoru, že ošetřování a péče o nemocné je ženská práce, ale naštěstí v současnosti tento názor ustupuje a ve zdravotnictví začíná pracovat čím dál více mužů. Větší část (55 %) respondentů byla ve věku od 21 do 35 let a nejméně (5 %) respondentů bylo ve věku do 20 let (viz. graf 32). V psychiatrické péči pracovala skoro polovina (41 %) respondentů od 6 do 15 let, nejméně (19 %) respondentů pracovalo na psychiatrii od 16 do 25 let. Překvapujícím zjištěním bylo, že ani jeden respondent neměl vysokoškolské vzdělání (viz graf 34), nejvíce (57 %) respondentů mělo středoškolské vzdělání s maturitou a třetina (19 %) respondentů měla pomaturitní specializační studium. V ústavní psychiatrické péči pracovala většina (90 %) respondentů a 5 % respondentů pracovalo shodně jak v ambulantní, tak komunitní péči (viz graf 35).

Další otázky se již vztahovaly k hypotéze. K vyvrácení nebo potvrzení této hypotézy byly v dotazníku zaměřeny otázky č. 6 - 30 (viz příloha č. 2).

Vorlíčková uvádí, že kvalitu každého oboru a jeho postavení ve společnosti ovlivňují dva faktory, jimiž je náplň a odpovědnost profese a úroveň profesní přípravy a vzdělanosti pracovníků. Je třeba zajistit, aby sestry udržovaly svoji vysokou odbornost celoživotně, a to zpravidla studiem na univerzitách a různými formami celoživotního vzdělávání (44).

Na dotaz, zda respondenti mají zájem o další vzdělávání, odpovědělo 83 % sester, že zájem mají. Pouze 17 % dotazovaných zájem nemělo. Při dalším zjišťování důvodu, proč zájem nemají, uvedla většina, že v následujících 5ti letech půjdou do důchodu. Respondenti preferují více různé formy celoživotního vzdělávání, 94 respondentů preferuje semináře a konference, 64 respondentů čte odbornou literaturu, nejméně respondentů, a to 4 využívají ke vzdělávání internet. Překvapivým zjištěním bylo, že pouze 40 % dotazovaných absolvovalo během praxe studium nějaké školy. Jak ukazuje graf 39 A z daných 79-ti dotazovaných absolvovalo nejvíce, to je 28 dotazovaných, specializační studium. Na vyšší zdravotnické škole studovalo pouze 8 dotazovaných, certifikovaný kurz zvolilo 20 dotazovaných. Tento výsledek potvrzuje i Pechová, která ve své práci uvádí, že v rámci dalšího vzdělávání dávají sestry přednost seminářům a vlastnímu vzdělávání. Jako výhody seminářů vyzdvihuje seznámení se s novými pomůckami a prostředky, přiblížení problémů ostatních pracovišť a jiné (26). K tomuto výsledku došla i Bártlová, která uvádí, že více než polovina (54 %) dotazovaných preferuje školicí akce nebo inovační kurzy (2).

Myslím si, že zájem sester o další vzdělávání je způsoben nejen přijetím zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění, ale i samotným zájmem o svou profesi. Z rozhovoru se svými kolegyněmi vím, že raději absolvují vícekrát seminář, než aby začaly opět studovat. Vidí, že jim sice zaměstnavatel umožní studovat, ale neposkytne jim žádné výhody. Sama z vlastní zkušenosti vím, jaké je studium časově i finančně náročné, a to sestry s rodinami asi nepodstoupí.

K otázkám podpory od zaměstnavatele ve vzdělání směřovaly další dotazy. Při vzdělávání většina (78 %) respondentů nedostává úlevy z pracovní doby, pouze 22 % respondentů má od zaměstnavatele volno, jak je patrné z grafu 40. Po absolvování studia většina (67 %) dotazovaných nedostala mzdové zvýhodnění, jak vyplývá z grafu 41, jen 21 % dotazovaných bylo mzdově zvýhodněno. Zaměstnavatel neposkytl žádnou podporu při vzdělávání 84 % respondentům, jen 8 % respondentů započtl zaměstnavatel seminář do pracovní doby a 8 % respondentům hradil poplatky za seminář (viz graf 42). K této problematice uvádí Bártlová, že nejen dostupnost vzdělávacích příležitostí, ale i jejich podpora od zaměstnavatele patří mezi faktory, které přispívají ke spokojenosti sester (4).

Tomek uvádí, že při zvyšování nebo prohlubování kvalifikace může zaměstnavatel poskytnout pracovní volno s náhradou mzdy, což umožňuje nově přijatý Zákoník práce (43). Prezentované výsledky výzkumu však tato tvrzení vyvrátily, většině sester neposkytl zaměstnavatel podporu při studiu nebo při vzdělávacích akcích. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že mi zaměstnavatel umožnil studovat, ale vždy pouze z vlastního volna nebo dovolené. Domnívám se, že zaměstnavatel by měl podporovat sestry při vzdělání, pokud o něj mají zájem. Takto získané vědomosti a dovednosti by sestry uplatňovaly v praxi, samy by byly iniciátorkami k zavádění změn a novinek do péče o pacienty. To potvrzuje graf 45, všichni (100 %) respondenti využívají získané poznatky ze vzdělání v praxi. Tím by se investované prostředky na vzdělání několikanásobně zaměstnavatelům vrátily.

Další oblast otázek byla zaměřena na to, zda jsou sestry ochotny více se zapojit ve svých rolích. Jak Lavičková uvádí, sestra zaujímá v současné době nejvíce čtyři role, jednak jako ošetřovatelka, asistentka při péči, edukátorka a obhájkyň nemocného (16). Při péči o nemocné s duševním onemocněním spolupracuje převážná většina (95 %) sester se členy multidisciplinárního týmu, jak je vidět z grafu 50. Do hodnocení stavu nemocného na poradách se zapojuje pravidelně větší část (60 %) sester, pouze 12 % sester se nezapojuje do hodnocení (viz graf 51). Pozitivem bylo, že polovina (54 %) sester je ochotno hájit zájmy nemocného na poradách týmu, pouze 5 % sester by zájmy nemocných nehájily. Těchto 5 % sester však pracuje v ambulantní péči, kde žádné

porady týmu nejsou. Na otázku, zda jsou sestry ochotny edukovat nemocné odpovědělo 81 % sester, že se aktivně zapojují do edukace, jak ukazuje graf 49. Do edukace a péče pravidelně zapojuje větší část (60 %) sester i rodinu nemocného, jen 12 % sester nezapojovalo do edukace rodinu (viz graf 55). Na dotaz na jaké téma edukují, odpovědělo 40 % sester, že edukují o nutnosti dodržovat léčebný režim. To potvrzují i výsledky rozhovoru s pacienty, kdy na otázku č. 11 odpovědělo všech 100 % respondentů, že byli sestrami informováni o nutnosti dodržovat pravidelný léčebný režim, jak vyplývá z grafu 11. Psychoterapeutické aktivity bylo ochotno vést 79 % sester a jen 21 % sester nebylo ochotno vést aktivity (viz graf 53). Z těchto 21 % sester uvedlo jako důvod to, že nemají odpovídající vzdělání. Dalších 79 % sester uvedlo za důvod, že aktivity pokládají za součást komplexní léčby, tedy součást jejich práce. Menší část (5 %) uvedla jako důvod motivování pacientů. Myslím si, že aktivní přístup ze strany sester a jejich ochota zapojit se do péče je velmi důležitá, proto aby se duševně nemocní mohli zapojit do společnosti, žít ve svém přirozeném prostředí a ve stejných podmínkách a se stejnými právy jako ostatní lidé.

Otázkou je, zda má sestra podmínky pro efektivní výkon práce, do jaké míry ji při práci podporuje a motivuje ošetrovatelský management a jak její profesi vnímá společnost, ve které žije. Na motivaci k práci od zaměstnavatele se zaměřily poslední otázky výzkumu.

Bártlová uvádí, že vztahy mezi ošetrovatelským managementem a sestrami velmi výrazně ovlivňují mezilidské vztahy na pracovišti a kvalitu práce. Sestry si většinou všímají, jak je management motivuje, jak oceňuje jejich práci a zda jim dodává pocit jistoty. Z výzkumu bylo zjištěno, že sestry postrádají ze strany zaměstnavatele odpovídající ocenění práce, motivaci i pocit jistoty (1). To potvrzují i mé výsledky výzkumu o motivech, které snižují zájem sester o práci. U 96 sester snižuje zájem nedostatečné ocenění práce, úctu a jistotu v zaměstnání postrádalo 104 sester, špatná atmosféra na pracovišti nemotivuje 24 sester (viz graf 60). Naopak sestry by od vedoucích pracovníků uvítaly některé formy motivace. Lepší finanční ohodnocení by uvítalo 116 sester, uznání od zaměstnavatele by uvítalo 72 sester, zlepšení vztahů mezi

ošetřovatelským managementem a sestrami by uvítalo 60 sester a pochvalu za svou práci chtělo slyšet 44 sester. (viz graf 59).

Hypotéza H3 - *Sestry jsou ochotny se více zapojovat ve svých rolích v péči o pacienty s psychiatrickým onemocněním, i přestože nejsou ze strany svých zaměstnavatelů motivovány, byla na základě výše zmíněných výsledků potvrzena.*

Myslím si, že sestry jsou ochotny více se zapojovat do péče o nemocné s duševním onemocněním. Samy si zvolily povolání, ve kterém ví, že je důležité pomáhat druhým lidem. Ale i sestry mají své problémy a někdy i ony potřebují slyšet malé povzbuzení. Domnívám se, že pokud se mají sestry více zapojovat do péče o pacienty a mají svou práci dělat aktivně a s radostí, je potřeba zlepšit jejich motivovanost k většímu zapojení.

6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit názor pacientů na péči sester v oblasti psychiatrického ošetřování v kraji Vysočina, cíl práce byl splněn. Druhým cílem bylo zjistit spokojenost pacientů s psychiatrickým onemocněním s nabídkou poskytovaných služeb v psychiatrickém ošetřování v kraji Vysočina. Posledním cílem bylo zjistit ochotu sester k aktivnějšímu zapojení ve svých rolích v péči o pacienty s psychiatrickým onemocněním, oba tyto cíle práce byly splněny.

Snažila jsem se zjistit názor pacientů na péči ve všech oblastech jak ambulantní, ústavní, tak i komunitní péče. Práce se zaměřuje na spokojenost pacientů s prací sester, na spokojenost s poskytovanými službami v oblasti psychiatrické péči.

První hypotéza zněla, že pacienti jsou spokojeni s prací sester v kraji Vysočina. Z výsledků vyplývá, že pacienti jsou v 84 % spokojeni s prací sester. Hypotéza byla potvrzena.

Ve druhé hypotéze jsem předpokládala, že pacienti jsou spokojeni s nabídkou poskytovaných služeb v psychiatrickém ošetřování v kraji Vysočina. Z výsledků individuálních rozhovorů vyšlo najevo, že pacienti jsou informováni o nabídce těchto služeb a podle zjištění většiny (90 %) vyhovují. Hypotéza byla potvrzena.

V poslední hypotéze jsem se domnívala, že sestry jsou ochotny se více zapojovat ve svých rolích v péči o pacienty s psychiatrickým onemocněním, i přestože nejsou ze strany svých zaměstnavatelů motivovány. Z výsledků výzkumu vyplývá, že většina (84 %) sester není podporována ve vzdělávání, ani nejsou motivovány zaměstnavatelem k většímu zapojení ve svých rolích a k většímu zájmu o své povolání. Přesto je většina (79 %) sester ochotna více se zapojovat do péče o nemocné s duševním onemocněním. Hypotéza byla potvrzena.

Tato práce ukazuje, že psychiatričtí pacienti mají možnost využívat služeb podporující jejich resocializaci v kraji Vysočina, zlepšovat své společenské postavení a kvalitu svého života. Celkové vyhodnocení výsledků je velmi uspokojivé, přesto by v některých oblastech péče bylo potřeba mírně zlepšit nabídku aktivit nebo jejich dostupnost. Doporučovala bych, aby se nejen sestry, ale i poskytovatelé psychiatrické

péče více zaměřovali na průběžné zhodnocování psychiatrické péče a služeb. Na základě získaných výsledků by pak mohlo docházet k dalšímu zkvalitňování péče. Pokud bude nabídka služeb vycházet z potřeb nemocných, budou tuto péči a služby vyhledávat a využívat, tím pádem budou moci získávat větší samostatnost, která je pro každého důležitá.

V psychiatrickém ošetřování je velmi důležité, aby v péči došlo k harmonii mezi ošetřovatelským personálem, nemocným a jeho rodinou. To vše je velmi důležité, protože jedním z negativních důsledků psychiatrického onemocnění je špatná prognóza. Stigma duševního onemocnění se netýká nejen pacienta samotného, ale i jeho rodiny. Je nutno psychiatricky nemocné včas informovat o prognóze, závažnosti psychiatrického onemocnění a možných komplikacích. Doporučovala bych, aby byl kladen důraz na dobrou edukaci. Aktivní spolupráci sester s nemocným a jeho rodinou lze snížit riziko relapsů, počet hospitalizací a v neposlední řadě tak přispět především ke zlepšení života nemocného s duševním onemocněním.

Z dalších výsledků výzkumu vyplývá, že je nutno se soustředit na oblast větší podpory sester v jejich dalším vzdělávání, a také na to, jak motivovat sestry k většímu zapojení do péče o nemocné s duševním onemocněním. Sestry postrádají ze strany zaměstnavatele odpovídající ocenění práce, motivaci a pocit jistoty v zaměstnání.

Motivace k práci může být vedena jak ze strany ošetřovatelského managementu, tak i ze strany vedoucích pracovníků daného zařízení, ve kterém sestry pracují. Vždyť i malá podpora a pochvala potěší každého z nás, a jsme ochotni se více zapojit do své práce. V rámci výzkumu jsem měla možnost poznat, že i malá podpora a pochvala od ošetřovatelského managementu je motivací ke zlepšení práce sestry. Pro sestry je důležité i zjištění, že jejich práci navíc někdo registruje a váží si jí.

Poznatky mé práce budou prezentovány na vlastním oddělení a poskytnuty vedení Psychiatrické léčebny v Jihlavě a do Centra denních aktivit v Jihlavě pro celkové zlepšení péče o nemocné s duševním onemocněním.

7. Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 14-17. ISSN 1210-0404.
2. BÁRTLOVÁ, S. Sociologické aspekty vzdělávání sester. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č 10, s. 13. ISSN 1210-0404.
3. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přep. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 188s. ISBN 80-247-1197-4.
4. BÁRTLOVÁ, S. Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické organizace. *Florence*. Praha, Galén: 2006, roč.2, č. 4, s. 48-49. ISSN 1801-464X.
5. CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. 2004-2007 projekt Změna [online]. [cit. 2006-12-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.cmhcd.cz/destigmatizacni.html>>.
6. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 14, č. 5, s. 47. ISSN 1210-0404.
7. FARKAŠOVÁ, D. a kolektiv. *Ošetrovatel'stvo – teória*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
8. HÁJEK, T. et al. *Schizofrenie – Edukační program WPA*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis – Amepra, 2003. 146 s. ISBN 86694-03-8.
9. HÖSCHL, C. LIBIGER, J, ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

10. JANČE, F. A KOLEKTIV. *Svépomocné aktivity uživatelů psychiatrických služeb: příručky k programům svépomoc*. Fokus Books, 2001. [online]. [cit. 2006-12-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.fokus-praha.cz/getdoc.php?id=203&sessid=a5627d2a9cffcbda627aba8786565c08>>.
11. JANOSIKOVÁ, H. ELLEN, DAVIESOVÁ, L. JANET, ABELOVÁ, J. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivosť: duševné zdravie a psychiatrické ošetrovatel'stvo*. 1. slov. vyd. Martin: Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
12. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
13. JOBÁNKOVÁ, M. a kolektiv autorů. *Kapitoly z psychoterapie pro zdravotnické pracovníky*. 2. přep. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1.
14. *Koncepce oboru psychiatrie 2001*. [online]. [cit. 2006-12-18]. Dostupné z WWW: <http://www.capz.cz/dokumenty/2001_koncepce.doc>
15. LÁTALOVÁ, K. et al. Dlouhodobá terapie schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2006, roč. 7, č. 4, s. 158-160. ISSN 1213-0508.
16. LAVIČKOVÁ, J. *Kvalita ošetrovatel'ské péče očima pacientů*. In *Sestra*. [online]. 6 dubna 2006, roč. 16, č. 4, s. 30 –31 [cit. 2007-4-13]. Dostupné z WWW: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=277590>>
17. LIBEGEROVÁ, E. Dystymie – diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2006, roč. 7, č. 2, s. 90-92. ISSN 1213-0508.
18. MAJEROVÁ, M. Depresivní onemocnění. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 10, s. 46. ISSN 1210-0404.

19. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
20. MALÁ, K. et al. Edukace při onemocnění psychózou. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2006, roč. 7, č. 3, s. 137–139. ISSN 1213-0508.
21. MARKOVÁ, E. et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
22. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství, Díl I., Systémový přístup*. 3 dotisk 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
23. MELLANOVÁ, A., SALVAGE, J. *Ošetrovatelství v akci: podpora ošetrovatelství a porodní asistence v rámci programu „Zdraví pro všechny“*. Praha: Česká společnost sester, 1997. 119 s. ISBN 9- 890-1312-5.
24. MOTLOVÁ, L. Léčba bipolární afektivní poruchy: nejenom tablety. *Bipolární afektivní porucha: jak zastavit kyvadlo?*. Praha: 2006, roč. 3, č. 5, s. 19-21. ISSN 1801-0 466.
25. PALEČEK, J. *Podpora bydlení: příručka k programům podporovaného bydlení pro duševně nemocné*. Fokus Books, 2001 [online]. [cit. 2006–12-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.fokus-praha.cz/getdoc.php?id=203&sessid=a5627d2a9cffcdbda627aba8786565c08>>.
26. PECHOVÁ, A. *Vzdělávací potřeby sester na resocializačních odděleních: bakalářská práce*. Olomouc: UP, Pedagogická fakulta v Olomouci, 2005. 80 s.
27. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství I: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. přep. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.

28. PORTER, R. *Největší dobrodiní lidstva - Historie medicíny od starověku do současnosti*. Přel. J. Hořejší. 1. české vyd. Praha: Prostor, 2001. 812 s. ISBN 80-7260-052-4.
29. PRAŠKO, J. et al. *Psychotická porucha a její léčba*. 1. vyd. Praha: Pfizer, 2001. 90 s. Příručka pro nemocné a jejich rodiny. ISBN 80-85912-65-1.
30. PRAŠKO, J., BRUNOVSKÝ, M., ZÁVĚŠICKÁ, L. Fototerapie a její indikace. *Psychiatrie – časopis pro moderní psychiatrii*. Praha: 2005, roč. 9, supplementum 3, s 81-84. ISSN 1211-7579.
31. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie - minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 2001. 207 s. ISBN 80-7254-156-0.
32. RADIMSKÝ, M. a kolektiv autorů. *Psychiatrie II*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 217 s. ISBN 80-7013-350-3.
33. RADIMSKÝ, M. et al. *Psychiatrie I*. 3. vyd. Brno: IDVPZ, 1997. 176 s. ISBN 80-7013-218-3.
34. RAITER, T. - řešitel, společnost STEM/MARK. *Kvalita psychiatrické péče očima pacientů, leden 2006*. [online]. [cit. 2007-4-12]. Dostupné z WWW: <http://www.cmhcd.cz/dokumenty/kvalita_psych_pece.pdf>.
35. SHAHPESANDY, H. et al. Aktuálne názory na liečbu bipolárnej afektívnej poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2006, roč. 7, č. 4, s. 161-164. ISSN 1213-0508.
36. Skripta Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Moderní psychiatrie a komunitní péče*. Praha: 2001.

37. SOLNIČKOVÁ, P. Endogenní psychotické poruchy. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 12, s. 40-41. ISSN 1210-0404.
38. STAŇKOVÁ, J. *Význam podporovaného bydlení pro duševně nemocné: diplomová práce*. České Budějovice: JU v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 81 s. Signatura ZS-DP-1552.
39. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 11: sestra reprezentant profese*. 1 vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
40. *Strategické dokumenty: pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. 1 vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2000. 92 s. ISBN 80-85047-20-9.
41. ŠLAISOVÁ, I., HOSÁK, L., MICHÁLKOVÁ, V. *Ošetřovatelství v psychiatrii: pro bakalářské studium*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2004. 92 s. ISBN 80-86225-51-8.
42. TIŠLEROVÁ, B. aj. Hebefrenní schizofrenie v obraze ¹⁸ FDG PET a qEEG. Kazuistika. *Psychiatrie – časopis pro moderní psychiatrii*. Praha: 2005, roč. 9, č. 2, s.145. ISSN 1211-7579.
43. TOMEK, V. Zvyšování kvalifikace. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 11. ISSN 1210-0404.
44. VORLÍČKOVÁ, H. *Co si myslí Hilda Vorlíčková*. In Linet – Komfort 1/2004 [online]. [cit. 2007-4-13]. Dostupné z WWW: <<http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort-1-2004/23832/co-si-mysli-hilda-vorlickova>>.

45. Vyhláška č. 424/2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (Autorský zákon), Sbíрка zákonů MZ ČR, č. 139, 2004. s. 8096 – 8121.

46. WENEGOVÁ, B. Stigma a psychiatrie (napříč časem): *Projekt Změna, Nadace Academia Medica Pragensis*. [online]. [cit. 2006-12-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>>.

47. *Zákon č. 96/2004*, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění. (Autorský zákon), Sbíрка zákonů MZ ČR, č. 30, 2004. s. 1452 – 1479.

48. *Zdraví 21 – zdraví pro všechny v 21. století*. Světová zdravotnická organizace, Regionální úřadovna pro Evropu. [online]. Poslední aktualizace 3. 12. 2002 [cit. 2006-12-11]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/data/c564/lib/zdravi_21_cil_1_9.rtf>.

8. Klíčová slova

sestra

role sestry

psychiatrická péče

nemocný s duševním onemocněním

9. Přílohy

1. Standardizovaný rozhovor
2. Dotazník

Příloha č. 1 Standardizovaný rozhovor

Dobrý den vážený pane/ paní

Dovolte abych se představila, jmenuji se Ladislava Dugovičová, jsem studentka 3. ročníku Zdravotně Sociální Fakulty JU v Českých Budějovicích. Rády bych Vám položila pár otázek, které se budou týkat spokojenosti s kvalitou poskytované péče. Rozhovor je zcela anonymní a poslouží ke zpracování mé bakalářské práce „Změna role sestry v péči o psychiatricky nemocné“.

Ladislava Dugovičová, studentka 3. ročníku
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Demografické, identifikační otázky

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- muž žena

2. Jaká je Vaše věková skupina?

- do 20 let
 od 21 – 35 let
 od 36 – 50 let
 od 51 a více

3. Jste?

- zaměstnaný/á
 nezaměstnaný/á
 důchodce
 invalidní důchodce
 jiné

4. Byl/a jste seznámena s Vaší diagnózou?

- ano
 ne

5. Jak dlouho se léčíte s duševním onemocněním?

- do 1 roku
- od 2 – 5 let
- od 6 – 10 let
- od 11 let a více

6. Jaký je Váš rodinný stav?

- svobodný/á
- ženatý/vdaná
- rozvedený/á
- vdovec/vdova
- jiné

Nyní se Vás zeptám na ambulantní péče/služby
--

7. Chodíte na pravidelné kontroly ke svému ambulantnímu psychiatrovi?

- ano
- ne

8. Vyhovuje Vám frekvence návštěv v ambulanci?

- ano
- ne
- spíše ne

9. Měla sestra při návštěvě dostatek času prodiskutovat s Vámi Vaše problémy, potřeby? *(Pokud jste odpověděl/a - v ambulanci nepracuje sestra, přeskočte dotaz č. 10)*

- vždy
- většinou ano
- většinou ne
- ne
- v ambulanci nepracuje sestra

10. Byl/a jste spokojen/a, jak s Vámi jednala sestra v ambulanci při návštěvách?

- spokojen/a
- částečně spokojen/a
- nespokojen/a

Nyní Vám položím pár otázek vztahujících se k hospitalizaci – péče/ služby
--

11. Byl/a jste informován/a sestrou o nutnosti pravidelně dodržovat léčebný režim (brání léků, neužívání alkoholu, pravidelném spánku, pravidelné kontroly v ambulanci apod.)?

- ano, jak
- ne

12. Seznámila Vás sestra s právy pacientů?

- ano
- ne

13. Vyhovovala Vám doba návštěv při vašem pobytu ve zdravotnickém zařízení?

- ano
- spíše ano
- většinou ne
- ne

14. Byl/a jste spokojen/a s čistotou a úpravou prostředí na oddělení?

- ano
- spíše ano
- ne
- nevím

15. Byl/a jste spokojen/a s kvalitou a rozsahem služeb daného lůžkového zařízení jako je např. sledování TV, s možností nakupování, denním programem, poslechem hudby apod.?

- spokojen/a
- částečně spokojen/a
- nespokojen/a

16. Chyběla Vám v nabídce daného zdravotnického zařízení nějaká služba, kterou byste rád/a využil/a?

- ano, pokud ano, tak jaká

.....

- ne

17. Povzbuzovala Vás sestra během hospitalizace k účasti na léčebných aktivitách jako např. na arteterapii, muzikoterapii, relaxaci, hippoterapii apod.?

- vždy
- často
- občas
- nikdy

18. Byl/a jste spokojen/a s nabídkou aktivit, které poskytuje toto zdravotnické zařízení?

- spokojen/a
- částečně spokojen/a
- nespokojen/a

19. Chyběla Vám v nabídce daného zdravotnického zařízení nějaká aktivita, kterou byste rád/a navštěvoval/a?

- ano – jaká

- ne

Nyní budeme hovořit o komunitní péči/službách

20. Byl/a jste informován/a sestrou o tom, kam se můžete obrátit o pomoc při zajišťování takových služeb jako je např. kontakt na právní poradnu, sociální pomoc, denní stacionář, podporu v bydlení apod.?

ano

ne

21. Byla Vám sestrou nabídnuta možnost kontaktovat komunitní služby v místě Vašeho bydliště?

ano, která

ne, proč

22. Vyhovuje Vám dostupnost poskytovaných psychiatrických služeb v místě Vašeho bydliště (denní centrum, chráněné dílny, podpora v bydlení apod.)?

ano

ne

nepřemýšlel/a jsem o tom

23. Navštívil/a jste někdy centrum denní péče (denní stacionář, chráněnou dílnu apod.)?
(Pokud jste odpověděl/a NE, přeskočte otázku č. 24).

ano, navštívil/a – opakovaně

ano, jednou

ne

24. Jaký je Váš vztah k této poskytované službě komunitní péče?

mohu se na tuto službu vždy spolehnout

službu využívám jen v případě nutnosti

jiné

25. Chybí Vám v místě Vašeho bydliště nějaké služby z oblasti psychiatrické péče?

ano, jaké? (můžete zvolit i více služeb)

chráněné dílny

podporované bydlení

- podporované zaměstnávání
- osobní asistence
- krizové služby
- jiné
- ne

Nyní se Vás zeptám na pár otázek týkajících se sester a jejich péče

26. Komunikují s Vámi sestry srozumitelně?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

27. Máte důvěru k sestřám, které o Vás pečují?

- ano
- většinou ano
- spíše ne
- ne

28. Byl/a jste spokojen/a s péčí, kterou Vám poskytly sestry v oblasti psychiatrické léčby?

- spokojen/a
- částečně spokojen/a
- nespokojen/a

29. Když jste měl/a strach nebo obavy z léčby, nemoci, byla sestra ochotna si s Vámi promluvit?

- ano
- většinou ano
- občas
- spíše ne

30. Myslíte si, že Vás sestra ošetřovala a jednala s Vámi s respektem a úctou?

vždy

často

občas

nikdy

Příloha č. 2 Dotazník

Vážená paní, vážený pane

Dotazník, který dostáváte do rukou, je zcela anonymní a poslouží ke zpracování mé bakalářské práce „Změna role sestry v péči o psychiatricky nemocné“. Při vyplňování dotazníku označte Vámi zvolené odpovědi křížkem (může být i více odpovědí) nebo doplňte vhodnou odpověď. Předem děkuji za čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

Ladislava Dugovičová, studentka 3. ročníku
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- muž žena

2. Jaká je Vaše věková skupina?

- do 20 let
 od 21 – 35 let
 od 36 – 50 let
 od 51 a více

3. Jaká je délka Vaší praxe v oblasti psychiatrické péče?

- do 5 let
 od 6 – 15 let
 od 16 – 25 let
 od 26 a více

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- střední s maturitou
 vyšší zdravotnická škola
 vysokoškolské vzdělání
 SZP + PSS
 jiné

5. V které oblasti péče o psychiatricky nemocné pracujete?

- ambulantní
- ústavní
- komunitní (denní stacionář, chráněné bydlení, podpora v práci aj.)

6. Máte zájem o další vzdělávání ve Vašem oboru? *(Pokud odpovíte NE, přeskočte otázku č. 7).*

- ano
- ne – proč

7. Které formy v rámci celoživotního vzdělávání využíváte ke svému vzdělávání? *(můžete zaškrtnout i více odpovědí)*

- samostudium
- četbu odborné literatury
- absolvování seminářů, konferencí
- jiné

8. Umožňuje Vám zaměstnavatel další vzdělávání ve Vašem oboru?

- ano
- ne

9. Absolvoval/a jste během Vaší praxe odborné studium, které vedlo ke zvýšení Vaší kvalifikace v oboru psychiatrie? *(můžete zaškrtnout i více odpovědí)*

- ano
 - specializační vzdělávání
 - certifikovaný kurz
 - studium na Vyšší zdravotnické škole
 - jiné
- ne

10. Umožňuje Vám zaměstnavatel úlevy ke studiu z pracovní doby?

- ano
- ne

11. Motivuje Vás zaměstnavatel ke zvyšování kvalifikace v oboru mzdovým zvýhodněním?

- ano
- ne
- nevím

12. Podporuje Vás zaměstnavatel v rámci celoživotního vzdělávání nějakou formou podpory? *(můžete zaškrtnout i více odpovědí)*

- ano, hradí poplatky za semináře, konference aj.
- ano, hradí náklady na cestovné
- ano, absolvovaný seminář, konferenci započte do pracovní doby
- ne

13. Z kterých zdrojů získáváte informace o pořádaných akcích v rámci celoživotního vzdělávání v oblasti psychiatrické péče? *(můžete zaškrtnout i více odpovědí)*

- z internetu
- z odborné literatury
- od zaměstnavatele
- od spolupracovníků
- jiné

14. Organizuje Váš zaměstnavatel odborné vzdělávací akce v rámci celoživotního vzdělávání ve Vašem oboru péče?

- ano
- ne
- občas

15. Praktikujete vědomosti a dovednosti získané v rámci vzdělávání při zkvalitňování péče o nemocné?

- ano
- ne

16. Pracujete při své práci formu ošetrovatelského procesu?

- ano
- ne

17. Myslíte si, že ošetrovatelský proces vede k větší informovanosti sester o nemocných a jejich problémech?

- ano
- ne
- nepřemýšlel/a jsem o tom

18. Myslíte si, že jste kompetentní k edukaci nemocných v péči o jejich zdraví (pravidelná léčba, vedlejší účinky léků, absence alkoholu apod.)?

- ano
- ne
- nevím

19. Zapojujete se aktivně do edukace pacientů při své práci?

- ano, jak.
.....
- ne, proč

20. Spolupracujete aktivně při ošetrovatelské péči se všemi členy multidisciplinárního týmu (lékař, sociální sestra, nutriční terapeut, psycholog, ostatní sestry týmu, apod.)?

- ano
- ne

21. Zapojujete se aktivně do hodnocení psychického stavu pacienta na poradách Vašeho multidisciplinárního týmu?

- ano, pravidelně
- ano, nepravidelně
- ne

22. Byl/a by jste ochoten/a hájit práva nemocných (zájmy, názory, tlumočit jeho přání, potřeby apod.) na poradách Vašeho multidisciplinárního týmu?

- ano, vždy
- ano, občas
- ne
- nevím

23. Byl/a by jste ochoten/a vést nemocné při některých psychoterapeutických aktivitách (arteterapie, relaxace, ergoterapie apod.) v rámci svých kompetencí?

ano – proč

ne – proč

24. Byl/a by jste ochotna se podílet na začleňování nemocné do jeho sociálního prostředí (návuk každodenních dovedností – nakupování, vaření, hospodaření s financemi apod.)?

ano

ne

nepřemýšlel/a jsem o tom

25. Snažíte se při své práci aktivně zapojit rodinu nemocné do ošetrovatelské péče?

ano, vždy

ano, jen občas

ne

26. Pokud by probíhal ve Vašem zařízení výzkum zaměřený na ošetrovatelskou péči, byl/a by jste ochoten/a se ho účastnit?

ano

ne

nepřemýšlel/a jsem o tom

27. Zapojujete se aktivně do vypracovávání standardních ošetrovatelských postupů v rámci zkvalitňování péče o duševně nemocné?

ano

ne

28. Motivují Vás k větší aktivitě při péči o nemocné dobré vztahy na pracovišti?

ano

ne

nepřemýšlel/a jsem o tom

29. Jakou formou by Vás zaměstnavatel mohl motivovat k větší aktivitě při ošetrovatelské péči o nemocné? *(můžete zaškrtnout i více odpovědí)*

- lepší finanční ohodnocení
- uznání osobních výsledků
- zlepšováním vztahů mezi sestrami a vedením Vašeho zařízení
- pochvalou
- jiné

30. Které z těchto důvodů si myslíte, že snižují zájem sester aktivně se zapojit do ošetrovatelské péče? *(můžete zaškrtnout i více odpovědí)*

- nedostatečné ocenění práce sester
- špatná atmosféra na pracovišti
- nedostatek motivačních faktorů (vyšší mzda, jistota zaměstnání, úcta k sestram)
- jiné