



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče (UOP)

Bakalářská práce

# **Práce sestry v psychiatrické ambulanci**

Vypracovala: Veronika Haiklová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2016

## Abstrakt

Tato bakalářská práce na téma „Práce sestry v psychiatrické ambulanci“ je rozdělena do dvou částí, část teoretickou a empirickou. Zabývá se specifiky, která má práce sestry v psychiatrických ambulancích.

V teoretické části jsme se zabývali jednak psychiatrií jako oborem, ale i nejčastějšími psychiatrickými diagnózami, kterými pacienti trpí. Dále jsme se zaměřili na rozdělení psychiatrické péče, která u nás funguje. Důležitou součástí teoretické části představují specifika, která psychiatrický obor přináší. Týkají se především komunikace, rizik a zásad bezpečnosti při spolupráci s psychiatrickým pacientem.

V empirické části bylo cílem zjistit specifika, která má práce sestry v psychiatrické ambulanci. Dalším cílem bylo zjistit, zda práce sestry v psychiatrické ambulanci může být pro sestru riziková. Na základě těchto cílů byly sestaveny čtyři výzkumné otázky: Jaká jsou specifika práce sester v psychiatrické ambulanci? Jaké situace považují sestry v psychiatrických ambulancích za psychicky nejnáročnější? Jaká jsou rizika práce sestry v psychiatrické ambulanci? Provádějí sestry návštěvní službu?

V empirické části byla použita metoda kvalitativního výzkumu za pomoci metody dotazování použitím polostrukturovaného rozhovoru, rozhovory byly zaznamenávány metodou přímé transkripce. Výzkumný soubor osmi sester byl vybrán záměrně dle kritéria, že sestry pracují v psychiatrických ambulancích. V rozhovorech se sestrami bylo zjišťováno, zda jsou z jejich pohledu viditelné rozdíly v přístupu k pacientům mezi sestrami s vystudovaným specializačním vzdělávacím programem v oboru „Ošetrovatelská péče v psychiatrii“ a sestrami bez specializace. Poté jsme se zaměřili na to, jakou roli hraje sestra v péči o klienta při návštěvě ambulance. Dále jsme se věnovali psychoterapii, problematice depotních injekcí a návštěvní službě. Nemalá pozornost byla věnována komunikaci a komunikačním blokům, se kterými se sestry v psychiatrických ambulancích setkávají. Posledním rozebíraným tématem byl vznik rizikových situací a jejich řešení. Sesbíraná data byla následně analyzována pomocí otevřeného kódování, ze kterého vzniklo šest kategorií a devět subkategorií.

Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že schopnost efektivní komunikace je nejdůležitější předpoklad pro správné vykonávání práce v psychiatrických ambulancích. Sestry, se kterými byly vedeny rozhovory, se shodují na tom, že v komunikaci má větší přínos praxe a umění komunikovat než specializační vzdělání v oboru psychiatrie.

Z výzkumného šetření je také patrné, že všechny sestry, se kterými byly vedeny rozhovory, aplikují depotní injekce. Nedílnou součástí psychiatrie je také psychoterapie, té se ovšem z výzkumného vzorku osmi sester věnují pouze dvě sestry. V případě návštěvní služby byly odpovědi sester velice podobné, všech osm sester uvedlo, že návštěvní služba nespadá pod nabízené služby jejich ordinace. Při otázkách týkajících se vypjatých situací se odpovědi sester lišily, každá z nich má svůj způsob, jak tyto nežádoucí situace v případě jejich vzniku řešit a zvládnout.

Klíčová slova: komunikace, psychiatrická ambulance, práce sestry, sestra

## **Abstract**

This bachelor thesis on the topic of „Work as a nurse in a psychiatric clinic“ is divided into two parts, theoretical and empirical. It deals with the specifics, which is the work of nurses in the psychiatric out-patient units.

In the theoretical part we dealt on the one hand of Psychiatry as a branche, but even the most common psychiatric diagnoses, which patients suffer, we focused on the allocation of psychiatric care, which works in our country. An important part of the theoretical part are the specifics that psychiatric scope brings. These relate primarily to the specifics of the communication, risk and policy, which brings the scope of Psychiatry.

In the empirical part was to find out the specifics, which is the work of nurses in a psychiatric clinic. Another objective was to determinate whether the work of nurses in the psychiatric emergency room can be a risk for nurses. On the basis of these objectives were built four research questions: What are the specifics of the work of nurses in the psychiatric clinic? What situations considered nurses in psychiatric out-patient units for the mentally demanding? What are the risks of the work of nurses in the psychiatric emergency room? Carried out by visiting nurses service?

In the empirical part qualitative research method was used, the method of inquiry, with the help of an outline of the conversation, dialogs were being recording by the method of direct transcription. Research team of eight nurses was chosen intentionally, according to the criteria that nurses working in psychiatric out-patient clinics. In interviews with the nurses, it was examined whether they are from their perspective visible differences in access to patients between nurses for academic specialized training program in the field of „Nursing care in Psychiatry“ and nurses without specialization, then we focused on the role of the nurse in the care of the client, when you visit the clinic. Next we focused on psychotherapy, the issue of depot injection and visiting nurses service. Considerable attention was paid to communication and communication blocks that nurses in psychiatric out-patient clinics meet. The last issue addressed was the emergence of risk situations and their solutions. The collected datas were analyzed using open coding, from which six categories and nine subcategories.

From the results of research, the investigation has shown that the ability fo communicate effectively is the most important prerequisite for correct working in the psychiatric out-patient clinics. Nurses, which were conducted interviews, agree that the

communication has a greater contribution to the practice and the ability to communicating than specialized training in the field of Psychiatry. From the research investigation is also noticeable that all the nurses, which were conducted interviews, apply depend on injection. An integral part of Psychiatry is also psychotherapy, then, of course, from the research sample of eight nurses devote only two nurses. In the case of visiting nurse services answers very similar, all eight nurses reported that the visiting service does not fall within the services offered by their surgeries. When issues related to stressful situations with answers of the nurses, each of them has her own way to these adverse situation in the event. Of occurrence to deal with and handle.

Keywords: communication, psychiatric clinic, nursing, nurse

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Práce sestry v psychiatrické ambulanci*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b 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, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiatů.

V Českých Budějovicích dne 15. srpna 2016

.....

Veronika Haiklová

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala především Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za vedení práce, cenné rady, trpělivost, poznatky, ochotu pomáhat a připomínky k mé bakalářské práci. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, se kterými probíhalo výzkumné šetření této bakalářské práce.

## Obsah

Úvod.....	9
1 Obor psychiatrie .....	11
1.1. Současný stav .....	11
1.2. Historie psychiatrie .....	12
1.2.1. Historický vývoj psychiatrie u nás.....	13
1.3. Vzdělávání sester v psychiatrické péči.....	15
1.4. Rozdělení psychiatrické péče .....	16
1.4.1. Ambulantní psychiatrická péče .....	17
1.4.2. Duševní onemocnění léčené v psychiatrických ambulancích.....	18
1.5. Komunitní péče .....	22
1.5.1. Terénní práce psychiatrických sester .....	23
1.6. Specifika v psychiatrické péči.....	23
1.6.1. Specifika v psychiatrických ambulancích.....	24
1.6.2. Komunikace s duševně nemocným člověkem .....	25
1.6.3. Rizika a zásady bezpečnosti v psychiatrické péči.....	26
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	28
2.1. Cíle práce.....	28
2.2. Výzkumné otázky.....	28
3 METODIKA .....	29
3.1. Použitá metodika .....	29
3.2. Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4 VÝSLEDKY .....	31
4.1. Kategorizace získaných výsledků .....	31
4.2. Kategorie „Vzdělání a možnosti dalšího vzdělávání“ .....	32
Rozdíly mezi sestrou bez specializace a se specializací .....	34
4.3. Kategorie „Péče o klienta z pohledu sestry“ .....	34
4.4. Kategorie „Psychoterapie“ .....	36
4.5. Kategorie „Návštěvní služba“ .....	37
4.6. Kategorie „Komunikace s pacienty“ .....	37
4.7. Kategorie „Mimořádné situace“ .....	40
5 DISKUZE.....	43
6 ZÁVĚR .....	49
7 SEZNAM LITERATURY .....	51
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	56



## Úvod

Každý člověk je jedinečný a individuální. Toto by si měly uvědomovat všechny sestry a celý ošetrovatelský tým na každém oddělení, zvláštní pozornost by však individualitě měl věnovat ošetrovatelský tým v psychiatrické péči. Do psychiatrických ambulancí mimo jiné přicházejí pacienti v závažných psychických stavech. Sestry v psychiatrické péči musí být na tyto situace připraveny, musí je umět zvládat a předvídat je dle projevů pacientova chování, sestry také musí umět komunikovat s pacientem takovým způsobem, aby si získaly jeho důvěru a pacient se uklidnil.

Dobrá schopnost komunikovat patří pro sestry pracující v psychiatrické péči k základním předpokladům a dovednostem. To, jaké informace je pacient ochoten sdělit ošetřujícímu personálu, záleží z velké části na přístupu sestry, protože právě ona je v mnoha případech první článek ošetrovatelského týmu, se kterým pacient přichází do kontaktu. Sestra musí komunikovat s každým pacientem individuálním způsobem, musí věnovat svou pozornost tomu, aby správně odhadla a přizpůsobila úroveň komunikace pacientovu věku, psychické vyspělosti, ale i aktuálnímu psychickému stavu. Sestra, která zvládá veškeré náležitosti komunikace, by měla být schopna rozpoznat signály předcházející konfliktu, agresi, ale také by měla umět účinně vyřešit případný vzniklý konflikt (Novotná, 2014).

Prvním místem, kde se pacienti setkávají s psychiatrickou péčí, často bývají psychiatrické ambulance. Návštěva těchto ambulancí však velmi často přechází v kontakty dlouhodobé a kontinuální. V současné době počet psychiatrických onemocnění léčených v psychiatrických ambulancích velice rychle stoupá proti počtu ambulantních specialistů, který tomuto nárůstu není úměrný. To má za následek přetížení a nedostatek psychiatrických ambulancí, ale také špatnou spolupráci s jinými poskytovateli psychiatrické péče (Petr, 2014b).

Sestra by pro pacienta měla být nejen psychickou oporou, ale zároveň člověkem, se kterým si pacient může důvěrně promluvit. Pacienti trpící psychickými poruchami se totiž denně potýkají nejen s příznaky své nemoci, ale také s diskriminací, která souvisí se stigmatizujícími postoji a s chováním společnosti (Ocisková a Praško, 2015).

V naší bakalářské práci se budeme zabývat prací sester v psychiatrických ambulancích, zejména specifiky, která tato práce vyžaduje a představuje. Sestry

v psychiatrické péči musí mít velice dobré komunikační schopnosti, dobré znalosti ve svém oboru, musí být psychicky stabilní, aby zvládly všechny psychicky náročné situace, kterým jsou dennodenně vystavovány. A dále se budeme věnovat nejčastějším diagnózám, které jsou u nás léčeny ambulantně. Ve výzkumné části použijeme metodu polostrukturovaného rozhovoru ke zjištění pohledu sester na tuto problematiku.

# 1 Obor psychiatrie

## 1.1. Současný stav

Psychiatrická péče se dnes velice liší od té, o které se dočítáme v historických pramenech. V současnosti, společně s rozvíjející se medicínou, prodělává rychlý rozvoj i psychiatrická péče. Bohužel stejně rychlý, jako je rozvoj psychiatrie, je i nárůst psychiatricky nemocných jedinců.

V současné době stoupá potřeba psychiatrických institucí, což souvisí se stále častějšími závislostmi na alkoholu a psychotropních látkách, ale také na stále vyšším výskytu chronických duševních poruch. Vzhledem k tomuto nárůstu je zapotřebí, aby v každém regionu byla dostupná psychologická, psychiatrická, ale i sociální péče, jelikož tyto služby společně tvoří jeden celek (Marková, 2006a). Hlavními problémy v psychiatrické péči podle Akčního plánu č. 3 vydaného Ministerstvem zdravotnictví v roce 2015 je přetížení lékařů – na počet pacientů je tolik lékařů, že mají v průměru 10 minut času na jednoho pacienta; staré vybavení, velká spádová oblast a podfinancování – na psychiatrickou péči připadají 3 % z celkového rozpočtu zdravotnictví, naproti tomu ve vyspělých státech je to 10 – 15 % (MZČR, 2015).

V České republice psychiatrické ambulance častěji vyhledávají ženy (60 %) než muži. Psychiatrické ambulance nejčastěji vyhledávají lidé s neurotickými (39 %) a afektivními (18 %) poruchami. U mužů se nejčastěji setkáme se sexuálními poruchami či deviacemi, poruchami vyvolanými alkoholem a jinými psychotropními látkami (Marková, 2014).

Péči o duševní zdraví se věnuje pozornost v podobě výzkumů, statistik a vydávání doporučení k jeho ochraně, posílení a navrácení. Touto problematikou se zabývá Světová zdravotnická organizace (World Health Organization) dále jen WHO. WHO se duševním zdravím více začalo zabývat v roce 2001, kdy také vydalo první doporučení, ve kterém uvádí, na jaké oblasti duševního zdraví je třeba zaměřit pozornost. Na prvním místě se uvádí poskytování léčby v primární péči, na dalších místech pak nachází povinnost poskytovat péči v komunitě, vzdělávat veřejnost, monitorovat komunitní péči a duševní zdraví, podporovat ve větší míře výzkum, povinnost kontrolovat, zda jsou k dispozici psychofarmaka a další. Evropský region WHO si stanovil 21 cílů, které by měly být do roku 2020 splněny. Mezi nimi je jako 6. cíl uvedeno zlepšení duševního zdraví. To by

v praxi mělo přinést lepší psychosociální pohodu lidí a dostupné komplexní služby pro osoby s duševními problémy. Dále by tedy měla být posílena schopnost vyrovnávat se s náročnými životními a stresujícími situacemi a počet sebevražd by měl klesnout alespoň o jednu třetinu. Duševní poruchy představují v Evropě téměř 20 % všech onemocnění, avšak problémy s duševním zdravím v náročných životních situacích postihují každého čtvrtého člověka. Dle údajů WHO jsou třemi nejčastějšími duševními poruchami deprese, bipolární poruchy a schizofrenie. Nyní se věnuje pozornost oblasti podpory duševního zdraví, prevenci, péči a léčbě poruch a šíření fungujících metod. V roce 2005 vydala Evropská komise Zelenou knihu – Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva, Na cestě ke strategii pro duševní zdraví v EU. V této knize stanovila strategii péče o duševní zdraví. V roce 2008 se uskutečnila konference v Bruselu, kde byl přijat dokument Evropská dohoda o duševním zdraví a životní harmonii. „Ustanovilo se zde pět priorit pro zlepšení péče o duševní zdraví: prevence depresí a sebevražd, duševní zdraví mládeže ve výchovném procesu, duševní zdraví na pracovišti, duševní zdraví starších osob, boj se stigmatizací a sociálním vyloučením“ (Marková, 2014, s. 21). Tyto cíle by měly být splněny do roku 2020 (Marková, 2014).

## **1.2. Historie psychiatrie**

Psychické poruchy lidstvo provázejí už od jeho počátku. Ne vždy však tyto poruchy byly brány jako onemocnění. Dříve si lidé psychické onemocnění vysvětlovali jako trest od boha, posedlost démonem a dalšími, dnes pro někoho možná trošku směšnými úvahami. Poznatky o psychických onemocněních a možnostech jejich léčby přišly až s rozvíjející se medicínou (Rajmová, 2006).

První zmínky o duševních onemocněních pocházejí už ze starověku. Ve starověkém Egyptě (15. století př.n.l.) vzniklo myšlení magického typu, kde lidé měli strach z hněvu a zloby nadpřirozených bytostí, které považovali za příčinu všech druhů onemocnění, včetně onemocnění duševních. V této době nebyla vůbec rozvinuta medicína, přesto se lidé chtěli onemocněním bránit, vznikly tedy magické rituály a lidé začali nosit amulety, které podle jejich víry měly onemocnění zabránit, nebo zlo z těla nemocného vyhnat (Petr, 2014a). Dle Černoučka (1988) byla duševní onemocnění vysvětlována jako posedlost zlými duchy a lidé věřili, že vyléčení lze dosáhnout modlením a zařikáváním těchto duchů na posvátných místech. Další formou léčby bylo podávání různých

přírodních produktů, například konopí, plodů kaktusů, čemeřice a mnoha dalších. Mnoho z těchto přírodních produktů ovlivňovalo mysl a vnímání jedince.

Vědci a filozofové ve starověkém Řecku přišli se zcela novým pojetím nemoci, odpoutali se od nadpřirozených mocí a pokusili se pohlédnout na duševní onemocnění jako onemocnění těla nebo mozku. Pythagoras jako první přišel s názorem, že duševní onemocnění je ve skutečnosti onemocněním mozku (Vencovský, 1983). Hippokrates kladl důraz především na pozorování projevů onemocnění, snažil se jej léčit výtažky z nejrůznějších rostlin, některé z nich ovlivňovaly mysl, což bylo považováno za příznivý terapeutický účinek (Vencovský, 1976).

Ve středověku nemocné jedince nejčastěji vyčlenili ze společnosti, vyhnali je do lesa, kde neměli jak přežít, poslali je po řece na takzvané „lodi bláznů“, které se také někdy říkalo „opilý koráb“. Vysláním jedinců touto lodí vznikala jen mizivá šance na jejich přežití a návrat. Dále se také můžeme dočíst o „věžích bláznů“, kam se na nemocné chodili dívat. Jako další metody používali modlení, zařikávání, čichání k silně pronikavě zapáchajícím látkám, studenou vodu, rotační přístroje, přivazování ke kůlům či nasazování hmyzu (Rajmová, 2006).

Ústavy pro duševně choré začaly vznikat až koncem 18. století. První ústav vznikl v Londýně roku 1751. V České republice byl první ústav otevřen bezmála o 40 let později, tedy v roce 1790 v Praze. Vznikem tohoto ústavu se u nás začala rozvíjet důstojná péče o duševně choré, zároveň se tak začala nabízet možnost rozvoje psychiatrie jako samostatného medicínského oboru (Rajmová, 2006).

### ***1.2.1. Historický vývoj psychiatrie u nás***

V České Republice, tehdejším Rakousku Uhersku se o rozvoj institucí zasloužil zejména Josef II., který mimo jiné nechal postavit ústav pro duševně choré Tollhaus, kterému se říkalo „Blázinec“. Kapacita tohoto ústavu byla 57 pacientů. Pacienti zde byli rozděleni na muže a ženy, kteří dále byli rozděleni podle třídy. Od třídy se také odvíjela péče, kterou ošetřující personál pacientům věnoval. Třetí, nejnižší třída, byli chudí, kterým péče byla poskytována zdarma (Rajmová, 2006).

Tollhaus by se dal považovat spíše za vězeňský než za léčebný ústav. Pracovat zde mohli pouze ženatí muži, což bylo považováno za prevenci zneužívání pacientek. Tento

ústav byl ale velice brzy přeplněn, proto bylo nutno investovat do nových, větších prostor. Byl tedy zakoupen klášter svaté Kateřiny, který měl kapacitu 250 lůžek. Můžeme se dočíst, že i tento ústav byl již v roce 1831 také přeplněn, z tohoto důvodu museli být odmítáni zuřiví a nebezpeční pacienti. Musel tedy být postaven takzvaný Nový dům, ve kterém sídlí psychiatrická klinika 1. LF UK (1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy) v Praze dodnes. Tato klinika byla velice rozsáhlá a moderní, pacienti zde byli rozřazeni nejen podle třídy (cenové skupiny), ale také podle náročnosti na ošetrovatelskou péči, která se odvíjela od projevů onemocnění. V tuto dobu doktor Gottfried Riedel začal prosazovat, že nemocní by se měli věnovat aktivitám. Preferovány byly aktivity venku – na čerstvém vzduchu. Aktivity pacientů se odvíjely od jejich zájmů před příchodem do ústavu, věnovat se mohli například četbě, pěstování zeleniny, praní, pletení, hře na hudební nástroj a mnoha dalším (David, 2010).

Měřítkem vyspělosti ústavu může také být metoda nepoužívání omezovacích prostředků převzatá od anglického psychiatra Johna Conollyho, který tuto metodu prosazoval ve svém díle z roku 1830 „Indications of Insanity“ (Projevy šílenství). Mezi lidmi ale ještě stále panovaly zvěsti o tom, že duševně nemocní jsou v ústavech bití, týráni nebo svazováni a jsou používány drastické „léčebné“ metody jako je provlékání provázku pod kůži, mírnění zuřivosti dávidly a projímadly. Pokud nepomohly tyto způsoby, zkoušel se nátěr masti s vinanem na kůži na hlavě, který způsobil leptání a následnou nekrózu, která se špatně a pomalu hojila. Tyto metody se v Pražském ústavu používaly ještě po roce 1930. Po roce 1848 se postupně přistupuje k názoru, že pouštění žilou, přikládání pijavic, stejně jako léčba hladem nemá žádné terapeutické účinky. Místo těchto metod si oblibu začalo získávat opium, sprchování ledovou vodou a lázeňské procedury (David, 2010).

### 1.3. Vzdělávání sester v psychiatrické péči

Díky pohledu, který na duševní onemocnění v historii vládl, péče o duševně nemocné zpočátku spadala do rukou kněží a nejrůznějších zaříkávačů. Později s příchodem názoru, že duševní onemocnění je ve skutečnosti onemocnění mozku, se v péči začali objevovat řeholníci a řeholnice. Více se zde ale uplatňovali chudí lidé, kteří pouze uspokojovali základní potřeby nemocných. Až s postupným rozvojem psychiatrie se začalo dbát na odbornou přípravu ošetřovatelů, kteří mají pracovat v psychiatrických léčebnách (Rajmová, 2006).

V roce 1848 byl vytvořen první projekt na vzdělávání sester, který ale nakonec nebyl zrealizován kvůli malému zájmu veřejnosti. Dalším důležitým bodem pro rozvoj psychiatrické péče bylo otevření Bohnické léčebny, kam byl přijat nový nekvalifikovaný personál, který po roce své praxe musel skládat zkoušku, na které závisela úprava platu. V této době již také byla vydána první česká kniha „Ošetřování choromyslných“ ředitele Dobřanského ústavu pro choromyslné, pozdějšího ředitele Bohnické léčebny dr. Jana Hraše, kde slovo „opatrovník“ začal nahrazovat slovem „ošetřovatel“. Koncem roku 1945 byl v Bohnické klinice ukončen první kurz ošetřovatelského minima pro 145 nových ošetřovatelů (Rajmová, 2006).

Další změna ve vzdělání nastala v padesátých letech 20. století, kdy došlo ke sloučení ošetřovatelských škol s rodinnými a sociálními školami, kde se studentkám dostávalo jak všeobecného, tak odborného vzdělání. Byly zde tedy vzdělávány a připravovány všechny kategorie tzv. středního zdravotnického personálu. Toto studium bylo čtyřleté, zakončené maturitou. Sloučení těchto oborů však vedlo k nízké odbornosti a malému počtu hodin praxe pro budoucí ošetřovatelský personál (Rajmová, 2006).

Šedesátá léta byla pro rozvoj ošetřovatelské péče velice pozitivní. Probíhalo mnoho kurzů a ošetřovatelský personál přestával být pouze opatrovníky, ale začínal se společně s lékařem podílet na uskutečňování péče. V této době si zdravotní pracovníci mohli dodělávat různé kurzy a kvalifikace v Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, dnešním Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, který vznikl v roce 1960 (Rajmová, 2006).

Další změny ve vzdělávání přišly po roce 1989 týkající se ošetřovatelství jako celku ale i ošetřovatelství v psychiatrii. Na počátku 90. let bylo otevřeno jednoleté nástavbové

pomaturitní studium zaměřené na ošetrovatelskou péči v psychiatrii určené pro zdravotní sestry. Tuto nástavbu si bylo možno dodělat v Praze, Brně a Kroměříži. Tato jednoletá nástavba byla v roce 1997 nahrazena oborem Diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, a to v Brně, Praze a později v Havlíčkově Brodě. Ke studiu této nástavby se mohl přihlásit každý, kdo absolvoval střední školu s maturitou. Tento nástavbový obor byl však naposledy otevřen ve školním roce 2003/2004 (Rajmová, 2006).

V současné době může na psychiatrickém oddělení pracovat všeobecná sestra nebo všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí „ošetřovatelská péče v psychiatrii“, kterou lze získat absolvováním specializačního vzdělání v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Tyto dvě sestry mají různé kompetence – všeobecná sestra může poskytovat ošetrovatelskou péči pacientům s patologickými změnami chování, jež nevyžadují stálý dohled ani omezovací prostředky. Všeobecná sestra se specializací může ošetrovatelskou péči poskytovat i pacientům, jejichž patologické změny chování omezovací prostředky vyžadují (Novotná, 2014a).

#### **1.4. Rozdělení psychiatrické péče**

Psychiatrickou péči v České republice můžeme rozdělit na dvě hlavní odvětví – péči institucionální a péči extramurální. Institucionální péče je péče, která je pacientům poskytována v psychiatrických nemocnicích nebo na psychiatrických klinikách. Druhým odvětvím je péče extramurální poskytovaná pacientům, u kterých lze léčbu zvládnout i bez hospitalizace. Příkladem těchto center jsou denní centra, psychiatrické ambulance a ambulance psychiatrické sexuologie. Cílem těchto institucí je poskytnout každému pacientovi individuální, co nejvhodnější péči o jeho duševní zdraví (Marková, 2006). Petr (2014) popisuje organizaci psychiatrické péče v České republice jako systém vzájemně propojených sítí služeb. Do těchto služeb řadí psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení a zařízení v systému komunitní péče.

Cullen-Drill a Schilling (2008) ve své publikaci uvádí dva hlavní důvody pro ambulantní terapii – diverzní a preventivní. Diverzní je uplatňována u jedinců, kteří splňují kritéria pro nedobrovolnou hospitalizaci, ale jsou doporučeni k méně omezující povinné ambulantní terapii. Preventivní platí pro ty, co nesplňují kritéria pro hospitalizaci na lůžkovém oddělení a ambulantní léčba se snaží předcházet dalšímu zhoršování stavu



pacienta a snaží se zabránit situacím, kdy je pacient nebezpečný pro své okolí nebo sám sebe. Preventivní ambulantní terapie je indikována v případech vážných a perzistentních mentálních onemocněních, do kterých není zapojena trestní justice. Takto jsou často řešena onemocnění, jako je schizofrenie nebo bipolární porucha.

#### ***1.4.1. Ambulantní psychiatrická péče***

Za základní stupeň pro psychiatrickou péči je považována psychiatrická ambulance. Jejím úkolem je prevence, včasná diagnostika, léčba a resocializace pacientů (Marková, 2006).

Psychiatrické ambulance také mohou zajistit komunitní péči, která by měla být součástí péče ambulantní. Ambulantní psychiatrickou péči můžeme ještě dále dělit na ambulance veřejné psychiatrické péče, ordinace pro alkoholismus a jiné toxikománie, substituční centra, psychiatrické ambulance pro děti a dorost, ambulance psychiatrické sexuologie, ambulance pro poruchy příjmu potravy, gerontopsychiatrické ambulance, ambulance pro léčbu paměti a ambulance klinického psychologa (Petr, 2014b).

Ambulance veřejné psychiatrické péče zajišťují péči o sociálně selhávající osoby, osoby v ochranné léčbě a osoby pro léčbu nedostatečně motivované. Dále vyhledávají osoby se závislostmi, jsou zřizovány pro děti, dorost a dospělé. Ordinace pro alkoholismus a jiné toxikománie (OAT) se zabývají prevencí, diagnostikou a léčbou osob závislých na alkoholu nebo jiných návykových látkách. Substituční centra jsou zařízení určená pro klienty, kteří jsou závislí na opioidech. Psychiatrické ambulance pro děti a dorost se zabývají diagnostikou, léčbou, rehabilitací a reedukací dětí a dorostu s duševními poruchami. Ambulance psychiatrické sexuologie řeší sexuologické poruchy a jejich terapii. Ambulance pro poruchy příjmu potravy provádí diagnostiku a léčebné programy pro pacienty s poruchami příjmu potravy, nabízí psychologickou a psychiatrickou pomoc v případných dekompenzovaných stavech. Ambulance gerontopsychiatrické jsou pro klienty, u nichž jsou duševní poruchy a duševní změny vyvolány postupným stárnutím organismu. Ambulance pro léčbu paměti se věnují diagnostice a léčbě reverzibilních (vratných) a ireverzibilních (nevratných) poruch paměti ve stáří. Posledním typem ambulancí jsou ambulance klinického psychologa, které mohou zajišťovat diagnostiku a terapii osobám s indikovanými psychickými poruchami. Tyto ambulance většinou bývají součástí psychiatrického oddělení. (Marková, 2006).

#### ***1.4.2. Duševní onemocnění léčené v psychiatrických ambulancích***

Psychiatrická onemocnění přinášejí velice závažné, někdy až život ohrožující stavy. Ovšem při správné léčbě a dodržování léčebného režimu nemusí vždy být k jejich zvládnutí nutná hospitalizace. Zatímco hospitalizace zachycují určitou krátkou, i když významnou, část onemocnění, kontakt i vztah pacienta s ambulantním psychiatrem je dlouhodobý a zahrnuje kontinuitu pacientovy psychiatrické problematiky (MZČR, 2015).

Obecně psychiatrickou pomoc podle studie z roku 2013 dlouhodobě vyhledávají více ženy (60 %) než muži. Z každých 10 000 obyvatel je v České republice v psychiatrických ambulancích léčeno 573,80 pacientů. Ze statistik vyplývá, že ženy se nejčastěji potýkají s afektivními, neurotickými a organickými duševními poruchami. U mužů to pak jsou nejčastěji sexuální poruchy/deviace, poruchy vyvolané alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami a vývojové poruchy vzniklé v dětství nebo adolescenci. V roce 2013 bylo evidováno 234 648 osob trpícími neurotickými, stresovými, somatoformními poruchami a syndromy poruch chování spojenými s fyziologickými poruchami a somatickými stavy, z toho 67,7 % bylo zastoupeno ženami (ÚZIS, 2013).

Největší skupinu onemocnění léčenou v psychiatrickém oboru tvoří neurotické poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Do této skupiny řadíme sedm základních onemocnění. Prvním zástupcem jsou fobické úzkostné poruchy, jsou to poruchy vyvolávající úzkost. Ve většině případů bývají dobře definovatelné. Pacient by se měl vyhýbat situacím, které u něj vyvolávají úzkost. V opačném případě bude trpět strachem, pocitem na omdlení, často tento stav také bývá spojen s druhotným strachem ze ztráty sebekontroly, zešlání nebo ze smrti (Praško a kol., 2013b). Prožívání úzkostí je v běžném životě považováno za normální jev, pokud je ale jedincem špatně snášena, zvýší se její intenzita a četnost, přechází v úzkost patologickou, které lze předcházet pouze vyhýbáním se objektům vyvolávajícím strach (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010). Jiné úzkostné poruchy jsou úzkostné stavy, jejichž příčiny a souvislosti se nedají určit. Úzkosti vznikají v nepřiměřených situacích a jejich intenzita a délka jsou rovněž nepřiměřené. Tyto stavy velice často ovlivňují pacientův život v negativním směru (Praško a kol., 2013c). Obsedantně-kompulzivní poruchy jsou vtíravé myšlenky, nápady a představy, které pacienty nutí vykonávat nesmyslné úkoly i přesto, že se pacient snaží klást odpor, protože mu jsou nepříjemné (Praško a kol., 2013c). Dle Duška a Večeřové-Procházkové (2010) se jedná o dlouhodobé stavy trvající minimálně dva dny, ale mohou

trvat i podstatně delší dobu. Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, tyto poruchy obvykle vznikají v závažných životních situacích nebo při významných životních změnách, kterým se jedinec nebyl schopen přizpůsobit. Ve většině případů však pacienti o těchto událostech nechtějí hned mluvit, potřebují získat odvalu, proto diagnóza často bývá stanovena po delší době. Tyto obtíže mohou být provázeny i příznaky fyzickými, nejčastěji kardiovaskulárními (Praško a kol., 2013c). „Disociativní porucha je částečná nebo úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, uvědomováním si vlastní identity a bezprostředních pocitů a ovládním pohybů těla“ (Praško a kol., 2013c, s. 548). Zdravý jedinec je schopen kontrolovat své vzpomínky a přenášet svou pozornost k jiným činnostem. U disociativních poruch je tato schopnost zhoršená a může se v průběhu dne měnit. „Pacienti trpící disociativními poruchami se projevují neobvyklými nebo dramaticky vypadajícími tělesnými příznaky (záchvaty křečí, amnézie, trans, ztráta citlivosti, porucha vidění, obrna, afonie) nebo psychickými příznaky (ztráta paměti, změna vlastní identity, trans či stavy „posedlosti“)“ (Praško a kol., 2013c, s. 548). Tyto poruchy jsou spojeny s traumatickými událostmi, s problémy, které nemají řešení nebo narušenými sociálními vztahy (Praško a kol., 2013c). Somatoformní poruchy jsou alespoň dva roky trvající tělesné symptomy, spojené s opakovanými žádostmi o lékařské vyšetření i přes opakované negativní nálezy. Začátek obtíží obvykle navazuje na závažné životní události a postupně se zhoršuje sociální i rodinné chování pacienta. Pacienti odmítají psychogenní původ těchto obtíží a to i v případě, kdy je tento stav doprovázen depresemi či úzkostnými stavy (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010). Do jiných neurotických poruch můžeme zařadit trvale zvýšenou unavitelnost trvající po dobu minimálně tří měsíců, po minimální psychické nebo fyzické námaze. Tento stav vždy musí být doprovázen alespoň jedním z těchto příznaků: pocit bolesti ve svalech, závratí, bolestí hlavy z napětí, poruchou spánku, neschopností relaxace nebo podrážděností (Praško a kol., 2013c).

Další skupinou onemocnění léčených v psychiatrických ambulancích jsou afektivní poruchy. Tyto poruchy se projevují patologickými náladami, typické jsou pro ně dvě fáze – depresivní a manická. Manická epizoda má velmi pestré projevy, ve kterých se do určité míry odráží osobnost pacienta v době, kdy byl zdravý. Manický pacient má stále dobrou náladu, vyhledává fyzický kontakt, chce lidi okolo sebe objímat a se všemi komunikovat, je velmi optimistický a stanovuje si nespílitelné cíle. U takovýchto pacientů je důležitá včasná diagnostika, jinak existuje riziko, že budou uzavírat smlouvy, které jsou pro ně

velice nevýhodné, rozprodají majetek nebo se náhle rozhodnou, že chtějí být rozvedeni (Babiaková, 2006). Bipolární porucha je charakteristická střídáním nálad a manické a depresivní fáze, které závisí na okolnostech, kterým je pacient vystaven. (Látalová a kol., 2013c). Depresivní syndrom je charakterizován chronickým poklesem nálady po dobu minimálně dvou týdnů. Pokles nálady je vždy spojen se ztrátou energie, ztrátou zájmu o činnosti, které člověku dříve přinášely radost, a s pocity beznaděje. Pokud pacient trpí těžkou formou deprese, pak není schopen vykonávat každodenní činnosti, vyhledává samotu, ztrácí libido, zanedbává osobní hygienu a cítí se neustále unavený (Látalová a kol., 2013b). Schaumberg a kol. (2013) píše, že deprese je jednou z nejvíce se vyskytujících mentálních onemocnění mezi dospělými. Celosvětově postihuje 14,6 % v zemích s vysokými příjmy a 11,1 % lidí v zemích s příjmy nižšími. Periodická depresivní porucha je typická opakujícími se depresivními stavy, které byly popsány u depresivního syndromu. Periodické depresivní poruchy jsou podmíněny tím, že se musí jednat o minimálně druhý depresivní stav pacienta, který se objeví minimálně dva měsíce po předchozím (Látalová a kol., 2013c). Trvalé poruchy nálady jsou kolísající poruchy nálad, které však nejsou tak těžké jako mánie nebo depresivní stavy. Tyto poruchy pacienta často provází řadu let a jsou nepříjemné jak pro život pacienta, tak pro jeho okolí (Látalová a kol., 2013c).

Dalším velice častým onemocněním jsou duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. Tato oblast zahrnuje široké spektrum onemocnění s různými formami a závažností. Všechny však mají hlavní společný znak, kterým je závislost na psychoaktivních substancích. Pro léčbu závislostí existují samostatná zdravotnická zařízení, která nesou označení adiktologická (AT ambulance). Nejčastějším onemocněním z této skupiny jsou poruchy vyvolané užíváním alkoholu, které se vyznačují postupným zvyšováním tolerance k alkoholu. Nemocní fakt, že propadli alkoholu, často tají, protože se za něj stydí, nebo se snaží o vysvětlení, které by je zbavilo viny. Pokud tato porucha přejde do chronické podoby, projevuje se typickými znaky, jako jsou změny osobnosti, poruchy nálady, postupné zanedbávání zevnějšku a abstinční příznaky spojené s tělesnými projevy. Dalším onemocněním z této skupiny jsou duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním opioidů, tato závislost má velice rychlý rozvoj, vzniká během týdnů. Projevuje se ztrátou kontroly nad užíváním látky a neodolatelnou touhou po látce, která navozuje stav euforie, někdy dysforii a zklidnění. V době, kdy závislý nemá látku k dispozici, dochází k odvykacímu stavu. Při

dlouhodobém užívání kanabinoidů může docházet k poruchám kognitivních funkcí, nejčastěji krátkodobé paměti a koncentrace pozornosti, při závažnějších stavech se mohou objevit i depresivní poruchy nálady nebo anxiozita. Poruchy způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik vycházejí z osobní anamnézy pacienta, kdy se klienta ptáme, zda užívá léky na zklidnění nebo na spání, což můžeme potvrdit laboratorním vyšetřením. Závislost může vzniknout již po 5 – 8 týdnech, kdy pacient není schopen fungování po vynechání nebo redukci dávky. Při dlouhodobém užívání těchto léků ve vysokých dávkách vzniká narušení kognice, které může mít až charakter demence. Další návykovou látkou je kokain, jehož dlouhodobé užívání vede k anorexii až marasmu. Kokain dále způsobuje erozi nosní přepážky, těžké deprese a vyvolává sebevražedné jednání. Jeho užívání může vyústit v toxickou psychózu s taktilními halucinacemi. Jiné stimulační látky včetně kofeinu vytváří psychickou závislost projevující se cravingem – bažením. Tyto látky zrychlují psychomotorické tempo a zvyšují bdělost, oddalují únavu, vyvolávají euforii, způsobují bronchodilataci a midriázu a mohou snižovat chuť k jídlu. Při odeznívání jejich účinku se dostavuje stav podobný kocovině. Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů, většina halucinogenů nevyvolá závislost, vyvolávají pouze psychické změny, které mohou přejít až v toxickou psychózu. Typickým příznakem požití halucinogenu jsou myšlenkové návraty do času před užitím halucinogenní látky. Při dlouhodobém užívání halucinogenů hrozí změna osobnosti a organické poškození při užívání látek s organickou toxicitou, jako je durman nebo muchomůrka červená. Do skupiny duševních poruch a poruch chování způsobených psychoaktivními látkami také řadíme užívání tabáku ve formě kouření, žvýkání či šňupání tabákových výrobků. Nejvýraznějším projevem je zde psychosociální závislost spojená s určitými rituály. Abstinční příznaky se například projevují touhou po nikotinu, úzkostí, rozladěností, nespavostí, nesoustředěností a zvýšenou chutí k jídlu. Dále do této skupiny poruch řadíme užívání prchavých rozpouštědel, tyto látky vyvolávají euforii a ve vyšší dávkách mohou mít za následek poruchy vnímání a halucinace. Prchavá rozpouštědla mohou vyvolat silnou závislost, jejíž dlouhodobé následky vedou k poruše koncentrace, paměti, koordinace, mohou se objevit i poruchy emocivity a chování (Mainerová a kol., 2013).

Mezi závislými není výjimkou závislost na více látkách najednou. V takovém případě se při terapii závislosti vysazuje látka, která má nejvíce devastující účinky na organismus a nahradí se látkou substituční. U ostatních látek se pouze sníží dávkování.

Mezi další časté onemocnění léčené v psychiatrických ambulancích jsou poruchy osobnosti. V největší míře je zde zastoupena schizofrenie. Schizofrenie je závažné psychogenní onemocnění, které zapříčiňuje špatné porozumění světu, nepochopitelné chování, neschopnost plnění normálních životních funkcí. Intelekt a vědomí pacienta většinou zůstávají beze změn, změněno je myšlení. „Mezi nejdůležitější psychopatologické fenomény patří ozvučování myšlenek: bludné vnímání a bludy ovládnutí; pasivita nebo pocity ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy abstraktního myšlení a negativní příznaky“ (Látalová a kol., 2013a, s. 342). Průběh schizofrenie může být trvalý nebo se může projevovat v epizodách. Schizofrenie velmi závažně ovlivňuje pacientovu mysl, a proto je velmi zatěžující nejen pro něj samotného a jeho rodinu, ale i okolní svět (Látalová a kol., 2013a).

### **1.5. Komunitní péče**

„Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce naplněny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby“ (Petr, 2014b, s. 45). Ministerstvo zdravotnictví (2015) ve svém Akčním plánu týkajícím se duševního zdraví uvádí, že součástí reformy psychiatrické péče je zavádění Center duševního zdraví. Tato centra by měla být dalším pilířem komunitní péče, který by měl zajišťovat zdravotně-sociální péči a pomáhat tak pacientům začlenit se do běžného života. Do budoucna by měla být v každém kraji 2 – 3 tato centra.

Do oblasti komunitní nespádá pouze péče zdravotní, ale i podpora v sociální oblasti. Sestry pomáhají klientům nejen v oblasti práce, sociálních a rodinných vztahů a při navazování vztahů nových, ale i v dalších oblastech (Raboch a Wenigová, 2012). Součástí komunitní péče jsou i denní stacionáře, ty fungují jako samostatná zařízení nebo jsou součástí větších lůžkových zařízení, ale ani jejich počet není dostačující (Petr, 2014b). Nepostradatelnou součástí komunitní péče jsou služby, které spadají do oblasti psychiatrické rehabilitace a sociálních služeb. Tyto služby mimo jiné zahrnují podporu bydlení, nabízejí komunitní nebo chráněné bydlení, podporu zaměstnání – chráněné dílny, podporované zaměstnávání, podporu volnočasových aktivit – centra denních aktivit a

poskytování poradenství. I této oblasti se bohužel týká nedostatečná kapacita (Raboch a Wenigová, 2012). Do komunitní péče můžeme také zařadit krizová centra, ta jsou u nás pouze tři a mají 24 hodinovou dostupnost (Petr, 2014b).

### ***1.5.1. Terénní práce psychiatrických sester***

Služba, při které sestry navštěvují pacienty v domácím prostředí. Je určena především pro lidi s duševní poruchou z okruhu psychóz. Sestry jsou schopné posoudit aktuální stav pacienta, dohlédnout na užívání léků, dle potřeby zajistit aplikaci léků (např. u pacientů, kteří přestali docházet do ambulance pro zhoršení stavu, nebo jsou návštěvy ambulance znemožněny z jiných důvodů). Navázáním vztahu a edukací mohou sestry pomoci motivovat i ty pacienty, kteří mají jinak se spoluprací v léčbě a náhledem na své onemocnění potíže.

Tato péče byla zavedena v České republice v roce 2006 a zatím nefunguje v takové míře, v jaké by byla potřebná. V současné době má pouze pět stanovišť, z nichž čtyři jsou v Praze. Ve skutečnosti by však byla potřeba tento počet zvýšit a to zhruba na 10 sester na 100 000 obyvatel (Petr, 2014b).

## **1.6. Specifika v psychiatrické péči**

Práce sestry v psychiatrické péči se velice odlišuje od práce v jiných oborech. Sestra během krátké chvíle musí odhadnout pacientův stav a získat si jeho důvěru pro jakoukoli spolupráci (Novotná, 2014).

Sestra pracující v psychiatrické péči by měla splňovat určité předpoklady, hlavní z nich jsou osobní předpoklady, v psychiatrické péči je velký důraz kladen na individualitu. Sestra musí být velice citlivá, empatická, nesmí dávat najevo sympatie ani antipatie, které u ní pacienti mohou vyvolávat. Dále se od sestry pracující v psychiatrické péči očekává schopnost dobré komunikace a určitá míra sebepoznání důležitá pro zvládnutí náročných situací. Důležitým předpokladem je také znalost symptomatologie duševních poruch, orientace v dané problematice a příznaky s ní spojenými, aby sestra byla schopna odhadnout závažnost stavu pacienta nebo hrozící nebezpečí. Dalším předpokladem je zvládnutí metod získávání údajů, umění naslouchat a pozorovat projevy pacientova chování jsou důležité pro diagnostiku, ale stejně tak k předcházení

nežádoucím situacím. Sestra pracující v psychiatrické péči musí znát účinky psychofarmak. Psychofarmaka mají řadu specifík a kontraindikací, sestra v psychiatrické péči by se v těchto lécích měla orientovat a znát jejich účinky, aby mohla posoudit, jak na ně pacient reaguje (Elexová a Petr, 2006). Toto potvrzuje i Nolan a kol. (2004), když uvádí, že sestra tráví více času s pacientem a může tak odhalit i více nežádoucích účinků léčiv než lékař. Zároveň uvádí, že hlavním důvodem, proč se některé sestry odmítají podílet na medikaci pacienta, by mohlo být selhání základní výuky sester. Sestra je nejen součástí ošetrovatelského ale i terapeutického týmu. Terapie se může účastnit nepřímo, každým kontaktem s nemocným nebo přímo, například v podobě vedení relaxace, podpůrnou terapií, skupinovou terapií. Důležitá je také znalost nových metod ošetrování nemocných, modely ošetrovatelské péče se volí a mění dle průběhu onemocnění. Ošetrovatelský tým se snaží o co nejefektivnější vedení k samostatnosti, čímž se předchází závislosti na ošetrovatelském týmu. Dalšími specifiky jsou například sledování nemocných ohrožujících sebe nebo své okolí, podávání farmak (pod dohledem, sledování jejich účinků a poznání předávkování psychofarmaky), asistence při specifických druzích léčby a s nimi spojená péče před nimi a po nich (elektrokonvulzivní terapie, spánková deprivace), anamnestický sběr dat, orientace v právní problematice (ochranná léčba, nedobrovolná hospitalizace) a edukace v oblasti duševního zdraví (Elexová a Petr, 2006).

### ***1.6.1. Specifika v psychiatrických ambulancích***

Kompetence, které má sestra pracující v psychiatrické péči, můžeme rozdělit do tří skupin. První skupinou jsou činnosti, které sestra může vykonávat bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Druhou skupinou jsou činnosti, které může sestra vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace od lékaře. Do třetí skupiny spadají činnosti, které sestra může vykonávat pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

Sestra bez odborného dohledu a bez indikace lékaře může provádět poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace. Koordinovat spolupráci mezi ústavními zdravotnickými zařízeními a terénními službami, aktivně pracovat s osobami, které určí pacient. Společně s pacientem vytvářet podmínky pro návrat do vlastního sociálního prostředí. Věnovat pozornost projevům chování pacienta



z hlediska včasného zachycení nastupující krize. Napomáhat a motivovat pacienta k adaptaci na změněné životní podmínky a podporovat zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím cílených aktivit. Provádět psychoterapeutickou podporu. Vykonávat činnosti v rozsahu své specializované způsobilosti při začleňování pacienta s poruchou duševního zdraví do vlastního sociálního prostředí (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

Sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře může provádět návštěvní službu a poskytovat ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi s patologickými změnami psychického stavu, vyžadující stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta či jeho okolí. Kontrolovat dodržování pravidel léčebného režimu pacienta, hodnotit známky zhoršování onemocnění, vyhodnocovat, zda pacient není nebezpečný sobě nebo svému okolí. Informovat lékaře, a pokud je to reálné, zajistit nezbytná opatření pro bezpečnost pacienta a jeho okolí.

Výkony, které sestra smí provádět pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa. V rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při krizové intervenci, vykonávat činnosti pro zajišťující psychologickou pomoc rodině. Používat vybrané psychoterapeutické techniky včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

### ***1.6.2. Komunikace s duševně nemocným člověkem***

Předpokladem pro sestry pracující v psychiatrické péči je velice dobrá schopnost komunikovat, která by se měla projevit již při prvním kontaktu s pacientem, kdy by sestra měla navázat kontakt a získat si pacientovu důvěru pro další spolupráci. Sestra by měla navodit příjemnou atmosféru a komunikaci přizpůsobit pacientovu věku a momentálnímu psychickému stavu. Během rozhovoru sestra pacientovi musí dát najevo, že uznává jeho názory a hodnoty, čímž posiluje pacientovu důvěru. Do umění komunikovat rovněž můžeme zahrnout schopnost předcházení konfliktům, účinné zvládnání vzniklých konfliktů a včasné rozpoznání signálů agrese (Novotná, 2014).

Komunikační a pozorovací schopnost lékaře či sestry je předpokladem pro správné

psychiatrické vyšetření (Běhounek, 2014). Už od chvíle, kdy pacient vstupuje do ordinace, je nutné pozorovat jeho projevy chování. Na počátku je nutné s pacientem navázat kontakt a získat si jeho důvěru pro další spolupráci. Rozhovor s pacientem by neměl být ničím rušen, i malé vyrušení může ovlivnit průběh celé návštěvy, což může ovlivnit pacientovu ochotu dále komunikovat (Praško a kol., 2013; Blatnická a Venglářová, 2006; Dušek a Večeřová-Procházková, 2005).

Pacient může nabýt dojmu, že má být hospitalizován jen proto, že se ho příbuzní snaží zbavit či odsunout do psychiatrické nemocnice. Pokud tímto sdělením můžeme pacienta rozrušit, nebudeme to zmiňovat do doby nezbytně nutné (Blatnická a Venglářová, 2006).

Psychiatrické vyšetření probíhá jako dialog mezi pacientem a lékařem. Zpočátku nechá lékař pacienta volně hovořit a později jej usměrňuje vhodnými otázkami. Důležitý je projev zájmu a empaticnost. Cílem tohoto vyšetření je správné stanovení diagnózy a zahájení vhodného terapeutického postupu (Látalová, 2011).

Po zahájení léčebného režimu se komunikace s psychiatrickými pacienty nijak neliší od komunikace v běžném životě (Blatnická a Venglářová, 2006).

### ***1.6.3. Rizika a zásady bezpečnosti v psychiatrické péči***

V oboru psychiatrie se personál relativně často setkává s rizikovými situacemi, určitá část psychiatricky nemocných má narušenou psychiku do té míry, že není schopna dodržet společenské normy a může vážně ohrozit sebe i své okolí. Základním krokem pro prevenci rizika je snaha o jeho včasné rozpoznání. Na známky možného rizikového chování bychom se měli zaměřit už při vstupním vyšetření. Míru rizika a objektivizaci pacientova stavu je možné posoudit dle různých standardizovaných škál, například Broset Violence Checklist – vyhodnocení rizika agrese. Pro psychiatrické sestry byla vyvinuta škála NGASR (Nurses Global Assessment of Suicide Risk), tato škála slouží pro odhad sebevražedného chování. Žádný z těchto nástrojů ale nemůže nahradit klinickou zkušenost a komplexní vyšetření (Petr, 2014c).

Personál pečující o pacienta by měl být vyškolen v oblasti rozpoznávání raných varovných signálů, které mohou vést k násilí, musí pružně, účinně a odborně reagovat na vzniklou krizi. Pokud to vyžaduje naléhavost situace, lze použít metodu izolace, fyzické

omezení, zklidnění medikací, popřípadě přeložení na jiné oddělení. Metody fyzického omezení pacienta vedou ke snížení výskytu násilného chování a ke snížení množství zranění pacientů a napadení personálu. Před použitím metody ovládnutí, které smějí vykonávat pouze sestry s psychiatrickou specializací, je nutno zvážit i jiné alternativní strategie (deaskalace – technika zklidnění pomocí vyjednávání) (Polczyk-Przybyła a Morahan, 2005).

Probstová a Pěč (2014) uvádí zásady použití fyzického omezení. Osoba, která poskytuje fyzické omezení nebo trankvilizaci (medikamentózní uklidnění), má být stejného pohlaví jako klient, u kterého je tato ordinace prováděna. Při fyzickém omezení je třeba věnovat pozornost zachování klientovy důstojnosti, a pokud je to možné, provádět tento zákrok v soukromí.

Agrese je zjevné chování zaměřené na škodlivé nebo destruktivní chování vůči jiné osobě či objektu. Agresivní projevy se v rámci poskytování zdravotní péče vyskytují poměrně často. Nejčastějšími případy jsou útoky intoxikovaných pacientů vůči posádkám sanitek. V České republice nejsou zveřejňovány případy násilí v nemocnici. Zhruba 7 – 14 % pacientů hospitalizovaných na psychiatrickém oddělení se dopustí útoku, útoky mají na oběti nejen fyzické, ale i psychologické dopady. Některé země zřídily krizové programy na pomoc napadeným zaměstnancům (Látalová, 2013).

Virtanen a kol. (2011) uvádí, že nejčastějšími oběťmi násilí v nemocničním zařízení jsou sestry.

Kontakt s agresivním pacientem se řídí určitými pravidly, dveře by neměly jít zamknout zevnitř a nikdy bychom se s pacientem neměli o samotě zavírat do místnosti. Je třeba dávat pozor na okolní předměty, které by pacient mohl použít jako zbraň. Důležité je mluvit klidně, vyrovnaně a s určitým stupněm sebejistoty. Důležité je udržení bezpečné vzdálenosti (Praško a Rektor, 2011).

## **2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

V následující části jsou uvedeny cíle práce a výzkumné otázky, kterými jsme se ve výzkumné části zabývali. Jako cíl výzkumného šetření jsme si stanovili zjistit specifika práce sester v psychiatrických ambulancích a rizika, kterým jsou sestry v psychiatrických ambulancích vystaveny. Z těchto dvou cílů práce jsme sestavili čtyři základní výzkumné otázky.

### **2.1. Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit specifika práce sester v psychiatrické ambulanci.

Cíl 2: Zjistit rizika práce sester v psychiatrických ambulancích.

### **2.2. Výzkumné otázky**

Na základě výše zmíněných cílů jsme stanovili tyto výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika práce sester v psychiatrické ambulanci?

Výzkumná otázka 2: Jaké situace považují sestry v psychiatrických ambulancích za psychicky nejnáročnější?

Výzkumná otázka 3: Jaká jsou rizika práce sestry v psychiatrické ambulanci?

Výzkumná otázka 4: Provádějí sestry návštěvní službu?

## 3 METODIKA

### 3.1. Použitá metodika

V empirické části bakalářské práce byla pro získání potřebných dat použita metoda kvalitativního přístupu. Kvalitativní výzkumné šetření proběhlo formou dotazování. Jako techniku výzkumného šetření jsme zvolili formu polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími v psychiatrických ambulancích ve Fakultní nemocnici Plzeň, v nemocnici Tábor, a.s., a v psychiatrických ambulancích spadajících pod Psychiatrickou nemocnici v Dobřanech.

Podklad pro rozhovory tvořilo 20 předem připravených otázek (Příloha 1). Počáteční otázky byly spíše obecné, týkaly se specializace a dalšího vzdělávání. Další otázky byly zaměřené na výkony, které sestry v ambulancích provádějí, následovaly otázky týkající se psychoterapie, depotních injekcí a návštěvní služby. Poté následovaly otázky týkající se komunikace a poslední oblast otázek byla zaměřena na náročné a vypjaté situace.

Sběr dat byl prováděn v březnu a dubnu roku 2016 ve Fakultní nemocnici Plzeň se souhlasem pana primáře oddělení, kterému byla předem poslána písemná žádost (Příloha 2). V nemocnici Tábor, a.s. se souhlasem hlavní sestry, které byla předem odeslána písemná žádost. A v psychiatrických ambulancích spadajících pod Psychiatrickou nemocnici v Dobřanech se souhlasem paní primářky Dobřanské nemocnice, které také předem byla poslána písemná žádost. Sestry nesouhlasily se zvukovým záznamem rozhovorů, proto všechny rozhovory byly zaznamenávány metodou přímé transkripce, kterou jsme následně převedli do programu Microsoft Office Word (Příloha CD). Každý rozhovor trval přibližně 30 – 40 minut, rozhovory byly vedeny přímo v psychiatrických ambulancích, kde sestry pracují, a vždy byla zcela zachována anonymita každé ze sester. Analýza dat byla provedena metodou otevřeného kódování, metodou tužka a papír (Příloha 3). Pomocí kódování, které otázky postupně rozdělilo do kategorií, vzniklo celkem 6 kategorií a 9 subkategorií.

### **3.2. Charakteristika výzkumného souboru**

K výzkumnému šetření byly sestry zvoleny nepraviděpodobnostní metodou, tedy metodou záměrného výběru (Miovský, 2006). Respondenti tedy byli vybráni na základě kritéria, že pracují v psychiatrických ambulancích. Nebylo však bráno v potaz vzdělání, věk, ani délka praxe sester. Výzkumný soubor tvořilo celkem 8 sester pracujících v psychiatrických ambulancích v různých nemocnicích. Identifikační údaje naleznete v tabulce 1 (viz výsledky). Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem osm sester pracujících v psychiatrických ambulancích. Ve výzkumné části tyto respondentky – sestry budeme označovat jako S1 – S8.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1. Kategorizace získaných výsledků

Z kvalitativního výzkumného šetření, provedeného formou polostrukturovaných rozhovorů, vzniklo pomocí analýzy otevřeným kódováním celkem šest kategorií a devět subkategorií.

1. Vzdělání a možnosti dalšího vzdělávání
2. Péče o klienta z pohledu sestry
  - Hlavní úloha v péči o klienta
  - Nejčastější výkony
  - Aplikace depotních injekcí
3. Psychoterapie
4. Návštěvní služba
5. Komunikace s pacienty
  - Nejčastější komunikační blok
  - Nejvíce problémový komunikační blok
  - Postup v případě komunikačního bloku
6. Mimořádné situace
  - Možnost řešení mimořádných situací
  - Psychicky nejnáročnější situace pro sestru
  - Ocitnutí se v nezvladatelné situaci

#### 4.2. Kategorie „Vzdělání a možnosti dalšího vzdělávání“

Do této kategorie byly zařazeny otázky týkající se dosaženého vzdělání sester pracujících v psychiatrických ambulancích nebo specializačního vzdělávacího programu v oboru „Ošetrovatelská péče v psychiatrii“. Sestry dále odpovídaly na otázky, kterými bylo zjišťováno, jaké možnosti dalšího vzdělávání jsou pro ně dostupné. Další částí této kategorie bylo porovnání sester se specializačním vzdělávacím programem a sester bez specializace v přístupu k pacientům. Z výzkumu vyplývá, že pouze jedna sestra S3 z osmi, se kterými byly vedeny rozhovory, má specializaci v oboru psychiatrie. Sestra S4 uvedla, že specializaci právě studuje. Zbylých šest sester S1, S2, S5, S6, S7, S8 uvedlo, že specializaci nemá vystudovano u a ani o její studium nemá zájem. Všechny sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 shodně uvedly, že nepozorují rozdíly v přístupu mezi sestrami se specializací a bez specializace. Sestra S3 na otázku, zda pozoruje rozdíly v přístupu sestry se specializací a sestry bez specializace odpověděla takto: *„Nemyslím si, že by specializace nějak ovlivňovala přístup sestry k pacientovi. Jde spíše o umění komunikovat, zkušenosti, povahové rysy pacienta, momentální psychické rozpoložení pacienta a pochopitelně zde velkou roli hrají i osobní sympatie či antipatie mezi sestrou a pacientem.“* Sestry S1, S2, S4, S7, S8 odpověděly, že si nemyslí, že by specializace nějak ovlivňovala komunikaci. Sestry S5, S6 se shodují na názoru, že největší roli v komunikaci hrají zkušenosti a umění komunikovat. Sestra S5 odpověděla: *„Neřekla bych, že záleží na tom, zda sestra má specializační vzdělání v oboru psychiatrie, podle mého názoru jsou mnohem cennější zkušenosti a umění komunikovat, ale pochopitelně jsou tu i další faktory, jako třeba momentální psychické rozpoložení klienta.“* K otázkám dalšího vzdělávání všechny sestry odpovídaly podobně. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 uvedly, že jako nejčastější příležitost k dalšímu vzdělávání jsou nabízeny různé kurzy a semináře. Sestry S6, S7, S8 kromě seminářů a kurzů uvedly konference, kongresy a školení. Sestra S4, která mezi možnosti dalšího vzdělávání uvedla i specializaci, odpověděla takto: *„Možnosti dalšího vzdělávání jsou různé, nejčastěji to jsou semináře a kurzy, já například momentálně studuji psychiatrickou specializaci - ošetrovatelská péče v oboru psychiatrie.“*



**Tabulka 1: Identifikační údaje respondentů – sester**

<b>Sestra</b>	<b>Věk</b>	<b>Délka praxe v psychiatrii</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Specializace</b>
<b>S1</b>	<b>55 let</b>	<b>15 let</b>	<b>Středoškolské s maturitou</b>	<b>Ne</b>
<b>S2</b>	<b>49 let</b>	<b>9 let</b>	<b>Středoškolské s maturitou</b>	<b>Ne</b>
<b>S3</b>	<b>48 let</b>	<b>10 let</b>	<b>Vysokoškolské magisterské</b>	<b>Ano</b>
<b>S4</b>	<b>33 let</b>	<b>8 let</b>	<b>Vyšší odborné diplomovaná sestra</b>	<b>Ne</b>
<b>S5</b>	<b>37 let</b>	<b>4 roky</b>	<b>Vyšší odborné diplomovaná setra</b>	<b>Ne</b>
<b>S6</b>	<b>39 let</b>	<b>8 let</b>	<b>Středoškolské s maturitou</b>	<b>Ne</b>
<b>S7</b>	<b>42 let</b>	<b>11 let</b>	<b>Vysokoškolské bakalářské</b>	<b>Ne</b>
<b>S8</b>	<b>44 let</b>	<b>10 let</b>	<b>Středoškolské s maturitou</b>	<b>Ne</b>

Zdroj: Vlastní výzkum 2016

Z dotazovaných osmi sester mají čtyři pouze středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou. Dvě sestry pak získaly vyšší odborné vzdělání – diplomovaný specialista. Jedna sestra má vysokoškolské bakalářské vzdělání a jedna sestra má vysokoškolské magisterské vzdělání. Pouze jedna sestra S3 z těchto osmi dotazovaných sester má vystudovaný specializační vzdělávací program v oboru „Ošetrovatelská péče v psychiatrii“. Sestry (S1, S2, S5, S6, S7, S8) shodně během

rozhovoru uvedly, že specializaci nemají a nechtějí ji studovat, protože ji nepovažují za příliš přínosnou a potřebnou pro praxi.

### **Možnost dalšího vzdělávání**

- kurzy a semináře – S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8
- konference, kongresy a školení – S6, S7, S8
- specializace – S4

Sestra S3 a S4 uvedly, že je zaměstnavatel spíše podporuje v účasti na seminářích a uvítá jejich zájem o tyto akce.

### **Rozdíly mezi sestrou bez specializace a se specializací**

- nepozorují – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8  
za důležitější považují: komunikaci a zkušenosti – S3, S5, S6  
sympatie, náladu – S3, S5

### **4.3. Kategorie „Péče o klienta z pohledu sestry“**

Do této kategorie jsme zahrnuli otázky, týkající se péče o klienta a ošetrovatelských výkonů, které sestry v psychiatrických ambulancích provádějí. Tato skupina otázek zjišťující nejčastější a nejdůležitější výkony v psychiatrických ambulancích byla následována otázkami týkajícími se aplikace depotních injekcí. Tuto kategorii jsme následně rozdělili do dvou subkategorií: nejčastější výkony prováděné v psychiatrických ambulancích a aplikace depotních injekcí. Odpovědi sester na tuto skupinu otázek byly podobné a v některých případech se opakovaly. Na otázku „V čem spočívá vaše hlavní úloha v péči o klienta?“ sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 shodně odpověděly, že jejich nejdůležitější úkol je vlídná přiměřená komunikace a seznámení klienta s prostředím ambulance. Také se všechny sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 shodly na tom, že jejich nejčastějším výkonem je administrativní činnost a domluva další kontroly s pacientem. Jako další častý výkon, který sestry v psychiatrických ambulancích provádějí, se objevilo u sester S1, S2, S3, S4 sběr anamnézy pacientů, tyto čtyři sestry také shodně odpověděly, že mezi časté výkony dále patří odběry krve a kontrola fyziologických funkcí. Sestry S3 a S5 mezi své časté

výkony zařadily podpůrnou psychoterapii, sestra S3 odpověděla na otázku nejčastějších výkonů takto: „*Provádím podpůrnou psychoterapii, aplikaci injekcí, odběry krve, kontrolu fyziologických funkcí, administrativní činnost, objednávání pacientů na kontrolu a sběr anamnézy.*“ Sestra S5 uvedla: „*Správná komunikace, seznámení s prostředím, kontrola FF, aplikace depotních injekcí, edukace a podpůrná psychoterapie formou motivačního rozhovoru.*“ Sestra S4 pak jako jediná mezi své časté výkony uvedla, že provádí administraci testu MMSE – mini mental state examination. Sestry S5, S6, S7 jako další častý výkon uvádějí aplikaci depotních injekcí. Sestra S7 odpověděla takto: „*Tady je základem všeho komunikace, až když se vám povede s pacientem navázat kontakt, můžete pokračovat. Pak přichází na řadu aplikace depotních injekcí a třeba objednání pacientů na další kontrolu...*“ Druhou subkategorii této kategorie je aplikace depotních injekcí. Všechny sestry na otázku, zda aplikují depotní injekce, odpověděly, že ano. Sestry S2, S3, S4, S5, S6, S6, S7 a S8 shodně odpověděly, že depotní injekce aplikují. Sestry S5, S6, S7 pak aplikaci injekcí zařadily i mezi časté výkony, které v ambulancích provádějí. Sestra S1 uvedla, že depotní injekce také aplikuje, ale pouze ojedinele, přímo odpověděla takto: „*Depotní injekce aplikujeme, ale nepatří to zde mezi časté výkony, aplikujeme je spíše výjimečně.*“

### **Hlavní úloha v péči o klienta**

- vřídlná komunikace, seznámení s prostředím ambulance – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8
- aplikace injekcí – S5, S6, S7,
- podpůrná psychoterapie – S3, S5
- objednávání na kontroly – S6, S8

### **Nejčastější výkony**

- edukace a komunikace – S5, S6, S7, S8
- aplikace injekcí – S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8
- administrace a objednávání ke kontrolám – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8
- podpůrná psychoterapie – S3, S5
- sběr anamnézy – S1, S2, S3, S4
- odběr krve – S1, S2, S3, S4

- administrace testu MMSE – S4

#### **Aplikace depotních injekcí**

- Ano – S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8
- Není to časté – S1

#### **4.4. Kategorie „Psychoterapie“**

Na otázky týkající se psychoterapie sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 odpověděly, že v ordinaci, kde pracují, se psychoterapie provádí. Z výzkumného vzorku osmi sester však pouze dvě sestry S3 a S5 odpověděly, že samostatně provádějí vybraný druh psychoterapie. Sestra S5 odpověděla takto: *„Ano, samostatně provádím psychoterapii v podobě podpůrných psychoterapeutických rozhovorů a motivačních rozhovorů. Většinou však psychoterapii provádí paní doktorka, psychoterapie je psychicky a časově velmi náročná...“* Sestra S3 reagovala takto: *„Ano, samostatně provádím podpůrnou psychoterapii v podobě rozhovorů.“* Zbylých 6 sester S1, S2, S4, S6, S7, S8 uvedlo, že v ordinaci, kde pracují, psychoterapii provádí pouze lékař. Sestra S7 odpověděla přímo takto: *„Psychoterapeutické výkony zde provádí pouze lékaři a psychologové, kteří poskytují psychoterapeutické výkony zde v ambulanci. Sestry zde na ambulanci psychoterapeutické výkony neprovádějí.“* Sestra S8 uvedla: *„Ne, v naší ordinaci sestry psychoterapii neprovádějí.“*

#### **Psychoterapeutické výkony v ordinaci**

- Ano – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8

#### **Psychoterapie vedena sestrou**

- Podpůrná psychoterapie – S3, S5

#### 4.5. Kategorie „Návštěvní služba“

V kapitole „návštěvní služba“ jsme se zaměřili na návštěvní službu v oblasti psychiatrické péče, která v České republice vznikla v roce 2006 a doposud není rozšířená v dostatečné míře. Všechny sestry, se kterými jsem vedla rozhovory S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 uvádějí, že návštěvní služba nespadá do výkonů, které ordinace, ve kterých pracují, nabízí. Sestra S8 uvedla: *„Ne, tuto službu neposkytujeme.“* Odpověď sestry S6 zněla takto: *„Není to naší náplní práce.“*

#### Provozování návštěvní služby klientů

Ano

Ne – S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8

#### 4.6. Kategorie „Komunikace s pacienty“

V následující kategorii se budeme věnovat komunikaci s psychiatrickými pacienty, komunikačním blokům, které se u psychiatrických pacientů objevují, a způsobům získávání informací v případě komunikačního bloku. Tuto kategorii jsme rozdělili do tří následujících subkategorií. Z odpovědí sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 na otázku, zda jsou pacienti v psychiatrických ambulancích vždy ochotni nebo schopni komunikovat vyplývá, že se sestry setkávají s případy, kdy komunikace představuje problém. Sestra S5 uvedla: *„Komunikace většinou probíhá bez problémů, vyskytují se však i výjimky a to nejčastěji u pacientů v těžkých psychotických stavech, kdy komunikace je velmi obtížná z důvodu neschopnosti pacienta se vyjádřit. V takovém případě je třeba spolupracovat s třetí osobou, která v těchto případech zpravidla pacienta doprovází. Pacienti v tomto stavu nejsou schopni samostatně navštívit naši ordinaci.“* Sestra S3 pak reagovala takto: *„Právě komunikace je zde častý „kámen úrazu“, pacienti k nám do ambulance nepřicházejí vždy pouze v takovém psychickém rozpoložení, kdy by chtěli nebo byli schopni komunikovat.“* Podobně odpověděla také sestra S2: *„Pochopitelně nejsou, psychiatrická onemocnění sama o sobě mohou představovat problém v komunikaci a svou roli hraje i momentální psychické rozpoložení klienta a minimálně během prvních návštěv zde na ambulanci i stud pacientů, za problémy, kterými trpí.“* Jako první subkategorii této

kategorie jsme definovali nejčastější blok v komunikaci, se kterým se sestry v psychiatrických ambulancích setkávají. Nejčastěji se opakovala odpověď akutní psychotické stavy spojené s neschopností se vyjádřit, kterou uvedly sestry S1, S3, S4, S5, S7. Sestra S5 uvedla: „Podle mého názoru jsou to nejčastěji akutní psychotické stavy, které mají za následek neschopnost se vyjádřit.“ Sestra S4 pak odpověděla takto: „Častý komunikační blok představují silné deprese a psychotické stavy, kdy s pacientem není možné komunikovat z důvodu neschopnosti se vyjádřit.“ Také sestra S3 odpověděla obdobně, odpověď zněla přímo takto: „Nejčastěji se s problémem komunikovat setkávám ve spojení s alkoholem a akutními psychotickými stavy.“ Tři sestry S1, S2, S4 z výzkumného vzorku osmi sester pak jako častý komunikační blok uvádějí silné depresivní stavy. Sestra S1 uvedla: „Nejčastěji se setkávám s psychotickými stavy, silnými depresemi a alkoholem.“ Stejný počet sester, tedy tři sestry S6, S7, S8, pak jako častý problém v komunikaci uvedly autismus u dětí. Odpověď sestry S7 zněla takto: „Nejčastěji je to autismus u dětí, demence, halucinace s bludy a psychotici.“ Sestry S6, S7, S8 jako častý komunikační blok uvedly také halucinace a bludy. Sestra S6 uvedla přímo toto: „Já se zde nejčastěji setkávám s halucinacemi a bludy, demencí a autismem u dětí.“ Méně častou odpovědí pak byl komunikační blok z důvodu závislosti na alkoholu, který uvedly pouze dvě sestry, a to sestry S1 a S3. Dvě sestry S6, S7 také uvedly jako komunikační blok demenci. Další subkategorii je subkategorie nejhůře zvladatelného komunikačního bloku. I v tomto případě se odpovědi sester opakovaly. Dle sester S1, S2, S5 je nejhůře zvladatelný komunikační blok neschopnost se vyjádřit. Sestra S1 pak odpověděla přímo takto: „Největší problém z hlediska komunikace představuje stav, kdy se pacient není schopen vyjádřit nebo komunikaci odmítá.“ Stejný počet sester pak jako největší komunikační blok uvedl autismus u dětí, tento problém uvedly sestry S6, S7, S8 sestra S7, odpověděla přesně takto: „Podle mých zkušeností, je to rozhodně autismus u dětí...“ Dvě sestry S3, S4 pak uvedly jako největší komunikační blok akutní psychotické stavy, sestra S3 uvedla: „Největším komunikačním blokem z mých zkušeností bývají právě akutní psychotické stavy.“ Sestra S4 dále ještě uvedla silné deprese, její odpověď zněla takto: „Právě silné psychotické stavy a silné deprese jsou největším komunikačním problémem.“ Poslední subkategorii této kategorie jsou postupy v případě komunikačního bloku. Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že v případě obtížné komunikace mají sestry více možností, jak řešit vzniklou situaci. Sestry S1, S2, S4 pacienta v takovém případě předávají lékaři a komunikaci nechají pouze na něm. Sestra S1 odpověděla takto: „Pacienty

*ke komunikaci nenutím. V případě, že pacienti odmítají komunikovat, předám je do péče lékaři“.* Sestry S6, S7, S8 pak uvedly, že jako první řešení zkusí spolupráci se třetí osobou, nejčastěji s rodiči. Odpověď sestry S6 zněla takto: *„V této situaci při komunikaci využívám pomoc od rodičů.“* Sestra S7 reagovala takto: *„Snažím se s dítětem komunikovat pomocí AKK a různých dalších pomůcek, v těch případech ale samozřejmě musím poprosit o spolupráci rodiče, kteří s dítětem umí komunikovat.“* Sestra S7 tedy jako další metodu navázání komunikace uvedla AKK a další pomůcky. Sestry S3 a S5 se domnívají, že u pacientů s komunikačním blokem má nejvíce pozitivní účinky trpělivost a dostatek času. Sestra S3 uvedla toto: *„Pacientovi je třeba věnovat dostatek času a trpělivosti. Po dobu rozhovoru je potřeba mít klidný hlas a stále udržovat rozhovor u správného tématu.“*

### **Nejčastější blok v komunikaci**

- psychotické stavy spojené s neschopností se vyjádřit – S1, S3, S4, S5, S7
- deprese – S1, S2, S4
- autismus u dětí – S6, S7, S8
- halucinace a bludy – S6, S7, S8
- alkohol – S1, S3
- demence – S6, S7

### **Nejvíce problémový komunikační blok**

- neschopnost se vyjádřit – S1, S2, S5
- autismus u dětí – S6, S7, S8
- akutní psychotické stavy – S3, S4
- těžké deprese – S4

### **Postup v případě komunikačního bloku**

- předá lékaři – S1, S2, S4
- pomoc rodičů, třetí osoby – S6, S7, S8
- trpělivost a dostatek času – S3, S5

#### 4.7. Kategorie „Mimořádné situace“

Psychiatrická praxe může přinášet řadu nečekaných nebo vypjatých situací, které mohou vzniknout během krátké chvíle. Sestra působící v psychiatrické péči by do určité míry měla umět tyto situace předvídat z chování pacienta a musí být připravena na tyto situace adekvátně reagovat a efektivně zvládnout vzniklou nežádoucí situaci. V této kategorii jsme se zaměřili na mimořádné situace, které se mohou vyskytnout v psychiatrických ambulancích, dále jsme vytvořili tři subkategorie, ve kterých se věnujeme řešení mimořádných situací, psychicky nejnáročnějším situacím pro sestru a v poslední subkategorii této kategorie se věnujeme konkrétním mimořádným situacím, ve kterých se ocitly sestry, se kterými byly vedeny rozhovory. Na otázku, s jakou mimořádnou situací se sestry setkávají nejčastěji, se šest sester S2, S3, S4, S6, S7, S8 shodlo, že nejčastěji je to slovní agresivita, která je však dobře zvladatelná a neznamena pro sestru nebezpečí. Sestra S7 uvedla: *„Za mé praxe na psychiatrické ambulanci nikdy nedošlo k fyzickému napadení. Setkala jsem se spíše s napadením slovním, které se nechá přejít a zvládnout.“* Sestra S8 odpověděla takto: *„Já se nejvíce setkávám s verbální agresivitou.“* Tři sestry S1, S2, S3 uvedly jako častou mimořádnou situaci neklidné pacienty se zkratovitým jednáním. Sestra S1 uvedla: *„V naší ordinaci jsou to nejčastěji asi neklidní pacienti se zkratovitým chováním.“* Dvě sestry S3, S4 pak uvedly, že se setkávají s brachiální agresí. Sestra S3 uvedla přímo toto: *„Nejvíce jsou to verbálně neklidní pacienti. Další vypjaté situace se objevují, pokud do ordinace přijde verbálně nebo brachiálně agresivní pacient.“* Sestra S3 tedy jako další vypjatou situaci udává neklidného pacienta. Sestra S5 pak jako nejčastější vypjatou situaci shledává akutní zhoršení stavu, její odpověď zněla takto: *„Během své praxe na psychiatrické ambulanci jsem se s vypjatou situací už párkrát setkala. Většinou šlo o akutní zhoršení stavu, kdy pacient přišel v doprovodu třetí osoby, a byla nutná následná hospitalizace.“* Jako první subkategorii jsme vytvořili subkategorii možnosti řešení mimořádných situací. V tomto případě nejvíce sester uvedlo možnost přivolání třetí osoby, personálu z oddělení, ochranky nebo policii a záchranou službu. Tuto možnost uvedlo celkem šest sester, konkrétně sestry S1, S2, S3, S4, S5, S7. Sestra S7 odpověděla: *„Pokud klient vyhrožuje, je agresivní, voláme policii a záchranou službu, nebo dle ordinace lékaře a stavu klienta můžeme aplikovat depotní injekci.“* Jako další možnost řešení mimořádných situací sestry S5, S6, S7, S8 uvedly aplikaci léků na zklidnění. Odpověď sestry S5 zněla: *„Můžu předat*



*pacienta paní doktorce nebo po domluvě s paní doktorkou aplikovat léky na uklidnění, dále mohu použít pohotovostní tlačítko, kterým přivolám ochranku.*“ Sestry S2, S3, S4, S5 odpověděly, že jako první řešení zkouší změnu komunikující osoby, tedy konkrétně předání pacienta do péče lékaři. Odpověď sestry S3 zněla přímo takto: *„Jako první zkoušíme změnu komunikující osoby, takže volám paní doktorku, pokud je však situace stále nezvladatelná, musíme zavolat policii.*“ Sestry S6 a S8 uvedly, že se pacienta pokoušejí uklidnit rozhovorem, pokud je tato metoda neúspěšná, přistupují k aplikaci léků na zklidnění. Odpověď sestry S8 zněla: *Slovní zklidňování a dle ordinace lékaře je možnost zklidnění i injekční formou, k té se ovšem přistupuje až v případě, že rozhovor je neúspěšný.*“ Subkategorie psychicky nejnáročnější situace pro sestru nám pomohla zjistit, že sestry celkově za psychicky nejnáročnější považují komunikaci a ošetrovatelské výkony u verbálně či brachiálně agresivních pacientů. Sestra S2 uvedla: *„Asi situace, kdy je důležité správným způsobem komunikovat s agresivním pacientem.*“ Sestry S5, S6 a S8 jako psychicky nejnáročnější situaci hodnotí aplikaci injekce na uklidnění agresivnímu pacientovi. Odpověď sestry S5 zněla: *„Pro mě je psychicky nejnáročnější asi aplikace injekcí brachiálně agresivnímu pacientovi.*“ Sestra S7 jako psychicky nejnáročnější situaci shledává výhrůžky pacientů, u kterých získá pocit, že je pacienti chtějí uskutečnit. Její odpověď zněla: *„Výhrůžky pacientů, které začínají vypadat reálně, a musíme proto volat policii a záchrannou službu.*“ Sestra S1 pak odpověděla, že jako psychicky nejnáročnější situaci, se kterou se setkává, shledává komunikaci s pacienty v těžkých psychotických stavech, odpověděla přímo takto: *„Pro mě osobně je nejnáročnější komunikace s pacienty v těžkých psychotických stavech.*“ Poslední subkategorii je ocitnutí se v nezvladatelné situaci. V této kategorii byly otázky, které se týkaly nezvladatelných situací a řešení, které tyto situace měly. Z těchto otázek vyplynulo, že většina sester z výzkumného vzorku se během své praxe neseťkala s nezvladatelnou situací, během které by byl potřebný zásah třetí osoby, protože se jim včas snaží zabránit. Sestry S1, S2, S4, S5, S7, S8 uvedly, že se během své praxe s nezvladatelnou situací neseťkaly. Sestra S2 odpověděla: *Řekla bych, že spíše ne, vždy se vzniklou situaci podařilo vyřešit.*“ Sestra 7 uvedla: *„Ne a jsem ráda, že se takové situace zde na ambulancích téměř nevyskytují.*“ Sestra S8 odpověděla stručně: *„Ne“* Sestry S3 a S6 pak uvedly, že se s nezvladatelnou situací již setkaly. Sestra S3 uvedla přímo toto: *„Ano, setkala jsem se právě s agresivním pacientem, který se mnou odmítal komunikovat, a jeho agresivita se stupňovala. Nakonec jsem musela zavolat policii a záchrannou službu.*“ Odpověď sestry

S6 pak zněla: *Ano, dostavil se pacient, který byl v depresi a na ambulanci zrovna nebyl přítomný lékař, pacient začal být verbálně agresivní a nechtěl spolupracovat, naštěstí se v čas vrátil lékař a pacienta si převzal.*“ Do této subkategorie spadá i otázka týkající se toho, zda se sestry někdy v ambulanci cítily vinou pacienta v ohrožení života, na tuto otázku všechny sestry odpověděly, že tuto situaci nezažily. Sestra S3 uvedla: *„Zatím ne a doufám, že to tak i zůstane.“*

### **Mimořádné situace**

- slovní agresivita – S2, S4, S6, S7, S8
- neklidní pacienti se zkratovitým chováním – S1, S2, S3
- brachiální agresivita – S3, S4
- neklid – S3
- akutní zhoršení stavu – S5

### **Možnosti řešení mimořádných situací**

- pomoc třetí osoby (ochranka, policie, další personál) – S1, S2, S3, S4, S5, S7
- injekce dle pokynů lékaře – S5, S6, S7, S8
- změna komunikující osoby – S2, S3, S4, S5
- slovní zklidnění – S6, S8

### **Psychicky nejnáročnější situace pro sestru**

- komunikace s agresivním pacientem – S2, S3, S4, S6
- aplikace injekce agresivnímu pacientovi – S5, S6, S8
- komunikace v akutních psychogenních stavech – S1
- reálné výhružky pacientů zakončené přivoláním policie – S7

### **Ocitnutí se v nezvladatelné situaci**

- Ano – S3, S6
- Ne – S1, S2, S4, S5, S7, S8

Ani jedna sestra se dle svých odpovědí nikdy necítila být v ohrožení života.

## 5 DISKUZE

V této bakalářské práci jsme se zabývali prací sestry v psychiatrické ambulanci. Snažili jsme se najít specifika, která s sebou nese tento obor pro sestru. V této části se budeme snažit shrnout výsledky empirické části a porovnat je s odbornou literaturou. Prvním cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, jaká specifika přináší práce sestry v psychiatrické ambulanci. Jako další cíl jsme si stanovili zjistit, zda práce sestry v psychiatrické ambulanci přináší nějaká rizika pro sestru. Data byla shromažďována pomocí polostrukturovaných rozhovorů a byla provedena analýza dat metodou otevřeného kódování, metodou tužka a papír.

V první kategorii výzkumné části jsme se věnovali vzdělání a možnostem dalšího vzdělávání, které sestry v současnosti mají. Poté jsme přešli k samotné péči o pacienty, tuto kategorii jsme nazvali „péče o klienta z pohledu sestry“ a následně ji rozdělili do tří subkategorií, a to „hlavní úloha v péči o klienta“, „nejčastější výkony, které sestry provádějí“ a „aplikaci depotních injekcí“. Další samostatnou kategorií tvoří „psychoterapie“, po této kategorii následovala kategorie „návštěvní služba“. Další oblast, které jsme věnovali pozornost, byla „komunikace s pacienty“, kterou jsme rozdělili do tří subkategorií a to „nejčastější komunikační blok“, „nejvíce problémový komunikační blok“ a „postup v případě komunikačního bloku“. Jako poslední kategorii jsme vytvořili kategorii „mimořádné situace“, tato kategorie byla následně také rozdělena do tří subkategorií, konkrétně takto „možnosti řešení mimořádných situací“, „psychicky nejnáročnější situace pro sestru“ a „ocitnutí se v nezvladatelné situaci“.

Jako stěžejní schopnost psychiatrické sestry se dle rozhovorů jeví komunikace s pacientem, s čímž nelze jinak než souhlasit. Všech 8 sester, se kterými byly vedeny rozhovory, uvádí dovednost komunikovat jako hlavní předpoklad pro správné provádění této práce. Sestra S7 uvedla: *„Tady je základem všeho komunikace, až když se vám povede s pacientem navázat kontakt, můžete pokračovat. Pak přichází na řadu aplikace depotních injekcí a třeba objednání pacientů na další kontrolu...“* Sestra hraje zásadní roli v komunikaci s psychiatrickým pacientem, protože velmi často právě ona je první, s kým je pacient při návštěvě ordinace v kontaktu. Pacient by měl při rozhovoru se sestrou nabýt dojmu, že ji zajímají jeho problémy a že si ho váží jako člověka. Toto potvrzuje i Venglářová a Mahrová (2006) ve své publikaci, kde uvádí, že by pacient při komunikaci měl být pro sestru rovnocenným partnerem, měla by mu dát najevo své pochopení a neměla by jeho problémy zlehčovat, nebo ho nutit k rozhodování. Psychiatrická sestra

by měla být zejména empatická, vyrovnaná, měla by se dokázat klidně rozhodovat a být sebejistá (Divecká, 2013). K předpokladům sestry pracující v psychiatrické péči patří bezpochyby také umění rozpoznat aktuální psychické rozpoložení pacienta a úroveň komunikace tomu přizpůsobit. Sestra S3 uvedla: „*Pacientovi je třeba věnovat dostatek času a trpělivosti. Po dobu rozhovoru je potřeba mít klidný hlas a stále udržovat rozhovor u správného tématu.*“ Hřebejková (2013) ve svém výzkumu zjistila, že psychiatrické sestry by měly znát specifika komunikace s pacienty s různými diagnózami a měly by při komunikaci s nimi využívat různé kombinace komunikačních stylů dle toho, v jakém stavu se pacient nachází.

Sestry v psychiatrických ordinacích se také mohou setkat s pacienty, kteří mají komunikační blok, ten DeVito (2008) definuje jako překážku, ať už fyzickou nebo psychickou, která brání efektivní komunikaci. Z rozhovorů se sestrami vyplývá, že se s touto situací setkávají, technika zvládnání této situace se ovšem u sester liší, 5 sester z 8 se snaží tento blok zvládnout samostatně. Sestra S7 popsala svoji metodiku zvládnání komunikačního bloku takto: „*Snáším se s dítětem komunikovat pomocí AKK a různých dalších pomůcek, v těch případech ale samozřejmě musím poprosit o spolupráci rodiče, kteří s dítětem umí komunikovat.*“ Zbylé 3 sestry pak takového pacienta předávají do péče lékaři, jako například sestra S1, která odpověděla na otázku, jak řeší komunikační blok, takto: „*Pacienty ke komunikaci nenutím. V případě, že pacienti odmítají komunikovat, předám je do péče lékaři.*“ Rozhovory ukázaly, že sestry se nejčastěji setkávají s komunikačním blokem v podobě akutních psychotických stavů s neschopností se vyjádřit jako jejich následkem. Toto uvedla sestra S1: „*Největší problém z hlediska komunikace představuje stav, kdy se pacient není schopen vyjádřit nebo komunikaci odmítá.*“ Častý výskyt akutních psychotických stavů potvrdila i sestra S5: „*Podle mého názoru jsou to nejčastěji akutní psychotické stavy, které mají za následek neschopnost se vyjádřit.*“ nebo sestra S3: „*Největším komunikačním blokem z mých zkušeností bývají právě akutní psychotické stavy.*“ Při komunikaci s psychiatrickými pacienty by se neměly používat odborné termíny, kvůli správnému pochopení problému ze strany pacienta a za žádných okolností se pacientům nesmí lhát. To ovšem neznamená, že se pacient celou pravdu musí dozvědět najednou, množství informací přizpůsobujeme aktuálnímu stavu a reakcím pacienta (Chodura, 2000).

Práce psychiatrické sestry je velice náročná, co se týká psychiky sester. Sestry se často dostávají do situací, které je psychicky vyčerpávají, proto nemůže v tomto oboru

pracovat labilní člověk nebo někdo, kdo nedokáže oddělit pracovní život od soukromého. Podle slov sester patří k psychicky nejnáročnějším situacím jakákoliv intervence s agresivním pacientem, ať už jde o komunikaci s ním nebo o aplikaci injekce takovému pacientovi. Jako příklady můžeme uvést výpovědi sestry S2: „*Asi situace, kdy je důležité správným způsobem komunikovat s agresivním pacientem.*“ nebo sestry S5: „*Pro mě je psychiky nejnáročnější asi aplikace injekcí brachiálně agresivnímu pacientovi.*“ Komunikace s agresivním pacientem se řídí jistými pravidly. Sestra by měla akceptovat pacientův hněv, neměla by reagovat na pacientovu agresi svojí agresi, neměla by se pacienta dotýkat a otáčet se k němu zády, měla by pátrat po příčině agrese a nechat pacientovi prostor na uklidnění. Měla by mu nabídnout několik možností řešení situace a nechat ho, aby si řešení vybral sám. Neměla by mu však slíbovat něco, co nedokáže splnit (Kristová, 2008).

Dalším specifickým týkajícím se práce psychiatrické sestry je aplikace depotních injekcí. Tuto činnost vykonává všech 8 sester z našeho výzkumného šetření, pouze sestra S1 uvedla, že to není její častá činnost. Depotní injekce jsou využívány v terapii schizofrenie. Lze je také využít v terapii poruch s bludy, bipolární afektivní poruchy nebo některých forem poruch příjmu potravy (Szymanská a kol., 2008; Češková, 2013). V současné době nedosahuje světová preskripce depotních injekcí s antipsychotiky ani 20 %, přesto ale patří naši lékaři k těm, kteří je předepisují často. Při terapii schizofrenie jsou velkou výhodou, protože snižují riziko relapsu choroby a pacienti bývají méně často a na kratší dobu hospitalizováni než pacienti s perorální léčbou. Depotní injekce udržuje koncentraci léčiva v organismu minimálně 7 dní a je vhodná pro pacienty s nízkou adherencí na perorální léčbu (Češková, 2013). Pacienti se často bojí bolesti a toho, že jim tak bude omezena jejich autonomie, proto je před aplikací nutné pacientovi vysvětlit, že nekontrolujeme jeho, ale kontrolujeme nemoc (Szymanská a kol., 2008). Injekce je aplikována do velkého hýžd'ového svalu, protože jehla na aplikaci těchto injekcí je poměrně silná a při tomto způsobu aplikace nemusí pacient pocítit téměř žádnou bolest a také zpravidla nedochází k výraznému otoku místa aplikace (Yousif a Green, 2014). Dalším místem aplikace depotní injekce je deltoidní sval, jak uvádí Bankovská Motlová (2011). Dále uvádí srovnání bolestivosti aplikace do hýžd'ového svalu a do deltoidního svalu, podle autorky je rozdíl zanedbatelný. Pacient má tedy možnost zvolit si aplikační místo dle svých preferencí. Výhodou aplikace do deltoidního svalu je zejména to, že toto místo je snadno přístupné a pacienty obvykle lépe tolerované, než jsou hýždě.

K péči o psychiatrické pacienty, na které se mohou podílet sestry, patří také podpůrná psychoterapie. Ta není zaměřena na léčbu problému, ale pomáhá pacientovi se s konkrétním problémem vyrovnat a lépe snášet stres (Aktip). Využívá se jí při terapii afektivních a psychotických poruch. Sestry mohou sestavovat psychoterapeutický program, vést individuální psychoterapeutické rozhovory a provádět podpůrné psychoterapeutické techniky. Jejich podíl na psychoterapii závisí na vzdělání a zkušenostech, ale také na typu pracoviště (Novotná, 2014b). Na všech dotazovaných pracovištích je tento typ doplňkové terapie provozován, avšak pouze 2 z 8 sester psychoterapii vedou samostatně. Psychoterapii samostatně provádí sestra S5: „*Ano, samostatně provádím psychoterapii v podobě podpůrných psychoterapeutických rozhovorů a motivačních rozhovorů. Většinou však psychoterapii provádí paní doktorka, psychoterapie je psychicky a časově velmi náročná...*“ nebo S3: „*Ano, samostatně provádím podpůrnou psychoterapii v podobě rozhovorů*“. V ostatních zařízeních ji provádí lékař.

Specifikem práce psychiatrické sestry je i komunitní péče, která spočívá v provádění návštěvní služby u klientů. V České republice není tento typ péče poskytován dostatečně. V současné době existují v ČR 3 krizová centra, která zabezpečují psychiatrickou péči 24 hodin denně 7 dní v týdnu, dále jsou zde 2 mobilní krizové týmy, 22 denních stacionářů a pouze 3 pracoviště komunitních sester. Ty poskytují péči – návštěvní službu, přímo v domácím prostředí klientů a jejich náplní práce je například zpracování krizového plánu, psychoedukace, péče o somatický stav pacienta nebo dozor nad perorální medikací (Pěč, n.d.). Ani jedna z 8 dotazovaných sester návštěvní službu neprovádí.

Práce psychiatrické sestry s sebou nese mimo jistá specifika také vyšší pravděpodobnost ocitnutí se v rizikové situaci. Psychiatričtí pacienti mají totiž často narušené chování do té míry, že nedodržují společenské normy a mohou ohrožovat jak své okolí, tak i sebe sama (Petr, 2011). Sestry shodně uvedly, že nejčastějšími rizikovými situacemi je kontakt s agresivním pacientem. Sestry se často setkávají se slovní formou agrese, které se dle slov sestry S7 dá přejít a zvládnout: „*Za mé praxe na psychiatrické ambulanci nikdy nedošlo k fyzickému napadení. Setkala jsem se spíše s napadením slovním, které se nechá přejít a zvládnout.*“ Toto potvrdily i sestry S8: „*Já se nejvíce setkávám s verbální agresivitou.*“ a S3: „*Nejvíce jsou to verbálně neklidní pacienti. Další vypjaté situace se objevují, pokud do ordinace přijde verbálně nebo brachiálně agresivní pacient.*“ Pro sestru je důležité vědět, kdy hrozí agresivní chování, u jakých pacientů a

v jakých situacích. Jejím hlavním úkolem je rozpoznání rizika takového chování a snaha mu předcházet (Petr, 2014d). Pokorný (2004) ve svém článku píše, že personál psychiatrických ambulancí má oproti všeobecným lékařům a záchranářům výhodu v tom, že díky svým zkušenostem a vědomostem lépe odhadne, kdy k agresi dojde. Na druhou stranu jim ale v některých případech ani nadprůměrné komunikační dovednosti nemusí před napadením pomoci. Petr (2011) uvádí, že stávající praxe ukazuje, že se zdravotníkům ne vždy vede odhadovat potencionální rizika a těmto situacím předcházet. Dále uvádí, že nelze očekávat, že tato rizika budou zcela eliminována, ale zdravotnické zařízení má povinnost udělat maximum pro to, aby byl výskyt mimořádných situací minimální. Sestry mají více možností, jak tuto situaci řešit. Pokud je v ordinaci přítomen lékař, situaci řídí on a rozhoduje o dalším postupu – což potvrdily i sestry, se kterými byly vedeny rozhovory, takto reagovala sestra S5: *„Můžu předat pacienta paní doktorce nebo po domluvě s paní doktorkou aplikovat léky na uklidnění, dále mohu použít pohotovostní tlačítko, kterým přivolám ochranu.“* Sestra S3 například zkouší změnu komunikující osoby, a proto také volá v takovém případě lékaře: *„Jako první zkoušíme změnu komunikující osoby, takže volám paní doktorku, pokud je však situace stále nezvladatelná, musíme zavolat policii.“* V takové situaci bychom před rychlým farmakologickým zklidněním měli dávat přednost alternativním technikám zvládnání násilného a agresivního chování (Holmes a kol., 2005). Slovní zklidnění by však využily jen 2 sestry z 8. Sestra S8 používá v mimořádné situaci tyto možnosti: *„Slovní zklidňování a dle ordinace lékaře je možnost zklidnění i injekční formou, k té se ovšem přistupuje až v případě, že rozhovor je neúspěšný.“* Rozhovor by měl být veden ve stejné výšce a je nutné zvládat techniku deeskalace (zklidnění), která je tvořena jak verbální, tak i neverbální složkou (Křížová a Kříž, 2006). Další možností, jak zvládnout tomu situaci, je pomoc třetí osoby, tuto možnost by zvolilo 6 sester z 8. Například sestra S7 uvedla: *„Pokud klient vyhrožuje, je agresivní, voláme policii a záchrannou službu, nebo dle ordinace lékaře a stavu klienta můžeme aplikovat depotní injekci.“* V psychiatrických ordinacích se dle pokynů lékaře v takových situacích může využít farmakoterapie. Této možnosti by dle rozhovorů využily 4 sestry z 8. Pro tento zásah je nutné určit příčinu násilného chování a dle ní medikovat pacienta (Vevera a kol., 2011). I přesto, že k mimořádným situacím dochází v psychiatrických ambulancích běžně, žádná z dotazovaných sester neměla nikdy pocit, že by její život byl v ohrožení. Sestra S3

odpověděla na otázku, zda se někdy cítila v ohrožení života, takhle: „*Zatím ne a doufám, že to tak i zůstane.*“



## 6 ZÁVĚR

Na závěr této práce je třeba říci, že práce sestry v psychiatrické ambulanci je velice náročná a to jak po fyzické, tak zejména po psychické stránce. Tato práce s sebou nese celou řadu specifik a je třeba, aby sestra, která se rozhodne vykonávat práci v tomto oboru, pro ni měla jisté předpoklady. Mezi nejdůležitější předpoklady patří empatičnost, ale zároveň by si sestra měla udržovat zdravý odstup od pacienta, dále pak stabilita a cit pro komunikaci s různými typy pacientů. Psychiatrická sestra musí působit na pacienta důvěryhodně, měla by umět s citem proniknout až do nitra pacienta a také by měla mít dobré pozorovací schopnosti, aby dle změny pacientova chování mohla usoudit, co se právě v pacientovi odehrává. To by jí mělo pomoci předcházet rizikovým situacím, které mohou vyústit ve zranění pacienta nebo sestry samotné.

Psychiatrická sestra je nedílnou součástí terapeutického týmu. Mnohdy má užší kontakt s pacientem než samotný lékař a může lékaři značně pomoci s diagnostikou pacienta, snáze odpozoruje účinnost terapie a jakékoliv odchylky v chování pacienta.

Stanovené cíle se podařilo splnit a byly zodpovězeny všechny 4 základní výzkumné otázky, které byly stanoveny na základě cílů práce. Výzkumná otázka 1 zněla: „Jaká jsou specifika práce sester v psychiatrické ambulanci?“ Na základě odpovědí sester jsme došli k závěru, že sestry mimo jiných úkonů (například odběr krve, odběr anamnézy nebo administrativa), které jsou běžné i na jiných ordinacích, vykonávají řadu specifických prací. Ty jsou zastoupeny zejména aplikací depotních injekcí, typickou pro terapii schizofrenie a jí podobných poruch, vedením podpůrné psychoterapie a v neposlední řadě je v tomto oboru velice důležitá komunikace s pacientem, která se u jednotlivých diagnóz liší a také závisí na aktuálním rozpoložení pacienta. Dalším specifikem patřícím do oboru psychiatrie je návštěvní služba. Toto téma bylo i zároveň další výzkumnou otázkou: „Provádějí sestry návštěvní službu?“. Už v teoretické části bylo vysvětleno, co pojem návštěvní služba znamená. Ve zkratce se jedná o navštěvování klientů v domácím prostředí, kdy jim sestry pomáhají s běžnými denními věcmi a kontrolují adherenci pacienta k perorální terapii. Návštěvní služba není v našich podmínkách běžně vykonávanou činností psychiatrických sester, což by se mělo do budoucna změnit. Dalším tématem byly dle výzkumné otázky 2: „Jaké situace považují sestry v psychiatrických ambulancích za psychicky nejnáročnější?“ Sestry pracující v psychiatrickém oboru jsou vystaveny psychickému tlaku. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry se necítí bezpečně

v době, kdy mají komunikovat s agresivním pacientem. Často v takovém případě využívají pomoc třetí osoby (bezpečnostní služby, Zdravotnické záchranné služby, Policie České republiky). Nejčastější formou agrese, se kterou se sestry setkávají, je agrese slovní. Tato forma se dle sester dá snadno přejít a ignorovat, ale některé výhrůžky mohou působit reálně a sestra může pociťovat strach. S touto situací souvisí i poslední výzkumná otázka: „Jaká jsou rizika práce sestry v psychiatrické ambulanci?“ Psychiatrická sestra je v potencionálně větším nebezpečí, co se týká napadení, než sestry pracující v jiných oborech. To je dáno tím, že do psychiatrických ambulancí přichází pacienti, kteří mají narušeny normy společenského chování a často za vzniklou situaci, zakončenou zraněním ošetřující sestry, vlastně ani nemohou.

Tato práce by se dala v praxi využít jako přehled pro sestry, které zvažují práci na psychiatrickém oddělení. Díky této práci by si mohly udělat představu o práci sestry v psychiatrické ambulanci a zvážit, zda jsou vhodnými adeptkami pro tuto práci. Bylo by dobré tuto práci dále rozšířit zejména o otázky týkající se toho, jak se sestry pracující v psychiatrické péči vyrovnávají s každodenním stresem, kterým je jejich obor doprovázen. Každá sestra má určitě svoji metodu, jak se uklidnit a relaxovat. Toto téma sledávám zajímavým a vychází z toho, jak již bylo zmíněno výše, že tato práce je velice psychicky náročná.

## 7 SEZNAM LITERATURY

AKTIP, © 2014-2016. Psychoterapie. *AKTIP.cz* [online]. [cit. 2016-06-17]. Dostupné z: <http://www.aktip.cz/cs/produkty-sluzby/psychoterapie/index.html>

BABIAKOVÁ, M. Afektivní poruchy. In: MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 248 - 259. ISBN 8024711516.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., 2011. Aplikace dlouhodobě působícího risperidonu do ramene: možnost volby pro pacienta. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 12 (2) [cit. 2016-06-21]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/10.pdf>

BĚHOUNEK, J., 2014. Vyšetřovací metody v psychiatrii. In: PETR, T. a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 78 - 92. ISBN 978-80-247-4236-6.

BLATNICKÁ, J. a E. MARKOVÁ. Hospitalizace. In: MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 72 - 84. ISBN 8024711516.

BLATNICKÁ, J. a M. VENGLÁŘOVÁ. Vyšetřovací, zobrazovací a léčebné metody. In: MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 93 - 101. ISBN 8024711516.

CULLEN-DRILL, M., SCHILLING, K., 2008. The Case for Mandatory Outpatient Treatment. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* [online]. 46 (2), s. 33 – 41 [cit. 2016-02-07]. DOI: 10.3928/02793695-20080201-03. ISSN 0279-3695. Dostupné z: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/02793695-20080201-03>.

ČERNOUŠEK, M., 1988. *Studie k dějinám psychiatrického myšlení II*. 1. vydání. Praha: Novinář, 144 s. ISBN neuvedeno

ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka předpisů České republiky*. Částka 20, s. 482 – 543. Dostupná také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČEŠKOVÁ, E., 2013. Postoje psychiatrů k depotní léčbě. *Psychiatrie pro praxi* [online]., 14 (3) [cit. 2016-06-15]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/03/02.pdf>

DAVID, I., 2010. Počátky péče o duševně nemocné v ČR. *Sestra* vydání 20, Praha: Mladá fronta, a.s., 2, s. 68-70 [cit. 2015-10-20]. ISSN: 1210-0404.

DEVITO, A., J., 2008. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

- DIVECKÁ, E., 2013. Komunikace s pacientem s depresivní epizodou. *Sestra* [online]. 2013 (2) [cit. 2016-06-15]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-s-pacientem-s-depresivni-epizodou-469290>
- DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005. *První pomoc v psychiatrii*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 176 s. ISBN 80-247-0197-09.
- DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.
- ELEXOVÁ, H. a T. PETR, 2006. Organizační formy ošetrovatelské péče. In: MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 52 - 58. ISBN 8024711516.
- HOLMES, L., C., SIMMONS H. a PILOWSKY S. L., 2005. Rychlá trankvilizace – zklidnění. In: BEER, D. M., PEREIRA S. M. a C. PATON. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 47 – 48. ISBN 80-247-0363-7.
- HŘEBEJKOVÁ B., 2013. *Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení*. České Budějovice. Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity. Vedoucí bakalářské práce Klára Kubartová.
- CHODURA, V., 2000. *Komunikace a duševní poruchy*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 53 s. ISBN 80-7040-409-4.
- KRISTOVÁ, J., 2008. Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním. *Sestra* [online]. 2008 (12) [cit. 2016-06-20]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-sestry-s-pacientem-s-agresivnim-chovanim-398385>
- KŘÍŽOVÁ, V. a KŘÍŽ, P., 2006. Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči. *Sestra* [online]. 2006 (10) [cit. 2016-06-17]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/neklidny-a-agresivni-pacient-v-prednemocnicni-peci-274000>
- LÁTALOVÁ, K. a kol., 2011. Psychiatrické vyšetření. In: PRAŠKO, J. a kol. *Klinická psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Tigis, s. 14 – 23. ISBN: 9788087323007.
- LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 240 s, ISBN 978-80-247-4454-4.
- LÁTALOVÁ, K. a kol., 2013a. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. In: PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K. a kol. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, s. 341 - 385. ISBN: 9788020427984.
- LÁTALOVÁ, K. a kol., 2013b. Afektivní poruchy. In: PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K. a kol. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, s. 386 - 448. ISBN: 9788020427984.

MAINEROVÁ, B. a kol., 2013. Afektivní poruchy. In: PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K. a kol. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, s. 302 - 340. ISBN: 9788020427984.

MARKOVÁ, E. Organizace péče o osoby s duševní poruchou. In: MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ, 2006a. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 38 – 49. ISBN 8024711516.

MARKOVÁ, E., 2014. Duševní zdraví. In: PETR, T. a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 17 – 22. ISBN 978-80-247-4236-6.

MZČR, 2015. Akční plán č. 3: Duševní zdraví. *Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* [online]. s. 37 [cit. 2016-02-07]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Admin/upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2003\\_dusevni%20zdravi\\_.pdf](http://www.mzcr.cz/Admin/upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf)

NOLAN, P., CARR, N., DORAN, M., 2004. Nurse prescribing: the experiences of psychiatric nurses in the United States. *Nursing Standard* [online]. 18 (26), s. 33 – 38 [cit. 2016-01-28]. DOI: 10.7748/ns2004.03.18.26.33.c3564. ISSN 0029-6570. Dostupné z: <http://www.rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/ns2004.03.18.26.33.c3564>.

NOVOTNÁ, B., 2014a. Kompetence sester pracujících na psychiatrii. In: PETR, T. a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 37 - 41. ISBN 978-80-247-4236-6.

NOVOTNÁ, B., 2014b. Psychoterapie a psychoterapeutický přístup. In: PETR, T. a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 121. ISBN 978-80-247-4236-6.

OCISKOVÁ, M. a J. PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.

PETR, T., 2014a. Historie péče o nemocné. In: PETR, T. a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 24 – 34. ISBN 978-80-247-4236-6.

PETR, T., 2014b. Organizace psychiatrické péče v ČR. In: PETR, T. a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 42 - 48. ISBN 978-80-247-4236-6.

PETR, T., 2014c. Prevence rizik na psychiatrických odděleních. In: PETR, T. a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 166 - 170. ISBN 978-80-247-4236-6.

PETR, T., 2014d. Ošetrovatelský přístup k neklidným a agresivním pacientům. In: PETR, T. a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 171 - 180. ISBN 978-80-247-4236-6.

PETR, T., 2011. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 107 (2) [cit. 2016-06-25]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=699>

PĚČ, O., neznámé datum. Komunitní péče. In: *Psychiatrická společnost ČLS JEP* [online]. [cit. 2016-06-17]. Dostupné z: [http://ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=200&Itemid=106](http://ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200&Itemid=106)

POKORNÝ, J., 2004. Neodkladná psychiatrická intervence v přednemocniční neodkladné péči. *Medicína pro praxi* [online]. 2004 (2) [cit. 2016-06-21]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2004/02/11.pdf>

POLCZYK - PRZYBYLA, M. a T. MORHAN, 2005. Fyzické omezení. In: BEER Dominic a kol. *Intenzivní péče v psychiatrii* 1. vydání. Praha: Grada, s. 135 – 144. ISBN: 9788024703633.

PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O., 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. 1. vydání, Praha: Portál, 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

PRAŠKO, J. a kol., 2013a. Diagnostický proces a klinické vedení. In: PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K. a kol. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, s. 105 - 149. ISBN: 9788020427984.

PRAŠKO, J. a kol., 2013b. Organické psychiatrické poruchy včetně symptomatických. In: PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K. a kol. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, s. 242 – 301. ISBN: 9788020427984.

PRAŠKO, J. a kol., 2013c. Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. In: PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K. a kol. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, s. 449 - 621. ISBN: 9788020427984.

PRAŠKO, J. a J. REKTOR, 2010. Úvod - psychoterapie v akutních situacích a kvalita péče. In: Psychiatrická společnost ČSL JEP. *Duševní poruchy a kvalita péče*. 1. vydání, Brno: Tribun EU, s. 265 - 268. ISBN 978-80-7399-958-2.

RABOCH, J., 2010. Duševní poruchy a kvalita péče. In: Psychiatrická společnost ČSL JEP. *Duševní poruchy a kvalita péče*. 1. vydání, Brno: Tribun EU, s. 14 – 16. ISBN 978-80-7399-958-2.

RAJMOVÁ, E., 2006a. Historie psychiatrického ošetrovatelství a vývoj vzdělávání ošetrovatelského personálu v psychiatrii. In: MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 25 - 32. ISBN 8024711516.

SCHAUMBERG, L., NARAYAN, S. M., WRIGHT, T., 2013. Advanced Practice Nurse Psychiatric Bridging Intervention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* [online]. 51 (5), s. 36 – 43 [cit. 2016-01-20]. DOI: 10.3928/02793695-20130320-01. ISSN 0279-3695. Dostupné z: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/02793695-20130320-01>.

SZYMANSKÁ, T., TŮMA, I., PEČEŇÁK, J., 2008. Dlouhodobě působící injekční antipsychotika – málo využívaná možnost léčby? *Remedia* [online]. 18 (5) [cit. 2016-06-17]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Psychiatrie/Dlouhodobě->

pusobici-injekcni-antipsychotika-malo-vyuzivana-moznost-lecby/8-1n-jS.magarticle.aspx

ÚZIS, 2013. Psychiatrická péče 2013. Praha. ISBN 978-80-7472-140-3. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2013>.

VENCOVSKÝ, E., 1983. *Čtení o psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 248 s. ISBN neuvedeno.

VENCOVSKÝ, E., DOBIÁŠ, J., 1976. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 392 s. ISBN 08-024-76.

VENGLÁŘOVÁ, M., 2006. Komunikace s nemocným s problémovým chováním. In: VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHOVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 81. ISBN 80-2471262-8.

VEVERA, J., ČERNÝ, M., KRÁL, P., 2011. Agrese a násilné chování. *Postgraduální medicína* [online]. 2011 (2) [cit. 2016-06-17] ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/agrese-a-nasilne-chovani-457912>

VIRTANEN, M., VAHTERA, J., BATTY, G. D., TUISKU, K., PENTTI J., OKSANEN, T., SALO, P., AHOLA, K., KIVIMAKI, M., 2011. Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data – linked longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 198, s. 149 – 155.

YOUSIF, M. a A. GREEN, 2014. Depot medication. In: *RC PSYCH* [online]. [cit. 2016-06-17]. Dostupné z: <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/treatmentswellbeing/depotmedication.aspx>

## **8 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 – Seznam otázek pro rozhovory

Příloha 2 – Žádosti o povolení výzkumného šetření

Příloha 3 – Technika kódování



## Příloha 1 – Seznam otázek pro rozhovory

1. Pozorujete rozdíl v přístupu ke klientům a umění reagovat na nežádoucí situace mezi sestrami se specializací a sestrami bez specializace v tomto oboru?
2. Jaké máte možnosti dalšího vzdělávání v oboru?
3. V čem spočívá vaše hlavní úloha v péči o klienta?
4. Jaké výkony provádíte v psychiatrické ambulanci nejčastěji?
5. Aplikujete zde depotní injekce?
6. Provádíte zde psychoterapeutické výkony?
7. Provádíte nějaký druh psychoterapie samostatně? Jaký?
8. Je vaší náplní práce i návštěva kompenzovaných klientů v domácím prostředí?
9. Jak vaše návštěvy probíhají?
10. Vypozorovala jste někdy během této návštěvy u pacienta zhoršení stavu?
11. Důležitou součástí psychiatrie je komunikace. Jsou pacienti vždy ochotni komunikovat?
12. Jaký komunikační blok je nejčastější?
13. Jaký komunikační blok představuje největší problém?
14. Jakým způsobem navazujete komunikaci v těchto situacích?
15. Psychiatrická praxe přináší řadu vypjatých a nečekaných situacích. S jakou mimořádnou situací se setkáváte nejčastěji?
16. Jaké máme možnosti řešení takové situace?
17. Jakou situaci považuje za psychicky nejnáročnější?
18. Setkala jste se někdy během své praxe se situací, která pro vás byla nezvladatelná?
19. Cítila jste se někdy v ohrožení života?
20. Jak jste tuto situaci řešila?

Příloha 2 – Žádosti o povolení výzkumného šetření

Prim MUDr. Jarmila Hráčková  
Psychiatrická nemocnice v Dobřanech  
Ústavní ulice  
334 41 Dobřany

V Týně nad Vltavou 31.3.2116

Věc: Žádost k provedení výzkumu

Vážená paní doktorko Hráčková, ráda bych vás požádala o provedení výzkumu ve vaší nemocnici.

Výzkum bych ráda realizovala formou polostrukturovaného rozhovoru ses sestrami pracujícími v psychiatrických ambulancích. Výsledky výzkumu bych ráda použila v empirické části své bakalářské práce na téma Práce sestry v psychiatrické ambulanci. Výsledky práce mohou posloužit sestrám pracujícím v psychiatrické ambulanci, ale stejně tak studentům, kteří studují obor ošetrovatelství. Mohou pomoci odhalit problémy v oblasti vztahů sester a pacientů s duševní poruchou a mohly by proto posloužit jako podklad pro zkvalitnění spolupráce mezi sestrou a pacientem.

Předem moc děkuji za čas věnovaný mé žádosti.

S pozdravem Veronika Haiklová

Veronika Haiklová

Studentka 3. ročníku oboru všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty JČU v ČB.

Alej Míru 564,

Týn nad Vltavou, 375 01

Podpis Prim MUDr. Jarmila Hráčková



PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE  
V DOBŘANECH  
Ústavní ul., 334 41 Dobřany

*Doporučuji*

*Alena*  
PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE  
V DOBŘANECH  
hlavní sestra  
Ústavní ul., 334 41 Dobřany

Mgr. Helena Plocková  
Nemocnice Tábor a.s.  
Kapitána Jaroše 2000  
390 03 Tábor  
V Týně nad Vltavou 6. 4.2116

Věc: Žádost k provedení výzkumu

Vážená paní magistro Plocková, ráda bych vás požádala o provedení výzkumu ve vaší nemocnici.

Výzkum bych ráda realizovala formou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami pracujícími v psychiatrických ambulancích. Výsledky výzkumu bych ráda použila v empirické části své bakalářské práce na téma Práce setry v psychiatrické ambulanci. Výsledky práce mohou posloužit sestrám pracujícím v psychiatrické ambulanci, ale stejně tak studentům, kteří studují obor ošetrovatelství. Mohou pomoci odhalit problémy v oblasti vztahů sester a pacientů s duševní poruchou a mohly by proto posloužit jako podklad pro zkvalitnění spolupráce mezi sestrou a pacientem.

Předem moc děkuji za čas věnovaný mé žádosti.

S pozdravem Veronika Haiklová

Veronika Haiklová

Studentka 3. ročníku oboru všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty JČU v ČB.

Alej Míru 564,

Týn nad Vltavou, 375 01

Podpis hlavní sestry nemocnice - Mgr. Helena Plocková

6.4.2016

hl.s.

Bc. Jana Burdová  
(náhradník pro akreditační procesy)

Primář oddělení MUDr. Jiří Hudeček  
Fakultní nemocnice Plzeň  
Alej Svobody 80  
304 60 Plzeň-Lochotín

V Týně nad Vltavou 31.3.2116

Věc: Žádost k provedení výzkumu

Vážený pane doktore Hudečku, ráda bych vás požádala o provedení výzkumu ve vaší nemocnici.

Výzkum bych ráda realizovala formou polostrukturovaného rozhovoru ses sestrami pracujícími v psychiatrických ambulancích. Výsledky výzkumu bych ráda použila v empirické části své bakalářské práce na téma Práce sestry v psychiatrické ambulanci. Výsledky práce mohou posloužit sestrám pracujícím v psychiatrické ambulanci, ale stejně tak studentům, kteří studují obor ošetrovatelství. Mohou pomoci odhalit problémy v oblasti vztahů sester a pacientů s duševní poruchou a mohly by proto posloužit jako podklad pro zkvalitnění spolupráce mezi sestrou a pacientem.

Předem moc děkuji za čas věnovaný mé žádosti.

S pozdravem Veronika Haiklová

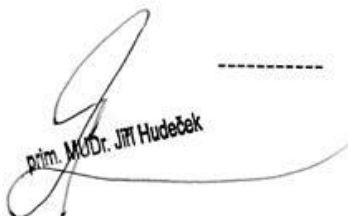
Veronika Haiklová

Studentka 3. ročníku oboru všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty JČU v ČB.

Alej Míru 564,

Týn nad Vltavou, 375 01

Podpis primáře oddělení Jiří Hudeček

  
prim. MUDr. Jiří Hudeček

## Příloha 3 – Technika kódování

### Rozhovor 3

Sestra označovaná jako sestra S3 pracuje v oboru psychiatrie 10 let. Vystudovala magisterské studium na vysoké škole a poté vystudovala specializační vzdělávací program v oboru „Ošetrovatelská péče v psychiatrii“. V současné době pracuje v obecné psychiatrické ambulanci a AT ambulanci.

- 1 Pozorujete rozdíl v přístupu ke klientům a umění reagovat na nežádoucí situace mezi sestrami  
2 se specializací a sestrami bez specializace v tomto oboru?
- 3 „Nemyslím si, že by <sup>vedlejší!</sup> specializace nějak ovlivňovala přístup sestry k pacientovi. Jde  
4 spíše o umění komunikovat, zkušenosti, povahové rysy pacienta, momentální psychické  
5 rozpoložení pacienta a pochopitelně zde velkou roli hrají i osobní sympatie či antipatie mezi  
6 sestrou a pacientem.“
- 7 Jaké máte možnosti dalšího vzdělávání v oboru?
- 8 „Různé <sup>vedlejší!</sup> kurzy a semináře, nikdy jsem zde neměla problém, pokud jsem o nějaký kurz  
9 stála...“
- 10 V čem spočívá vaše hlavní úloha v péči v klienta?
- 11 „Vhodná komunikace, podpůrná adiktologická komunikace.“  
*péče - hlavní úloha*
- 12 Jaké výkony provádíte v psychiatrické ambulanci nejčastěji?
- 13 „Provádím podpůrnou psychoterapii, aplikaci injekcí, odběry krve, kontrolu  
14 fyzilogických funkcí, administrativní činnost, objednávání pacientů na kontrolu a sběr  
15 anamnézy.“  
*péče - nejčastější úkony*
- 16 Aplikujete zde depotní injekce?
- 17 „Ano.“ *péče - depotní injekce*
- 18 Provádíte zde psychoterapeutické výkony?
- 19 „Ano, ty zde provádíme...“  
*Psychoedukace*
- 20 Provádíte nějaký druh psychoterapie samostatně? Jaký?
- 21 „Ano, samostatně provádím podpůrnou psychoterapii v podobě rozhovorů.“  
*Psychoedukace*

22 Je vaší náplní práce i návštěva kompenzovaných klientů v domácím prostředí?

23 „Není.“ *návštěvní úkoly*

24 Důležitou součástí psychiatrie je komunikace. Jsou pacienti vždy ochotni komunikovat?

25 „Právě <sup>KOMUNIKACE</sup> komunikace je zde častý „kámen úrazu“, pacienti k nám do ambulance  
26 nepřicházejí vždy pouze v takovém psychickém rozpoložení, kdy by chtěli nebo byli schopni  
27 komunikovat.“

28 Jaký komunikační blok je nejčastější?

29 „Nejčastěji se s problémem komunikovat setkávám ve spojení s alkoholem a akutními  
30 psychotickými stavy.“ *komunikace - nejčastější blok*

31 Jaký komunikační blok představuje největší problém?

32 „Největším komunikačním blokem z mých zkušeností bývají právě akutní psychotické  
33 stavy.“ *komunikace - největší problém*

34 Jakým způsobem navazujete komunikaci v těchto situacích?

35 „Pacientovi je třeba věnovat dostatek času a trpělivosti. Po dobu rozhovoru je  
36 potřeba mít klidný hlas a stále udržovat rozhovor u správného tématu.“ *komunikace - postup při bloku*

37 Psychiatrická praxe přináší řadu vypjatých a nečekaných situací. S jakou mimořádnou  
38 situací se setkáváte nejčastěji?

39 „Nejvíce jsou to verbálně neklidní pacienti. Další vypjaté situace se objevují, pokud  
40 do ordinace přijde verbálně nebo brachiálně agresivní pacient.“ *mimořádné situace*

41 Jaké máte možnosti řešení takové situace?

42 „Jako první zkusíme změnu komunikující osoby, takže volám paní doktorku, pokud je  
43 však situace stále nezvladatelná, musíme zavolat policii.“ *mimořádné situace - řešení*

44 Jakou situaci považujete za psychicky nejnáročnější?

45 „Neklidný a agresivní pacient“ *mimořádné situace - nejnáročnější*

46 Setkala jste se někdy během své praxe se situací, která pro vás byla nezvladatelná?  
*mimořádná situace - nezvladatelná situace*

47 „Ano, setkala jsem se právě s agresivním pacientem, který se mnou odmítal  
48 komunikovat, a jeho agresivita se stupňovala. Nakonec jsem musela zavolat policii a  
49 záchrannou službu.“

50 Cítila jste se někdy v ohrožení života?

51 „Zatím ne a doufám, že to tak i zůstane.“

*mimořádná situace - nezvladatelná situace*