



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Role sestry v systému komunitní péče o osoby s duševním
onemocněním**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Hana Křípalová

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

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Role sestry v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním*“ 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 plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2023

.....

podpis

Poděkování

Mé poděkování patří paní Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za její odborné vedení, poskytování cenných rad a pomoc při psaní bakalářské práce.

Role sestry v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním

Abstrakt

Jelikož se v České republice začíná měnit systém péče a služeb pro lidi s dlouhodobým duševním onemocněním, vznikají Centra duševního zdraví, která jsou od roku 2018 novým nízkoprahovým pilířem pro poskytování zdravotně–sociálních služeb. Centra jsou mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou akutní i specializovanou péčí. Nedílnou součástí multidisciplinárních týmů v tomto typu zařízení jsou psychiatrické sestry, na které se tato práce zaměřila.

Teoretická část práce byla zaměřena na duševní onemocnění, jeho diagnostiku, léčbu a terapii. Dále je popsána organizační struktura psychiatrické péče a role psychiatrických sester, které jsou součástí multidisciplinárních týmů.

Empirická část byla zaměřena na zmapování činností sester pracujících v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním, v Centrech duševního zdraví (CDZ), za pomoci kvalitativního výzkumného šetření. Cílovou skupinu šetření představovaly psychiatrické sestry pracující v CDZ, kdy informace byly získány formou polostrukturovaného rozhovoru. V souvislosti cílem práce byly stanoveny tři výzkumné otázky: „*Jaké činnosti vykonávají sestry pracující v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním?*“, „*Jakým způsobem je sestrami zajišťována péče o osoby s duševním onemocněním v systému komunitní péče?*“ a „*Jak probíhá spolupráce s klienty v Centrech duševního zdraví z pohledu sester?*“ Na základě rozvorů s informanty vzniklo celkem osm kategorií dat. Výstupem výzkumu bylo zjištění, že spolupráce mezi sestrou a osobou s duševním onemocněním je individuální, závisí na vzájemném vztahu a důvěře mezi nimi. Důležitým nástrojem pro práci sestry je tedy komunikace. Z toho vyplývají i doporučení pro praxi, kdy sestra by měla být vzdělaná a měla by mít dostatečné komunikační dovednosti a tzv. soft skills. Dále je důležitý partnerský přístup ke klientovi, sestra by měla být empatická a schopná klienta podporovat. V rámci toho jsou doporučovány workshopy a přednášky na toto téma, dále tzv. stínování, sdílení zkušeností a supervize.

Klíčová slova

Duševní onemocnění; komunitní péče; reforma psychiatrické péče; role sestry

The role of the nurse in the system of community care for people with mental illness

Abstract

As the system of care and services for people with long-term mental illness in the Czech Republic is starting to change, Mental Health Centers are emerging as a new low-threshold pillar for providing healthcare and social services since 2018. These centers serve as an intermediary between primary care, including outpatient psychiatric care, and acute and specialized care. Psychiatric nurses are an integral part of the multidisciplinary teams in these facilities, which is the focus of this work.

The theoretical part of the thesis is focused on mental illness, its diagnosis, treatment, and therapy. It also describes the organizational structure of psychiatric care and the role of psychiatric nurses who are part of the multidisciplinary teams.

The empirical part is focused on mapping the activities of nurses working in the community care system for people with mental illness in Mental Health Centers (CDZ) using qualitative research. The target group of the study consisted of psychiatric nurses working in CDZ, and information was obtained through semi-structured interviews. In connection with the aims of the work, three research questions were set: "What activities do nurses perform in the community care system for people with mental illness?", "How is the care of people with mental illness in the community care system ensured by nurses?", and "What is the collaboration with clients like in Mental Health Centers from the nurses' perspective?".

Based on the interviews with the informants, a total of eight categories of data were identified. The research found that the collaboration between the nurse and mentally ill individuals is individual, and it depends on the relationship and trust between them. Therefore, communication is an essential tool for the nurse's work. As a result, recommendations for practice include having a well-educated nurse with adequate communication skills and soft skills. A partnership approach to the client is also crucial, and the nurse should be empathetic and able to support the client. Workshops, lectures on this topic, shadowing, sharing experiences, and supervision are recommended.

Keywords

Mental illness; community care; psychiatric care reform; the role of the nurse

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav problematiky	11
1.1 Duševní onemocnění.....	11
1.1.1 <i>Definice duševního onemocnění</i>	11
1.1.2 <i>Příčiny a diagnostika duševních onemocnění</i>	12
1.1.3 <i>Terapie a prevence duševních onemocnění</i>	13
1.2 Komunitní péče jako alternativa k psychiatrické hospitalizaci	15
1.2.1 <i>Psychiatrická péče a její reforma</i>	15
1.2.2 <i>Komunitní péče</i>	18
1.2.3 <i>Centrum duševního zdraví</i>	19
1.2.4 <i>Výhody komunitní péče o osoby s duševním onemocněním</i>	21
1.3 Role sestry v systému komunitní péče.....	22
1.3.1 <i>Úloha sestry v rámci týmu komunitní péče</i>	23
1.3.2 <i>Kompetence sester v komunitní péči o osoby s duševním onemocněním</i>	26
2 Cíle práce a výzkumné otázky	29
2.1 Cíle práce	29
2.2 Výzkumné otázky	29
3 Metodika.....	30
3.1 Použité metody	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
4 Výsledky.....	34
4.1 Zpracování získaných dat	34
4.2 Výsledky výzkumu	35
5 Diskuse	45
6 Závěr.....	55
7 Seznam použitých zdrojů	57
Přílohy.....	62
Seznam obrázků a diagramů	63
Seznam tabulek	64
Seznam zkratk	65

Úvod

Tato bakalářská práce se bude zabývat rolí sester v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v České republice (ČR). Toto téma má zásadní význam vzhledem k nedávným změnám v systému péče a služeb pro lidi s duševním onemocněním v ČR, kdy od roku 2018 zde vznikají Centra duševního zdraví, která jsou novým nízkoprahovým pilířem pro poskytování zdravotně–sociálních služeb. Jsou tedy mezičlánkem mezi primární péčí, lůžkovou akutní i specializovanou péčí. V dalších oblastech Reforma péče o duševní zdraví zavádí systémovou změnu v poskytování psychiatrické péče s cílem zvýšit její kvalitu, efektivitu a zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním a omezit jejich stigmatizaci. Role sestry je pak v tomto procesu velmi důležitá, jelikož právě sestry z Center duševního zdraví jsou s těmito pacienty/klienty v denním kontaktu. Tento fakt je z mého pohledu zásadní a je důvodem, proč jsem se rozhodla zpracovat práci na toto téma. Zkušené sestry v terénu pak vědí, kdy jejich klienti potřebují poradit, kdy potřebují poskytnout podporu a kdy naopak dát prostor pro samotu. Při své práci jsem viděla, jak je důležité vytvořit klíčové vazby s klienty, protože to pak může mít výrazný dopad na jejich život. Je to výjimečná práce s výjimečnými lidmi, kdy dle mého názoru sestry komunitního týmu přináší novou naději a podpořit kvalitu života těchto klientů.

Teoretická část práce bude zaměřena na duševní onemocnění, jeho diagnostiku a léčbu, organizační strukturu psychiatrické péče, stejně jako na roli psychiatrických sester, které jsou součástí multidisciplinárních týmů pracujících v tomto typu zařízení.

Empirická část bude zaměřena na zmapování činnosti sester pracujících v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v nově vzniklých Centrech duševního zdraví (CDZ) v České republice za pomoci kvalitativního výzkumného šetření. Cílovou skupinu šetření představují psychiatrické sestry pracující v CDZ, kdy informace budou získány formou polostrukturovaného rozhovoru.

Věřím, že se komunitní péče v České republice rozvine a bude fungovat na vysoké úrovni, stejně jako v zemích, které již prošly transformací a modernizací systémů péče o osoby s duševním onemocněním. Práce může přispět k pozitivním změnám v této oblasti a pomoci řešit výzvy, které stále zůstávají otevřené nejen v České republice, ale i v jiných

zemích Evropské unie. Taktéž může sloužit jako studijní materiál pro všechny, jenž mají o tuto problematiku zájem.

1 Současný stav problematiky

Tato část práce se zaměřuje na dvě klíčové oblasti, které jsou nezbytné pro celkové pochopení problematiky. Nejprve se bude zabývat duševním onemocněním a druhou zásadní oblastí je komunitní péče jako nový koncept péče, který má za cíl poskytnout lidem s duševním onemocněním vhodnou podporu a pomoc v jejich přirozeném prostředí. Práce se tedy bude zabývat konceptem komunitní péče, jeho principy, výhodami a nedostatky a jakým způsobem je implementována v systému péče o duševně nemocné v České republice. V závěru této části bude pojednáno o roli psychiatrické sestry v systému komunitní péče.

1.1 Duševní onemocnění

Duševní onemocnění je v dnešní době jedním z největších zdravotních problémů na celém světě. Kdy například Polanczyk et al. (2015) uvádějí, že celosvětový výskyt duševních poruch je přibližně 13 %. Boerm a Mathers (2015) analyzují data z WHO, kdy podle nich jsou sebevraždy třetí nejčastější příčinou úmrtí adolescentů. Tato čísla jsou alarmující. A proto je nezbytné se duševními nemocemi zabývat. Nejprve si tedy tento pojem definujeme, následně budou popsány nejčastější příčiny duševních poruch, jejich diagnostika, léčba a prevence.

1.1.1 Definice duševního onemocnění

Duševní onemocnění lze definovat jako specifickou poruchu, která je spolehlivě rozpoznatelná na základě souboru znaků (symptomů a syndromů) a natolik závažná, aby způsobila ztrátu sociálního postavení ve společnosti a pracovní schopnosti v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání (Mahrová a Venklářová, 2008). Duševní onemocnění mohou mít různé příčiny, od genetických faktorů až po vnější vlivy jako stres, traumatické zážitky nebo užívání psychoaktivních látek. Světová zdravotnická organizace (WHO, 2001) definuje duševní zdraví jako pocit plné tělesné, psychické a sociální pohody, v němž klade důraz na uspokojení bio–psycho–sociálních potřeb jedince, který je schopen vést vlastní produktivní život a přispívá k prospěchu své komunity.

Další definici duševní poruchy například uvádí Americká psychiatrická asociace (APA) v diagnostickém manuálu DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) (Raboch et al., 2015). Podle této definice je duševní porucha charakterizována klinicky významným syndromem nebo vzorcem chování, který se vyskytuje u jedince a způsobuje mu utrpení nebo narušení jeho funkce v běžném životě. Tento syndrom nebo vzorec chování musí být spojen s dysfunkcí v kognitivních (poznávání), behaviorálních (chování) nebo emocionálních funkcích jedince, a musí být mimo běžné reakce na stresové události nebo na kulturu nebo zvyky daného jedince. Tato definice klade důraz na klinickou významnost, funkční narušení a vylučuje běžné reakce na stresové situace (Raboch et al., 2015). U nás jsou duševní onemocnění klasifikována podle platného soudobého klasifikačního systému, kterým je Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revizi (MKN-10, 2020). Orel (2020) dodává, že tento systém rozděluje duševní onemocnění do různých kategorií podle klinického vývoje, diagnostických intervencí a kritérií onemocnění.

Vážně duševně nemocní (SMI) jsou pak skupinou pacientů/ klientů, která je nejvíce ohrožena důsledky vlastní nemoci i okolnostmi s nemocí spojenými (Základní principy péče poskytované v CDZ, 2017).

1.1.2 Příčiny a diagnostika duševních onemocnění

Raboch et al. (2020) považuje příčiny duševních onemocnění za velmi komplexní, kdy se často jedná o kombinaci různých faktorů. Mezi hlavní faktory patří genetické predispozice, biologické faktory (např. poruchy funkce mozku a neurotransmiterů), psychologické faktory (např. stres, traumata, nízké sebevědomí) a sociální faktory (např. chudoba, sociální izolace, špatné životní podmínky). Obdobně hovoří i Orel (2020), který uvádí, že dalším faktorem vedoucím ke vzniku či zhoršení duševního onemocnění jsou bezesporu návykové látky. Návykové látky, jako jsou alkohol, tabák, drogy a léky (např. hypnotika či sedativa), mohou mít významný negativní vliv na duševní zdraví. Lze uvést příklad dlouhodobých konzumentů alkoholu, u kterých se při nadměrném pití mohou objevit deliria, halucinace a další příznaky psychických poruch. Postupně se mohou vyvinout i závažné chronické duševní poruchy, jako je například Korsakovova demence/ syndrom. Raboch et al. (2020) uvádí, že je doložený i vliv drog a léků. Užívání stimulantů, jako je kokain nebo amfetamin, může vést k úzkosti, paranoii a psychózám.

Užívání marihuany může zhoršit symptomy úzkosti, deprese a psychóz. Léky na předpis, jako jsou antidepresiva a antipsychotika, mohou také mít vedlejší účinky, jako je například zhoršení deprese nebo zvýšení rizika vzniku sebevražedných myšlenek.

Klinický obraz duševních onemocnění je pak velmi proměnlivý a mnohotvárný, proto se stanovení diagnózy duševních onemocnění řadí mezi nejobtížnější ze všech medicínských oborů (Raboch et al., 2020). Diagnostika je složitý proces, který se zakládá na důkladné anamnéze a klinickém vyšetření. Psychiatr nebo klinický psycholog vyhodnocuje příznaky, které pacient prezentuje, a porovnává je s kritérii pro určitou duševní poruchu stanovenými v diagnostických manuálech, jako je například DSM-5 nebo MKN-10. Diagnostika duševních poruch se také může opírat i o různé testy a dotazníky, které pomáhají získat další informace o psychickém stavu pacienta (Dušek, 2020). Kučerová (2013) například uvádí, že rozhovor je nejdůležitější součástí celého procesu stanovování diagnózy. Při rozhovoru záleží na osobnosti pacienta/ klienta i lékaře.

Jak uvádí Orel (2020) základní diagnózu určuje psychiatr na základě zhodnocení všech údajů o vyšetřované osobě, následně se od toho odvíjí plán dalšího postupu a stanovení terapie. Podle Duška a Večeřové – Procházkové (2015) dnes již často nestačí pouze základní psychiatrické vyšetření, běžnou součástí je i řada pomocných medicínských vyšetřovacích metod (např. CT, CT/SPECT a další), většinou se postupuje od jednodušších, méně invazivních až ke složitějším vyšetřením.

1.1.3 Terapie a prevence duševních onemocnění

Terapie a prevence duševních onemocnění jsou důležitými oblastmi, které podle Duška (2015) pomáhají lidem s duševními poruchami zlepšit své zdraví a kvalitu života, jenž je prioritou současné reformy psychiatrické péče. Existuje celá řada terapeutických přístupů, včetně farmakoterapie, psychoterapie, biologickou terapii, psychiatrickou rehabilitaci, socioterapii terapie uměním, rodinné terapie a dalších.

Dušek a Večeřová – Procházková (2015) popisují farmakoterapii jako léčebný přístup, který se zaměřuje na použití léků k léčbě duševních poruch. Léky jsou často používány k léčbě depresí, úzkostných poruch, bipolární poruchy, schizofrenie a dalších duševních poruch. Psychoterapie je další důležitou terapeutickou možností pro léčbu duševních

poruch. Může být použita samostatně nebo v kombinaci s farmakoterapií. Psychoterapie podle Orla (2020) pak zahrnuje různé terapeutické přístupy, včetně kognitivně-behaviorální terapie, psychodynamické terapie, interpersonální terapie a dalších. Tyto terapeutické přístupy se zaměřují na posílení schopnosti pacienta řešit problémy, zlepšit jeho emoční a mentální stav a zlepšit jeho kvalitu života. V léčbě obecně je však nutné postupovat dle soudobých znalostí vědy a poznání.

Dušek (2015) s Orlem (2020) se shodují, že pro úspěšnou léčbu duševního onemocnění je nezbytná včasná diagnostika. Anamnéza se nejčastěji odehrává formou rozhovoru s klientem případně i jeho blízkými. Příznaky onemocnění může vyšetřovaný klient zjednodušovat a zatajovat, proto by si měl ošetřující lékař všimnout i celkového obrazu a vedlejších projevů nemocného.

Vzhledem k tomu, že je tato práce zaměřená na komunitní péči, je třeba zmínit i asertivní komunitní léčbu. Tu Petr a Marková (2014) řadí mezi evidence based postupy léčby. Asertivní komunitní přístup má napomoci lepší koordinaci poskytování služeb psychiatrické péče a zabránit tak rehospitalizaci osob dlouhodobě duševně nemocných. Případové vedení (čili individuální přístup ke každému klientovi) zajišťované členem multidisciplinárního týmu se zaměřuje nejčastěji na poskytování kontinuální psychiatrické léčby, řešení sociálních problémů, podporu a nácvik všedních činností ve vlastním prostředí klienta a jeho rodiny. Pracovníci mají příležitost pozorovat životní situace osob s duševním onemocněním a uplatit je při sestavování konkrétních krizových intervencí, které využijí při výskytu relapsu onemocnění.

Základem psychiatrické a psychologické práce s osobami s duševním onemocněním je pak podle Práška et al. (2017) psychoedukace. Ta je součástí prevence duševních onemocnění. Člověk s duševním onemocněním a jeho rodina získává informace proč a jak potíže vznikly, s cílem eliminace projevů onemocnění a důležitostí spolupráce nemocného s členy terapeutického týmu při obnově duševního zdraví. Poskytnutí základních informací o onemocnění, jeho projevech a možnostech léčby je důležitým faktorem při rozpoznání varovných příznaků onemocnění.

Dalšími kroky prevence duševních onemocnění jsou například zdravý životní styl, jako je cvičení, zdravá výživa a dostatek spánku. Dále je důležité omezit stres a nalézt způsoby,

jak se s ním vypořádat. Obecně je důležité se také vyhýbat nadměrnému užívání alkoholu a jiných návykových látek a hledat pomoc, pokud se objeví nějaké potíže s duševním zdravím (Orel, 2020).

1.2 Komunitní péče jako alternativa k psychiatrické hospitalizaci

Komunitní péče se stává čím dál tím populárnější alternativou k psychiatrické hospitalizaci. V Základních principech péče poskytované v CDZ (2017) je popisována jako integrovaný a individualizovaný přístup, který je zaměřen na zlepšení kvality života lidí trpících duševními poruchami a na prevenci hospitalizace, což je v souladu s cíli psychiatrické transformace. Tento model poskytuje podporu lidem trpícím duševními poruchami a jejich rodinám v komunitě, a tím jim umožňuje žít svůj život co nejplněji a nezávisle na zdravotnickém zařízení.

Komunitní péče tedy vychází z myšlenky, že lidé trpící duševními poruchami mají stejná práva a potřeby jako všichni ostatní. Petr a Marková (2014) uvádí, že cílem je zajistit těmto lidem přístup k péči, podpoře a službám v rámci komunity, aby mohli žít svůj život co nejvíce naplněně a soběstačně. Komunitní péče se zaměřuje na celkovou osobnost člověka a na jeho individuální potřeby, a nikoli pouze na jeho diagnózu. V rámci tohoto přístupu jsou lidé trpící duševními poruchami aktivně zapojeni do procesu rozhodování ohledně své péče a jsou podporováni k tomu, aby si udrželi nebo zlepšili své sociální a pracovní funkce.

1.2.1 Psychiatrická péče a její reforma

Psychiatrie tvoří jeden ze základních lékařských oborů, je řazena mezi vědní a klinickou disciplínu, která se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou duševních onemocnění (Raboch et al., 2012). Psychiatrická péče v České republice je organizována jako součást zdravotnického systému a poskytuje se v různých typech zařízení a na různých úrovních. Orel (2020) jmenuje, že k dispozici jsou psychiatrické kliniky a oddělení v nemocnicích, psychiatrická lůžková zařízení, ambulantní psychiatrické služby a také komunitní péče.

V 19. a 20. století péče o duševně nemocné byla poskytována v psychiatrických léčebnách, které vycházely z koncepce, že duševní nemoci jsou neléčitelné a pacienti by měli být od společnosti izolováni. Jak však upozorňuje Hoschl et al. (2012), je tento

pohled na psychiatrii v současné době takřka nereálný. A však zrušení lůžkové péče v oboru psychiatrie se v našich současných podmínkách jeví jako zcela nemožné řešení (Hosák, 2015). Podle Hoschla et al. (2012) je třeba zohlednit ve specifických charakteristikách dějiny, které ovlivňují současnou situaci i budoucí vyhlídky české psychiatrie.

V druhé polovině minulého století se na rozvoji ambulantní péče podílel doc. Josef Prokůpek. Tehdejší ambulantní péče byla součástí ústavů národního zdraví. Rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví od 1. července 2013 psychiatrické léčebny mění název na psychiatrické nemocnice (Hosák, 2015). Medicínský i společensko–ekonomický význam psychiatrie v moderních společnostech významně narůstá, dle expertů Světové banky budou právě v 21. století představovat největší zdravotní zátěž lidstva tyto okruhy zdravotních problémů (Raboch et al., 2012).

Podle Hosáka (2015) má Česká republika oproti Evropě absenci v poskytování komplexních služeb, chybí krizová centra, chráněná bydlení, denní stacionáře a další služby, které jsou součástí komunitní péče o osoby s duševním onemocněním. K tomu dodává Orel (2020), že celosvětovým trendem, který se aktuálně týká i České republiky, je reorganizace psychiatrické péče. Změny povedou k omezování počtu psychiatrických lůžek a následně k vytváření podpůrné funkční sítě psychiatricko–psychologicko–sociální péče.

Ministerstvo zdravotnictví od roku 2012 pracovalo na reformě psychiatrické péče, aby se péče o osoby s duševním onemocněním zkvalitnila a přiblížila evropskému standardu. Tato reforma je velmi důležitá, neboť podle Národního zdravotnického portálu (NZIP, 2023) trpí depresí a úzkostnými poruchami každý třetí občan a každý desátý člověk má nějakou formu závislosti. Vigo, Thornicroft a Atun (2016) navíc dodávají, že problémy s duševním zdravím jsou příčinou přibližně jedné třetiny všech roků poznamenaných invaliditou, což je srovnatelné s onkologickými onemocněními.

Obecným cílem reformy bylo podle Hosáka (2015) vytvořit nová zařízení, která rozšíří péči o chybějící služby a funkce v systému poskytované psychiatrické péče, tedy současná CDZ. Jak uvádí Alexa et al. (2015) taktéž byly nezbytné činnosti zaměřené na

osvětu veřejnosti o duševních chorobách, jelikož stigmatizace duševních chorob je stále aktuální problém ve společnosti.

V roce 2015 vznikl Národní akční plán pro zlepšení péče o duševní zdraví na období let 2015 až 2020 (Zdraví 2020 ČR – AP č. 03: Duševní zdraví, 2015). Tento plán se zaměřoval na prevenci a léčbu duševních poruch, podporu samostatnosti a aktivní účasti pacientů a zlepšení kvality a dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví. Jedním z klíčových cílů reformy bylo pak výše zmíněné snížení stigmatizace duševně nemocných lidí a zlepšení přístupu ke službám pro tyto pacienty. V rámci projektu došlo k vytváření komunitních center a služeb, které pacientům umožňují plnohodnotný život v běžném prostředí. Dalším důležitým aspektem této reformy je podpora přechodu od léčby v psychiatrických nemocnicích k ambulantní péči a péči v komunitě. Tento přístup měl umožnit pacientům zůstat v běžném prostředí a přispět k větší integraci do společnosti. K tomu je však třeba zlepšit dostupnost a kvalitu ambulantní péče a vytvořit podmínky pro fungování komunitních služeb.

Vzhledem k vývoji společnosti a potřeb, aktuálně platí Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 (NAPDZ ČR 2030, 2020). Tento plán přebírá a rozvíjí aktivity z předchozího plánu a zahrnuje i nové iniciativy. Podle NAPDZ ČR 2023 (2020) mezi klíčové priority patří podpora prevence duševních poruch a zlepšení diagnostiky a léčby. Plán se i nadále zaměřuje na zlepšení dostupnosti a kvality služeb v oblasti duševního zdraví, včetně ambulantní péče a komunitních služeb, kdy se zaměřuje i na podporu zaměstnanosti a samostatnosti lidí s duševními poruchami. V rámci nového plánu jsou také plánovány specifické aktivity pro určité skupiny pacientů, jako jsou děti a mladiství s duševními poruchami a pro závislé.

Mění se zde i role komunitního týmu, kdy se zvyšuje důraz na rozvoj komunitní péče a role komunitních týmů v poskytování služeb v oblasti duševního zdraví. Komunitní týmy podle této strategie (NAPDZ ČR 2030, 2020) představují ústřední roli v oblasti prevence, diagnostiky a léčby duševních poruch a v poskytování podpory a péče pacientům v komunitě. V plánu je navýšení finanční podpory pro provoz těchto týmů a pro další vzdělávání a rozvoj pracovníků v oblasti duševního zdraví. Dalším krokem je zlepšení koordinace a spolupráce mezi komunitními týmy a dalšími poskytovateli služeb v oblasti duševního zdraví, včetně psychiatrických lékařů a nemocnic.

1.2.2 Komunitní péče

Pojem „komunitní“ je odvozeno z latinského slova „*communitas*“, což v překladu znamená společenství. Péče, která se nazývá komunitní, se podle Petra a Markové (2014) zaměřuje na terapeutické a rehabilitační metody, které jsou využívány v přirozeném společenství.

Komunitní péče, jak uvádí Plevová (2014) zahrnuje péči o zdravé občany a klienty mimo ústavní zařízení. Tato péče je zaměřena na preventivní a výchovné činnosti, ale poskytuje i péči o nevyлéčitelně nemocné a postižené jedince v rámci specifické komunity. Komunitní péči zajišťuje multidisciplinární tým. Psychiatrická sestry spolupracuje s lékaři, občanskými sdruženími, orgány státní správy a samosprávy a dalšími subjekty, kvůli zajištění multioborové spolupráce.

Od poloviny 20. století je komunitní péče dominantní v řadě vyspělých států a je preferována před tradičně poskytovanými službami. Tím vzniká deinstitucionalizace, která značí postupné omezení psychiatrických nemocnic a nahrazení těchto služeb poskytováním komunitní péče (Petr, Marková, 2014).

V rámci komunitní péče jsou tedy poskytovány různé druhy podpory a služeb. Tyto služby jsou většinou poskytovány v komunitě, v domácím prostředí pacienta, v ambulanci nebo v jiných zařízeních mimo nemocnici. Podle Petra a Markové (2014) sem patří například intenzivní ambulantní programy. Zde se jedná o poskytování komplexní péče v rámci ambulantního prostředí, včetně psychoterapie, farmakoterapie, rehabilitace a sociální podpory. Důležité jsou i podpůrné komunitní programy, které zahrnují služby, jako jsou chráněná bydlení, denní stacionáře, klubovny a podobně, které poskytují sociální podporu, rekreační aktivity a možnosti vzdělávání pro lidi s duševním onemocněním. Nedílnou součástí komunitní péče jsou i poradenské a terapeutické služby. Ty poskytují různé formy terapie a podpory, jako je například individuální terapie, rodinná terapie, skupinová terapie, psychosociální rehabilitace a podobně.

Hosák a kolektiv (2015) dodává, že komunitní péče také zahrnuje prevenci duševních poruch a jejich zhoršování. Jejím cílem je snížit riziko vzniku duševních onemocnění u lidí s vysokým rizikem, jako jsou například lidé se závislostí na drogách nebo alkoholu, lidé s vysokým stresem v práci nebo v rodině a další.

Prevence obecně může být primární, sekundární nebo terciární. Primární prevence se zaměřuje na prevenci vzniku duševních poruch tím, že pomáhá lidem udržovat duševní zdraví a zvládat stres a další obtíže v životě. To může být například pomocí osvěty, podpory a vzdělávání v oblasti duševního zdraví. Sekundární prevence se pak zaměřuje na časnou diagnostiku a léčbu duševních poruch, aby se zabránilo jejich zhoršení a komplikacím. Terciární prevence se zaměřuje na zlepšení kvality života lidí, kteří již duševními poruchami trpí a snižuje riziko akutní exacerbace onemocnění s nutností hospitalizace (Hosák et al., 2015).

1.2.3 Centrum duševního zdraví

Podle „*Malého průvodce reformou psychiatrické péče*“ (2017) je Centrum duševního zdraví (CDZ) mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou akutní i specializovanou péčí. Jeho funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc ke znovuzapojení dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity.

Fiala et al. (2014) pak uvádí, že CDZ má za cíl diagnostikovat onemocnění, zahájit efektivní, krátkodobou léčbu a předat klienta do další péče. Je také schopné poskytovat nepřetržité mobilní, ambulantní, krizové a denní služby. De facto je nízkoprahovým pilířem zdravotně–sociálních služeb, poskytující individualizovanou péči osobám s vážným duševním onemocněním – Sever Mental Illness (SMI), konkrétně diagnostické okruhy označené F2, F3, F4 a F6, kde onemocnění trvá déle než 2 roky.

Podle „*Malého průvodce reformou psychiatrické péče*“ (2017) jsou komunitní týmy většinou děleny podle typů klientů na komunitní týmy pro děti a adolescenty, dospělé, osoby s problematikou závislosti, osoby s gerontopsychiatrickou problematikou, případně další více specializované týmy.

Jak dodává Petr s Markovou (2014), klienti se závažnými psychickými poruchami mají potíže ve více oblastech, a proto je důležité, aby se každé oblasti věnoval odborník a byl za ni zodpovědný. Tudiž je nezbytné, aby péči v tomto zařízení poskytoval multidisciplinární tým. V konceptu vyvážené péče (balanced care), jsou do organizační struktury začleněni psychiatři, psychologové, psychiatrické sestry, sociální pracovníci, ergoterapeuti a psychoterapeuti.

V CDZ se tedy propojují zdravotní a sociální služby. Služby CDZ jsou bezplatné a dobrovolné. Činnosti se řídí platnou legislativou, zejména Zákonem 372/2011 Sb., o zdravotních službách a Zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách (Identifikace vzdělávacích potřeb a doporučení vzdělávání pro rozvoj CDZ, 2018).

V CDZ se podle „*Standardu péče poskytované v CDZ*“ (2016) poskytují tři základní typy péče. První z nich jsou mobilní služby, denní služby a jako poslední krizové služby. Mobilní služby jsou poskytovány prostřednictvím mobilních multidisciplinárních týmů v přirozeném prostředí klientů, a po dohodě také i v zařízeních, kde jsou klienti aktuálně a za účelem jejich přípravy na propuštění probíhá tzv. sociální šetření. Mobilní služby mají charakter dlouhodobé péče formou psychiatrické a sociální rehabilitace, může jít o poskytování krizové intervence v domácnosti pacienta se SMI, a také o plánovanou intervenci v případě dosud nedagnostikovaných nebo aktuálně neléčených duševních onemocnění. Ve spolupráci s ambulantními psychiatry se CDZ podílí na péči o pacienty s vážným duševním onemocněním, kteří mají ambulantní ochrannou léčbu. Hlavním cílem poskytování mobilních služeb je předcházet stavům, které by následně vyžadovaly hospitalizaci. Mobilní tým CDZ neplní roli Zdravotnické záchranné služby. Neplánované či krizové mobilní služby jsou dostupné klientům CDZ do 24 hodin, novým, v CDZ neregistrovaným klientům do 48 hodin.

Tamtéž (Standard péče poskytované v CDZ, 2016) je uvedeno, že denní služby CDZ provozuje v rámci Centra denních aktivit pro SMI, které jsou zaměřené na podporu a sociální rehabilitaci. Denní služby jsou k dispozici nejméně 10 hodin denně a zahrnují jak aktivity s psychoterapeutickým programem, tak prostor pro trávení volnočasových aktivit ve společnosti ostatních duševně nemocných klientů.

Posledním typem poskytované péče jsou v rámci CDZ Krizové služby. Ty zahrnují zejména podporu při zvládnutí rozvíjející se krize a předcházení hospitalizaci. Intervence mohou být poskytovány především v prostředí klienta nebo i v místě CDZ, záleží na aktuálním stavu klienta (Standard péče poskytované v CDZ, 2016).

Centrum duševního zdraví s nepřetržitou krizovou službou pak poskytuje tyto služby nepřetržitě. Hlavním cílem je poskytnout pomoc osobám, které se nacházejí v psychické krizi a tísní, která je ohrožuje na vlastním životě. U CDZ s nepřetržitou krizovou službou

jsou počty členů komunitního týmu navýšeny tak, aby mohl být zajištěn nepřetržitý provoz (Standard péče poskytované v CDZ, 2016).

1.2.4 Výhody komunitní péče o osoby s duševním onemocněním

Komunitní péče se stává stále více preferovanou alternativou ke klasické psychiatrické hospitalizaci, zejména v případech, kdy jsou pacienti stabilní a potřebují jen podporu a dohled. Existuje mnoho výhod tohoto přístupu pro osoby s duševním onemocněním, viz obrázek 1.

INSTITUCIONÁLNÍ PŘÍSTUP	KOMUNITNÍ PŘÍSTUP
Orientace na kontrolu symptomů.	Orientace na silné stránky klienta/pacienta a jejich posilování.
Silná víra v účinek psychofarmak.	Celostní přístup (bio-psycho-sociální).
Orientace na kontrolu nebezpečného chování.	Chování je vnímáno v širším kontextu a souvislostech. Jde více o podporu pozitivních vzorců chování nežli kontrolu.
Kultura vyhýbání se rizikům ve smyslu ochrany klienta/pacienta a jeho okolí před možnými hrozbami.	Připravenost k přijímání řešení, která mají jistá rizika, ale otvírají i možná řešení a nabývání zkušenosti.
Přesvědčení, že pacienti nejsou v akutním stavu (při hospitalizaci) zodpovědní za své anti sociální chování. Zaměstnanci se vnímají jako ti, kdo jsou zodpovědní za chování klientů/pacientů.	Přesvědčení, že klient/pacient je v každé situaci zodpovědný za své chování, a tedy měl by být konfrontován i s jeho důsledky.
Rutinní postupy určující kde, kdy, co.	Pružnost v tom, kdy a kde je klientovi/pacientovi pomoc poskytována.
Hierarchické, autoritativní rozhodování.	Sdílené rozhodování a zapojování klientů/pacientů.
Víra v to, že pacienti i s výraznou symptomatologií, mají být v nemocničním léčení.	Symptomy ne nezbytně určují, kde má být pomoc poskytnuta.

Obrázek 1: Srovnání institucionálního a komunitního přístupu

Zdroj: Kopelowicz, Liberman, 2003

SocioFactoru (2022) provedl evaluaci CDZ, výstupem je například to, že komunitní péče umožňuje pacientům zůstat v domácím prostředí a pokračovat v běžném životě, což může být pro ně velmi důležité. Pacienti mají více svobody a autonomie a mohou si udržet své sociální vazby, což může být klíčové pro jejich psychické zdraví. Komunitní péče také umožňuje pacientům pracovat, studovat a zúčastňovat se společenských aktivit, de facto participovat na vlastním životě.

Dále je komunitní péče méně nákladná než hospitalizace. Pacienti, kteří nepotřebují dlouhodobou hospitalizaci, jsou léčeni ambulantně, v terénu, což jednoznačně snižuje náklady na zdravotní péči a také snižuje riziko nežádoucích účinků dlouhodobé hospitalizace, jako je maladaptace či ztráta sociálních dovedností (Petr, Marková, 2014).

Dalším bonusem komunitní péče podle Petra a Markové (2014) může být fakt, že v komunitní péči mohou být pacienti léčeni a podporováni v dlouhodobém horizontu, což může vést k lepšímu zvládnání jejich onemocnění a snížení rizika návratu příznaků. Komunitní péče také umožňuje včasnou intervenci v případě, že se pacientům zhorší stav, což může snížit riziko rehospitalizace v budoucnu.

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že komunitní péče je více přizpůsobena potřebám a preferencím jednotlivých pacientů. V rámci komunitní péče mohou být pacienti léčeni individuálně a v souladu s jejich potřebami a preferencemi. To může vést k lepší spolupráci mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče (compliance) a tím k lepším výsledkům léčby.

1.3 Role sestry v systému komunitní péče

Sestra hraje klíčovou roli v systému komunitní péče pro osoby s duševním onemocněním. Její role může být velmi různorodá a závisí na specifických potřebách pacientů a programu komunitní péče. Sestra v rámci komunitní péče má podle Jarošové (2007) za úkol sledovat stav klientů. Sestry sledují nejenom stav klientů, ale monitorují i jejich symptomy, a to z důvodu, aby mohly rychle reagovat v případě zhoršení stavu. Sestra tedy spolu s klientem provádí vyhodnocování úrovně soběstačnosti a jeho potřeb, projevů a rizikových faktorů duševního onemocnění. Nezbytné je i zajištění správné medikace, kdy sestry zajišťují to, aby klienti brali svou medikaci včas a v předepsaných dávkách, jelikož klienti s duševním onemocněním své onemocnění často disimulují a vysazují si

medikaci. Posléze často dochází k akutní exacerbaci duševního onemocnění, které následně vyžaduje hospitalizaci v psychiatrické nemocnici.

Hosák et al. (2015) dále uvádějí, že sestra v rámci výkonu své profese poskytuje zdravotní péči. To obnáší pomoc klientovi při adaptaci na životní podmínky vzniklé důsledkem duševního onemocnění, taktéž edukuje nemocné v rámci prevence zdravotních rizik, relaxace, náviku sociálních dovedností a vede cílené aktivity k zachování fyzických, psychických a kognitivních schopností v rámci psychoterapeutické podpory. Svoji činností sestra podporuje osobní rozvoj klienta, kdy může pomáhat klientům v rozvoji dovedností, které jim pomohou žít nezávisleji a zvládat každodenní úkoly. Obecně je hlavním cílem sester v rámci komunitní péče pomáhat klientům zlepšit své duševní zdraví a dosáhnout co nejvyššího stupně soběstačnosti a nezávislosti v běžném životě.

Další oblastí uplatnění sestry v komunitní péči je podle Jarošové (2007) poskytování podpory v sociální oblasti a zajištění krizové intervence. Sestry a sociální pracovnice tedy mohou pomáhat klientům při hledání zaměstnání, vzdělání nebo vhodného bydlení. Sestra taktéž spolupracuje s rodinou klienta a vede podpůrné psychoterapeutické rozhovory. Sestry však musí být připraveny poskytnout okamžitou pomoc v případě, že klienti procházejí krizí nebo mají potíže s duševním zdravím. Sestra tedy musí být vzdělaná a citlivá, vůči klientům, aby byla schopná rozpoznat známky zhoršení či zlepšení psychického stavu a vyhodnotit, zda klient je nebo není nebezpečný vůči sobě a svému okolí, dle standardizované ošetřovatelské měřicí techniky jako je screening rizika agrese a autoagrese, v případě potřeby zajišťuje nezbytná opatření.

Lze tedy souhlasit s Hosákem et al. (2015), že sestry hrají důležitou roli v tom, že pomáhají klientům zvládnout různé aspekty každodenního života, zlepšit jejich vztahy s rodinou a přáteli, jelikož ty jsou mnohdy do značné míry narušeny. V rámci své činnosti pak spolupracuje s dalšími zdravotnickými a sociálními institucemi.

1.3.1 Úloha sestry v rámci týmu komunitní péče

Multidisciplinární tým pracuje formou case managementu a poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem klientům ze spádové oblasti bez čekací doby. Prvky péče jsou odvozeny od praxe založené na důkazech (evidence based practice), řadí se mezi ně krizová intervence s prokazatelným zlepšením klinického stavu. Teoreticky mají lidé

s psychickými problémy přímý přístup ke specialistovi, který jim poskytne nejlepší péči (Boyd, 2018).

Složení komunitního týmu je z lékařských a nelékařských, zdravotních a sociálních povolání, zejména lékařů, psychologů, všeobecných psychiatrických sester a sociálních pracovníků (Základní principy péče poskytované v CDZ, 2019).

Psychiatr se stává grantem poskytované zdravotní péče v CDZ. Zaujímá postoj pro zapojení bio–psycho–sociálních přístupů. Do jeho kompetencí spadá posouzení rizikovosti stavu, indikace hospitalizace, nastavení postupů v krizi a relapsu onemocnění u klienta s duševním onemocněním. Role konzultační a role přímého kontaktu s klienty by měla být vyvážená. Kontakt a komunikace s klienty by měl probíhat nejen v ambulanci, ale i v přirozeném prostředí klienta (Základní principy péče poskytované v CDZ, 2019).

Sociální pracovník provádí sociální šetření, sociální poradenství, nácvik sociálních dovedností. Osoby s duševním onemocněním zapojuje do podmínek běžného života. Ve spolupráci s rodinou a klientem zařizuje pro klienta potřebné sociální zázemí, kam patří finanční příspěvky na bydlení, na péči, invalidní důchod, případně řeší problémy dluhů. Spolu s klientem provádí vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti klienta, zpracovává rizikové faktory a projevy onemocnění v sociální oblasti. Dokáže klientovi poskytovat interpersonální podporu a motivovat klienta při jeho vlastním rozhodování v běžném životě (Základní principy péče poskytované v CDZ, 2019).

Klinický psycholog má důležitou roli v multidisciplinárním týmu. Náplní jeho práce je poradenství a individuální nebo skupinové psychoterapie. Psycholog nabízí terapeutické a rehabilitační programy pro klienty, jejich rodiny, ale i širší veřejnost. V jeho kompetencích je stanovení psychoterapeutických postupů a intervencí, rozhodnutí o způsobu rehabilitace klienta. V prvotním kontaktu s klientem se může psycholog účastnit výjezdů do terénu a posoudit současný psychický a fyzický stav klienta s duševním onemocněním v jeho přirozeném prostředí (Základní principy péče poskytované v CDZ, 2019).

Peer konzultant je osoba, která má zkušenosti s duševním onemocněním a absolvovala rekvalifikační kurz probíhající v souvislosti s řešenou problematikou v ČR. Obsah práce

peer konzultantů se mezi jednotlivými týmy liší. V některých týmech jsou zaměstnání jako sociální pracovníci a mají i roli klíčových pracovníků. V případě klíčové role dávají multidisciplinárnímu týmu zpětnou vazbu z pohledu uživatelů služeb a jsou specificky zapojováni do práce s klienty. Využívají své zkušenosti a podporují klienty s duševním onemocněním v hledání jejich osobní cesty k zotavení. V situaci krize mohou být někdy jediným členem týmu, kterému se podaří navázat s klientem kontakt, bezpečný vztah. Jedná se o neformální a asertivní formu práce s klienty (Základní principy péče poskytované v CDZ, 2019).

Pracovní konzultant – profesně se jedná o sociální pracovníky, které se zabývají problematikou zaměstnávání klientů s duševním onemocněním. Náplň pracovních konzultantů je osobám s duševním onemocněním pomoci, co nejefektivněji získat a udržet práci na normálním trhu případně chráněném trhu práce. Vyhodnocují pracovní dovednosti klienta, posuzují jeho silné a slabé stránky, pracovní preference a s tím spojená rizika. Součástí jejich práce je podporovat klienty přímo na pracovišti v době jeho adaptace a zapracování v novém zaměstnání (Základní principy péče poskytované v CDZ, 2019).

Všeobecná sestra či sestra s psychiatrickou specializací je klíčovým členem týmu komunitní péče. Podle Jarošové (2007) její role spočívá v tom, že poskytuje kvalitní a efektivní péči pacientům s duševním onemocněním, spolupracuje s ostatními členy týmu na poskytování kvalitní a bezpečné péče a dokáže flexibilně reagovat na potřeby klientů. Mezi hlavní úkoly sestry v rámci týmu komunitní péče patří podle Plevové (2014) hodnocení stavu pacienta, kdy sestra hodnotí fyzický a psychický stav pacienta, sleduje jeho projevy a reakce na léčbu a pomáhá s diagnostikou a léčbou duševních poruch. Dalším úkolem je plánování péče, poskytování základní ošetrovatelské péče a dohled na užívání medikace. Sestra spolupracuje s lékařem a dalšími členy týmu komunitní péče.

Plevová (2014) upozorňuje na i na nutnost psychosociální podpory klientů, což znamená, že sestra klientům pomáhá zvládat stresové situace, poskytuje jim emocionální podporu a podporuje jejich sociální interakce. Součástí její práce je i edukace klientů a jejich rodiny – sestra vysvětluje klientům jejich stav, plán péče a léčebné postupy a pomáhá jim porozumět duševnímu onemocnění a jeho dopadu na život klienta. Samozřejmostí je, že řádně vede ošetrovatelskou dokumentaci, kdy sestra pečlivě sleduje stav pacienta

a dokumentuje průběh jeho léčby, aby mohla týmu komunitní péče poskytnout potřebné informace a koordinovat péči.

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že sestra je platný člen týmu a že všechny její úkony jsou zaměřeny na dosažení co nejlepší kvality péče o pacienty s duševním onemocněním a na podporu jejich integrace do společnosti.

1.3.2 Kompetence sester v komunitní péči o osoby s duševním onemocněním

Sestry mají v komunitní péči o osoby s duševním onemocněním klíčovou roli a je pro ně velmi důležité, aby měly specifické kompetence. Těmi jsou (Plevová, 2014) komunikace a schopnost edukovat pacienta/ klienta, příslušné vzdělání, schopnost plánovat péči a podpořit klienta, odolnost vůči stresu a schopnost zvládat krizové situace. Sestry musí být tedy schopny efektivně komunikovat s klienty, jejich rodinnými příslušníky a dalšími členy týmu péče. Měly by být schopny naslouchat a umět se vypořádat s emocemi, které mohou prožívat. Sestry musí být vzdělané, kdy by měly mít znalosti o různých typech duševních poruch, léčebných metodách a psychoterapii.

Jak podotýká Jarošová (2007) sestry by měly být také schopny spolupracovat s dalšími členy týmu péče na plánování a koordinaci péče o klienty. To zahrnuje sledování a hodnocení klientova stavu, navrhování individuálních plánů péče a koordinaci s ostatními poskytovateli zdravotní péče. V rámci poskytování péče musí být sestra schopná poskytnout klientům podporu a povzbuzení, aby se mohli lépe vyrovnat s duševními problémy. To může zahrnovat různé způsoby podpory, jako je například povzbuzení k účasti na skupinové terapii nebo nabízení psychologické pomoci.

Sestry by měly být i školeny v řešení krizových situací, které se mohou vyskytnout v průběhu péče o klienty s duševním onemocněním. Měly by být schopny rozpoznat příznaky eskalace a umět řídit situaci tak, aby minimalizovaly riziko pro klienta i pro sebe (Plevová, 2014).

Obdobně by se všichni členové multidisciplinárního týmu měli orientovat v symptomech a projevech vážných duševních onemocnění. Měli by umět porozumět tomu, jak se osoby s duševním onemocněním mohou cítit a vnímat okolní svět. Členové multidisciplinárního týmu neodsuzují klienty při prvním kontaktu, jsou schopni vést komunikaci s klienty,

dalšími členy multidisciplinárního týmu, dalšími organizacemi a partnery veřejné služby (viz Obrázek 2) (Základní principy péče poskytované v CDZ, 2019).

10 principů týmu orientovaného na multidisciplinární spolupráci a zotavení
1. Podporujeme obnovení zdraví, fungování a identitu? To může být označováno jako tři hlavní domény zotavení. Jsou vzájemně propojeny, ale i přesto mohou být odděleny. Není žádná hierarchie. Léčba orientovaná na zotavení zahrnuje tyto tři oblasti a s člověkem pracuje na oblastech, ve kterých chce on sám uspět.
2. Nabízíme naději na zotavení? Nabízení naděje je klíčovým momentem. Člověk cestu zotavení bez naděje nezačne.
3. Ptáme se sami sebe při všem, co děláme: pomáháme, nebo překážíme? Jakékoliv zákroky a zásahy, které máme, mohou potenciálně být kontraproduktivní, neboť nemusí odpovídat stupni léčby a podpory, kterou člověk potřebuje.
4. Soustředíme se na to, co je silné, ne, co je špatné? Je důležité prozkoumávat silné stránky jedince, jeho talent, ambice a schopnosti.
5. Rozhodujeme S a ne O uživateli služeb? Odborník a člověk/klient/pacient konají rozhodnutí společně. Respektujeme názor člověka/klienta/pacienta. Tento proces začíná v práci s diagnózou, která může být popsána, jako společné porozumění tomu, co se vlastně děje.
6. Uznáváme, že expertiza člověka, který využívá služby, je stejně důležitá jako ta naše? Dialog s člověkem je setkání dvou odborníků. Expertiza odborníka se skládá ze znalostí, zkušeností a schopností vést dialog. Expertiza člověka /klienta/pacienta jsou zkušenosti, cíle a vědomí toho, co mu v minulosti pomáhalo, a kdo nebo co jsou jeho zdroje, kompetence a talenty.
7. Spolupracujeme se sociálními „investory/donátory“ a dalšími účastníky? Velká část zotavení se odehrává mimo služby duševního zdraví: v práci, ve škole, s rodinou, v komunitě. Proto je spolupráce služeb duševního zdraví se sociálními „investory“ a účastníky důležitá.
8. Uznáváme práva člověka/uživatele/pacienta „zdravě“ riskovat? Popírání a omezování práva a možnosti „zdravě riskovat“ často podkopává možnost zotavení.
9. Spolupracujeme s rodinou a sítí jakožto se zdroji a partnery? Ve většině případů je lepší procházet cestou zotavení společně s ostatními, rodinou, partnery, kamarády aj.
10. Sdílíme a začleňujeme znalosti? Léčba orientovaná na zotavení vyžaduje zapojení objektivních, subjektivních a normativních znalostí.

Obrázek 2: Deset principů multidisciplinárního týmu

Zdroj: Krbcová Mašínová et al.: Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním, 2020

Nezbytnou kompetencí je i schopnost pozorovat stav klienta a rozpoznat stav, kdy je potřeba do péče zapojit další osobu z multidisciplinárního týmu. Důležitá je i schopnost navázat, udržet i ukončit spolupráci s osobami s duševním onemocněním a další. Přístup členů multidisciplinárního týmu by měl být profesionální a holistický, kdy jednotliví

členové týmu jsou schopni flexibilně a efektivně poskytovat potřebnou podporu a pomoc ve všech základních oblastech

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíle této práce bylo zmapovat činnosti sester pracujících v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v ČR (konkrétně v nově vzniklých Centrech duševního zdraví).

2.2 Výzkumné otázky

V návaznosti na cíl práce byly stanoveny tři výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaké činnosti vykonávají sestry pracující v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním?

Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem je sestrami zajišťována péče o osoby s duševním onemocněním v systému komunitní péče?

Výzkumná otázka 3: Jak probíhá spolupráce s klienty v Centrech duševního zdraví z pohledu sester?

3 Metodika

Výzkumná část práce byla realizována pomocí kvalitativního přístupu, metodou dotazování, konkrétně technikou polostrukturovaného rozhovoru s vybranými sestrami. Sběr dat probíhal od měsíce ledna do března roku 2022.

3.1 Použité metody

V kvalitativním výzkumu se rozhovor často používá jako jeden z hlavních zdrojů dat. Rozhovory umožňují výzkumníkům získat hlubší porozumění zkušenostem, názorům a postojům účastníků výzkumu. Rozhovor lze použít jako samostatnou metodu výzkumu nebo jako doplněk k jiným metodám, jako jsou pozorování, dokumentování a focus groupy (Zandlová, 2019).

Obecně mohou být rozhovory strukturované, polostrukturované nebo neformální. Strukturované rozhovory jsou podle Zandlové (2019) definovány tak, že v rozhovorech jsou otázky předem stanoveny a jsou stejné pro všechny účastníky. V polostrukturovaných rozhovorech je základní sada otázek stanovena, ale výzkumník může během rozhovoru změnit nebo doplnit otázky v závislosti na odpovědích účastníka. V neformálních rozhovorech výzkumník vede rozhovor bez předem stanovených otázek.

Zandlová (2019) uvádí i výhody a nevýhody použití této metody. Jednou z největších výhod použití rozhovoru v kvalitativním výzkumu je, že umožňuje výzkumníkovi získat hlubší porozumění zkušenostem a názorům účastníků výzkumu. Dále umožňují výzkumníkovi získat přímou zpětnou vazbu od informantů, což může pomoci objasnit, co bylo pozorováno během jiných metod, jako jsou pozorování či dokumentování. V neposlední řadě se jedná o hlubší porozumění kontextu, ve kterém se informanti pohybují či to, že rozhovory umožňují účastníkům sdílet své pocity, zkušenosti a názory, což může pomoci výzkumníkovi lépe pochopit jejich perspektivu, což je náš důvod, proč jsme tuto metodu zvolili.

Je však také třeba uvést, že tato metoda má i své nevýhody. Jimi podle Zandlové (2019) jsou například to, že mohou být náchylné k omezení reprezentativnosti výsledků, jelikož jsou založeny na subjektivních zkušenostech a názorech informantů, což může vést k tomu, že výsledky nebudou reprezentativní pro celou cílovou skupinu. Další nevýhodou

rozhovoru může být i do jisté míry zkreslení, kdy informanti mohou být ovlivněni sociálními a kulturními normami a mohou mít tendenci odpovídat tak, aby se zdáli v lepším světle nebo aby se přizpůsobili očekáváním výzkumníka. Zde podle Zandlové (2019) hrají roli i zkušenosti výzkumníka. Obecně pak lze ještě shrnout, že rozhovory vyžadují více času oproti kvantitativním metodám, kdy výzkumník musí najít a získat účastníky, připravit se na rozhovor, počítat s tím, aby si na rozhovor vyhradil dostatek času a následně analyzovat získaná data (Zandlová, 2019).

V rámci tohoto výzkumu k získání potřebných dat byly provedeny individuální polostrukturované rozhovory se všeobecnými sestrami či sestrami se specializací pro psychiatrii, jež pracují v nově vzniklých Centrech duševního zdraví na území České republiky, které se zabývají problematikou komunitní ošetrovatelské péče. Tento fakt byl jediným kritériem výběru, kdy byl stanoven minimální počet informantů pro výzkumné šetření na pět osob.

V úvodu rozhovoru byl informantům sdělený význam výzkumného šetření a za jakým účelem budou získané informace použity. Informanti byli seznámeni s průběhem rozhovoru, že účast na výzkumném šetření je dobrovolná a že z něho mohou kdykoliv odstoupit a že v rámci tohoto šetření jim je zaručena anonymita.

Výzkumné šetření se následně účastnilo devět sester, kdy klíčovým tématem rozhovoru byla role sestry v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v České republice, přičemž jsem se zabývala systémem nastavení práce v nově vzniklých Centrech duševního zdraví, zmapování činností sestry a spoluprací s klienty, tedy oblastmi tak, aby bylo možné erudovaně odpovědět na výzkumné otázky položené v rámci tohoto výzkumu.

Každý informant (tedy sestra pracující v Centru duševního zdraví) podstoupil rozhovor po předem domluveném osobním setkání nebo formou online přes aplikace umožňující videohovor. Tento rozhovor obsahoval dvacet otázek (viz příloha 1). Otázky byly rozděleny do tří oblastí. První oblast byla zaměřena na identifikační údaje dotazovaných osob, druhá oblast byla směřována k současné práci sester a poslední oblast obsahovala otázky na komunitní péči obecně. Rozhovor se sestrami trval přibližně 20 až 30 minut.

Polostrukturované rozhovory s informanty byly zaznamenávány pomocí záznamového zařízení po předchozím souhlasu účastníků výzkumu. Následně byly přepsány a analyzovány.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření probíhalo v rámci CDZ kraje Vysočina, vzhledem k zachování anonymity, nejsou tato CDZ více specifikována. Cílovou skupinou byly tedy sestry, pracující v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v Centrech duševního zdraví, což bylo kritérium pro zařazení do výzkumného šetření (tedy záměrný výběr informantů). Oslovení informantů probíhalo přímo, v CDZ a samotné rozhovory probíhaly po předchozí domluvě buď přímo nebo v online prostředí.

Rozhovorů se sestrami bylo provedeno celkem devět. Ve výzkumné části jsou sestry dále označovány jako S1 – S9 kvůli zachování jejich anonymity.

Tabulka 1: Popis výzkumného souboru

Sestra	Věk	Dosažené vzdělání	Pracovní pozice a úvazek	Délka praxe ve zdravotnictví
S1	53	VŠ, specializace v oboru psychiatrická sestra	Case manager a psychiatrická sestra CDZ 1,0	28 let
S2	49	VŠ – Mgr.	Vedoucí zdravotních pracovníků CDZ 1,0	31 let
S3	45	SŠ – Všeobecná sestra bez odborného dohledu	Staniční sestra CDZ 1,0	23 let
S4	40	VOŠ, specializace v oboru psychiatrická sestry	Psychiatrická sestra CDZ 0,5	17 let
S5	31	VŠ – Mgr.	Všeobecná sestra CDZ 0,2	7 let
S6	31	VOŠ, specializace v oboru psychiatrická sestry	Psychiatrická sestra CDZ 0,8	6 let
S7	27	VŠ – Mgr.	Všeobecná sestra CDZ 0,2	4 roky
S8	25	VŠ – Mgr.	Všeobecná sestra CDZ 1,0	2 roky
S9	25	VŠ – Bc.	Všeobecná sestra CDZ 1,0	3 roky

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

U sester jsme zjišťovali jejich věk, jaké mají nejvyšší dosažené vzdělání a jak dlouhou praxi ve zdravotnictví mají a na jaké pozici v rámci komunitního týmu pracují. Sociodemografická data shrnuje tabulka 1 výše.

Z výše uvedeného přehledu vyplývá, že informanti se pohybují ve věkovém rozmezí 25 let (S8, S9) až 53 let (S1), kdy věkový průměr je 36 let. Téměř všechny oslovené sestry mají vysokoškolské vzdělání, kdy pouze jedna (S3) má středoškolské vzdělání. Zde se jedná o dřívější typ středoškolského studia, kdy tedy tato sestra je definována jako všeobecná sestra s působností bez odborného dohledu. V tabulky 1 je i patné, že 3 sestry (S1, S4 a S6) získaly specializaci v oboru psychiatrii. Informantka označena S1 pracuje i jako case manager v rámci CDZ, S2 je vedoucí zdravotních pracovníků CDZ a sestra S3 zastává pozici staniční sestry v CDZ, Délka praxe ve zdravotnictví se u jednotlivých informantů liší, kdy se pohybuje od 2 let (S8) do 31 let (S2). Průměrná délka praxe informantů ve výzkumném souboru je tedy cca 13,5 roku.

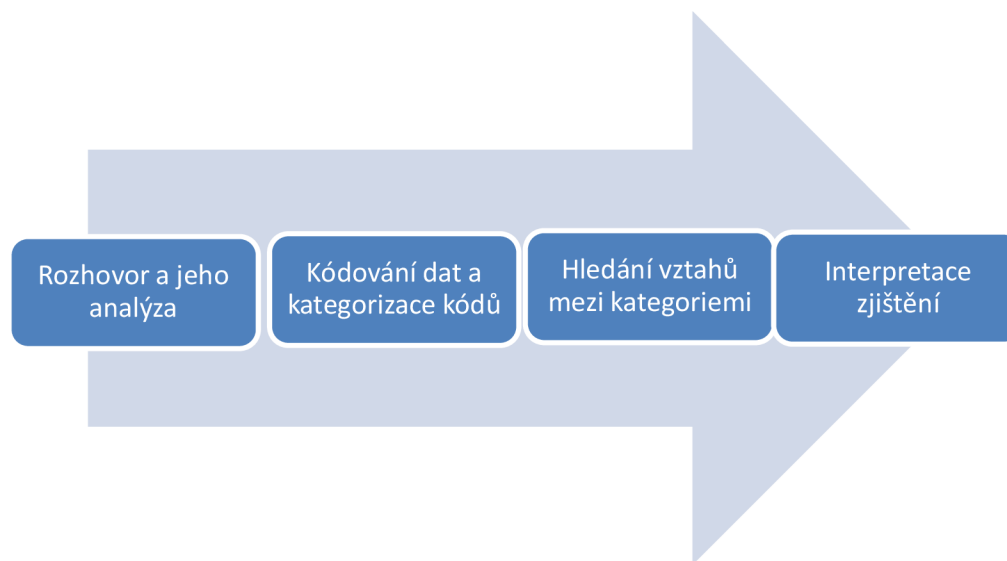
Dále bylo zjišťováno, na jaký úvazek sestry v CDZ pracují (viz tabulka 1) a kde se o nabídce stát se členkami komunitního týmu dozvěděly. Dotazované sestry S1 a S6 shodně uvádějí, že informace o nabídce zaměstnání zjistili z inzerátu na internetu. Sestra S2 stejně jako sestry S3, S4 a S7 dostali nabídku od zaměstnavatele, sestra S8 informace získala během magisterského studia a informantky S5 a S9 o profesi sestry mají informace od rodinných příslušníků. V CDZ na plný úvazek pracují sestry S1, S2, S3, S8 a S9, zkrácený úvazek 0,8 má sestra označena S6, pracovní úvazek 0,5 má sestra S4, S5 a S7 zmiňují nejmenší úvazek 0,2. Předchozí praxi získali sestry S1, S3, S4 a S5 v psychiatrické nemocnici na příjmových a interních odděleních, sestry S2 a S7 předchozí praxi získali v odborné psychiatrické ambulanci, praxi z nemocnice konkrétně na interním oddělení zmínila sestra S8 a sestra S6 na chirurgickém oddělení, sestra S9 byla součástí paliativního týmu.

4 Výsledky

Výsledky výzkumného šetření jsou prezentovány na základě analýzy rozhovorů s informanty, která proběhla metodou otevřeného kódování. Odpovědi informantů jsou uvedeny níže a jsou vyznačeny kurzívou, kdy jednotlivé kódy, jež vyplynuly z rozhovorů, jsou vyznačeny tučným písmem. Získané kódy byly posléze rozřizeny do nadřazených pojmových kategorií. Nad souvislostmi mezi jednotlivými kategoriemi a vztahem k výzkumným otázkám se pojednává v diskusi práce.

4.1 Zpracování získaných dat

Data získaná od informantů byla nejprve přepsána v programu Microsoft Office, aplikace Word a poté analyzována metodou otevřeného kódování (open coding). Tato metoda je proces analýzy kvalitativních dat (z rozhovoru), který spočívá v postupném rozkladu a kategorizaci dat na základě častých témat či vzorců (kódů), které jsou následně rozřizeny do nadřazených pojmových kategorií, čímž dojde k redukci výchozích dat, se kterými lze dále pracovat (Disman, 2002).



Obrázek 3: Otevřené kódování a jeho kroky

Zdroj: Disman, 2002

Otevřené kódování se podle Dismana (2002) používá v kvalitativním výzkumu, když se snažíme získat hlubší porozumění tématu, které zkoumáme, a když neexistuje žádný jasný teoretický rámec, který by nám umožnil kategorizovat data na základě předem stanovených kategorií. Otevřené kódování je užitečné, když se snažíme objevit nové myšlenky a koncepty, které mohou být důležité pro naše porozumění tématu, a když se snažíme vytvořit nový teoretický rámec pro naši analýzu. Výše uvedený autor dále uvádí, že otevřené kódování lze shrnout do čtyř základních kroků. Jimi jsou otevřené kódování (rozbor kvalitativních dat na základní jednotky, tedy kódy), kategorizace kódy (vytváření nadřazených pojmových kategorií), vytváření spojení mezi jednotlivými kategoriemi a interpretace zjištění (viz obrázek 3).

4.2 Výsledky výzkumu

Kategorie 1: Motivace při práci v CDZ

Respondentka S1 uvádí: „*Nejvíce mě motivuje smysl práce s lidmi s duševním onemocněním, možnost přivést pacienta do vlastního prostředí po hospitalizaci a dlouhodobé léčbě.* Respondentka S2 jako hlavní motivaci zmiňuje **chuť pomáhat**, s tím se ztotožňují i S5, S9. S3 k motivaci při práci doplňuje „*Individuální přístup ke klientovi, samostatnost, osobnostní rozvoj a podporu sebeobsluhy, možnosti dalšího vzdělávání, příležitost měnit přístup a pohled k duševně nemocným ve společnosti, podílet se na vytváření finanční stability CDZ.*“ S4, S6 a S7 se shodují a zmiňují **kolektiv**, pracovní stabilita zaměstnavatele, získávání **zkušeností** z terénu. S8 uvádí: „*Volná pracovní doba a víkendy, přátelský nesoutěživý kolektiv nezaměřený na výkon, zaměření na kvalitu práce a potřeby jak klientů, tak multidisciplinárního týmu a mimo jiné průnik psychiatrie s dalšími obory.*“ Respondentky S1, S6, S9 negativně při práci hodnotí **složitost spolupráce** s psychiatrickými nemocnicemi, **nesystémovost**, S3 konkrétně uvádí: „*Obecně chaotický přístup z různých projektů, neukotvenost CDZ v zákoně a s tím spojené nejasné a neúplné informace pro práci celého týmu v CDZ.*“ S8 má podobnou odpověď jako S3: „*Demotivuje mě absence jasných pravidel a hranic, celkově nastavení poskytování služeb CDZ – vše je často na individuální domluvě v kolektivu, což je dobré, ale i špatné. Spousta sociální práce, nutnost, že ji musí do jisté úrovně vědět a dělat i sestra.*“ S4 doplňuje: *Psychická náročnost v práci s klienty, personální nestabilita*

v CDZ. Všechny respondentky mimo S2 a S3 demotivuje **nízké platové ohodnocení** (viz diagram 1).

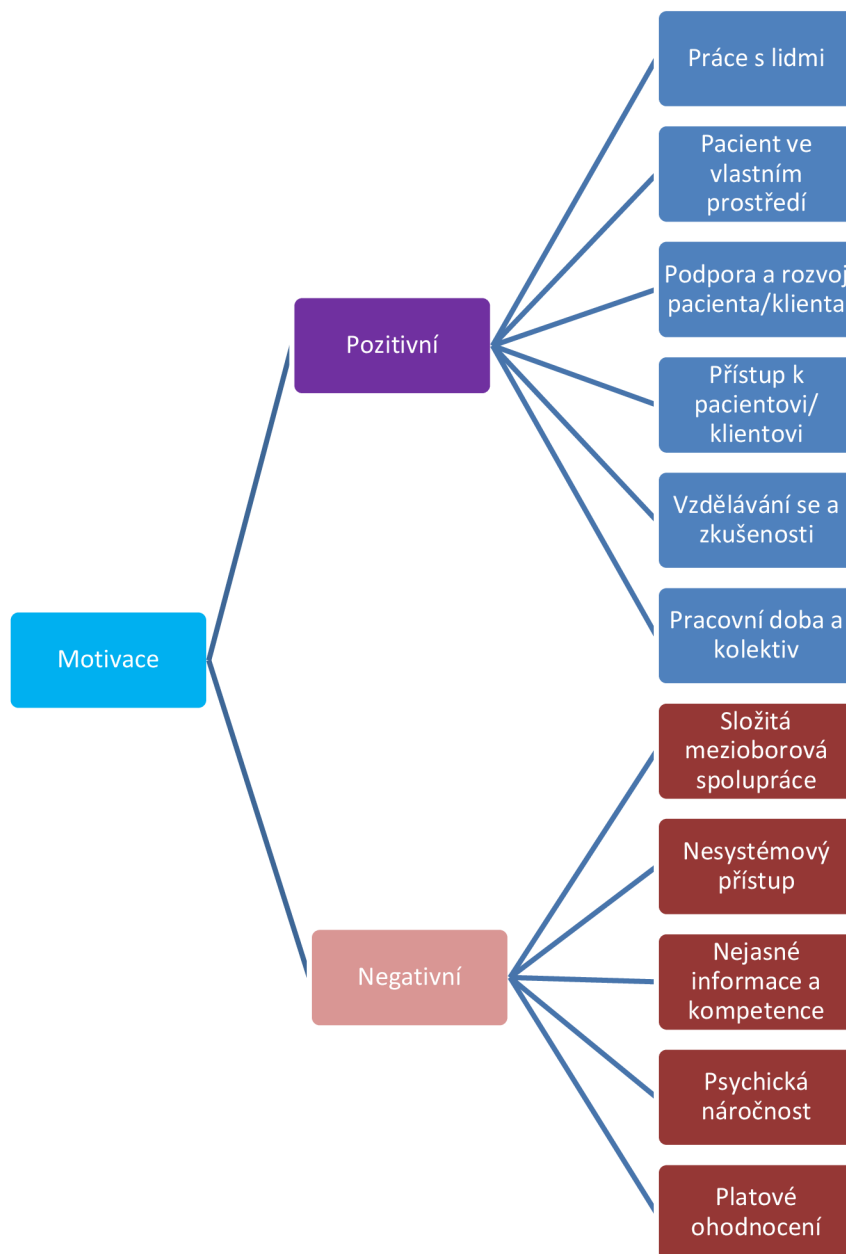


Diagram 1: Kategorie 1 – Motivace při práci v CDZ

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Kategorie 2: Nejčastější onemocnění v CDZ

Respondentky S1 až S9 se shodují a mezi onemocnění s nejvyšší mírou výskytu v CDZ řadí **schizofrenii**, S5, S6, S7 konkrétně uvedli paranoidní, S9 dále **psychotická onemocnění**. S1 dodává: „V CDZ kde pracuji, jsou klienti s **bipolárními poruchami, obsedantně kompulzivními poruchami, poruchy osobnosti a duální diagnózy**.“ S2 zmiňuje: „**Poruchy osobnosti a poruchy nálad**.“ S8 doplňuje: „**Psychózy, neurotické poruchy, afektivní poruchy, duální problematika, poruchy osobnosti, obsedantně kompulzivní onemocnění, poruchy příjmu potravy, sebepoškozování**.“

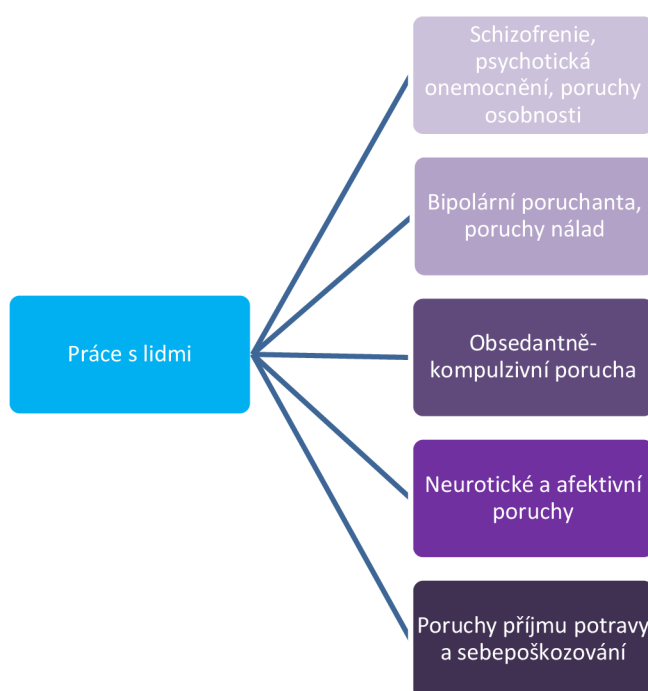


Diagram 2: Kategorie 2 – Nejčastější onemocnění v CDZ

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Kategorie 3: Pracovní náplň v CDZ

Kategorizaci dat graficky znázorňuje diagram 3. S1 uvádí: „**Je to jak zdravotní péče o klienty v terénu, tak sociální péče zaměřená na řešení individuálních potřeb s institucemi jako je ÚP a OSSZ. Vyřizování ID a jiné. Edukace ohledně medikace,**

dopomoc při přípravě léků, depotní injekce dle ordinace lékaře pro klienty v domácím prostředí. Mnohdy řešení vztahových záležitostí v rodině. Psychosociální rehabilitace.“

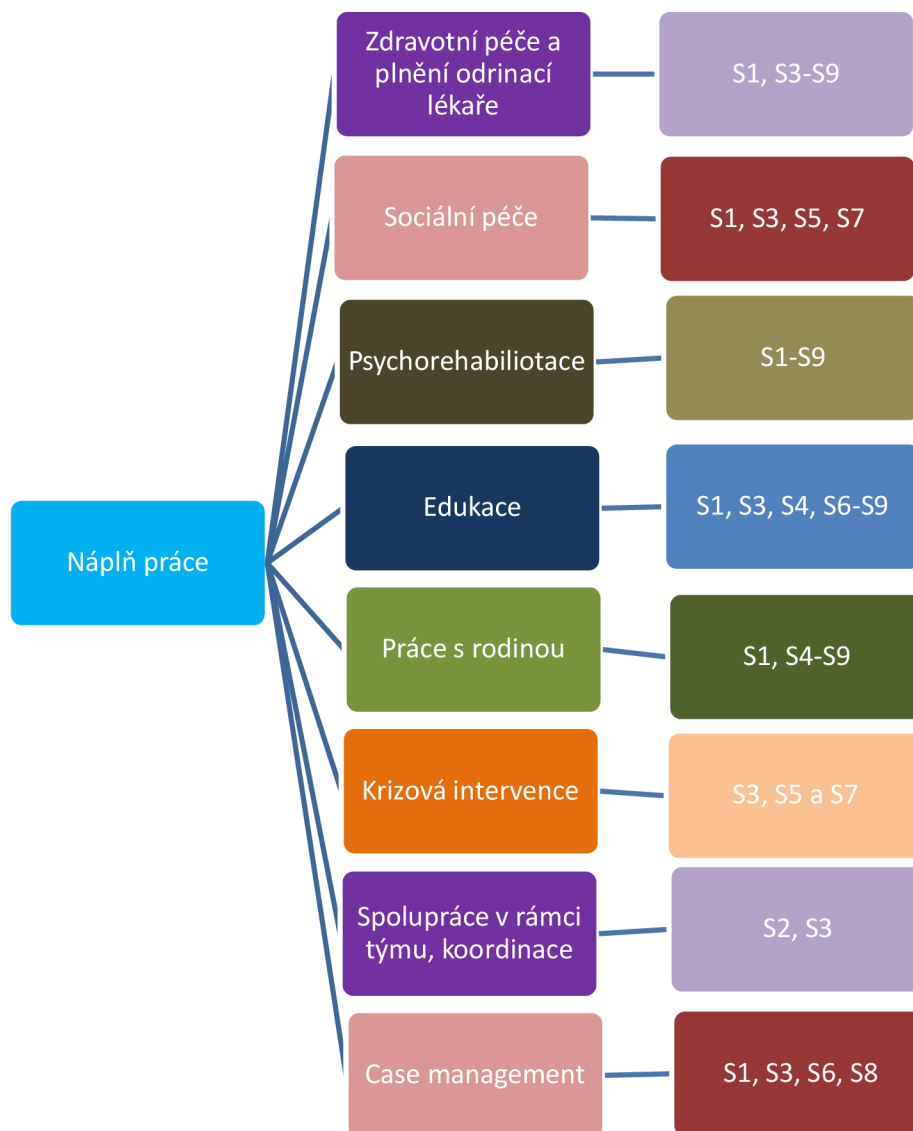


Diagram 3: Kategorie 3 – Pracovní náplň v CDZ

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

S2 uvádí: „*Spolupráce s multidisciplinárním týmem, plnění rehabilitačních plánů, harmonogram práce, kontrola výkonů na pojišťovnu, ale i práce v terénu.*“ S3 zmiňuje: „*Z pozice staniční sestry v CDZ mám na starost vedení týmu, koordinaci se sociální částí*

CDZ, zajištění provozu **ambulance CDZ, spolupráci s celým týmem, pracuji s potencionálními zájemci, mám klienty jako casemanager pro oblast zdraví, edukace, práce s krizí, krizové intervence, psychosociální rehabilitace na individuálních schůzkách.** “S4 uvádí: „*Individuální psychiatrické rehabilitace s klienty nejlépe v jejich domácím prostředí, edukace a reedukace, práce s rodinou, zhodnocení psychického stavu klientů, aplikace depotů případně odběr biologického materiálu.*“ S5 a S7 se shodují v odpovědích a zmiňují zajištění **zdravotní a sociální služby** v rámci CDZ, **rehabilitaci, edukaci** klienta i **rodiny** v jejich prostředí a stanovení **krizových intervencí**. S6 a S9 se v odpovědích ztotožňují s respondenty S1 a S2. S8 nejrozsáhleji odpovídá: „*Pracuji jako všeobecná sestra i jako case manager, který má na starosti určitý počet klientů, více se orientuji i ve zdravotní oblasti, mohu vidět komplexně zdravotní situaci klienta a mluvit s ním o tom, jaké zdravotní problémy ho trápí. Mohou to být kromě psychických obtíží, také obtíže somatické. V případě somatických obtíží mapuji zdravotní stav, motivuji klienta k návštěvě lékaře, vyjednávám mu prohlídku a případně ho tam i doprovázím. Co se týká psychické stránky, monitoruji celkový psychický stav klienta, snažím se předejít tzv. krizi, vytvářím krizový plán. Individuálně motivuji a edukuji klienty k užívání léků, nabízím doprovod k ambulantnímu psychiatrovi. Aplikuji na základě indikace lékaře depotní medikaci. Klientům poskytuji základní sociální poradenství a psychologickou podporu. Mohu pomoci klientovi navázat kontakt s dalšími službami například s psychoterapií a zároveň motivuji k psychoterapii. Spolupracuji s našimi kolegy psychiatry, s našimi sociálními pracovníky, s našimi psychology, pracovní konzultantkou, prostě obecně s celým týmem v rámci našeho CDZ. Velkou část mé práce také zabere administrativa, musím zapsat, co jsem konkrétně dělala s klientem a vykázat to na pojišťovnu.*“

Kategorie 4: Forma ošetrovatelská péče o klienty v CDZ

Čtvrtá kategorie zahrnuje odpovědi sester týkající se ošetrovatelské péče. Všechny dotázané se shodují, že poskytují **péči ambulantní i terénní formou**. U respondentek S1, S3 a S7 je poskytována **péče terénní** v domácím prostředí, respondentky S6 a S9 doplňují, že jsou více zaměřené na **ambulantní ošetrovatelskou péči**. S1 uvádí: „*Součástí péče je návštěva klientů v psychiatrické nemocnici, jak stávajících, tak i potencionálních.*“ S8 zmiňuje: „*Ošetrovatelské péče v CDZ jako takové v porovnání*

například s lůžkovým oddělením moc není. Jedná se hlavně o **aplikace depotní medikace, monitoring FF, eventuálně ošetření drobných poranění a v ojedinělých případech vydání nouzových léků ze skupiny analgetik nebo anxiolytik.**“ S2 a S4 poskytují ošetrovatelskou péči formou **individuálního plánování** nebo skupinové **terapeutické aktivity**. S4 odpovídá: „*V domácím prostředí z indikace od lékaře zajišťujeme u klientů i odběry biologického materiálu hlavně krve.*“ S5 doplňuje: „*Poskytujeme i telefonické konzultace s klientem a jeho rodinou.*“ Všechny respondentky se shodují, že zaznamenané informace vedou v elektronické i papírové podobě. U sestry S1 převládá elektronická podoba se zásadami uchování dle GDPR.

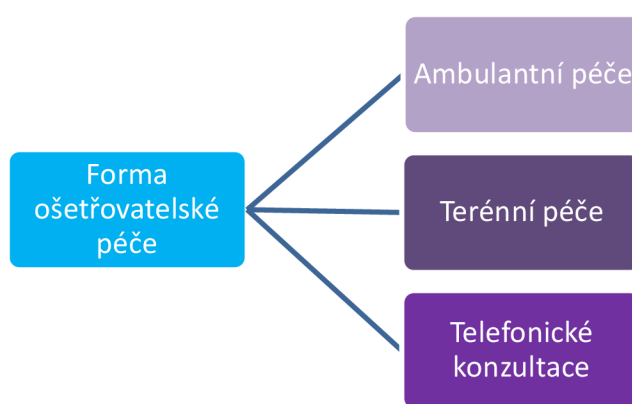


Diagram 4: Kategorie 4 – Forma ošetrovatelská péče o klienty v CDZ

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Kategorie 5: Spolupráce sestry s klienty při poskytování péče v CDZ

Kategorie zahrnuje odpovědi sester na otázku týkající se spolupráce sestry s klienty v rámci poskytování péče v CDZ. S1 odpovídá: „*Spolupráce by měla být nastavena dle přání a potřeb klienta s přihlédnutím k jeho schopnostem a možností v jednání a rozhodování, avšak v souvislosti s náhledem na jeho vlastní onemocnění. Důležitý je rovnocenný přístup sestry, od toho se odvíjí vztah a také důvěra s klientem.*“ Sestra S2 na otázku odpověděla: „*Práce s každým klientem je jiná, **individuální**, je nutné se navzájem **respektovat**, ale stanovit si **určité hranice**, obecně vnímám, že klienti oceňují, že na své problémy nejsou sami.*“ S3 ve své odpovědi potvrzuje, že v této práci jde o navázání **důvěry a vztahu s klientem** jako uvedla ve své odpovědi sestra S1, ale upřesňuje: „*Většina klientů spolupracuje dobrovolně a ráda, jsou vděční za pomoc a čas,*

kteřý jsme jim ochotni věnovat, ale objevují se klienti, kteří odmítají **přijmout své onemocnění** a s ním spojenou i péči.“ S4, S5 a S7 se shodují, že se v minimálních případech setkávají s klienty, kteří nemají o spolupráci zájem. S8 podotýká: „Při práci s psychicky nemocnými je základem **navázat dobrou spolupráci**.“ Respondentka S6 upozornila: „Z praxe to vnímám jinak, tak i tak je to **spolupráce s lidmi, s psychicky nemocnými** a o to je to ještě těžší, hodně je to zaměřené i na vzájemném **porozumění**.“ Grafické znázornění viz diagram 5.

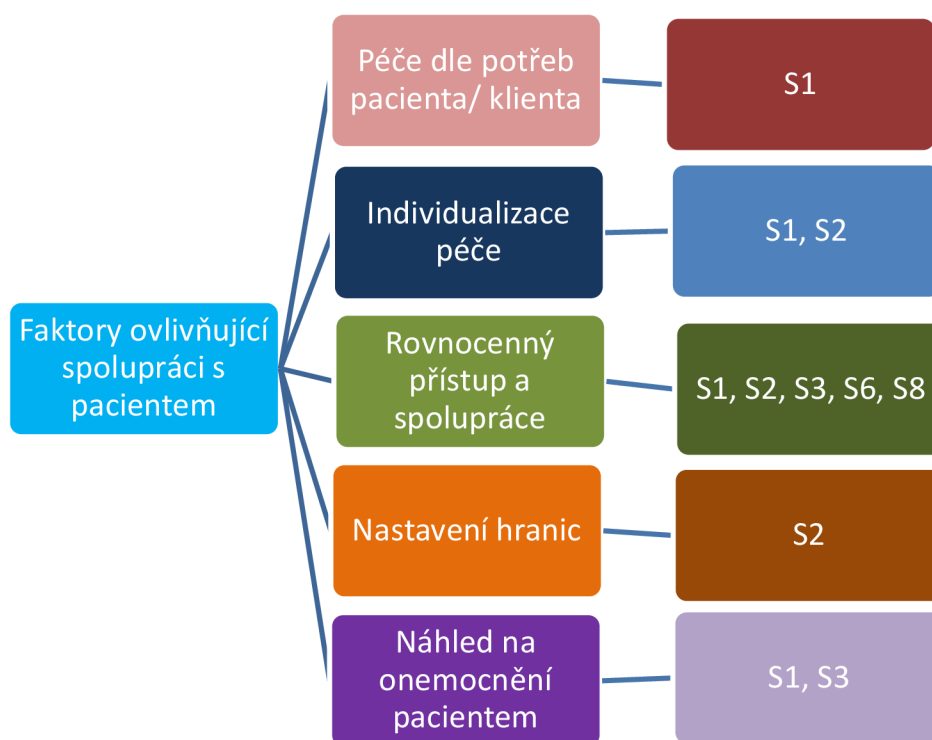


Diagram 5: Kategorie 5 – Faktory ovlivňující spolupráci s klienty v CDZ

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Dle Townesenda (2015) klient s duševním onemocněním, musí být schopen fungovat nezávisle, pokud má být v rámci méně strukturovaného komunitního prostředí úspěšný.

Kategorie 6: Role sestry při práci s klienty v CDZ

Všechny dotazované sestry se vzájemně shodují, že nejčastěji zastávají roli sestry **edukátorky** (viz diagram 6). S5 konkrétně uvádí: „Dobře nastavená edukace, je efektivní

ihned po propuštění z hospitalizace a později se odráží v celkovém jednání a vystupování samotného jedince, a to nejen při zvládnání zátěžových situací.“ S9 odpovídá: „Edukace se promítá do výsledku, avšak nejdříve je nutné **zmapovat deficit v konkrétní oblasti**, zejména v dovednostech, návykách a **postojích** duševně nemocného ve vztahu k jeho zdraví, tyto nedostatky mohou mít brzký i pozdní negativní efekt“ S7 dodává: „Mám zkušenosti, ale i s negativním postojem klienta v rámci edukace.“

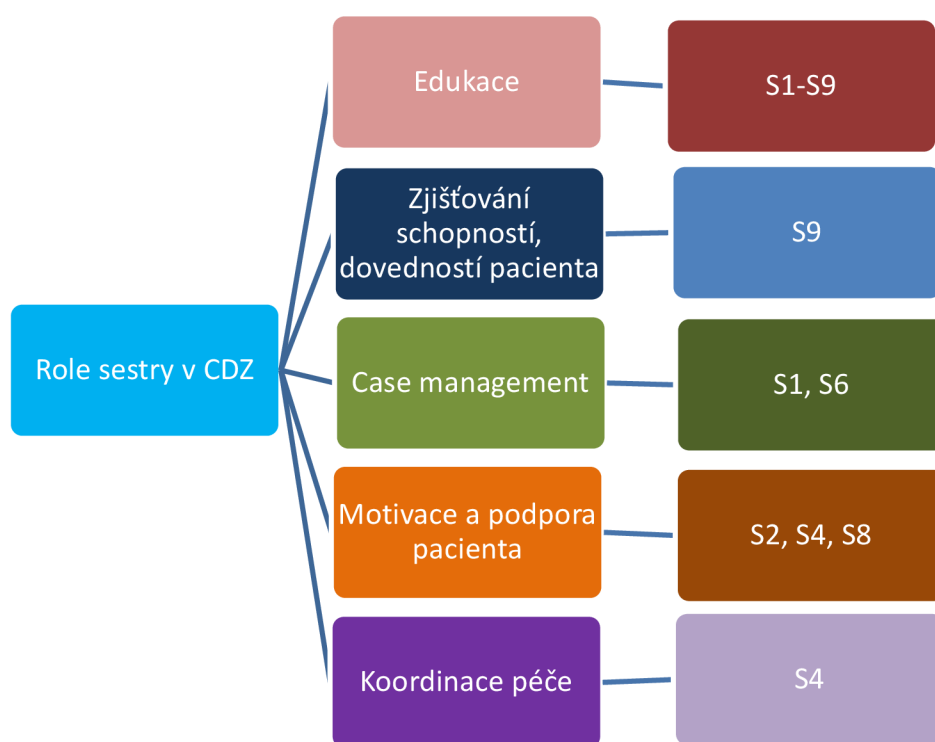


Diagram 6: Kategorie 6 – Role sestry při práci s klienty v CDZ

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Druhou nejčastější odpovědí, kterou respondentky uvedly, je role **case managera**. S1 uvádí: „Spíše je to **case managerová práce**, obecně je to **vztah, důvěra, podpora, bezpečí a přátelství s nemocným**.“ S6 zmiňuje: „Svoji práci mám velmi ráda, je z mého pohledu důležitá, v současné době velmi důležitá. Je to možnost být takový **case manager** klienta, to znamená možnost být **podporou** pro člověka v jeho přirozeném prostředí a možnost návratu k běžnému životu. Cítím se více jako **přítel** než jako sestra. Úlohu zdravotní sestry vnímám jen jako další bonus, při řešení otázek souvisejících se zdravotním stavem.“ S4

a S8 uvádějí, že důležitým aspektem při práci s duševně nemocným je **motivace** samostatného klienta. S2 doplňuje: „*Sama za sebe se snažím plnit role odbornice a komunikátorky. Často klienti přichází v jejich očích s neřešitelným problémem a po individuálním rozhovoru s běžnými doporučeními odchází spokojeni.*“ S3 zmiňuje: „*Zastávání rolí je něco, co je součástí mého hodnotového systému, nejdůležitější je lidskost, podpora a pomoc klientovi.*“ S4 odpovídá: „*Role koordinační a podpůrná. Koordinací, tím chci říct, nastavení optimální spolupráce a respektu mezi sestrou a klientem, v **podpůrné** se jedná spíše o dodržování režimu, a to nejen léčebného.*“ S8 ještě doplňuje: „*Tady jde i o roli plnohodnotné do jisté míry vzdělané sestry, která je součástí multidisciplinárního týmu, v očích klientů někdy až experta v sociální a zdravotní problematice.*“

Kategorie 7: Vize profese sestry v CDZ do budoucna

Vize sester do budoucna graficky znázorňuje diagram 7.

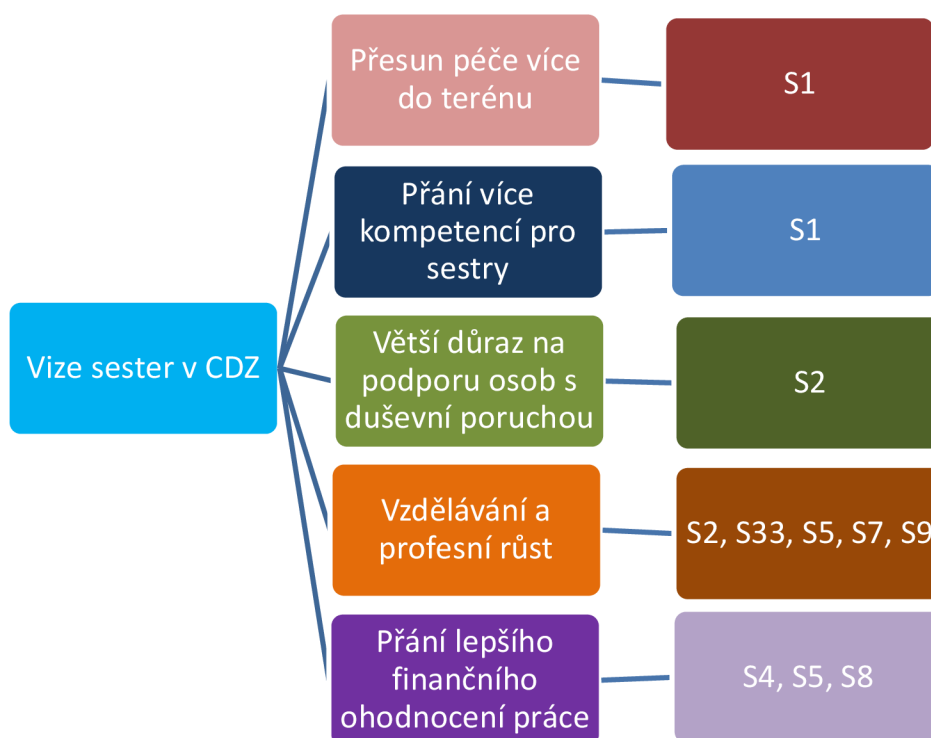


Diagram 7: Kategorie 7 – Vize profese sestry v CDZ

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Respondentka označena S1 uvádí: „*Přála bych si, aby bylo více sester pro domácí terénní péči než pro péči v pobytových, dlouhodobých zařízeních jako jsou nemocnice. Možná ještě více kompetencí pro psychiatrické sestry.*“ S2 uvádí: „*Důraz na podporu osob s dušením onemocnění.*“ Současně S2, S3, S5, S7 a S9 hovoří o možnosti **dalšího vzdělání a karierního růstu**. S3 odpovídá: „*Myslím si, že by bylo dobré, pokud by sestry měly psychoterapeutické výcviky. Tato činnost je stěžejní pro práci s klienty a také zvyšuje odolnost vůči stresu při náročné práci v přímé péči a terénu.*“ S4 a S5 společně do budoucna **trápí finance**, dále pak respondentka S8 uvádí: „*V CDZ je málo peněz, budu s tím tedy muset nějak operovat a přemýšlet, zda to za ty peníze stojí. Obecně si myslím, že práce sestry v CDZ je práce užitečná, naplňující a krásná, ovšem extrémně finančně podhodnocená. Proto do budoucna, pokud se peníze nezvednou, budou CDZ shánět sestry horko těžko jako tomu bylo doted.*“ S6 doplňuje: „*Obecně jako vizi vidím, snížení doby od vstupu po výstup klientů, aby se klienti nestávali závislí na službě CDZ a dokázali po určité době sami efektivně být součástí běžného života.*“

5 Diskuse

Tato bakalářská práce s názvem „Role sestry v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním“ má za cíl zmapovat činnosti sester pracujících v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v ČR, konkrétně v nově vzniklých Centrech duševního zdraví. V posledních letech probíhá reforma duševního zdraví, která zahrnuje rozšiřování komunitních služeb a psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic současně se vzdělávacími a destigmatizačními programy (Peč, 2019).

Výzkumná byl realizován pomocí kvalitativního přístupu, metodou dotazování, konkrétně technikou polostrukturovaného rozhovoru s vybranými sestrami. Sestry do výzkumného souboru byly vybrány záměrně podle jediného kritéria, tím byla práce v Centru duševního zdraví. V souvislosti s cílem práce byly stanoveny tři výzkumné otázky. Zajímalo nás, jaké činnosti vykonávají sestry pracující v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním, jakým způsobem je sestrami zajišťována péče o osoby s duševním onemocněním v systému komunitní péče a jak probíhá spolupráce s klienty v Centrech duševního zdraví z pohledu sester.

Výpovědi sester byly analyzovány metodou otevřeného kódování, kdy vzniklo celkem sedm nadřazených kategorií, jako jsou motivace při práci sestry v CDZ, nejčastější duševní onemocnění, se kterým se sestry v CDZ setkávají, jelikož zde vycházíme z faktu, že u některých duševních poruch nemocný svoji nemoc popírá, a tudíž může být ztížená spolupráce s takovým pacientem/ klientem. Další pojmovou kategorií tvořila náplň práce sestry v CDZ, forma poskytované péče v CDZ, pohled sester na spolupráci s pacienty v rámci CDZ a role sestry v rámci CDZ. Důležitou pojmovou kategorií tvořily i výhledy sester do budoucnosti, kdy byly zaznamenány jejich vize o vývoji této potřebné profese. Výsledky z kvalitativního výzkumu, které byly získané, se nyní pokusíme dát do souvislosti s teoretickými poznatky naší práce a porovnat je s dostupnými pracemi na toto téma včetně odborné literatury, jelikož CDZ jsou poměrně nová záležitost a zatím se zkušenosti spíše sbírají a není dostatek výzkumných závěrů.

Výzkumná otázka 1: Jaké činnosti vykonávají sestry pracující v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním?

Na tuto otázku lze odpovědět pomocí kategorie 3 a 7, jež nám podávají informace o pracovní náplni sester v CDZ a jejich vizi této profese do budoucna.

Podle výpovědí informantů je náplní práce sester v CDZ převážně poskytovat zdravotní (uvedlo 8 z 9 informantů) a sociální péči (uvedli 4 informanti). Dále se jedná o psychosociální rehabilitaci (uvedli všichni informanti) a edukační činnost (uvedlo 7 informantů). Je nutné však dodat, že práce sester v multidisciplinárním komunitním týmu je různorodá, což potvrzují i výpovědi dotázaných sester: „*Poskytujeme zdravotní i sociální péči v terénu, jsme v kontaktu s dalšími institucemi.*“ (S1). To závisí i na pracovní pozici dotázané sestry, kdy například sestra S2, jež zastává vedoucí pozici vypověděla, že do své pracovní náplně zahrnuje i spolupráci s multidisciplinárním týmem, plnění rehabilitačních plánů, administrativní práce, ale i práce v terénu. S3 z pohledu staniční sestry uvádí: „*Mám na starost vedení týmu sester, zajištění ambulantního provozu a spolupráci se sociální částí CDZ, pracuji i s potencionálními zájemci o službu.*“ K výše uvedenému doplňuje i S4: „*Pracovní náplň je různorodá, poskytují individuální psychiatrické rehabilitace s klienty v jejich prostředí, zahajují edukační proces a reedukaci, pracuji i s rodinou klienta, při práci v terénu dle ordinace lékaře zajišťují odběry a aplikují depotní injekce.*“

To je v souladu s tvrzením Kolářové (2022), podle které je důraz kladen na koordinaci a propojenost jednotlivých profesí, potažmo i jednotlivých typů podpory a služeb. Podle ní je pak zásadní vzájemná spolupráce a dlouhodobé zapojení celé komunity. Nezbytné je i zaměřit intervence nejen na zmírnění příznaků duševního onemocnění, ale také vyvinout úsilí a dosáhnout maximální samostatnosti pacienta/ klienta a tím i zlepšení kvality jeho života.

Podle Kolářové (2022) je klíčovým prvkem týmu primární (klíčová) sestra, která naváže vztah s pacientem a hodnotí jeho potřeby po přijetí. Tato sestra také provádí přehodnocení a plánování aktivit, které naplňují potřeby pacienta nebo posilují jeho funkční schopnosti. Sestra dále diskutuje s pacientem možné časné varovné příznaky, zaznamenává informace o realizaci nastaveného plánu a hodnotí pokrok v motivaci pacienta ke spolupráci s poskytovateli komunitní péče. Zároveň i dodává, že důležitým prvkem multidisciplinárního týmu je pravidelné setkání zástupců lůžkového oddělení a komunitních služeb, kde se diskutují pacienti, kteří jsou hospitalizováni. Tento virtuální

tým nejčastěji koordinují staniční sestry, které mají přehled o všech hospitalizovaných pacientech a mají tak přístup k dokumentaci procesu, navazují spolupráci s motivovanými pacienty, podílejí se na plánu uspokojování potřeb a dalším postupu v době hospitalizace a po propuštění. Cílem rozvoje spolupráce mezi lůžkovými a komunitními službami a Centrem pro duševní zdraví (CDZ) je vzájemné sladění pohledů a metod práce tak, aby byla zajištěna maximální kontinuita péče o pacienta/klienta.

K tomuto však dodává Fišarová (2022), vrchní sestra Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, že práce v multidisciplinárním týmu se neustále vyvíjí a je třeba vzájemně spolupracovat. Že se nejedená o klasický medicínský pohled na péči o duševně nemocné, ale na komplexní pohled ve smyslu holismu. Doslova uvádí: *„U multidisciplinárního týmu 1. úrovně musíme např. novým lékařům zdůrazňovat, že jsou na jedné lodi se sestrami. Ale problém je i u sester, které se domnívají, že jejich náplní je jen zaopatřit základní potřeby, tedy dát léky, stravu atd. I naše týmy to zpočátku stálo úsilí, řadu školení, workshopů a přesvědčování všech zainteresovaných o tom, že jde o dobrou věc“*.

Podle Kolářové (2022) by pak multidisciplinární týmy, jež jsou velmi důležité v akutní psychiatrické péči, měli být sestaveny nejenom podle profesí, ale také podle pracovního zařazení. Uvádí, že ze zkušenosti se ukazuje, že nejvhodnějšími case manažery jsou právě psychiatrické sestry a sociální pracovníci, kteří mohou samostatně provádět určité typy intervencí. Což je v souladu i s našimi zjištěními, kdy jako svoji náplň práce uvedli 4 informanti z 9.

Pokud se ještě zaměříme na vize dotázaných sester, tak jednoznačně spatřují v profesi sestry komunitního týmu budoucnost a hovoří o nutnosti přesunu péče z nemocnic do terénu. Otázka, která byla sestram položená, byla záměrně otevřená, nebyla zaměřená na profesní růst, ošetrovatelskou péči nebo zlepšení poskytovaných služeb. Respondentka S1 poznamenala: *„Přála bych si, aby bylo více sester pro domácí terénní péči než pro péči v pobytových, dlouhodobých zařízeních jako jsou nemocnice. Možná ještě více kompetencí pro psychiatrické sestry.“* S2 zmínila: *„Důraz na podporu osob s duševním onemocněním.“* Současně S2, S3, S5, S7 a S9 hovoří o možnosti dalšího vzdělání a kariérního růstu. S3 odpovídá: *„Myslím si, že by bylo dobré, pokud by sestry měly psychoterapeutické výcviky. Tato činnost je stěžejní pro práci s klienty a také zvyšuje odolnost vůči stresu při náročné práci v přímé péči a terénu.“* S4 a S5 společně do

budoucná trápí finanční záležitosti, dále pak respondentka S8 uvádí: „V CDZ je málo peněz.“ Tohoto faktu si je zřejmě vědomé i MZČR, které v současném akčním plánu přislíbilo více financí pro tuto sféru péče.

Význam této péče taktéž deklaruje i Fišarová (2022), podle níž lze v praxi vidět přínos multidisciplinárních týmů jak pro pacienta, tak i pro zdravotnický a sociální personál. A to zejména v úspoře času do budoucna. „Největší přínos ale jednoznačně vidíme u pacientů, u nichž se zkracuje hospitalizace a zlepšuje se kvalita života.“ Taktéž dodává, že ne všichni s tímto přístupem souhlasí: „někdo má pocit přílišného zasahování do života, často i rodiny takto úzkou spoluprací odmítají. Jsou totiž přesvědčeni, že v nemocnici jsou proto, aby se vyléčili, ne proto, aby se zde např. seznamovali, řešili bydlení nebo si hledali práci...“

Zajímavý pohled na vizi do budoucna skýtá i studie Szabzona et al. (2019), kteří mapovali reformu psychiatrické péče v Portugalsku. Podle jejich studie je komunitní organizace péče o duševně nemocné důležitým hráčem při poskytování služeb. Problém však spatřují ve faktu, že rodinní příslušníci – pečovatelé jsou zároveň vnímáni jako zodpovědní za zajištění velké části sociálních potřeb pacientů/ klientů. Ti jsou však stále více a více znepokojeni tím, že postupně stárnou a neví, jak dlouho a do jaké míry budou moci pečovat o své blízké.

Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem je sestrami zajišťována péče o osoby s duševním onemocněním v systému komunitní péče?

Na tuto otázku lze odpovědět pomocí kategorie 2, 4 a 6, jež nám podávají informace o nejčastější diagnóze osob s duševním onemocněním v CDZ, o formě poskytované péče a roli sestry v CDZ.

Druhá kategorie prezentuje, s jakými duševními onemocněními se nejčastěji dotázané sestry setkávají v rámci CDZ. Všechny dotazované sestry se shodují, že cílovou skupinou pro CDZ jsou klienti se schizofrenií, konkrétně paranoidní schizofrenie. Avšak z analýzy dat vyplývá, že se v rámci CDZ setkávají s poměrně širokou škálou psychických poruch včetně duálních diagnóz. Sestra S9 zmínila psychotická onemocnění. Sestry S1 a S2 se shodují, že pracují s klienty, kteří mají diagnostikovanou poruchu osobnosti. Dále sestra S1 uvedla, že se setkává s klienty s bipolární poruchou, obsedantně kompulzivními

poruchami a duální diagnózou a sestra S8 vyjmenovala psychózy, neurotické a afektivní poruchy, klienty s poruchou příjmu potravy a sebepoškozováním. Vybudované centra jsou zaměřena na dospělé klienty s vážným duševním onemocněním. V další fázi budování budou postupně vznikat služby pro osoby s raným výskytem psychotického onemocnění (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017). Jak už bylo dříve uvedeno, je třeba odlišit jednotlivá duševní onemocnění, jelikož ke každému se přistupuje s ohledem na jeho specifity. Dalšími určujícími faktory jsou osobnost nemocného a jeho schopnost náhledu na své onemocnění a do jisté míry i profesionalita sester v CDZ, které musí s pacientem/ klientem navázat adekvátní terapeutický vztah. Ale jak vyplývá ze Závěrečné evaluační zprávy (SocioFactor, 2022) lze považovat přístup sester za správný a můžeme generalizovat, že se jim daří navázat terapeutické vztahy se svými pacienty a klienty. Ze zprávy je patrné kladné hodnocení pracovníků komunitního týmu (SocioFactor, 2022, s. 7): *„Vysoká kvalita poskytované péče – klienti/pacienti hodnotí velmi pozitivně přístup jednotlivých pracovníků, cítí se přijímáni; vše na jednom místě – komplexnost poskytované péče; dostupnost psychiatrické a psychologické péče – ta bývá v některých regionech velmi obtížně zajistitelná, CDZ však disponuje vlastním psychiatrem a psychologem; terénní péče – je možností sociálních kontaktů, vítají také klienti/pacienti se zhoršenou hybností, je vhodná při asertivním kontaktování, při zhoršením zdravotním stavu; avšak někteří klienti/pacienti jsou raději, pokud mohou využívat služeb ambulantních – možnost pohybu, nechtějí, aby pracovníci docházeli k nim domů; porozumění onemocnění – klienti/pacienti díky pracovníkům CDZ získali náhled nad svým onemocněním, porozuměli mu; lepší vztah s osobami blízkými – blízcí příbuzní taktéž dostali informace o projevech onemocnění; díky větší aktivitě, zájmu o sebe se začali klienti/pacienti více zapojovat do chodu domácnosti; možnost sdílení v kolektivu lidí s obdobnou zkušeností; podpora v krizi.“*

S výše uvedeným korespondují i výpovědi sester, kdy ony samy spatřují budoucnost své profese v deinstitucionalizaci psychiatrické péče a přesunu klientů především do domácí péče, kdy se budou léčit ambulantně nebo v rámci terénní péče CDZ. Přesun péče z nemocnic do terénu podporují i výsledky studie Winklera et al. (2018), která poskytuje jasné ekonomické důkazy pro deinstitucionalizaci tím, že ukazuje, že propuštění do komunitní péče je nákladově efektivnější ve srovnání s péčí v psychiatrických

nemocnicích v České republice. Tato zjištění přispívají i k lidským právům a klinickým argumentům pro reformu péče o duševní zdraví ve střední a východní Evropě.

Z odpovědí jednotlivých sester vyplývá, že v jejich práci dominuje poskytování ošetrovatelské péči v terénu, sestry S6 a S9 poskytují ošetrovatelskou péči spíše v ambulanci. Všechny dotazované sestry uvedly, že informace o klientech zaznamenávají v elektronické i papírové formě. Pouze sestra S1 toto tvrzení nepotvrdila. S1 vede záznamy v elektronické podobě se zásadami dle GDPR. Pokud probíhá péče u klienta v jeho přirozeném prostředí, sestry hodnotí celkový stav klienta a jeho prostředí, monitorují fyziologické funkce a případné úkony z indikace lékaře. Sestra S5 doplňuje: *„Klientovi a jeho rodině poskytuje v rámci poradenství a pro zkvalitnění péče telefonické konzultace.“*

V návaznosti na výše uvedené je třeba uvést i kategorii šestou, a to role sester v rámci CDZ. Na základě poznatků, které jsme se od informantů dověděli, společně se znalostmi z literatury, lze říci, že nejčastější rolí je role sestry edukátorky. Role edukátorky představuje, že sestra podává nemocnému i jeho rodině informace, aby se klient mohl co nejrychleji adaptovat v dané situaci, aby mohl předcházet onemocnění a zachovávat zdravý životní styl (Kutnohorská, 2016). Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků se uvádí, že všeobecná sestra zajišťující základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu, může pacienty nebo případně jiné osoby edukovat o ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály. Sestra S9 se shodla s odpovědí sestry S6: *„Efektivní edukace, se později odráží v celkovém jednání a vystupování jedince, nejen při zvládnání zátěžových situací.“* Sestra S7 se setkala s negativním postojem klienta v rámci edukace. Druhou nejčastější odpovědí, kterou informantky uvedly, je role case managera. Respondentka S1 zmiňuje: *„Je to spíše case managerová práce, obecně je to vztah, důvěra, podpora, bezpečí a přátelství s nemocným.“* Sestra S6 doplnila: *„Možnost být case manager klienta, to znamená možnost být podporou pro člověka v jeho přirozeném prostředí a možnost návratu nemocného k běžnému životu. Cítím se jako přítel klienta. Úlohu sestry vnímám jako bonus, při řešení otázek souvisejících se zdravotním stavem.“* Sestry S4 a S8 uvádějí motivaci klienta, jako jeden z aspektů při práci s lidmi s duševním onemocněním. Sestra

S2 tvrdí: „*Sama za sebe se snažím plnit role odbornice a komunikátorky.*“ A sestra S3 zmiňuje: „*Zastávání rolí, je něco, co je součástí mého hodnotového systému, nejdůležitější je lidskost, podpora a pomoc klientovi.*“ Respondentka S8 dodala: „*Jde o roli plnohodnotné vzdělané sestry, která je součástí multidisciplinárního týmu ve zdravotní a sociální problematice.*“ Kdy se s touto výpovědí naprosto ztotožňujeme.

Výše uvedené je v souladu i s koncepcí role sestry dle Plevové (2018). Všeobecná sestra má podle ní klíčovou roli v péči o pacienty a zajištění jejich zdravotního stavu. Ve výčtu jejich úkolů pak Plevová (2018) uvádí komunikaci s pacientem, koordinaci péče a v neposlední řadě vzdělávání pacienta.

Výzkumná otázka 3: Jak probíhá spolupráce s klienty v Centrech duševního zdraví z pohledu sester?

Na tuto otázku lze odpovědět pomocí kategorie 1 a 5, jež nám podávají informace o motivaci sester při práci v CDZ a jejich pohledu na spolupráci sester CDZ s pacienty/klienty.

Jedním z důležitých faktorů, který hraje velkou roli při poskytování služeb v rámci CDZ je spolupráce mezi sestrou a klientem (pátá pojmová kategorie). Z odpovědí informantů je patrné, že spolupráce s klientem je založena na individuálním přístupu a vzájemném porozumění. Sestry mají ve většině případů zkušenost s dobrou spoluprací ze strany klienta, v ojedinělých případech se objevují klienti, kteří odmítají přijmout své onemocnění a s ním i možnost zajištění potřebné péče. Dotazovaná sestra S8 vyjadřuje: „*Při práci s psychicky nemocným je základem navázat dobrou spolupráci.*“ Respondentka S2 doplnila: „*Je nutné se s klientem navzájem respektovat, ale také si stanovit určité hranice, obecně vnímám, že klienti oceňují, když na své problémy nejsou sami.*“ a respondentka S1 uvedla: „*Spolupráce by měla být nastavena dle přání a potřeb klienta s přihlédnutím k jeho schopnostem a možnostem v jednání a rozhodování, avšak v souvislosti s náhledem na jeho vlastní onemocnění. Důležitý je rovnocenný přístup sestry a od toho se odvíjí vztah a také důvěra s klientem.*“ To, jak se podaří sestře navázat terapeutický vztah s pacientem/klientem dle mého názoru souvisí následně se spokojeností pacienta, ale i spokojeností sestry. Pokud se na spokojenost sester podíváme i z druhé strany, je třeba, aby sestra byla spokojená a motivovaná (a samozřejmě zde hrají

roli i další faktory jako únava a další), aby mohla dobře odvádět svojí práci a poskytovat kvalitní a bezpečnou péči. A právě první pojmová kategorie je zaměřena na výpovědi informantek o jejich motivaci či demotivaci v rámci výkonu jejich profese.

Dotázané sestry kladně hodnotí smysl práce, chuť pomáhat a možnost dalšího vzdělání. Sestra S3 uvedla individuální přístup ke klientovi a příležitost měnit pohled společnosti na lidi duševním onemocněním. Toto bych hodnotila velmi pozitivně, je třeba pracovat na změně pohledu společnosti, jelikož duševní poruchy byly donedávna tabuizovány a osoby takto nemocné vyčleňovány na okraj společnosti. Zajímavou studii založenou na polostrukturovaných hloubkových rozhovorech s příbuznými pacientů s diagnózou schizofrenie v ČR provedli Krupchanka et al. (2018). Cílem studie bylo zjistit zkušenosti osob s duševní poruchou se stigmatizací a upozornit na kampani proti stigmatizaci související s národní reformou duševního zdraví. Z výsledků jejich studie vyplývá, že všech 25 dotázaných osob s duševní poruchou či jejich rodinných příslušníků pocituje stigmatizaci ve společnosti. Jako zastřešujícími problémy byly identifikovány obecný nedostatek porozumění a mylné představy o duševní nemoci, strukturální diskriminace a nedostatek vládních a veřejných podpůrných systémů, zátěž „všudypřítomné a neomezené“ péče a neschopnost nezávisle žít. S tímto lze naprosto souhlasit a můžeme zde dodat, že výše uvedené problémy jsou přesně ty, na něž jsou zaměřené cíle CDZ, která usilují o kvalitní a v rámci možnosti pacienta/ klienta samostatný život v domácím prostředí.

Sestra S8 se v rámci této kategorie zmínila o kolektivu, který je zaměřen na kvalitu práce a potřeby klientů. S těmito tvrzeními se též ztotožňujeme. Jako demotivační faktory informantky uvedly například složitost spolupráce s psychiatrickými nemocnicemi, dále sestry S3 a S8 negativně hodnotí nejasná pravidla v zákoně pro poskytování služeb a práce celého multidisciplinárního týmu CDZ včetně nejasných kompetencích. Sestra S8 uvedla „*Obecně chaotický přístup z různých projektů, neukotvenost CDZ v zákoně a s tím spojené nejasné a neúplné informace pro práci celého týmu v CDZ*“. Obdobně tedy popisuje i sestra S3: „*Demotivuje mě absence jasných pravidel a hranic, celkově nastavení poskytování služeb CDZ – vše je často na individuální domluvě v kolektivu, což je dobré, ale i špatné. Spousta sociální práce, nutnost, že ji musí do jisté úrovně vědět a dělat i sestra.*“ Mezi dalšími negativními faktory při práci v CDZ bylo uvedeno

nedostatek členů komunitního týmu, časová náročnost na administrativní práci na úkor času v terénu či nízké platové ohodnocení a finanční nestabilita.

Výše uvedená zjištění jsou v souladu se závěry Závěrečné evaluační zprávy (SocioFactor, 2022), podle níž byl zaznamenán větší tlak na zdravotní pracovníky, kteří potřebují vykazovat výkony, což může vést ke kvantitě práce na úkor kvality. Jako další překážky v udržitelnosti rozvoje CDZ jsou popisovány problémy s odlišným financováním zdravotní a sociální části CDZ. Kdy zdravotnická část je dle této zprávy SocioFactoru (2022) vykazována dle výkonu, zatímco sociální část není tolik výkonem ovlivňována. Dále je ve zprávě podotýkáno, že multidisciplinární spolupráce s klientem navíc v praxi znamená, že *„klienti/pacienti nevyužívají všech služeb rovnoměrně, zátěž jednotlivých profesí tak může být v čase proměnlivá, což je především komplikované pro zdravotní část CDZ (především po skončení projektové podpory).“* (SocioFactor, 2022, s. 8). V neposlední řadě je zmiňována i nutnost dostatečného financování CDZ.

V závěru diskuse lze shrnout, že se jednalo o kvalitativní šetření, které mělo posloužit jako sonda do problematiky a nastínit další možné směry hlubšího výzkumu. Dále touto prací bylo poukázáno na důležitost Center duševního zdraví v rámci péče o osoby s duševním onemocněním, kdy vize do budoucnosti je ta, že by tito pacienti mohli vést kvalitní život ve svém přirozeném zázemí. Na základě výše uvedeného lze říci, že se cíle práce podařili naplnit.

Z obecných doporučení pro praxi, jenž plynou z výše uvedených zjištění lze pak jednotlivá doporučení nasměrovat na:

1. Rodiny osob s duševní poruchou. Zde bychom chtěli poradit, ať se rodinní příslušníci neostýchají kontaktovat CDZ, psychiatra, psychologa, poradnu. Důležité je nebýt na starosti sám a umět požádat o erudovanou pomoc, o informace.
2. Na sestry a pracovníky komunitního týmu. Zde bychom chtěli podpořit vzdělávání pracovníků, ať už oblasti profesní, tak ale i v oblasti tzv. soft skills (tedy komunikaci, v umění podpořit), dále doporučujeme workshopy, stínování se zkušenějšími kolegy či s kolegy z druhého úseku (zdravotního či sociálního) – to proto, aby viděli práci i z druhé strany a dokázali ji ocenit. Myslím, že velmi

důležitá je i intervize a supervize, týmové porady. Jsme si vědomi, že se jedná o velmi náročnou práci, proto bychom chtěli poznamenat, aby členové komunitního týmu nezapomínali na osobní psychohygienu jako prevenci syndromu vyhoření.

3. V neposlední řadě bychom svá doporučení chtěli směřovat na zřizovatele CDZ, tedy kraje a Ministerstvo zdravotnictví. Zde lze doporučit zajistit dostatečné financování CDZ, jelikož zde je opravdu budoucnost a CDZ má v dlouhodobém horizontu pozitiva v tom, že snižuje spotřebu financí tím, že je nutná minimální hospitalizace pacientů, při včasné zachytu symptomů exacerbace onemocnění, lze jej zvládnout bez nutnosti hospitalizace a další. Dále je třeba důsledný personální management a kariérní rozvoj zaměstnanců, kdy i sami sestry vnímají potřebu dalšího vzdělávání či psychoterapeutického výcviku.

6 Závěr

Tato bakalářská práce na téma: „*Role sestry v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním*“ se zabývala zmapováním činnosti sester pracujících v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v ČR, konkrétně v nově vzniklých Centrech duševního zdraví. Práce je klasicky členěná na teoretickou část, jež sumarizuje dostupná zjištění v této problematice a na výzkumnou část.

Teoretická část práce byla zaměřena na duševní onemocnění, jeho diagnostiku, léčbu a terapii. Dále je popsána organizační struktura psychiatrické péče a role psychiatrických sester, které jsou součástí multidisciplinárních týmů.

Empirická část byla zaměřena na zmapování činností sester pracujících v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním, v Centrech duševního zdraví (CDZ), za pomoci kvalitativního výzkumného šetření. Cílovou skupinu šetření představovaly psychiatrické sestry pracující v CDZ, kdy informace byly získány formou polostrukturovaného rozhovoru. V souvislosti cílem práce byly stanoveny tři výzkumné otázky: „*Jaké činnosti vykonávají sestry pracující v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním?*“, „*Jakým způsobem je sestrami zajišťována péče o osoby s duševním onemocněním v systému komunitní péče?*“ a „*Jak probíhá spolupráce s klienty v Centrech duševního zdraví z pohledu sester?*“ Na základě rozvorů s informanty vzniklo celkem osm kategorií dat. Výstupem výzkumu bylo zjištění, že sestry pracující v nově vzniklých Centrech duševního zdraví. Sestry jsou součástí multidisciplinárního týmu v CDZ. Sestavují zde na základě získané anamnézy osobní a krizové plány a plány psychiatrické rehabilitace, poskytují krizové intervence v terénní péči. Sestry tedy podporují klienta v dodržování léčebného režimu a adaptaci na změněné životní podmínky. Zajišťují klientům a jejich rodinám edukaci a reedukaci ve vybraných oblastech. Vedou individuální a skupinové terapeutické aktivity. Mapují a následně vyhodnocují somatický a psychický stav pomocí měřicích nástrojů. Sestry se postgraduálně vzdělávají ve svém oboru, přináší nové podněty do týmu a sledují legislativu a její aktualizaci ve svém oboru. Aktivně se podílí na edukaci veřejnosti a destigmatizaci lidí s duševním onemocněním. Role sestry vychází z aktuálních potřeb nemocného, zajišťuje klientovi pocit jistoty a uspokojuje jeho potřeby a přání. Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že spolupráce mezi sestrou a osobami s duševním

onemocněním je individuální, závisí na vzájemném vztahu a důvěře mezi nimi. Důležitým nástrojem pro získání informací je komunikace. Sestra by měla být vzdělaná a mít rovnocenný přístup. Klient by měl vyjadřovat svoje potřeby a přání v souvislosti s jeho onemocněním. Case manager z multidisciplinárního týmu, který tvoří individuální plán a vyhodnocuje potřeby, se osvědčil, jako klientův společník, který mu pomáhá zajistit komplexní řešení problémů.

Z výše uvedeného vyplývají i doporučení pro praxi, kdy sestra by měla být vzdělaná a měla by mít dostatečné komunikační dovednosti a tzv. soft skills. Dále je důležitý partnerský přístup ke klientovi, sestra by měla být empatická a schopná klienta podporovat. V rámci toho jsou doporučovány workshopy a přednášky na toto téma, dále tzv. stínování, sdílení zkušeností a supervize. Další doporučení jsou směřována na rodiny osob s duševním onemocněním a na zřizovatele CDZ.

Cíl práce lze považovat za splněný, jelikož získané výsledky práce přinesly aktuální informace o roli sester a činnostech sester, které pracují v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v České republice, konkrétně v nově vzniklých Centrech duševního zdraví. Tyto informace mohou sloužit jak sestřám z praxe, tak studentům zdravotnických oborů.

- 2019-11-01]. Dostupné z:
https://actamedica.lfhk.cuni.cz/media/pdf/am_2015058030104.pdf.
10. HOSÁK, L. HRDLIČKA, M., LIBIGER, J., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
 11. HÖSCHL, C., WILKLER, P., PEČ, O. *The state of psychiatry in the Czech Republic*. BJPsych Int. 2019 Feb;16(1):4-6. doi: 10.1192/bji.2017.27. PMID: 30747157; PMCID: PMC6357523.
 12. JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada, 100 s. ISBN: 978-80-247-6542-6.
 13. KRBCOVÁ MAŠÍNOVÁ, L. et al., 2020. *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním*. Praha: MZČR. [online]. [cit. 2023-02-24]. Dostupné z:
https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf.
 14. KOLÁŘOVÁ, Z., 2022. *Multidisciplinární model psychiatrické péče již úspěšně funguje. Zatím ale ne všude*. Medical Tribune. [online]. [cit. 2023-02-24]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/multidisciplinami-model-psychiatricke-pece-jiz-uspesne-funguje-zatim-ale-ne-vsude/>.
 15. KOPELOWICZ, A., LIBERMAN, R.P., 2003. *Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses*. Psychiatr Serv. 2003 Nov;54(11):1491-8. doi: 10.1176/appi.ps.54.11.1491. PMID: 14600308.
 16. KRUPCHANKA, D., WINKLER, P., 2016. *State of mental healthcare systems in Eastern Europe: do we really understand what is going on?* BJPsych Int. 2016 Nov 1;13(4):96-99. doi: 10.1192/s2056474000001446. PMID: 29093919; PMCID: PMC5619493.
 17. KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0.
 18. KRUPCHANKA, D. et al., 2018. *Experience of stigma and discrimination in families of persons with schizophrenia in the Czech Republic*. Social Science & Medicine (2018), doi: 10.1016/j.socscimed.2018.07.015

19. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
20. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
21. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 875 s. ISBN 978-80-7472-168-7.
22. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016. *Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (CDZ)*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. [cit. 2021-06-03]. Dostupné z: http://www.fokusvysocina.cz/Userfiles/standard_cdz_final.pdf.
23. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017. *Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)* Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. [cit. 2021-06-05]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/12/170425_-Principy-p%C3%A9%C4%8De-v-CDZ_revize.pdf.
24. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019. *Reforma péče o duševní zdraví – Průvodce reformou psychiatrické péče*. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. [cit. 2021-11-07]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf.
25. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 (NAPDZ ČR 2030)*. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. [cit. 2021-06-05]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030?typ=o>.
26. Národní zdravotnický informační portál, 2023. *Deprese: Formy a průběh*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [online]. [cit. 28.04.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/682-deprese-formy-a-prubeh>. ISSN 2695-0340.
27. NOVÁK, V., 2009. *Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu*. Zdraví.euro. [online]. [cit. 2022-02-01]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/sestra-jako-poskytovatelka-oseetrovatelske-pece-a-jeji-postaveni-ve-zdravotnickem-tymu-448617>.
28. OREL, M., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.

29. OREL, M., 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 432 s. ISBN 978-80-271-2529-6.
30. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetřovatelství I*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
31. PEČ, O., 2019. *Mental health reforms in the Czech Republic*. BJPsych Int. 2019 Feb;16(1):4-6. doi: 10.1192/bji.2017.27. PMID: 30747157; PMCID: PMC6357523.
32. PETR, T., MARKOVÁ, E., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
33. POLANCZYK, G.V. et al., 2015. *Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents*. J Child Psychol Psychiatry. 2015 Mar;56(3):345-65. doi: 10.1111/jcpp.12381. Epub 2015 Feb 3. PMID: 25649325.
34. PRAŠKO, J., HOLUBOVÁ, M., 2017. *Sociální fobie a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 256 s. ISBN 978-80-247-5841-1.
35. Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha: Galén. [online]. [cit. 2021-06-29]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf.
36. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., 2020. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 468 s. ISBN 978-80-246-4604-6.
37. RABOCH, J. et al., 2015. ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 1088 s. ISBN 978-80-86471-52-5.
38. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013: *Reforma péče o duševní zdraví - Strategie reformy psychiatrické péče 2013*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. [cit. 2021-07-01]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf.
39. SocioFactor, 2022. *Závěrečná evaluační zpráva projektu podpora vzniku Center duševního zdraví III*. SocioFactor. [online]. [cit. 2023-01-07]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-06/Z%C3%A1v%C4%9Bre%C4%8Dn%C3%A1%20evalua%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1va%20CDZ%20III_1.pdf.

40. SZABZON, F. et al. (2019). *Challenges for psychosocial rehabilitation services in the Lisbon Metropolitan Area: A qualitative approach*. March 2019. *Health & Social Care in the Community* 27(3). doi:10.1111/hsc.12743.
41. TOWNSEND, M. C., 2015. *Psychiatric nursing: assessment, care plans, and medications*. 9th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 736 s. ISBN 978-0-8036-4237-9.
42. VIGO D., THORNICROFT, G., ATUN, R., 2016. *Estimating the true global burden of mental illness*. *Lancet Psychiatry*. 2016 Feb;3(2):171-8. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00505-2. PMID: 26851330.
43. WINKLER, P. et al., 2018. *Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: an economic analysis*. *Lancet Psychiatry*. 2018 Dec;5(12):1023-1031. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30388-2. Epub 2018 Nov 8. PMID: 30415938.
44. WHO, 2001. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, World Health Organization. [online]. [cit. 2021-06-07] Dostupné z: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1.
45. ZANDLOVÁ, M., 2019. In *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK, 496 s. ISBN: 978-80-7571-052-9.
46. Zdraví 2020 ČR – AP č. 03: *Duševní zdraví*. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. [cit. 2021-06-05]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/ap-c-spravna-vyziva-a-stravovaci-navyky-populace-na-obdobi015020-dusevni-zdravi>.

Přílohy

Příloha 1 – Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Seznam obrázků a diagramů

Obrázek 1: Srovnání institucionálního a komunitního přístupu.....	21
Obrázek 2: Deset principů multidisciplinárního týmu	27
Obrázek 3: Otevřené kódování a jeho kroky	34
Diagram 1: Kategorie 1 – Motivace při práci v CDZ.....	36
Diagram 2: Kategorie 2 – Nejčastější onemocnění v CDZ	37
Diagram 3: Kategorie 3 – Pracovní náplň v CDZ	38
Diagram 4: Kategorie 4 – Forma ošetrovatelská péče o klienty v CDZ.....	40
Diagram 5: Kategorie 5 – Faktory ovlivňující spolupráci s klienty v CDZ	41
Diagram 6: Kategorie 6 – Role sestry při práci s klienty v CDZ	42
Diagram 7: Kategorie 7 – Vize profese sestry v CDZ.....	43

Seznam tabulek

Tabulka 1: Popis výzkumného souboru	32
--	----

Seznam zkratek

APA	– Americká psychiatrická asociace
CDZ	– Centrum duševního zdraví
CT	– Computed Tomography neboli počítačová tomografie – zobrazovací metoda v medicíně, která umožňuje vytvoření 3D obrazu vnitřních struktur těla
SPECT	– Single Photon Emission Computed Tomography, což je diagnostický obrazový zobrazovací postup, který se používá k hodnocení funkce mozku a k detekci abnormalit v toku krve v mozku
ČR	– Česká republika
DSM-5	– diagnostický manuál (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) APA
MKN	– Mezinárodní klasifikace nemocí
SMI	– Severe mental illness (Závažné duševní onemocnění)
WHO	– World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Příloha č. 1 – Otázky

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše pohlaví?
3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
4. Kolik let máte praxe ve zdravotnictví jako sestra?
5. Kde jste získal/ získala praxi?
6. Jak jste se dozvěděl/ dozvěděla o profesi sestry v CDZ?
7. Jaký máte pracovní úvazek v CDZ?
8. Jak dlouho jste zaměstnaný/ zaměstnaná v CDZ?
9. Co Vás motivuje při práci v CDZ?
10. Co Vás odrazuje při práci v CDZ?
11. S jakými onemocněními se nejčastěji setkáváte v CDZ?
12. Popište mi, jaká je Vaše pracovní náplň v CDZ?
13. Jakým způsobem zaznamenáváte informace o klientovi v CDZ?
14. Jakou formou poskytujete ošetrovatelskou péči o klienty v CDZ?
15. Popište mi, jak vyhodnocujete a zpracováváte ošetrovatelské plány v CDZ?
16. Jaká je spolupráce sestry s klienty v rámci poskytování péče v CDZ?
17. Jaké role sestry podle Vás zastáváte při práci s klienty v CDZ?
18. Co si myslíte o vlastním plnění těchto rolí?
19. Co si myslíte, že klienti oceňují na sestře v CDZ?
20. Jaké jsou Vaše vize profese sestry v CDZ do budoucna?