



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Role sestry na oddělení dětské psychiatrie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Barbora Brychtová

Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, PhD.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Role sestry na oddělení dětské psychiatrie 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 diplomové 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8. 6. 2020

.....

Bc. Barbora Brychtová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svým blízkým a přátelům za jejich podporu a trpělivost, svým informantům, kteří mi ochotně pomohli v realizaci výzkumného šetření. Ráda bych také poděkovala Mgr. Aleně Machové za ochotu a pomoc v podobě nezávislého posudku diplomové práce. V neposlední řadě děkuji své vedoucí diplomové práce Mgr. Ditě Novákové, PhD. za trpělivost, odborné vedení i cenné rady, které mi ochotně poskytovala.

Role sestry na oddělení dětské psychiatrie

Abstrakt

Současný stav

Tato diplomová práce se zabývá rolemi sestry na dětské lůžkové psychiatrii, jak jsou role vnímány samotnými sestrami a jak je vnímají jejich dětští pacienti.

Cíle práce

Pro danou závěrečnou práci byly stanoveny dva výzkumné cíle. C1: “Zjistit, jak jsou vnímány role sestry na oddělení dětské psychiatrie samotnými sestrami.” C2: “Zjistit, jak jsou vnímány role sestry na oddělení dětské psychiatrie dětskými pacienty.”

Metodologie

Při realizaci výzkumného šetření bylo využito kvalitativního výzkumného šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, byly vytvořeny transkripty, a ty byly nadále klíčovány. Výzkumný soubor tvořilo celkem 12 sester a 10 pacientů. Celé výzkumné šetření bylo realizováno v Dětské psychiatrické nemocnici.

Výsledky

Získaná data byla rozdělena na skupinu sester a skupinu pacientů. V každé skupině byly stanoveny tři kategorie, v rámci kterých vznikly 4 podkategorie. Bylo zjištěno, že sestry i pacienti mají jasnou představu o ideální sestře pracující na dětské psychiatrii, ale shodují se pouze částečně. Role sestry byly při porovnání rozhovorů sester a pacientů vnímány značně rozdílně.

Závěr

Z výzkumného šetření vyplývá, že je zde konflikt ve vnímání rolí sester v pohledu sester a jejich dětských pacientů. Sestry své role vnímají pozitivně, kdežto pacienti je vnímají spíše negativně. Tento konflikt může být zásadní překážkou v poskytování citlivé péče pacientům na pedopsychiatrii.

Klíčová slova

role; sestra; pedopsychiatrie; dítě

The roles of the nurse at the department of child psychiatry

Abstract

Current state of affairs

This diploma thesis deals with the roles of a nurse in child inpatient psychiatry, how the roles are perceived by the nurses themselves, how they are perceived by their pediatric patients and how much these views differ.

Objectives of the work

Two research goals were set in this paper. Objective 1: "To find out how the nurses' roles in the department of child psychiatry are perceived by the nurses themselves." Objective 2: "To find out how the roles of a nurse in the department of child psychiatry are perceived by child patients."

The methodology

During the implementation of the research survey for this diploma thesis, a qualitative research survey in the form of a semi-structured interview was used. The interviews were recorded on a dictaphone, transcripts were created and these were then keyed. The sample group consisted of a total of 12 nurses and 10 patients. The entire research was carried out in the Children's Psychiatric Hospital.

Results

The obtained data were divided into a group of nurses and a group of patients. Three categories were determined in each of these groups, within which subcategories were created. It was found that nurses and patients have a clear idea of the ideal nurse working in child psychiatry, but they only partially agree. The roles of the nurse were perceived significantly differently when comparing the interviews of nurses and patients.

The conclusion

The research shows that there is a conflict in the perception of the roles of nurses in the perspective of nurses and their pediatric patients. Nurses perceive their roles positively,

while patients perceive their roles they perceive them rather negatively. This conflict can be a major obstacle to providing sensitive care to pedopsychiatric patients.

Key words

role; nurse; pedopsychiatry; child

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Psychiatrie	12
1.1.1 Historie psychiatrie	12
1.1.2 Psychiatrie v českých zemích	14
1.1.3 Pedopsychiatrie	15
1.1.4 Pedopsychiatrie v českých zemích	16
1.1.5 Vzdělávání sester v psychiatrii	17
1.1.6 Psychiatrická onemocnění v dětském věku	19
1.1.6.1 Vývojové poruchy	19
1.1.6.2 Psychotické poruchy	21
1.1.6.3 Afektivní poruchy	22
1.1.6.4 Neurotické a úzkostné poruchy	23
1.1.6.5 Poruchy příjmu potravy.....	25
1.1.6.6 Poruchy chování a emocí	27
1.1.6.7 Somatoformní poruchy.....	28
1.1.6.8 Návykové nemoci.....	29
1.1.6.9 Ošetrovatelská péče v psychiatrii.....	30
1.2 Role sestry	31
1.2.1 Vývoj sesterských rolí	32
1.2.2 Profesní role sestry.....	33
1.3 Dětství	35
1.3.1 Rozdělení dětského věku	35
Prenatální období	35
Novorozenecké období (1. – 28. den života).....	36
Kojenecké období (2. – 12. měsíc života)	36

Batolecí období (1. – 3. rok života)	36
Předškolní období (3. – 6. rok života)	37
Školní období (7. – 15. rok života)	37
Období dospívání (15. – 22. rok života)	38
1.4 Právní ochrana.....	38
1.4.1 Charta práv hospitalizovaného dítěte.....	38
1.4.2 Právní ochrana duševně nemocných.....	39
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
2.1 Cíle práce	41
2.2 Výzkumné otázky.....	41
3 OPERACIONALIZACE POJMŮ	42
4 METODIKA PRÁCE	43
3.1 Techniky a metody sběru dat	43
3.2 Výzkumný soubor	44
3.3 Realizace výzkumného šetření	44
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	46
4.1 Sociodemografické údaje sester	46
4.2 Sociodemografické údaje dětských pacientů	47
4.3 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami	48
4.3.1 Kategorie 1 - Ideál sestry z pohledu sester	48
Podkategorie - Vlastnosti a schopnosti.....	48
Podkategorie - Vzhled	50
4.3.2 Kategorie 2 - Role sestry na dětské psychiatrii.....	51
Podkategorie - Role sestry	51
Podkategorie - Náplň práce sester	52
Podkategorie - Plnění rolí	54
4.3.3 Kategorie 3 - Vnímání sester pacienty z pohledu sester.....	55

Podkategorie - Kladné vlastnosti sester	55
Podkategorie - Záporné vlastnosti sester	56
4.4 Kategorizace výsledků rozhovorů s dětskými pacienty	57
4.4.1 Kategorie 1 - Ideál sestry z pohledu pacienta	58
4.4.2 Kategorie 2 - Role sestry z pohledu pacienta	59
Podkategorie - Zastávané role sester z pohledu pacienta	59
Podkategorie - Plnění rolí z pohledu pacienta	60
4.4.3 Kategorie 3 – Sestry z pohledu pacienta.....	60
Podkategorie - Kladné vlastnosti sester z pohledu pacienta	60
Podkategorie - Záporné vlastnosti sester z pohledu pacienta	61
6 DISKUSE	63
7 ZÁVĚR.....	70
8 SEZNAM ZDROJŮ	72
9 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ	82
Příloha 2 - Charta práv hospitalizovaného dítěte	84
Příloha 3 - Informovaný souhlas	85
Příloha 4 - Schémata polostrukturovaných rozhovorů.....	86
10 SEZNAM ZKRATEK	90

ÚVOD

Psychiatrie se vlivem uspěchané doby, zvyšujícími se nároky na jedince a vzrůstajícím každodenním stresem dostává stále více do popředí moderní medicíny. Prevalence psychiatrických onemocnění stoupá a počet lidí, kteří vyhledávají odbornou pomoc u psychiatrů či psychologů, se neustále zvyšuje. Tento trend se vyskytuje jak v dospělých, tak v dětské populaci a je proto důležité mu věnovat náležitou pozornost. Téma diplomové práce jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem si již během praktické výuky v rámci studia všimla jisté opakující se situace. Hospitalizované děti často a opakovaně zmiňovaly, že nejsou s poskytovanou péčí spokojené, chování personálu se neslučuje s jejich představou o tom, jak by se personál na takovém oddělení měl chovat. Naopak u sester nebylo patrné, že by si tento problém uvědomovaly, měly pocit, že své povinnosti plní dobře. Tento fakt mi přišel poměrně zajímavý a rozhodla jsem se mu věnovat diplomovou práci.

Diplomová práce je zaměřena na vnímání rolí sester na oddělení dětské psychiatrie. První část výzkumného šetření spočívala ve zjišťování, jak své role vnímají samotné sestry na oddělení dětské psychiatrie, zda si myslí, že předpokládané role plní. Druhou část tvořilo výzkumné šetření zaměřené na pohled dětských pacientů, jak sestry vnímají, jaké by sestry měly být a zda takové jsou. Následně byly pohledy obou těchto skupin porovnávány.

Vzhledem k faktu, že součástí šetření byly i děti hospitalizované na oddělení dětské psychiatrie, byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru nejlepší volbou. Jak sestry, tak i děti měly větší šanci se rozhovořit a sdělit tak své názory naplno.

Předkládaná diplomová práce je rozdělena na dva velké celky. První celek tvoří teoretická základna, kde je zpracována psychiatrie jako obor a její historie, dále pak dětská a dorostová psychiatrie. Dále zde jsou rozebrána některá psychiatrická onemocnění, která se v dětském věku vyskytují. Zahrnuty jsou i sesterské role a jejich vývoj napříč historií ošetrovatelství. Je zde rozčleněn dětský věk a jednotlivá specifika každého stupně vývoje dítěte. Poslední kapitulu tvoří právní dokumenty, které se přímo týkají dětí hospitalizovaných v nemocnici a duševně nemocných. Veškeré informace v teoretické části se opírají o uvedené knižní či internetové zdroje.

Druhý celek je empirickou částí. Je zde zmíněna použitá metodika diplomové práce. Získané rozhovory prošly transkripcí, následně byly kódovány a informace z nich analyzovány. Všechny výsledky jsou prezentovány právě v této části práce.

Výsledky diplomové práce byly poskytnuty managementu nemocnice, který je nadále využil pro zvyšování kvality péče o své dětské pacienty. Výzkumný vzorek byl však malý a nelze tedy tato data zobecňovat, neboť jsou validní pouze pro danou skupinu informantů.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Psychiatrie

Psychiatrie je medicínský obor, zabývající se diagnostikou, léčbou a prevencí duševních, emocionálních a behaviorálních poruch (American Psychiatric Association, 2018). Pojmenování oboru vzniklo z řeckých slov psyché - duše a iatreia - lékařství (Raboch, 2012). Význam tohoto oboru v dnešní době rapidně vzrůstá, podle Rabocha (2012) je celosvětová prevalence psychiatrických onemocnění až 50 %. Duševní choroby byly nejprve předmětem interního lékařství (Raboch, 2012). Mnoho autorů chápalo duševní nemoci jako příznak tělesných onemocnění, nejčastěji související s mozkem a nervovou soustavou (Raboch, 2012). Psychiatrie byla zahrnuta do neurologických věd a až později se stala uznávaným samostatným medicínským oborem (Raboch, 2012).

1.1.1 Historie psychiatrie

Vznik pojmu psychiatrie jako označení medicínského oboru je datován do roku 1808, kdy jej poprvé použil německý lékař Johan Christian Reil (Libiger, 2015). Duševní nemoci jsou ovšem lidstvu známé odedávna. Již staří Egypťané a Babyloňané se zmiňují o péči o duševně choré (Petr, 2014). V dobách egyptské říše se duševně nemocní lidé léčili v chrámech a jejich choroba byla přisuzována hněvu bohů či posedlosti démonem (Pavlovský, 2010). V antickém Řecku existovaly svatyně boha Asklepie zvané asklepiony (Libiger, 2015). Příkladem takové svatyně je například asklepion na ostrově Kos v Řecku (viz Příloha 1). Jednalo se o chrámy, které zároveň sloužily jako lékařská či lázeňská zařízení poskytující psychoterapii a duchovní péči (Libiger, 2015). Antická medicína chápala psychiatrii dvěma pohledy (Libiger, 2015). „Na jedné straně stojí chápání nemoci jako postižení lidského ducha a výsledek narušených vztahů mezi lidmi, bohy nebo nadpřirozenými silami a na straně druhé racionální vysvětlování příznaků tělesnými příčinami, jako jsou trauma mozku nebo porucha rovnováhy tělesných šťáv“ (Libiger, 2015, s. 17).

Středověk přinesl zcela nový přístup k duševním nemocem. V Evropě ovládané katolickou církví byly tyto choroby často zaměňovány za démonologické, hříšné jevy či posedlosti (Libiger, 2015). Nemocní byli považováni za posedlé, a nezřídka tak byly k jejich léčení využívány nejrůznější formy trestů, v těžkých případech i exorcistických

rituálů (Libiger, 2015). Vrcholem této doby byl vznik církevní inkvizice, jejíž stěžejní úlohou bylo aktivně vyhledávat a léčit právě takto posedlé osoby. Úspěch léčby a další osud nemocných bohužel většinou závisel na zájmech inkvizice a statcích pacientových nejbližších (Libiger, 2015). Církev a její řády však také stavěly charitativní útulky, nejčastěji při klášterech či chrámech (Libiger, 2015). V Belgii takto vzniklo církevní zařízení, kam chodili duševně nemocní spát, a přes den pracovali u měšťanů (Libiger, 2015). Častější byly obecní špitály, kam se duševně nemocní zavírali, byli často ponižováni, zneužíváni za účelem zisku a byl omezen jejich pohyb (Libiger, 2015). Nemocní byli často drženi v kobkách v poutech nebo byli prezentováni jako divá zvěř v klecích pro obveselení společnosti (Pavlovský, 2010).

Naopak v arabském světě se nadále rozvíjely znalosti lékařů ze starověku (Libiger, 2015). V Damašku, Káhiře nebo Bagdádu takto vznikala psychiatrická oddělení a později byly zakládány i celé nemocnice pro duševně choré (Libiger, 2015). Jedním z předních lékařů této doby byl Avicenna, který popsal léčbu malarickou horečkou zřejmě na progresivní paralýzu (Pavlovský, 2010).

V 16. století však někteří lékaři zpochybňovali moc démonů nad lidmi a hájili medicínský přístup k duševně nemocným (Libiger, 2015). Mezi tyto lékaře můžeme zařadit například Johannese Weyera z Nizozemska či basilejského profesora Felixe Plattera (Libiger, 2015). Zastánce humanismu Juan Louis Vives zase prosazoval individuální přístup, kladný vztah s pacientem a domluvu (Libiger, 2015). V českých zemích se o humanistický pohled na tuto problematiku zasadil osobní lékař Marie Terezie Van Swieten (Pavlovský, 2010).

Opravdovou revoluci zažila psychiatrie ve Francii zásluhou lékaře Philippa Pinela (Libiger, 2015). Zastával názor, že neklid a agresivita nemocných, umístěných v azylových domech, pramení z omezovacích prostředků (Libiger, 2015). Dodnes se o Pinelovi mluví jako o tom, který zbavil duševně nemocné řetězů (Pavlovský, 2010). Na tuto filozofii pak navázala celá řada dalších psychiatrů po celém světě, jako byli ve Velké Británii William Tuke, v Itálii Vincenzo Chiarugi nebo ve Spojených státech Benjamin Rush (Libiger, 2015). Nedařilo se ovšem nemocné plně vyléčit a potřeba lůžek rostla (Libiger, 2015). Pacienti tak byli závislí na léčebnách a měnila se jejich osobnost (Libiger, 2015).

Průlomem se pak ve 20. století stala psychoanalýza, psychofarmakologie a sociální psychiatrie (Libiger, 2015). Psychoanalýza Sigmunda Freuda se dostává do nemedicínských oborů a zkušenosti vojáků z 1. světové války mění celkový přístup společnosti k psychiatrii a jejím pacientům (Petr, 2014). Ve 30. letech 20. století byla do praxe zavedena konvulzivní léčba (Petr, 2014). Ve 40. letech nastupuje léčba chirurgická, která se příliš neujala (Černoušek, 1990). V 50. letech byla objevena první psychofarmaka (Benson, 2010). Tento objev měl zásadní vliv na léčbu duševně nemocných pacientů - na nemocné se méně používají omezovací prostředky, vznikají otevřená oddělení a pacienti mají možnost léčit se ambulantně (Freeman, 1999). V roce 2000 farmakolog Arvid Carlsson, neurochemik Paul Greengard a neurofyziolog Eric Kandel získali Nobelovu cenu za poznatky o neurotransmiteru dopaminu v mozku a jeho využití v klinické praxi (Libiger, 2015).

1.1.2 Psychiatrie v českých zemích

V českých zemích bylo první zařízení pro duševně choré založeno v Praze roku 1790 na místě dnešní Všeobecné fakultní nemocnice (Libiger, 2015). Vzhledem k nedostatečným kapacitám byl zřízen ústav v augustiniánském klášteře v Praze (Libiger, 2015). Josef Gottfried Riedl, zřizovatel ústavu, se stal prvním habilitovaným psychiatrem se svolením k výuce (Libiger, 2015). Působil zde i profesor Arnold Pick, podle kterého je pojmenována tzv. Pickova nemoc, profesor Karel Kuffner, autor první české učebnice psychiatrie, nebo profesor Zdeněk Mysliveček, který předtím působil na Psychiatrické klinice při Lékařské fakultě Univerzity Komenského v Bratislavě (Libiger, 2015). Profesor Lubomír Hanzlíček vydal rozsáhlou desetidílnou publikaci Psychiatrická encyklopedie a profesor Jan Janský, jenž byl také psychiatrem, vstoupil do dějin jako objevitel krevních skupin (Pavlovský, 2010).

V Brně v Nemocnici u sv. Anny se nacházelo další lůžkové psychiatrické oddělení již od roku 1784, v roce 1919 vznikla Masarykova univerzita a při Lékařské fakultě vznikla klinika psychiatrie a neurologie (Pavlovský, 2010; Libiger, 2015). Další psychiatrické kliniky začaly vznikat po 2. světové válce v krajských nemocnicích či při lékařských fakultách v Plzni, Hradci Králové a Olomouci (Libiger, 2015).

Během 19. a 20. století vznikaly velké léčebny přizpůsobené dlouhodobému pobytu pacientů po celé republice (Libiger, 2015). V Brně to byl Ústav pro choromyslné v Černovicích, dnešní Psychiatrická nemocnice, v Čechách to byly Bohnice za Prahou,

Jihlava nebo Dobřany či Opava (Libiger, 2015). Záslouhou profesora Franze Köstela se pražský ústav v Kateřinkách rozrostl o filiální psychiatrické léčebny v Kosmonosích, Opařanech a Horních Beřkovicích (Libiger, 2015). Po roce 1989 se medicína začíná více obracet k ambulantní péči, a to vedlo ke snížení počtu lůžek v nemocnicích a léčebnách (Pavlovský, 2010).

V dnešní době se ústavy nazývají psychiatrickými nemocnicemi, mají oddělení pro akutní psychiatrickou péči a oddělení následné péče (Libiger, 2015). Tyto změny neustále probíhají a česká psychiatrie by se nyní měla zaměřit na péči mimo lůžková zařízení (Libiger, 2015). Stále více se do popředí dostává psychoterapie a péče o duševně nemocné se soustřeďuje do denních stacionářů a sanatorií, psychiatrické komunitní péče a krizových center první pomoci (Pavlovský, 2010).

1.1.3 Pedopsychiatrie

„Dětská a dorostová psychiatrie je definována jako lékařská klinická disciplína zabývající se péčí o duševní zdraví dětí“ (Malá, 2008, s. 109). Komplexní pedopsychiatrická péče zahrnuje popis, diagnostiku, klasifikaci, léčení, rehabilitaci, reedukaci a prevenci duševních poruch u jedinců do 18 let věku trpících duševní poruchou nebo v akutní krizové životní situaci (Malá, 2008). Mimo samotných pacientů se věnuje dětská psychiatrie i péči o rodiny pacientů (Sadock, Sadock, 2009). Pedopsychiatrie ctí Úmluvu o právech dítěte (Malá, 2008).

Pedopsychiatrii řadíme mezi poměrně nové samostatné medicínské obory. Ačkoliv v historických pramenech lze ojediněle nalézt zmínky o duševních poruchách u dětí (např. enuréza, koktavost, epilepsie či mentální retardace), veřejnost se o tuto problematiku příliš nezajímala (Malá, 2008). Po francouzské revoluci v 18. století se začíná více hovořit o handicapovaných dětech a je jim věnována pozornost ze stran veřejnosti i medicíny (Malá, 2008). Ve Švýcarsku vzniká roku 1841 centrum pro mentálně retardované a tamtéž je později zřízen ústav pro opuštěné a výchovně zanedbané děti a mladistvé (Malá, 2008). Tento ústav se stává vzorem a podobné instituce začínají vznikat po celé Evropě (Malá, 2008). Ústav je domovem pro umístěné děti, jejichž rodinné zázemí vytváří vychovatel se svou rodinou (Malá, 2008). Ve viktoriánské Anglii vychází roku 1848 první psychiatrický časopis *Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology*, ve kterém se objevují dřívější odkazy

na díla, zabývající se dětskou myslí a jejími patologiemi, jako Jana Eyrová nebo Na Větrné hůrce (Shuttleworth, 2012).

V roce 1887 vydává německý psychiatr Hermann Emminghaus první učebnici dětské psychiatrie a stává se jedním z hlavních průkopníků pedopsychiatrie (Malá, 2008). V roce 1892 zakládá Johannes Truper v Německu školu, kde měli lékaři možnost získat kurz v oblasti dětské psychiatrie (Sinha a kol., 2018). Roku 1899 byl pojem „dětská psychiatrie“ použit jako podtitul monografie francouzského autora Marcela Manheimera *Les Troubles Mentaux de l'Enfance* (Manheimer, 1900). Samostatným medicínským oborem se však dětská psychiatrie stává až 19. května 1933 na sjezdu švýcarské psychiatrické asociace Tramer (Malá, 2008). O rok později začíná vycházet první časopis dětské psychiatrie, psychiatři tvoří diagnostická kritéria duševních poruch u dětí a je upřesňována jejich klasifikace (Malá, 2008). „*Pedopsychiatrii popisují organické poruchy, psychózy a neurózy u dětí*“ (Malá, 2008, s. 109). Ve druhé polovině 20. století je kladen velký důraz na rodinu, do popředí zájmu se dostává problematika zanedbávaných, týraných a zneužívaných dětí, zneužívání návykových látek mladistvými (Malá, 2008). Využívají se nové psychoterapeutické metody a při léčbě jsou více podávána psychofarmaka (Malá, 2008).

1.1.4 Pedopsychiatrie v českých zemích

Prvním ústavem pro slabomyslné děti se stává roku 1871 Ernestinum v Praze, jehož ředitelem je ustanoven lékař a pedagog Karel S. Amerling (Malá, 2008). Jeho pokračovatelem je profesor K. Herfort, který zakládá první poradnu pro psychopatologii dětí a v roce 1913 i pedologický ústav (Malá, 2008). Dětská psychiatrická léčebna v Opařanech je zřízena o deset let později v bývalém jezuitském klášteře s moderní školou, bazénem a pracovními dílnami (Malá, 2008). Roku 1947 je otevřeno první pedopsychiatrické lůžkové oddělení při pražské psychiatrické klinice lékařem a psychologem J. Apetauerem (Malá, 2008). Apetauerovým nástupcem je J. Fischer, zakladatel subkatedry pedopsychiatrie, nástavbové specializace v dětské a dorostové psychiatrii (1961) a první dětské psychiatrické kliniky v Motole (Malá, 2008). Dalším významným psychiatrem té doby se stává V. Vojtík, který rozpracoval diferenciální diagnostiku mentálních retardací a stal se českým expertem při WHO (Malá, 2008). Nicméně i medicína byla ovlivněna státní politikou a to vedlo k velké institucionalizaci dětí (Rey a kol., 2015). Sovětská ideologie

tak tvrdila, že nastavený politický systém úspěšně vyřešil psychosociální otázky týkající se mentálního zdraví dětí a dospívajících (Rey a kol., 2015).

Zdravotní péče oboru pedopsychiatrie je složena z ambulantní a lůžkové péče (Malá, 2008). Optimální pokrytí péče je jeden dětský psychiatr na 100 000 obyvatel, což znamená asi 21 000 dětí na jednoho specialistu v ČR (Malá, 2008). Lůžková oddělení v současnosti poskytují 800 míst, z toho 200 je určeno pro akutní a 600 pro následnou péči (Malá, 2008).

Současná pedopsychiatrie se potýká s nedostatečným zájmem společnosti o duševní zdraví dětí a mládeže (Malá, 2008). Vzhledem ke vzrůstajícímu počtu dětí a mladistvých, kteří potřebují psychiatrickou péči, je potřebné budování denních stacionářů, krizových center, detoxikačních oddělení a chráněných dílen (Malá, 2008). Současné výzkumné cíle se týkají především tvorby databází dětí s duševními poruchami, účasti na psychofarmakologických studiích a genetickém, biochemickém a aplikovaném interdisciplinárním i mezinárodním výzkumu (Malá, 2008). V neposlední řadě je důležité adekvátní školení pedopsychiatrů a psychologů a také jejich úzká spolupráce s pedagogy, sociálními pracovníky a dalšími odborníky pro dosažení optimální péče o duševní zdraví dětí a mládeže (Malá, 2008). V mnoha zemích bývalého východního bloku stále přetrvává sovětská tradice zaměřování se na statistiky, a nikoliv na výsledky (Rey a kol., 2015). To způsobuje neustálý nedostatek výzkumné činnosti v oblasti pedopsychiatrie vlivem podfinancování vládami (Rey a kol., 2015).

1.1.5 Vzdělávání sester v psychiatrii

Specializační vzdělávání sester se postupně ukazovalo jako nutnost společně se vznikajícími nemocnicemi a ústavy. První dochovanou zmínkou byl návrh Josepha Gottfrieda Riedela, ředitele a primáře pražského ústavu pro choromyslné (Marková et al., 2006). Tento návrh byl součástí projektu z roku 1845 (Marková et al., 2006). Riedel věřil, že speciální příprava ošetrovatelského personálu zlepší kvalitu poskytované péče o psychicky nemocné pacienty (Marková et al., 2006). Vzdělávání mělo probíhat ve volných dnech a nedělích po dobu maximálně tří měsíců a zakončeno mělo být závěrečnou zkouškou před komisí sestávající z ředitele nemocnice, primářů a správce nemocnice (Marková et al., 2006). Tento projekt však nikdy nebyl spuštěn pro nedostatek financí i zájemců (Marková et al., 2006). Ve Spojených Státech Amerických se však toto specializační vzdělávání uchytilo a první

psychiatrická sestra Linda Richards promovala v roce 1882 na Boston City College (Current Nursing, 2019). Později v roce 1913 nabídla Johns Hopkins University psychiatrické ošetřovatelství jako součást obecného vzdělávacího programu (Current Nursing, 2019).

Druhá světová válka měla masivní dopady na psychiku vojáků i civilního obyvatelstva a rapidně vzrostla potřeba dalších pracovníků v ústavech pro duševně nemocné (Marková et al., 2006). Na tuto situaci reagovala léčebna v pražských Bohnicích a v prosinci roku 1945 úspěšně absolvovalo 145 ošetřovatelů kurz ošetřovatelského minima (Marková et al., 2006). Teprve o dva roky později je založeno psychiatrické vzdělávání na Vyšší škole sociálně zdravotní v Praze, o které se zasloužil ředitel bohnické léčebny MUDr. Alois Plískal a místní primář MUDr. Jiří Semotán (Marková et al., 2006). Tato forma výuky probíhala ovšem jen do roku 1952 (Marková et al., 2006). V tomto období působila též Hildegard E. Peplau, přezdívaná jako matka psychiatrického ošetřovatelství (Hashem, 2012). Kladla velký důraz na vztah sestry a pacienta, který vnímá jako základní kámen ošetřovatelské praxe (Hashem, 2012). Jako první též vydala koncepční model Teorie interpersonálních vztahů, který byl první systematickou a teoretickou rámcovou prací vyvinutou přímo pro psychiatrické ošetřovatelství (Hashem, 2012). Ve své knize *Interpersonal relations in Nursing* popsala dovednosti a terapeutické role sester v psychiatrii (Hashem, 2012). V roce 1954 též otevřela na Rutgers University první program postgraduálního psychiatrického ošetřovatelství (Hashem, 2012).

Politický režim 50. let minulého století zbrzdil vývoj vzdělávání zdravotních sester (Marková et al., 2006). Slučovaly se ošetřovatelské, rodinné a sociální obory a sestry tak nebyly dostatečně připraveny na své budoucí povolání (Marková et al., 2006). Zlepšení se však dostavilo již v 60. letech a sestra se v poskytování zdravotní péče stává partnerem lékaře (Marková et al., 2006). Další vzdělávání včetně psychiatrického bylo ve formě kurzů, školení či seminářů na Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, založeného v roce 1960 (Novotná, 2014). Dnes tento institut nese název Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) se sídlem v Brně (Novotná, 2014).

Zásadní změny nastávají po pádu komunistického režimu roku 1989. Na zdravotnických školách v Brně, Praze a Kroměříži je roku 1992 otevřen jednoletý nástavbový obor

zaměřený na ošetrovatelství v psychiatrii (Marková et al., 2006). V roce 1996 se tento obor přesouvá na vyšší zdravotnické školy v Praze, Brně a Havlíčkově Brodě pod názvem Diplomovaná sestra pro psychiatrii (Marková et al., 2006). Tam byl vyučován do roku 2005 (Marková et al., 2006). Vstup České republiky do Evropské unie s sebou přinesl další změny (Marková et al., 2006). V platnost vstupuje zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) (Marková et al., 2006). Podle tohoto zákona je specializace sester možná až po ukončení všeobecné kvalifikace na vyšších odborných školách, vysokých školách a univerzitách (Zákon č. 96/2004 Sb.). Tento zákon stanovuje, že získání specializace je možné vystudováním některého z magisterských oborů, specializačním studiem nebo absolvováním certifikovaných kurzů celoživotního vzdělávání (Kutnohorská, 2010). NCO NZO v současnosti nabízí akreditované specializační vzdělávání v oboru Všeobecná sestra - Ošetrovatelská péče v psychiatrii probíhající dálkovou formou s dobou trvání 18-24 měsíců (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2016). Součástí tohoto specializačního vzdělávání je modul pedopsychiatrické ošetrovatelské péče, nicméně samostatně se pedopsychiatrie pro ošetrovatelství nevyučuje. Specializaci v oboru psychiatrie nabízí i řada dalších institucí, např. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Slezská univerzita, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze a další.

1.1.6 Psychiatrická onemocnění v dětském věku

V následujících podkapitolách jsou zmíněna častá psychiatrická onemocnění, jež se vyskytují v období dětství a adolescence. Ta nejčastější a ta, se kterými jsme se setkali u svých respondentů, jsou rozepsána podrobněji.

1.1.6.1 Vývojové poruchy

„Mentální retardace je stav zastaveného či neúplného duševního vývoje“ (Janotová, 2012, s. 343). Diagnostikována bývá během prvních třech let života dítěte (Janotová, 2012). Mentální retardaci dělíme nejčastěji dle naměřeného IQ. Lehké mentální retardaci odpovídá IQ 50-70 bodů (Cowen et al., 2012). Takto postižení lidé jsou plně soběstační, dovedou navazovat sociální vztahy a problémy s řečí, psaním

či čtením bývají nejméně výraznější během prvních let školní docházky (Cowen et al., 2012). Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49) omezuje nemocné částečně v soběstačnosti, je zde nutný dohled a mírná dopomoc (Janotová, 2012). Tito lidé trpí obvykle i dalšími přidruženými chorobami jako je například epilepsie (Janotová, 2012). Řeč bývá jednoduchá, jsou schopni se naučit základy čtení a psaní (Cowen et al., 2012). Těžká mentální retardace (IQ 20-34) se významně projevuje již v předškolním věku (Cowen et al., 2012). Mnozí těžce mentálně retardovaní nejsou schopni udržovat čistotu a postarat se sami o sobě (Janotová, 2012). Jednoduché úkony a slova se naučí, ale jsou doživotně závislí na pomoci druhých (Cowen et al., 2012). Nejvýraznějším postižením je stupeň hluboké mentální retardace, kdy IQ nedosahuje ani 20 bodů (Cowen et al., 2012). Tito lidé potřebují celodenní péči a dohled i v základních úkonech, nenaučí se řeči a obvykle je postižen i sluch a zrak (Janotová, 2012). S mentální retardací se často vyskytují i další psychiatrická onemocnění jako autismus, schizofrenie, poruchy nálady, chování a osobnosti (Cowen et al., 2012). Léčba mentální retardace je v moderní medicíně nemožná, intervence jsou zaměřeny především na léčbu přidružených onemocnění, vzdělávání a pedagogickou stimulaci, aby nemocný dosahoval maximální soběstačnosti (Janotová, 2012).

Vývojové poruchy školních dovedností neboli poruchy učení patří mezi nejznámější vývojové poruchy a jejich projevy nejčastěji zasahují do oblasti vzdělávání, proto jsou předmětem zájmu jak psychiatrů a psychologů, tak i pedagogů (Kocourková, 2008). Řadíme sem poruchu čtení (dyslexii), poruchu psaní (dysgrafii) a poruchu počítání neboli dyskalkulii (Kocourková, 2008). Terapie spočívá v psychické podpoře dítěte i jeho rodiny, nastavení individuálního vzdělávacího programu s případným asistentem (Sadock a Sadock, 2009).

Pervazivní vývojové poruchy je skupina charakteristická abnormalitami v komunikaci a sociální interakci, zúženými zájmy a omezeným počtem opakujících se aktivit (Cowen et al., 2012). Tyto poruchy se obvykle manifestují před pátým rokem života dítěte (Cowen et al., 2012). Dětský autismus je nejrozšířenější z pervazivních vývojových poruch. Autistické děti se nezajímají o své blízké příbuzné, nevyhledávají kamarády (Hrdlička, 2008). Odpověď na emoce druhých je značně oploštělá, nemají potřebu využívat verbální komunikace, chybí jim fantazie (Hrdlička, 2008). Takto postižené děti vyžadují stereotypní režim bez sebemenších změn, někdy se mohou vyskytovat i stereotypní motorické pohyby (Cowen et al., 2012). V případě, že tyto každodenní

stereotypy nejsou dodrženy, dítě se dostává do stavu panické úzkosti (Malá, 2010). Farmakologicky lze ovlivnit pouze některé příznaky, jinak je možný zásah v oblasti speciálních edukačních programů, kdy se pracuje s dítětem samotným a jeho rodinou, ve školním prostředí mívají děti asistenta (Hrdlička, 2008). Aspergerův syndrom je poměrně podobný dětskému autismu (Cowen et al., 2012). Nicméně jsou zde pozorovatelné některé odlišnosti. Děti s Aspergerovým syndromem mívají normální hodnoty IQ, bývají motoricky neobratné, vývoj řeči je do třetího roku života normální (Hrdlička, 2008). Terapie spočívá v rozvíjení řečové složky a častějšímu používání řeči při edukaci (Hrdlička, 2008). Dalším onemocněním, spadajícím pod pervazivní vývojové poruchy, je Rettův syndrom. Vyskytuje se pouze u dívek, kdy můžeme pozorovat normální vývoj, ale následně dochází ke ztrátě řeči, manuálních dovedností a zpomalení růstu hlavy (Hrdlička, 2008). Rozvíjí se skolióza a epilepsie, dívky jsou těžce mentálně postižené, invalidní a často i imobilní (Hrdlička, 2008). Terapie je pouze symptomatická (Hrdlička, 2008).

1.1.6.2 Psychotické poruchy

Schizofrenie je jednou z nejzávažnějších psychických poruch (Malá, 2008). Příznaky schizofrenie můžeme rozdělit na pozitivní a negativní (Malá, 2008). Mezi pozitivní příznaky schizofrenie můžeme zařadit nepřiměřené chování, nesouvislou, šroubovanou řeč, halucinace a bludy (Malá, 2008). Příznaky negativní nejsou na první pohled tak zřejmé, jedná se o emoční oploštění, anhedonii, úbytek vůle a další (Malá, 2008). Čím dříve se dostaví první ataka schizofrenie, tím se zhoršuje prognóza do dospělosti (Malá, 2008). Prognóza se zhoršuje i s přibývajícím časem od prvních příznaků (Uhlíková, 2012). Léčba schizofrenie musí být komplexní, aby byla udržována dlouhodobá remise a předcházelo se relapsu (Uhlíková, 2012). Součástí je psychoedukace, nácvik sociálních dovedností, edukace rodiny a farmakoterapie udržovací a v akutní fázi vzplanutí nemoci (Sadock a Sadock, 2009; Uhlíková, 2012). Dobrou odezvu má i elektrokonvulzivní terapie, ale její užití v dětském věku není vnímáno příliš pozitivně (Malá, 2010). Schizotypní porucha osobnosti je velmi podobná schizofrenii, avšak nejsou splněna všechna diagnostická kritéria pro schizofrenii jako takovou (Hort, 2008). Schizotypní porucha osobnosti nemá tak závažné dopady jako schizofrenie, u dětí se vyskytuje spíše vzácně (Hort, 2008).

Trvalé duševní poruchy s bludy je skupinou nepříliš charakteristickou pro dětský věk (Hort, 2008). Nicméně je důležité zmínit bludy jako takové, neboť se vyskytují jako symptomy u jiných onemocnění. Bludy můžeme rozdělit na perzekuční, erotomanické, megalomanické, emulační, hypochondrické a kombinované (Hort, 2008). Pacienti s perzekučními bludy jsou přesvědčeni, že je někdo či něco neustále pozoruje a pronásleduje (Hort, 2008). Erotomanické bludy vzbuzují v člověku přesvědčení, že je milován (Hort, 2008). Megalomani jsou přesvědčeni o vlastní jedinečnosti a výjimečnosti (Hort, 2008). Emulační bludy vedou nemocného k přesvědčení o nevěře partnera či partnerky (Hort, 2008). Hypochondrie znamená přesvědčení o těžké chorobě (Hort, 2008). Kombinovaná forma bludů má různou podobu, jednotlivé typy se libovolně spojují (Hort, 2008). Terapie je chronická a převažuje farmakoterapie (Pavlovský, 2012).

Zajímavostí je indukovaná porucha s bludy. Je poměrně vzácná a vyskytuje se především v adolescenci a dospělosti (Hort, 2008). Jedná se o poruchu, kdy se bludy jedné osoby přenášejí na druhou, submisivnější osobu (Hort, 2008). Rozdělením dvojice dochází u zdravé osoby k rychlé nápravě (Pavlovský, 2012).

Schizoafektivní poruchy jsou typické tím, že bývají vyjádřené příznaky schizofrenní i afektivní (Malá, 2010). Podle toho, které příznaky převládají, rozlišujeme manický typ, depresivní typ a smíšený typ (Hort, 2008). Manický typ schizoafektivní poruchy se vyznačuje kromě schizofrenních příznaků i zvýšeným sebevědomím, nespavostí, nabuzením a megalomanickými bludy (Pavlovský, 2012). Depresivní typ se naopak podceňuje, je celkově zpomalený a utlumený, mohou se vyskytnout i suicidální myšlenky (Pavlovský, 2012). Smíšený typ je potom kombinace obou výše zmíněných (Malá, 2010). Léčba je převážně farmakologická dle daného typu poruchy, u depresivního typu se uplatní i elektrokonvulzivní terapie (Malá, 2010).

1.1.6.3 Afektivní poruchy

Bipolární porucha je poměrně náročná na diagnostiku z toho důvodu, že u dětí bývají projevy netypické (Hort, 2008). U bipolární poruchy se vyskytují tři fáze, které se vzájemně různě střídají (Tůma, 2015). První fází je hypománie či mánie, která se vyznačuje povznesením nebo podrážděním, zvýšenou aktivitou a hovorností, sníženou potřebou spánku a myšlenkovým tryskem (Tůma, 2015). Druhou fází jsou depresivní epizody, kdy jsou děti spavé, mohou mít suicidální a psychotické tendence,

což je nejrizikovější u adolescentních chlapců (Hort, 2008). Třetí fází je smíšená epizoda, kdy dochází k rychlému střídání deprese, mánie a hypománie (Tůma, 2015). Léčba bipolární poruchy spočívá v kombinaci psychoterapie, farmakologické léčby a elektrokonvulzivní terapie, která je u dětí a adolescentů nejefektivnější, její použití však často vyvolává negativní ohlasy (Hort, 2008).

Deprese se u dětí vyskytuje častěji než by se mohlo zdát. Je zde však velká variabilita symptomů dle věku dítěte. Kojenecké deprese se vyznačují počáteční agresí, strachem a křikem a následnou apatií, nápadným klidem, poruchami příjmu potravy a spánku (Malá, 2008). Dítě má narušený vývoj, nenavazuje komunikaci a dochází k vývojové regresi (Malá, 2008). Depresivní batole ztrácí zájem o své okolí, není zvědavé a vyskytuje se u něj tzv. pocit somatické nevůle (Malá, 2008). V předškolním věku dítě trpí nechutenstvím, izoluje se a odmítá hraní a navazování vztahů, nesoustředí se a mívá záchvaty křiku či pláče (Malá, 2008). Deprese v mladším školním věku je podobná jako ve věku předškolním, ale objevuje se odpor k učení, emoční labilita, dítě je agresivní, pomočuje se (Malá, 2008). Starší školák bývá izolovaný, neoblíbený, má snížené sebevědomí a suicidální myšlenky, dochází ke kolísání nálad, nejistotě a sklíčenosti, často si stěžuje na somatické bolesti (Malá, 2008). Deprese v adolescenci je charakterizována spavostí, únavou, zoufalstvím, iritabilitou, impulzivním chováním, ztrátou zájmů, anhedonií a sociální fobií, může dojít ke zneužívání návykových látek a sebevražedným pokusům (Malá, 2008). Vhodným terapeutickým zásahem je psychoterapie s případným doplněním o antidepresiva (Hrdlička a Dudová, 2015).

1.1.6.4 Neurotické a úzkostné poruchy

Pro panickou poruchu je typické náhlé nepředvídatelné vzplanutí úzkosti (Hellerová, 2012). U dětí se nejčastěji vyskytují tyto symptomy: tachykardie, palpitace, mrazení nebo naopak návaly horka, dušnost, pocení, závratě, mdloby, třes, nevolnost, zalykání se a strachy ze smrti či zešílení (Hrdlička, 2008). Často vzniká strach z další ataky (Hellerová, 2012). Léčba není v pedopsychiatrii příliš prozkoumaná, ale nejčastěji se uplatňuje farmakoterapie a kognitivně-behaviorální terapie (Hrdlička, 2008).

Generalizovaná úzkostná porucha se od panické poruchy liší tím, že obavy, úzkosti a strach jsou trvalé (Malá, 2010). Symptomy jsou obdobné jako u panické poruchy (Hellerová, 2012). Tato porucha se vyskytuje často u dětí, kdy se srovnávají se svými

vrstevníky a mohou tak trpět pocity méněcennosti a nedostatečnosti vlastních schopností (Propper, 2008). Léčbou první volby je v těchto případech psychoterapie jak individuální, tak rodinná, v těžších případech doplněná farmakoterapií ke zmírnění projevů nemoci (Propper, 2008).

Další skupinou jsou fobické úzkostné poruchy. Je pro ně charakteristický iracionální strach až panické povahy z konkrétních věcí či situací (Hort, 2008). Nemocný si uvědomuje iracionalitu svého chování, ale přesto se u něj rozvíjí úzkostné příznaky a jedinou pomocí je vyhýbavé chování (Hellerová, 2012). Fobie se dle MKN-10 dělí na tři skupiny: agorafobie, sociální fobie a specifické fobie (Hellerová, 2012). Agorafobii chápeme strachy z otevřených prostranství a situací, odkud je omezená šance úniku (Hort, 2008). Sociální fobie vyvolává strach ze situací, kdy je pacient středem pozornosti (Malá, 2010). Specifické neboli izolované fobie se vztahují ke konkrétním objektům či situacím, např. strach z výšek, hadů, krve apod. (Hellerová, 2012). Fobie z dětství obvykle ustoupí samy, v opačném případě je vhodná psychoterapie a u větších dětí i případná farmakoterapie (Hort, 2008).

Obsedantně-kompulzivní porucha je jednou z nejhůře léčitelných neurotických poruch (Hellerová, 2012). Obsese jsou vtíravé myšlenky a představy, které vyvolávají úzkost a obavy (Malá, 2008). Kompulze se charakterizují jako nutkavé chování, obvykle se jedná o reakci na obsese (Malá, 2008). Pacient si je vědom, že jedná iracionálně, ale při snaze vzdorovat těmto rituálům se dostavuje úzkost a tenze, které vymizí po vykonání rituálu (Malá, 2010). Nejvhodnější léčbou se ukazuje kognitivně-behaviorální terapie, hypnóza a farmakoterapie (Malá, 2010).

Z disociativních poruch zmíním pouze disociativní křeče, které se z této skupiny vyskytují v dětství nejčastěji (Hort, 2008). Projevují se křečemi obdobnými, jaké lze vidět u epilepsie, ale na EEG není viditelný typický nálezn jako u epilepsie (Hort, 2008). Protože nejsou způsobeny fyzickou poruchou mozku, pacientům může pomoci kognitivně-behaviorální terapie, antidepressiva či psychoterapie (Epilepsy action, 2018).

Separáční úzkostná porucha v dětství je reakcí dítěte na odloučení či riziko odloučení od blízké osoby, kterou je nejčastěji matka (Propper, 2008). Děti se bojí odejít do školy nebo zůstat samotné doma, provázejí je noční můry a pokusy o separaci jsou provázeny tělesnými příznaky (Sadock a Sadock, 2009). Léčba vyžaduje psychotherapeutický zásah

a pozvolný nácvik separace (Propper, 2008). V případě komorbidity je vhodné zahájit i farmakologickou léčbu (Sadock a Sadock, 2009).

Sociální úzkostná porucha v dětství je charakterizována strachem z cizích lidí (Propper, 2008). U malých dětí jsou tyto obavy fyziologické, proto je tato porucha diagnostikována u dětí před šestým rokem života, kdy už by tyto obavy měly vymizet (Propper, 2008). Poměrně často se tato poruchy vyskytuje v období dospívání a má zásadní vliv na každodenní život dospívajícího (NHS, 2017). Léčba probíhá formou psychoterapie (Propper, 2008).

1.1.6.5 Poruchy příjmu potravy

Nejznámější formou poruch příjmu potravy je jednoznačně mentální anorexie. Pacient vědomě omezuje příjem stravy za účelem snižování váhy (Koutek, 2008). Mentální anorexie se vyskytuje zhruba desetkrát častěji u dívek než u chlapců (Němečková, 2011). Věkový průměr postižených se v dnešní době snižuje z puberty až do raných školních let (Němečková, 2011). Dítě zmenšuje porce, vynechává jídla, snaží se jíst co nejzdravěji, v některých případech omezuje i příjem tekutin (Koutek, 2008). Často se vyskytuje i nutková potřeba excesivního cvičení či zneužívání laxativ, anorektik a diuretik (Koutek, 2008). Typicky je přítomen chorobný strach z obezity, depresivní syndrom a změněný obraz vlastního těla (Němečková, 2011). Mentální anorexie se řadí mezi psychosomatické poruchy, a právě somatických změn si začíná všímat okolí dítěte (Koutek, 2008). Terapie je složitá a dlouhodobá, musí být komplexní (Koutek, 2008). Naprostou nezbytností je zde stabilizace metabolismu, realimentace a následná psychoterapie a režimová opatření (Koutek, 2008). K farmakologické léčbě se přistupuje spíše okrajově (Němečková, 2011). Z farmakoterapie se využívají převážně antidepresiva ke zvládnutí depresivního syndromu (Němečková, 2011). Atypická mentální anorexie je diagnostikována tehdy, když chybí některý ze základních znaků mentální anorexie (Němečková, 2011).

Mentální bulimie je další velmi známou poruchou příjmu potravy. Dříve byla označována jako symptom jiných onemocnění, nyní je považována za samostatnou chorobu (Němečková, 2011). Jedná se o poruchu, kdy nemocný přehnaně kontroluje svou váhu, ale nedokáže ovládnout opakující se záchvaty přejídání (Koutek, 2008). Tyto záchvaty jsou pak často kompenzovány zvracením z pocitu viny a studu (Němečková, 2011). Excesivní cvičení se u bulimických pacientů objevuje také, je ovšem méně časté

než u mentální anorexie (Townsend, 2015). Vyskytuje se častěji u žen a věkový průměr bývá vyšší než u mentální anorexie (Krch, 2005). Terapie je velmi podobná léčbě mentální anorexie. Diagnózu atypické mentální bulimie stanovuje lékař obdobně jako u atypické mentální anorexie, tedy při absenci některého ze základních diagnostických kritérií (Němečková, 2011).

Obezitou rozumíme nadváhu ve vztahu k věku, výšce postavy a pohlaví jedince (Koutek, 2008). Jedná se o multifaktoriální onemocnění, které zasahuje do množství medicínských oborů (Koutek, 2008). Psychiatrie se obezitou zabývá jako příčinou narušení psychické rovnováhy a také jako sekundárním projevem přejídání jako reakcí na stres (Koutek, 2008). Obezita může mít i další zásadní dopady na psychiku dítěte jako jsou deprese, úzkosti, nízké sebevědomí, emoční nestabilitu, nespokojenost s vlastním tělem a potažmo i příznaky poruch příjmu potravy (Sahoo, Krushnapriya et al, 2015).

Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami řadíme mezi specifické poruchy příjmu potravy (Němečková, 2011). V tomto případě bývá přejídání kompenzačním prvkem ke zvládnutí stresu, ale následná obezita může vést k depresivním a úzkostným stavům (Koutek, 2008).

Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami se vyskytuje spíše jako symptom v rámci dalších psychických poruch (Smolík, 2002). Často bývá přítomno jako reakce na těžký stres (Němečková, 2011).

Poruchy příjmu potravy v nočních hodinách jsou popisovány jako „*syndrom nočního přejídání, syndrom nočního příjmu potravy a pití, noční poruchy příjmu potravy spojené s poruchou spánku*“ (Papežová, 1999, s. 149-151). Tyto poruchy se vyznačují různou měrou amnézie a poruch vědomí (Němečková, 2011).

Syndrom vybíravosti v jídle se vyskytuje u dětí ve věku 8 až 12 let (Koutek, 2008). Častěji můžeme tento syndrom pozorovat u chlapců (Koutek, 2008). Typický je omezený rozsah jídel a odmítání jiných nabízených potravin (Koutek, 2008). Velikost porce je dostatečná, děti nezaostávají ve vývoji a nejeví další známky poruch příjmu potravy (Uhlíková, 2011).

Syndrom pervazivního odmítání se naopak vyskytuje častěji u dívek ve věku 8 až 14 let (Koutek, 2008). Jedná se o „*stav, který je spojen s odmítáním jídla, pití, mluvení, chůze*

i péče o sebe“ (Koutek, 2008, s. 276). Často může jít o formu posttraumatické stresové poruchy (Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK, 2002).

Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu leží na pomezí mentální anorexie a emoční poruchy v dětství (Koutek, 2008). Dítě se jídlu vyhýbá, často ze strachu z udušení, pozvracení, nevolnosti či nákazy, ale není přítomen strach ze změny obrazu vlastního těla (Uhlíková, 2011).

Mezi specifické poruchy příjmu potravy řadíme také ruminaci (Němečková, 2011). Ruminace je charakterizovaná opakovanými regurgitacemi bez přítomnosti nauzey (Koutek, 2008). Tato porucha se vyskytuje typicky v kojeneckém a batolecím věku, jde ovšem o relativně řídký výskyt (Koutek, 2008). Při diagnostice ruminace je nutné nejprve vyloučit jakékoliv onemocnění gastrointestinálního traktu (Koutek, 2008). Tato porucha je nebezpečná hrozícím rozvratem metabolismu a neprospívání (Koutek, 2008). Vzhledem ke skutečnosti, že ruminace bývá spojena s problémy ve vztahu k rodičům, je nutné zaměřit léčbu nejen na dítě, ale i na celou rodinu (Koutek, 2008).

Další popisovanou poruchou příjmu potravy je pika (Němečková, 2011). Jedná se o požívání nepoživatelných látek, například hlína, vlasy, papír, textilie, písek a podobně (Koutek, 2008). Pika se vyskytuje převážně u dětí raného věku, může ovšem přetrvávat do dospělosti, často u jedinců mentálně retardovaných, kteří jsou umístěni do ústavní péče (Koutek, 2008). Největší nebezpečí představuje riziko otravy či ileu (Koutek, 2008). Léčba závisí na etiologii onemocnění, neboť se může vyskytovat izolovaně jako příznak, ale i jako součást širší duševní poruchy (Koutek, 2008).

1.1.6.6 Poruchy chování a emoci

Hyperkinetické poruchy neboli ADD / ADHD se typicky projevují poruchami pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou (Hrdlička a Dudová, 2015). Děti trpící těmito poruchami mívají často horší prospěch ve škole, jsou často napomínány a obvykle jsou popisovány jako „zlobivé“ (Malá, 2008). To může vést ke sníženému sebevědomí, úzkostem až šikaně od vrstevníků (Hrdlička a Dudová, 2015). Terapeuticky je vhodné takto nemocné dítě umístit do dyslektické a vyrovnávací třídy, kde jsou děti s podobnými problémy a je jim uzpůsoben i režim (Malá, 2008). Z farmakologie je možné využít léky pomáhající kontrolovat chování, což sekundárně vede ke zlepšení koncentrace, lepším výsledkům a začlenění mezi vrstevníky (Malá, 2008).

Poruchy chování jsou problémem nejen psychiatrickým, ale i sociálním a pedagogickým (Hrdlička a Dudová, 2015). Projevují se agresí vůči lidem či zvířatům až šikanou, destrukcí majetku, nepoctivostí, krádežemi a porušováním pravidel jako jsou útoky z domova či záškoláctví (Malá, 2008). Terapie těchto poruch je poměrně složitá. Farmakoterapie je pouze dočasným řešením, psychoterapeutické intervence se zatím neukazují jako klíčové (Malá, 2008). Největší úspěch zatím slaví preventivní programy, bohužel zatím nejsou masově rozšířené (Malá, 2008).

„Sebepoškozování je vědomé, cílené jednání, které není vázáno na psychózu nebo mentální retardaci“ (Malá, 2008, s. 340). Nejčastěji se vyskytuje v adolescentním věku (Malá, 2008). Největším rizikem je možné suicidium, proto je nutné včasné zahájit psychoterapii zaměřenou na primární problém (Malá, 2008). K sebepoškozování se uchylují děti a mladiství, kteří mají problém se svěřit a je to jejich způsob řešení svých problémů, nebo naopak na sebe chtějí upozornit (Státní zdravotní ústav, 2014).

Porucha pohlavní identity v dětství je charakterizována *„chováním, které odpovídá opačnému pohlaví, oblékání do oblečení příslušného pro opačné pohlaví, vyhledávání kolektivu vrstevníků opačného pohlaví (tedy heterofilie), preference zájmů typických pro opačné pohlaví. Objevuje se před nástupem puberty, nezřídka už v předškolním věku, kolem 5. roku života, a trvá alespoň šest měsíců“* (Weiss a Fifková, 2010, s. 175). Tato porucha však není příliš zmapována a ani terapie nepřináší velké úspěchy (Hort, 2008).

1.1.6.7 Somatoformní poruchy

Tikové poruchy se vyskytují nejčastěji u dětí mladšího školního věku (Malá, 2008). Tiky mohou být vokální, tedy zvukové, nebo motorické, tedy pohybové (Hrdlička a Dudová, 2015). Tiky nejsou dlouhodobě ovlivnitelné vůlí a jejich projevy se zvyrazňují při působení stresu (Hrdlička a Dudová, 2015). Obecně nejznámější tikovou poruchou je Tourettův syndrom. Jedná se o onemocnění, kdy se střídají období exprese s remisemi (Malá, 2008). Nemocní pokašlávají, pošťkávají nebo vykřikují obscénní slova, fráze (tzv. koprolalie), to může být doprovázeno i nevhodnými gesty, tzv. kopropraxie (Malá, 2008). Všechny tyto poruchy je možné úspěšně léčit farmakologicky (Hrdlička a Dudová, 2015).

Mezi nejčastější poruchy spánku řadíme noční děsy, noční můry, somnambulismus neboli náměsícnictví a poruchy rytmu spánek-bdění (Bušková, 2015). Noční děsy se projevují

probuzením, které je doprovázeno křikem, opocením, tachykardií a tachypnoí (Hort, 2008). Somnambulismus je charakterizován opuštěním lůžka a je možné i vykonávání činností jako stěhování nábytku a podobně (Bušková, 2015). Dítě si obvykle na epizody nočních děsů či náměsícnictví nepamatuje (Hort, 2008). To je rozdíl oproti nočním můrám, kdy si je děti pamatují (Hort, 2008). Poruchy rytmu spánek-bdění nebývají vnímány jako patologie, jedná se o běžně se vyskytující mluvení ze spánku či rytmické pohyby (Hort, 2008). Léčba nebývá nutná, onemocnění s věkem vymizí nebo postačí režimová opatření (Bušková, 2015).

Mezi typické psychosomatické poruchy můžeme zařadit bolesti hlavy a břicha, záchvaty dušnosti či kolapsové stavy (Malá, 2008). Tyto jsou často způsobeny různými stresory (Malá, 2008). Děti tím na sebe upozorňují, touží po ničím nepodmíněné péči a může to být jejich cesta k odpočinku (Hajná, 2013). Terapie musí být multidimenzionální se zapojením celé rodiny (Malá, 2008).

1.1.6.8 Návykové nemoci

Základním rozdělením návykových nemocí je akutní intoxikace, škodlivé užívání návykových látek a závislost na návykových látkách (Nešpor, 2008). Pro stanovení diagnózy akutní intoxikace je nutné jasně prokázat požití návykové látky v nedávné době a příznaky intoxikace není možné vysvětlit jiným onemocněním, které s užitím návykové látky nesouvisí (Nešpor, 2008). Příznaky akutní intoxikace jsou vždy závislé na druhu návykové látky. Obvykle se však objevuje dysfunkční chování typu odbržděnosti, apatie, poruch pozornosti, poruchy vnímání, řeči, chůze i vědomí, změny velikosti zornic a somatické projevy (Nešpor, 2008). Škodlivé užívání návykových látek je charakteristické alespoň měsíčním trváním příznaků nebo opakovaným výskytem příznaků během jednoho roku (Nešpor, 2008). Závislost je dalším stupněm, kdy se k výše zmíněným přidávají další znaky závislosti (Nešpor, 2008). Pro stanovení závislosti se musí vyskytovat alespoň tři ze šesti diagnostických kritérií - craving, zhoršená kontrola při užívání, somatický odvykací syndrom, růst tolerance, zanedbávání jiných zájmů a pokračování v užívání i přes negativní následky užívání (Nešpor, 2008). V terapii je důležité zapojení rodiny a navázání dobrých vztahů mezi pacientem a terapeutem (Brožová, 2019).

Odvykací syndrom se opět liší dle typu užívané návykové látky. Aby mohla být stanovena diagnóza odvykacího syndromu, musí být splněna tři kritéria - nedávné vysazení

či omezení užívání návykové látky, příznaky odpovídají užívané návykové látce a není možné je vysvětlit jiným fyzickým či psychickým onemocněním (Nešpor, 2008). Vyskytuje se po vysazení nebo omezení dlouhodobě či opakovaně užívané návykové látky (Orel, 2016). Psychotická porucha podmíněná psychotropními látkami je další z poruch odvislých od užívání návykových látek (Hrnčiarová, 2015). Pro toto onemocnění je typický výskyt bludů a halucinací, psychomotorických poruch a abnormních emocí (Nešpor, 2008).

Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem nejsou pro období dospívání typické, ale může se vyskytnout psychotická reminiscence neboli flashback, což je stav s prožitky po užití drogy i přes to, že droga užitá nebyla (Nešpor, 2008). Může se vyskytnout např. u halucinogenů, kokainu nebo kanabinoidů (Nešpor, 2003).

Patologické hráčství je dle mého názoru fenoménem dnešní doby, ačkoliv jen zlomek postižených lidí tento problém řeší. Celá společnost se orientuje na moderní počítačovou techniku a mnoho dětí i dospívajících tak tráví velké množství času u počítačových her. Toto zatím nevinné hraní může však jednoduše sklouznout k patologickému hráčství, které začne ovládat život pacienta. Závislý upřednostní hru před prací, rodinou, přáteli, je schopen se zadlužit kvůli hře a nepřestává hrát i přes narušení osobního, rodinného a pracovního života (Nešpor, 2008; Erdélyiová a Tkáčová, 2013).

Léčba návykových nemocí u dětí je obdobná při všech typech závislosti. Hospitalizace může být dobrovolná i nucená (Hrnčiarová, 2015) Nucená hospitalizace se uplatňuje v případech těžkých až život ohrožujících stavů či při spáchání trestného činu pod vlivem návykové látky (Hrnčiarová, 2015). Díky závislosti dětí na rodičích je vhodná rodinná terapie, vždy však s ohledem na vztah mezi dítětem či dospívajícím a jeho rodiči (Nešpor, 2008). Jako zásadní popisuje Nešpor (2008) i životní styl a sítě sociálních vztahů. Uplatní se rovněž psychoterapie, poradenství či laičtí terapeuti (Nešpor, 2008). Farmakoterapie je užívána, ale vzhledem k jejich návykovosti je vždy nutné zvážit, zda je nutné psychofarmaka nasadit (Nešpor, 2008).

1.1.6.9 Ošetřovatelská péče v psychiatrii

Ošetřovatelská péče je definována jako „soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, kteří mají společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními potížemi“

(Janečková, Johnová, 2013, s. 1). Legislativně je ošetrovatelská péče v psychiatrii vymezena vyhláškou č. 55/2011 Sb. jako specializovaná a vysoce specializovaná péče, kterou může poskytovat všeobecná sestra a všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí.

V psychiatrii je klíčové získat si důvěru pacienta, aby byl ochoten spolupracovat (Novotná, 2014). Ne vždy je toto možné. Nemocí změněná psychika pacienta mu často nedovoluje chovat se racionálně a jejich chování může být agresivní (Petr, 2014). Psychiatrická sestra by měla být schopna včas rozpoznat riziko a adekvátně předcházet rozvoji agrese tak, aby byla zajištěna bezpečnost pacienta včetně jeho okolí (Petr, 2014). Sestry pracující na psychiatrii bývají podceňované a hodnocené jako méně schopné (Marková, Petr, 2005). Vzhledem k povaze onemocnění, se kterými se sestry na psychiatrii setkávají, je nutné, aby sestry disponovaly excelentními komunikačními dovednostmi a trpělivostí (Knížková, Novotná, Michálková, 2014). Kvalitní psychiatrická sestra však musí být „sociálně vyzrálou osobností s určitým širším rozhledem“ (Marková, Petr, 2005, s. 23).

1.2 Role sestry

Pojem role je v sociologii vysvětlován jako soubor očekávaných jednání jedince spojené s jeho postavením ve společnosti (Keller, 2012). Může se jednat o chování většiny, jednání, které by měl člověk v dané pozici konat, nebo se rolí snaží vysvětlit konkrétní chování jednotlivého člověka (Keller, 2012). Očekávání chování člověka v dané roli pomáhá ostatním jednání předvídat, „role řídí chování skrze očekávání“ (Jandourek, 2007, s. 62).

Ze sociologického pohledu platí pro sestru stejné vzory chování jako u lékaře (Bártlová, 2009). Tyto vzory jsou celkem čtyři: funkční specifita, univerzalizmus, kolektivní orientace a emocionální neutralita (Parsons, 1951). Jednoduchá charakteristika role sestry je však složitá, protože povolání sestry je tvořeno systémem dílčích společenských rolí (Bártlová, 2009). Tyto dílčí role se nacházejí v oblasti ošetrovatelsko-pečovateľské, expresivní, výchovné, instrumentální, poradenské, prevence, organizace a administrativy (Bártlová, 2009). Tyto tvoří souhrn, který je základem role sestry (Bártlová, 2009). „Jedná se o činnosti, které musí být každá sestra připravena aktivovat, i když momentálně je nepotřebuje pro výkon té role, kterou zastává“ (Paseka, 1971, s. 215).

Role sestry je ze své podstaty vnitřně konfliktní (Bártlová, 2009). Rozpor vzniká v tom, že jsou dány přesné normy pro provádění většiny činností, ale sestra je musí uplatňovat v jedinečných situacích (Bártlová, 2009). Konflikt může vzniknout například, když musí zvolit, kterému ze svých pacientů se bude věnovat přednostně (Marsová, 2011). Samotná dnešní společnost staví sestru do konfliktu, kdy by měla vlídná, ochotná, empatická a laskavá k pacientům, ale zároveň musí být vše provedeno v přesně stanovenou dobu, a to s maximální precizností (Marsová, 2011).

1.2.1 Vývoj sesterských rolí

Ošetřovatelství jako činnost poskytovaná potřebným se datuje až do období před raným křesťanstvím (Kozierová et al., 1991). V tomto období o nemocné pečovaly výhradně ženy v domácím prostředí nemocných (Kozierová et al., 1991). V době středověku se ošetřovatelství přesunulo pod správu církve v kláštorech a hospitálech (Kozierová et al., 1991). Péči nemocným poskytovaly nejčastěji řádové sestry a prvním známým řádem sester-ošetřovatelek byly Augustiniánské sestry, které se specializovaly výhradně na ošetřování a péči o nemocné (Kozierová et al., 1991). Dalším takto významným ženským řádem byly Alžbětky z Řádu sv. Alžběty (Farkašová, 2006). Z mužských církevních řádů, které se věnovaly péči o nemocné, můžeme jmenovat např. Benediktíny a později Milosrdné bratry (Křišková, 2010). Společně s reformací církve přichází i zásadní změny v ošetřovatelství (Kozierová et al., 1991). Klesá zájem lidí o víru a církve, snižuje se finanční podpora církve a jejích institucí (Kozierová et al., 1991). To vede k poklesu kvality péče, nemocnice jsou nezdravé, ženy, které se zde staraly o celý chod ústavu, jsou popisovány jako bezcitné, bez výcviku a často pracovaly až 40 hodin nepřetržitě (Kozierová et al., 1991).

V oblasti ošetřovatelství a rolí sester se událo velké množství změn v poměrně krátkém čase (Bártlová, 2009). Proměňování rolí šlo ruku v ruce s měnícím se charakterem ošetřovatelství a medicíny (Bártlová, 2009). V 19. století byla nejvýznamnější představitelkou a také zakladatelkou oboru ošetřovatelství Florence Nightingalová (Bártlová, 2009). Tato anglická ošetřovatelka prosazovala ošetřovatelství jako samostatný obor a povolání, které není podřízené medicíně (Bártlová, 2009). Nightingalová prosazovala sestru jako vzdělanou, speciálně vyškolenou, aktivní, vytrvalou a kreativní osobnost (Bártlová, 2009). Nightingalová se zasadila o založení školy pro ošetřovatelky v Londýně, která jako první vytvořila výchovně-vzdělávací

program pro sestry (Kozierová et al., 1991). Dalšími významnými osobnostmi, které se zasloužily o profesionalizaci ošetrovatelství, byl ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov a zakladatel Červeného kříže Henri Dunant (Farkašová, 2006).

Ve 20. století se medicína a spolu s ní i ošetrovatelství přesunuly k přírodovědnému pojetí zdraví a nemoci (Bártlová, 2009). Ve školách se budoucí sestry učily spíše nácviku ošetrovatelských technik a pacient byl pasivním příjemcem péče (Bártlová, 2009). Tomuto vývoji přispěl i rozvoj medicínských technických prostředků, které byly postupně implementovány do praxe v nemocnicích (Bártlová, 2009). Sestra je považována za asistentku lékaře, často zastává i role a činnosti z oblasti psychologie, rehabilitace nebo sociální práce (Farkašová, 2006).

Ke konci 20. století posouvá vývoj ošetrovatelství holistickým směrem Virginia Hendersonová (Bártlová, 2009). Špirudová (2015a, s. 36) uvádí citaci Hendersonové: *„Unikátním posláním sestry je pomáhat jednotlivci, zdravému či nemocnému při aktivitách, které podporují zdraví, nebo jeho navrácení, nebo umožní pokojné umírání, které by klient mohl vykonávat sám bez pomoci, kdyby měl nezbytnou sílu, vůli nebo znalosti.“*

V dnešní době je role sestry ztížena podřízeností lékaři a současně podřízeností sesterskému managementu (Bártlová, 2009). Tradičně sestra pečovala o základní fyzické potřeby pacienta (Bártlová, 2009). Dnes je však zatížena administrativní agendou, která ji spíše vzdaluje od pacienta (Bártlová, 2009). Na druhé straně se do popředí staví činnosti pomáhající pacientovi zdotat nemoc nebo se s ní vyrovnat, výchova pacienta ke zdraví a činnosti rozvíjející ošetrovatelskou teorii a zvyšující úroveň poskytované péče (Bártlová, 2009). Sestra současnosti by měla být též plně položena do svého poslání (Beňadiková a Rapčíková, 2009). Dalším atributem role sestry je důstojnost a hodnota člověka, jehož život a hodnoty jsou posvátné (Beňadiková a Rapčíková, 2009). K modernímu ošetrovatelství neodmyslitelně patří samostatnost a odpovědnost v rozhodování i celoživotní vzdělávání, které je nevyhnutelné, pokud chce sestra poskytovat tu nejlepší možnou péči (Beňadiková a Rapčíková, 2009).

1.2.2 Profesní role sestry

Profesní role je vysvětlována jako vzor chování a jednání, který určují požadavky dané profese, ale řadí se sem i emoce, postoje, prožívání a osobnostní vlastnosti jedince, které

se k dané roli vztahují (Farkašová, 2006). Roli sestry je ovšem těžké definovat, neboť její působení je poměrně různorodé (Špirudová, 2015b).

Na profesní role sester se zaměřovalo již mnoho autorů. Morrowová (1988) chápala sestru jako matku, ženu a hospodyni. V roli matky je sestra laskavá, nesobecká, chápe a pečuje o své pacienty (Bláha a Staňková, 2004). V roli ženy respektuje lékaře jako autoritu, je mu loajální a podřízená (Bláha a Staňková, 2004). V roli hospodyně je sestra samostatná a schopná, má přehled a dokáže zvládnout každou situaci (Bláha a Staňková, 2004).

Kozierová (1995) zasadila sestru do devíti různých rolí, které by měla zastávat. Je to role ošetřovatelky, kdy se snaží podporovat pacienta a svými činnostmi se snaží přinášet a upevňovat to, co je pro pacienta významné (Kozierová, 1995). Sestra jako komunikátorka zprostředkovává komunikaci mezi sestrami a pacienty, mezi sestrami navzájem a mezi pacienty a dalšími členy týmu (Kozierová, 1995). Učitelka se snaží o dosažení cílů nebo změn v chování ve prospěch pacientova stavu pomocí učení a nácviku (Kozierová, 1995). Sestra podporuje pacienta jako poradkyně a pomáhá mu vyrovnat se s problémy a stresem (Kozierová, 1995). Sestra obhájí pacienta a chrání jeho práva, je tedy jeho advokátkou (Kozierová, 1995). Sestra je i nositelkou změn, a to jak ve vztahu k oboru ošetřovatelství, kdy se zasazuje o jeho rozvoj, tak ve vztahu k pacientovi, kdy se snaží o pozitivní změny ve stavu pacienta (Kozierová, 1995). Role lídra je rovněž důležitá, neboť sestra je vůdcem na vícero úrovních. Vede pacienta k dosažení pozitivních cílů nebo může vést ošetřovatelský tým jako manažerka, kdy se snaží zvýšení efektivity a kvality péče (Kozierová, 1995). Role výzkumnice jako takové se neočekává od každé sestry v klinické praxi, ale každá sestra by se měla snažit přispět oboru ošetřovatelství, např. zapojením se do výzkumů nebo i vedením vlastního výzkumu (Kozierová, 1995).

Staňková (2002) definovala role sestry velmi podobně. Rozlišuje sestru - pečovatelku, sestru - edukátorku, sestru - obhájkyň nemocného, sestru - koordinátorku, sestru - asistentku a sestru - výzkumnici. Pečovatelská role je spojena se základní náplní ošetřovatelství, tj. poskytovat základní ošetřovatelskou péči (Staňková, 2002). Edukátorka podává informace nemocným, snaží se o prevenci a upevnění zdraví, zvýšení soběstačnosti a zabránění komplikacím (Staňková, 2002). Pracuje s pacientem i jeho rodinou, učí je žít s nemocí a nacvičuje praktické dovednosti potřebné ke zvládnutí

režimu v domácím prostředí (Staňková, 2002). Sestra jako obhájkyně je zástupcem a mluvčím nemocného v době, kdy sám není schopný projevit svá přání a potřeby (Staňková, 2002). Koordinátorka realizuje ošetrovatelskou péči společně s pacientem, jeho rodinou a dalšími členy zdravotnického týmu (Staňková, 2002). Sestra plní rovněž roli asistentky, kdy se podílí na lékařské péči o pacienta (Staňková, 2002). V roli výzkumnice se sestra snaží získávat nové informace, obohacovat obor ošetrovatelství o své poznatky a podílet se na tvorbě standardů (Staňková, 2002).

Psychiatrie je oborem značně odlišným od zbylých odvětví medicíny, tedy i ošetrovatelská péče zde bude mít svá určitá specifika. Jedním z nejdůležitějších předpokladů je tvorba pozitivního vztahu mezi sestrou a pacientem (Peplau, 2004). Sestra samozřejmě vykonává i běžné ošetrovatelské činnosti jako sledování chování pacienta a jeho změn, hodnocení rizik, asistence u terapeutických výkonů, edukace a podpora pacienta a jeho rodiny (Hosáková, 2015). Aby sestra byla schopná poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, měla by k pacientovi přistupovat vždy citlivě, empaticky, měla by znát problematiku psychických chorob, metod léčby a účinků psychofarmak, měla by se orientovat v právní problematice a mít schopnost získat relevantní informace o pacientovi a jeho stavu (Hosáková, 2015).

1.3 Dětství

Dětství je definováno jako životní období člověka mezi narozením a dosažením dospělosti (International Planned Parenthood Foundation, 2012). UNICEF však vidí dětství z širšího pohledu než je doba od narození do dospělosti. Podle této organizace je dětství čas, kdy by dítě mělo žít beze strachu a mělo by být chráněno před násilím, zneužíváním a vykořisťováním, a naopak by mělo mít podporu rodiny, komunity a školy (UNICEF, 2019). Důležitá je kvalita dětských let a stav života dítěte, kdy by se celá společnost měla zasazovat o to, aby z dětí byly silné a sebevědomé bytosti (UNICEF, 2019).

1.3.1 Rozdělení dětského věku

Prenatální období

Prenatální období je obdobím před narozením jedince (Klíma, 2016). Začíná početím, fyziologicky trvá 38 až 42 týdnů a končí porodem (Klíma, 2016). V prenatální fázi vývoje rozlišujeme dva vývojové stupně (Mojžíšová, 2008). Období mezi 1. a 8. týdnem

nitroděložního života označujeme jako období embryonální (zárodečné), kdy se diferencují části těla, orgánů a orgánových systémů (Mojžíšová, 2008). Období od 9. týdne nitroděložního vývoje až do narození probíhá období fetální, kdy se vyvíjí samotný plod (Lebl et al., 2007).

Novorozenecké období (1. – 28. den života)

Neonatální období je ohraničeno prvním dnem života a ukončeným 28. dnem života (Muntau, 2009). Toto období můžeme rozdělit na užší novorozenecké období (1. až 7. den života) a širší novorozenecké období (8. až 28. den života) (Klíma, 2016). Během prvního týdne života se dítě přizpůsobuje novému prostředí (Klíma, 2016). Zásadní změny nastávají v rámci poporodní adaptace během prvních 10 minut od porodu, kdy je prováděno hodnocení podle Apgar score v 1., 5. a 10. minutě (Klíma, 2016). Dle Muntau (2009) je pro prognózu nejdůležitější hodnota Apgar score v 5. minutě života. Během prvních dvou hodin po porodu dochází k adaptaci krevního oběhu a dýchacího systému (Klíma, 2016). Fyziologické snížení hmotnosti do 7. dne života značí dokončení adaptace (Klíma, 2016).

Kojenecké období (2. – 12. měsíc života)

Kojeneckým obdobím rozumíme dobu od 29. dne do 1. roku života dítěte (Mojžíšová, 2008). Tato fáze vývoje je klíčová v budování citové vazby a důvěry mezi rodiči a dítětem (Mojžíšová, 2008). Jedná se také o dobu nejintenzivnějšího somatického růstu za celý život (Klíma, 2016). U dítěte dochází k rychlému rozvoji poznávacích funkcí a motoriky (Mojžíšová, 2008). Dítě začíná pociťovat strach z odloučení od matky a má obavy z neznámých lidí (Mojžíšová, 2008). V tomto věku se vyskytují onemocnění jako mentální retardace, deprese, ruminace, pika či spánkové poruchy (Hort, 2008; Janotová, 2012; Koutek, 2008; Malá, 2008).

Batolecí období (1. – 3. rok života)

Batolecí období trvá od 1. do 3. roku života dítěte (Klíma, 2016). Rozlišujeme dvě fáze batolecího období, a to mladší batolecí věk, trávající do ukončení 2. roku života dítěte, a starší batolecí věk, ohraničeného 2. a 3. narozeninami dítěte (Klíma, 2016). Batole je mimořádně aktivní, zvědavé, učí se samostatnosti a nezávislosti a uvědomuje si sebe sama (Mojžíšová, 2008; Klíma, 2016). Dítě používá verbální komunikaci, abstraktní myšlení a učí se základním hygienickým návykům (Klíma, 2016). Toto období provází

velké množství úrazů, otrav a infekcí spojených s pobytem v dětském kolektivu (Klíma, 2016). V batolecím věku se objevují psychiatrická onemocnění stejná jako ve věku kojeneckém – deprese, ruminace, pika, spánkové poruchy, mentální retardace (Hort, 2008; Janotová, 2012; Koutek, 2008; Malá, 2008). Dále se může projevit separační úzkostná porucha s nástupem do školky (Sadock a Sadock, 2009).

Předškolní období (3. – 6. rok života)

Předškolní období trvá od dokončeného 3. roku života a končí nástupem do základní školy po dosažení školní zralosti, tedy v 6 až 7 letech věku (Klíma, 2016). Dochází k silnému rozvoji fantazie a představ, které dítě často nedokáže odlišit od reality (Mojžíšová, 2008). To může být příčinou mnoha strachů, obav či fobií (Mojžíšová, 2008). V tomto období si děti také tvoří silnější sociální vazby s vrstevníky a širší rodinou, respektují pravidla hry a hrají si společně (Mojžíšová, 2008). Během předškolního období se začínají projevovat poruchy učení, pervazivní vývojové poruchy jako například autismus či Aspergerův syndrom, ADHD, poruchy pohlavní identity, psychosomatické poruchy (Cowen et al., 2012; Hajná, 2013; Weiss a Fifková, 2010; Zelinková, 2012).

Školní období (7. – 15. rok života)

Školní věk trvá od 6. až 7. roku života (od nástupu na základní školu) do 15 let věku (Klíma, 2016). Toto období můžeme dále rozdělit na mladší školní věk, který trvá od 6. až 7. roku do 11. až 12. roku života, respektive nástupem puberty, a starší školní věk (Klíma, 2016). Celé školní období představuje zásadní změnu v životě dítěte (Klíma, 2016). Na dítě důrazněji působí prostředí školy a vrstevníků, nikoliv pouze rodina, mění se zátěž a denní režim (Klíma, 2016). V tomto období se rozvíjí schopnost učení a s tím spojené problémy u dětí s poruchami pozornosti či sníženou schopností učení (Mojžíšová, 2008). Mohou se objevovat i dětské neurózy v době pohlavního zrání (Klíma, 2016). Období povinné školní docházky je spojeno s řadou změn, které mohou vést k různým psychiatrickým onemocněním. V prepubertálním období je to například panická porucha, syndrom vybíravosti v jídle či syndrom pervazivního odmítání (Koutek, 2008). V dnešní době se objevuje anorexie a další poruchy příjmu potravy již v mladším školním věku, typická je však spíše pro období dospívání (Němečková, 2011). V mladším školním věku se také projevují tikové poruchy, například Tourettův syndrom (Malá, 2008).

Období dospívání (15. – 22. rok života)

Období dospívání neboli adolescence je přechodem mezi dětstvím a dospělostí (Klíma, 2016). Začíná somatickými změnami rozličnými u dívek a chlapců - u dívek je to menarché (v našich podmínkách 12-14 let věku), u chlapců první výron semene (Klíma, 2016). Adolescence legislativně končí v 18 letech nabytím plnoletosti, biologicky je to ovšem až mezi 20. a 22. rokem života (Klíma, 2016). Jedná se o období vzdoru autoritám, jedinec se snaží osamostatnit od rodiny a často jedná agresivně (Mojžíšová, 2008). Adolescent hledá své místo ve společnosti, vybírá si budoucí povolání a připravuje se na roli dospělého člověka (Klíma, 2016). Toto období je rizikové a často se vyskytují psychické a psychosomatické poruchy a onemocnění (Klíma, 2016). Období dospívání je typické pro výskyt poruch příjmu potravy a sebepoškozování (Malá, 2008; Němečková, 2011). V tomto období se může dále objevovat sociální úzkostná porucha, která je v tomto věku již patologická (NHS, 2017). Během adolescence se vyskytuje dále bipolární porucha a indukovaná porucha s bludy (Hort, 2008; Malá, 2008).

1.4 Právní ochrana

1.4.1 Charta práv hospitalizovaného dítěte

Charta práv hospitalizovaného dítěte je součástí Deklarace o právech dítěte, která byla přijata OSN v roce 1959 (Němečková a kol., 2008). Samotná Charta byla schválena až v roce 1988 (Verešová, 2007). Ovšem teprve roku 1993 Chartu práv hospitalizovaného dítěte přijala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR.

Charta práv hospitalizovaného dítěte se skládá z 10 bodů, z nichž každý představuje minimální rozsah práv, na které má dítě nárok. Tato práva zahrnují podmínky přijetí k hospitalizaci, právo na kontakt s blízkými, právo na informace dle rozumových schopností a možnost podílet se na rozhodování o léčebných intervencích (Ministerstvo zdravotnictví, 1993). Děti mají také podle tohoto dokumentu nárok na přizpůsobení nemocničního prostředí jejich domácímu prostředí formou oblečení, hraček a dalších věcí (Ministerstvo zdravotnictví, 1993). Děti by měly být ošetřovány v soukromí, v příjemném a podnětném prostředí (Ministerstvo zdravotnictví, 1993). Dítě v nemocnici by mělo mít příležitost si hrát, vzdělávat se s vrstevníky a mělo by se mu dostat odborné péče (Ministerstvo zdravotnictví, 1993).

Charta práv hospitalizovaného dítěte je v plném a doslovném znění v Příloze 2.

1.4.2 Právní ochrana duševně nemocných

V úvodu je nutné zmínit, že duševně nemocní požívají naprosto stejná práva jako ostatní občané a musí na ně být tak i nahlíženo. Níže uvádím některá základní práva, na která má každý duševně nemocný pacient nárok, pokud neexistuje zásadní překážka, která by byla důvodem pro omezení těchto práv (MPSV, 2012).

Právo na osobní svobodu a svobodu pohybu zdůrazňuje, že pacient má možnost se rozhodnout, jak a kde bude trávit svůj čas (MPSV, 2012). Právo na ochranu soukromí zahrnuje volbu, kdo a kdy vstupuje do jeho pokoje, nedotknutelnost jeho osobních věcí, možnost vlastnit, používat a případně i uzamknout si své osobní věci (MPSV, 2012). Právo na nedotknutelnost osoby se týká především úpravy zevnějšku a dodržování intimity pacienta (MPSV, 2012). Právo na důstojné zacházení je podobné právu předchozímu, také hovoří o nenarušování intimity pacienta, ale také o vhodném zacházení s pacientem jako se sobě rovným (MPSV, 2012). Právo svobodně se rozhodnout je právo, které je v medicíně a v psychiatrii zvláště diskutované (Sovová, 2011). Nejkontroverznější částí tohoto práva je právo přijmout či odmítnout zdravotnickou péči (Sovová, 2011).

Dalším dokumentem, který chrání duševně nemocné je Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Jedná se o smlouvu mezinárodní, kterou v roce 1997 přijaly všechny členské státy Rady Evropy (Ministerstvo zahraničních věcí, 2001). Tento dokument byl schválen a ratifikován v České republice v roce 2001 (Ministerstvo zahraničních věcí, 2001). Úmluva je závazná a nadřazená např. i Ústavě (Šebková Dočkalíková, 2016). Součástí této smlouvy je i článek 7 - Ochrana osob s duševní poruchou, který upravuje podmínky medicínského zákroku bez souhlasu pacienta (Česká lékařská komora, 2015).

V roce 1991 přijala rezoluce Generálního shromáždění OSN Zásady ochrany duševně nemocných (OSN, 1991). Těchto zásad je celkem 25 a každá obsahuje práva duševně nemocných jedinců. Plné znění tohoto dokumentu je dostupné na internetu na webové adrese uvedené v seznamu zdrojů této diplomové práce.

Jako další dokumenty, které se věnují ochraně práv duševně nemocných, můžeme zmínit Deklaraci lidských práv a duševního zdraví ustanovenou Světovou federací pro duševní zdraví z roku 1989, Mezinárodní listinu práv hospitalizovaných

psychiatrických pacientů, kterou zpracovala Americká psychologická asociace v roce 1992, Listinu základních práv a svobod jako součást Ústavy České republiky z roku 1993 a zakládající Všeobecnou deklaraci lidských práv od OSN z roku 1948, která posloužila jako základní kámen pro tvorbu výše zmíněných smluv (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jak jsou vnímány role sestry na oddělení dětské psychiatrie samotnými sestrami.
2. Zjistit, jak jsou vnímány role sestry na oddělení dětské psychiatrie dětskými pacienty.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak sestry vnímají své role v rámci oddělení dětské psychiatrie?
2. Jaké role sestry zastávají v rámci oddělení dětské psychiatrie?
3. Jak jsou vnímány role sestry na oddělení dětské psychiatrie z pohledu dětských pacientů?

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ

Role

„Sociální role jsou skupinou sdílená očekávání, která se týkají toho, jak se má určitá osoba ve skupině chovat. Ve skupině role určuje, jak se má konkrétní jednotlivý člen skupiny chovat vůči ostatním, jaké úkoly má ve skupině nebo navenek plnit” (Výrost et al., 2019, s. 240).

„Role označují očekávané jednání vzhledem k držitelům těchto pozic” (Navrátil in Matoušek, 2001, s. 217).

Sestra

„Osoba s ukončeným základním všeobecným ošetrovatelským vzděláním, která smí na základě souhlasu regulačního orgánu ve své zemi pracovat jako sestra“ (ICN, 1987).

„Sestra musí umět chránit, udržovat, navracet a podporovat zdraví osob a skupin, jejich autonomii a soběstačnost v oblasti tělesných a psychických životních funkcí, s přihlédnutím k psychologické, sociální, ekonomické a kulturní odlišnosti způsobu života postižených osob“ (Jarošová, 2006, s. 16).

Dětská psychiatrie

„Dětská a dorostová psychiatrie (resp. pedopsychiatrie) je samostatný medicínský obor, vyžadující dlouhodobou systematickou a specifickou postgraduální přípravu, která se jen z malé části kryje s přípravou pro obor psychiatrie dospělých, a není proto zastupitelný v plném rozsahu žádným jiným medicínským oborem. Komplexní pedopsychiatrická péče se poskytuje dětem a adolescentům do 18 let. Pedopsychiatr diagnostikuje a léčí biologickými, psychoterapeutickými, socioterapeutickými a rehabilitačními postupy všechny poruchy uvedené v sekci F00-99 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Dětská a dorostová psychiatrie je úzce propojena s oborem dětské klinické psychologie, s kterým má společnou funkční specializaci psychoterapii“ (Psychiatrická společnost ČLS J.E.P., 2008).

4 METODIKA PRÁCE

V teoretické části práce jsou rozebrána témata týkající se zaměření diplomové práce. Jedná se o historické souvislosti oboru psychiatrie a dětské a dorostové psychiatrie, vzdělávání sester v tomto oboru, nejčastější onemocnění, se kterými se sestry na odděleních dětské psychiatrie setkávají, vymezení pojmu role sestry a její historický vývoj. Jsou zde krátce rozebrána jednotlivá vývojová období dítěte a zmíněny jsou i právní dokumenty chránící dítě a psychiatrického pacienta. Ve druhé části práce je rozpracováno výzkumné šetření. Pro svou diplomovou práci jsem zvolila metodu polostrukturovaných rozhovorů s dětmi a sestrami na oddělení dětské psychiatrie. Tyto rozhovory jsou kódovány a na základě zjištěných informací byly rozpracovány a porovnány v diskusi.

3.1 *Techniky a metody sběru dat*

Sběr dat pro tuto diplomovou práci byl realizován formou kvalitativního výzkumu, který umožňuje hledání vztahů a analýzu jednotlivých jevů (Strauss a Corbin, 1999). Jako metoda sběru dat byl zvolen individuální polostrukturovaný tematický rozhovor, kdy byla sestavena tzv. tematická příručka, což je soubor otázek týkající se zvoleného tématu rozhovoru (Bártlová, 2008).

Rozhovory byly zvoleny z toho důvodu, že výzkumné šetření se týká osobních názorů a vnímání jednotlivých informantů a v dotaznících by pravděpodobně dotazovaní neodpovídali v plném rozsahu. Osobní kontakt je přínosný i v tom smyslu, že umožňuje okamžitě reagovat na odpovědi informantů, individualizovat způsob vedení rozhovoru a tím usnadnit komunikaci s dotazovanými. Nevýhodou zvolené metody sběru dat je „*nepřímá informace, filtrovaná informantem*“ (Hendl, 2016, s. 166). Informant může vědomě filtrovat podané informace, zkreslovat je či podstatné části vynechávat. Tento faktor však není možné zcela vyloučit, je nutné s ním počítat a k alespoň částečnému odbourání tohoto jevu se snažit informanta motivovat a vysvětlit mu důležitost pravdivosti jeho sdělení.

Pro rozbor sesbíraných dat bylo použito otevřené kódování. Pomocí něj jsme analyzovali získaná data procesem řádek za řádkem, označili jsme si jevy, které jsme následně rozčlenili do kategorií a podkategorií (Strauss a Corbin, 1999).

3.2 Výzkumný soubor

Bylo osloveno 16 sester pracujících na oddělení dětské psychiatrie a 15 jejich pacientů. Výběr sester a pacientů byl založen na dobrovolnosti, přičemž u pacientů bylo přihlíženo i k jejich zdravotnímu stavu, zda budou schopni se výzkumného šetření zúčastnit. Dvě oslovené sestry a zákonní zástupci dvou oslovených dětí odmítli účast na výzkumném šetření. Celkem 9 informantů nemohlo být z různých důvodů zařazeno do výzkumného šetření. Mezi hlavní důvody patřilo nedokončení rozhovoru na žádost informanta, odmítnutí poskytnutí rozhovoru samotným informantem či jeho zákonným zástupcem. Do samotného výzkumného šetření bylo zařazeno 12 informantů ze skupiny sester a 10 informantů ze skupiny dětských pacientů.

Průměrný věk ve skupině sester činil 41,25 let a ve skupině dětských pacientů dosahoval 13,1 let. Jména nejsou z důvodu anonymity uvedena a jednotliví informanti jsou označováni dle skupin S (sestra) a P (pacient) s příslušným číslem.

3.3 Realizace výzkumného šetření

Realizace výzkumného šetření byla provedena v Dětské psychiatrické nemocnici v průběhu roku 2019. Účast na výzkumném šetření byla ryze dobrovolná. Každý oslovený dostal k vyplnění a podpisu Informovaný souhlas (viz Příloha 4).

Nejprve byla provedena pilotní studie za účelem zjištění srozumitelnosti kladených otázek a použití správné metody sběru dat. V první části rozhovoru byla zjišťována socio-demografická data. Tato data byla získávána od zákonných zástupců nezletilých dětí. Při pilotní studii se ukázalo, že dětské pacienti nejsou plně informovaní a otevření ve sdělování těchto údajů. Z toho důvodu byly socio-demografické údaje získávány od zákonných zástupců, aby byla zvýšena validita dat. Druhá část byla zaměřena na samotné vnímání a názory jednotlivých informantů. Pilotní studie ukázala nedostatečnost navrženého schématu, a proto bylo přepracováno do podoby viz Příloha 5.

Pilotní studie byla provedena rovněž u skupiny sester za stejným účelem. První část rozhovoru byla věnována socio-demografickým datům. Ve druhé části rozhovoru jsme se dotazovali na vnímání a názory sester. Z pilotní studie vyplynulo, že navržené schéma rozhovoru je adekvátní a pro informanty srozumitelné. Bylo proto ponecháno v původní podobě.

Samotné výzkumné šetření bylo prováděno v soukromí v herně tak, aby bylo zajištěno pro informanty co nejpohodlnější prostředí a tiché zázemí pro kvalitní audio záznam. Na úvod proběhlo vzájemné představení, zdůraznění dobrovolnosti účasti a možnosti kdykoliv rozhovor ukončit či odmítnout odpovědět. Informanti byli motivováni k otevřenosti a upřímnosti při podávání informací. Každé sezení probíhalo samostatně. Pro zaznamenávání podaných informací bylo využito předpřipravené schéma rozhovoru a diktafon. Pro zpracování získaných dat byl použit textový editor Microsoft Office Word 2016, pro zpracování tabulek a grafů Microsoft Office Excel 2016 a program Newton Dictate byl využit pro transkripci nahrávek rozhovorů.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole budou představeny výsledky výzkumného šetření, které byly rozděleny do kategorií a podkategorií. Tyto kategorie zahrnují doslovně citované úryvky rozhovorů s informanty, které podstatně souvisí s danou kategorií.

4.1 Sociodemografické údaje sester

Z důvodu přehlednosti byly získané údaje vloženy do následující tabulky.

Tabulka 1 Věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe na psychiatrii.

Označení sestry	Věk	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe na psychiatrii
S1	52 let	žena	vysokoškolské vzdělání	3 roky
S2	41 let	žena	vyšší odborné vzdělání	19 let
S3	41 let	žena	vyšší odborné vzdělání	4 roky
S4	36 let	žena	středoškolské vzdělání	17 let
S5	59 let	žena	středoškolské vzdělání	30 let
S6	57 let	žena	středoškolské vzdělání	11 let
S7	39 let	muž	středoškolské vzdělání	20 let
S8	47 let	žena	středoškolské vzdělání	10 let
S9	59 let	žena	středoškolské vzdělání	18 let
S10	50 let	žena	středoškolské vzdělání	33 let
S11	30 let	žena	vyšší odborné vzdělání	6 let
S12	43 let	žena	vyšší odborné vzdělání	9 let

S - sestra

Zdroj: vlastní zpracování, 2019

V **tabulce 1** jsou přehledně uvedeny získávané socio-demografické údaje sester, které souhlasily s účastí na výzkumném šetření. Byl zjišťován věk sester, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe na psychiatrických odděleních. Veškeré polostrukturované rozhovory probíhaly vždy na daném oddělení, kde sestry pracují. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 12 sester. Vysokoškolské vzdělání uvedla

pouze jedna z dotazovaných, vyšší odborné vzdělání uvedly čtyři dotazované sestry a 7 sester uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. Celého výzkumného šetření se ve skupině sester zúčastnil pouze jeden muž.

4.2 Sociodemografické údaje dětských pacientů

Tabulka 2 Věk, pohlaví, doba hospitalizace a diagnóza.

Označení pacienta	Věk	Pohlaví	Doba hospitalizace	Diagnóza
P1	12 let	muž	81 dnů	porucha přizpůsobení, poruchy chování a emocí, vývojové poruchy školních dovedností
P2	10 let	žena	53 dnů	hyperkinetická porucha, poruchy chování a emocí
P3	14 let	muž	33 dnů	Aspergerův syndrom, hyperkinetická porucha, porucha chování
P4	16 let	žena	34 dnů	deprese, poruchy příjmu potravy, stresová inkontinence, kolapsové stavy, sexuálně zneužívané dítě
P5	10 let	žena	29 dnů	neorganická enuréza, bludy, šikana, mentální retardace
P6	13 let	žena	62 dnů	poruchy příjmu potravy, deprese
P7	17 let	žena	29 dnů	poruchy příjmu potravy
P8	15 let	muž	46 dnů	vývojové poruchy školních dovedností, deprese, přejídání
P9	11 let	muž	13 dní	hyperkinetická porucha, poruchy spánku
P10	13 let	žena	118 dní	poruchy příjmu potravy, deprese, neorganická enuréza

P - pacient

Zdroj: vlastní zpracování, 2019

Tabulka 2 shrnuje socio-demografické údaje, které byly zjišťovány u dětských pacientů. Zjišťován byl věk informantů, pohlaví, doba hospitalizace a diagnóza, se kterou jsou momentálně hospitalizováni. Údaje o době hospitalizace a diagnóze bylo

náročné získat od samotných informantů, proto byly případně doplněny zákonnými zástupci. Rozhovory probíhaly v jídelně přímo v nemocnici, kde byl klid a prostor pro rozhovory. Zákonným zástupcům bylo umožněno nahlédnout do záznamového archu a měli možnost být přítomni samotnému rozhovoru. Většina zákonných zástupců tuto možnost odmítla. Výzkumného šetření se zúčastnili 4 chlapci a 6 dívek. Nejčastěji uváděnými diagnózami byly deprese a poruchy příjmu potravy.

4.3 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

Na základě informací, které byly získány z rozhovorů se sestrami, byly vytvořeny kategorie a podkategorie, do kterých byly jednotlivá data zařazována. Stanoveny byly celkem tři kategorie: 1. Ideál sestry z pohledu sester, 2. Role sestry na dětské psychiatrii, 3. Vnímání sester pacienty z pohledu sester. První kategorie zahrnuje podkategorie Vlastnosti a schopnosti a Vzhled. Druhá kategorie Role sestry je členěna na podkategorie Role sestry, Náplň práce sestry a Plnění rolí. Třetí kategorie Vnímání sester pacienty z pohledu sester byl rozdělen na dvě podkategorie Kladné vlastnosti sester a Záporné vlastnosti sester.

4.3.1 Kategorie 1 - Ideál sestry z pohledu sester

Na základě dat zjištěných z rozhovorů byla vytvořena kategorie Ideál sestry. Ta byla dále rozdělena na dvě podkategorie: *Vlastnosti a schopnosti, Vzhled.*

Tato kategorie zahrnuje informace o tom, jak si samotné sestry představují ideál sestry pracující na psychiatrii, jaké by měla mít vlastnosti, schopnosti, dovednosti, i to, jak by taková sestra měla vypadat. Kategorie obsahuje rovněž data o tom, co sestry na jiných sestrách posuzují, hodnotí a co je pro ně důležité.

Podkategorie - Vlastnosti a schopnosti

Nejčastěji zmiňovanou vlastností, kterou by psychiatrická sestra měla disponovat, byla empatie. Tu uvedly sestry s označením S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S10, S11 a S12. S3: „Měla by být empatická.“ S11: „Nějakým způsobem se do toho dítěte umět vcítit. I když ne vždycky to jde, protože ne každý Vám je na první pohled sympatický. Potom postupem času zjistíte, že k některým inklinujete víc, k některým méně.“ S12: „Rozhodně hodně empatická, bez toho se tady neobejdete.“

Sestry S1, S2, S3, S4, S6, S8, S9, S10, S11 a S12 zmiňovaly důležitost kladného vztahu k dětem. S4: „*Hlavně hodně trpělivá. A mít ráda děti. Protože jsou tady různé děti z různých rodin. Mít takovou tu mateřskou... / dát těm dětem lásku, a přitom jim dát i hranice. To má každá ženská v sobě, jak bych to řekla. A myslím si, že je důležité nebrat si to domů. Pokud má člověk doma rodinu, tak už se nezaobírat tím, co bylo v práci.*” S8: „*Myslím si, že empatická. Vnímavá. Trpělivá. Tolerantní. Ale stojící si za svými názory, neustupující dětem, tak nějak bych to řekla. Přísna, držet to, přísná, ale s ohledem na různé diagnózy, na různé potíže dětí. Na mentalitu, na schopnost vnímat.*”

Trpělivost byla další z hojně uváděných vlastností ideální sestry pracující na dětské psychiatrii, a to informanty S2, S4, S5, S6, S7, S8, S10. S2: „*Více vlastností, trpělivá, empatická.*” S10: „*Samozřejmě trpělivá, to bych také řekla, a s tím, že by měla být odolná.*”

Informanti s označením S1, S3, S5, S7, S9 a S12 dále sdělili, že by sestra měla být klidná a vyrovnaná. S3: „*Já si myslím, že ta sestra by měla být sama se sebou v pohodě. Měla by být vyrovnaná a neměla by si tady na těch dětech kompenzovat nějaké svoje mindráky, nebo nějaké svoje problémy z domova. Je lepší, když dokáže oddělit práci a rodinu, nebo práci a soukromí. Ono je to strašně těžké.*” S5: „*Klidná, neměla by se rozčítit, když děti provokují a hodně často provokují, když sprostě nadávají. Musím vydržet sprosté nadávky a tak dále.*”

Sestry S3, S5, S6, S7, S8 a S12 si myslí, že by sestra měla být kolegiální. S7: „*Určitě by měla mít snahu spolupracovat s kolegy.*” S12: „*...kolegiální, chovat se ke kolegyním i dětem, mít tam ty vztahy v pohodě.*” V souvislosti s tím byla dále zmiňovaná aktivita (S2, S7, S8, S9, S11, S12). S2: „*Jestli ji zajímá, co se děje, aktivně se o to všechno zajímá.*” S9: „*Taky si myslím, že by měla mít snahu se rychle zapojit a fungovat.*”

Ideální sestra na dětské psychiatrii by dále měla podle sester s označením S2, S3, S4, S10, S12 zvládat stres, být odolná. S2: „*Zvládat stresové situace, to rozhodně.*” S3: „*A hlavně si myslím, že tady na psychiatrii nesmí být odtaziťá, nesmí se bát, tady se nesmí bát jít do akce, jak se říká, když se děti začnou bít, jsou agresivní, když vám začnou sprostě nadávat, tak pokud chcete tady pracovat, tak se nesmíte hned rozplakat. Buď si s někým o tom promluvit třeba i s kolegyní, anebo si to nějak sama v hlavě uspořádat. Tady je potřeba, aby ta sestra měla ostré lokty a aby se nebála ničeho.*”

Dalším zmiňovaným aspektem ideální sestry pracující na dětské psychiatrii je úroveň odborných znalostí či vzdělání. To uvedly sestry s označením S2, S7, S10 a S12. S2: „*Vhodné by bylo mít i vzdělání v té psychiatrii, určitě by to bylo plus.*” S12: „*Dál si myslím, že by měla znát tu psychiatrickou problematiku, vzdělávat a orientovat se v ní.*”

Informanti s označením S3, S5, S8 a S12 dále v rozhovoru zmínili pokoru jako důležitou vlastnost ideální sestry na pedopsychiatrii. S3: „*Vůči těm starším ostatním kolegyním, nemyslím věkem, většinou ano, když přijde mladá holka, tak samozřejmě většinou jsme tady všichni staří proti ní, tak i tak by měla přistupovat k těm kolegyním, ať se tady říká, jestli je sympatická, nesympatická, ať už se tady vedou jakékoliv řeči mezi kolegyněmi, tak by si měla uvědomit, že ona už má za sebou praxi a zkušenosti a neměla by ji soudit, než se sama zapracuje a než si sama nějakou tu praxi odbude.*” S5: „*Jak je ochotná spolupracovat a přijímat rady.*”

Sestra by dále měla umět naslouchat (S1, S11, S12), být všímavá (S6, S8, S12) a zvědavá (S2, S8, S9). S1: „*Měla by umět naslouchat pacientovi jeho problémům. Z mého pohledu by mu neměla nabízet řešení jeho problému, ale spíše ho navést k tomu, aby si přišel na to, kde je jeho problém.*” S2: „*Určitě přístup, když už by přišla jako zaměstnaná do služby, tak zvědavost. Jestli ji zajímá, co se děje, aktivně se o to všechno zajímá*” S6: „*Aby jí nebyla práce zátěží, nebo aby jí práce alespoň bavila trochu, aby byla všímavá jak k pacientům, tak ke kolegům.*”

Dále sestry uváděly vlastnosti jako lidskost (S4, S10), přístnost (S8), toleranci (S8), být zkušená (S2, S10), usměvavá (S9) a spravedlivá (S10). S4: „*A pak takovou tu lidskost.*” S8: „*Tolerantní. Ale stojící si za svými názory, neustupující dětem, tak nějak bych to řekla. Přísnná, držet to, přísnná, ale s ohledem na různé diagnózy, na různé potíže dětí. Na mentalitu, na schopnost vnímat.*” S10: „*V podstatě by měla být spravedlivá, odborně kvalifikovaná, určitě, měla by mít lidský přístup. Já si myslím, že to říká vše.*”

Podkategorie - Vzhled

Zde nás zajímalo, zda budou sestry hodnotit zevnějšek sester pracujících na psychiatrii. Důležitost vzhledu či upravenosti zmiňovala pouze sestra S1. S1: „*Myslím si, že sestra by měla být upravená...*“

Další dvě sestry uvedly, že zevnějšek není z jejich pohledu tak důležitý. S11: „Ani mě možná nebude až tak zajímat, jestli je stoprocentně upravená, nalíčená a tak...“ S12: „Pro mě osobně ten vzhled až tak není moc důležitý. Víte co, nebudu přece kolegyni hodnotit na základě toho, jestli se ráno učesala nebo jestli nemá pomačkanou halenu. To je v našem oboru to nejmenší.“

Sestry s označením S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 se o vzhledu vůbec nezminily, ani jinak tuto položku nekomentovaly.

4.3.2 Kategorie 2 - Role sestry na dětské psychiatrii

Dále byla vytvořena kategorie Role sestry na dětské psychiatrii. Tato kategorie byla dále členěna na podkategorie *Role sestry*, *Náplň práce sester* a *Plnění rolí*. Zde bylo zjišťováno, jaké role sestry dle svého názoru zastávají, jaká je jejich denní náplň práce a zda se domnívají, že jsou schopny své profesní role plnit.

Podkategorie - Role sestry

Tato podkategorie byla zaměřena na to, o jakých rolích se sestry na oddělení dětské psychiatrie domnívají, že zastávají ve své práci.

Mezi nejčastěji zmiňované role specifické pro dětskou psychiatrii patří určitě role rodiče či příbuzného. O této roli hovořily sestry s označením S1, S2, S3, S4, S5, S8, S9, S11 a S12. S2: „*My tady u těch menších dětí určitě roli, oni tomu říkají tety. Já bych řekla teta / maminka. S tím se setkáváme hodně. Ty děti po pár dnech se už přijdou pomazlit. Opravdu jim to chybí. Tato role teta/matka, podle toho, jestli jsou ty děti z domova nebo z rodin.*“ S11: „*Mně připadá, že role snad úplně všechny. Protože hodně dětí je tady z nefungujících rodin, takže takovou tu rodičovskou roli určitě.*“

Další rolí, která se v rozhovorech často objevovala, byla role vychovatele. Tu zmiňovaly sestry S1, S2, S3, S4, S5, S8, S11 a S12. S1: „*...někdy zastupujeme i ty rodiče hlavně u těch menších dětí, když jim je smutno.*“ S2: „*...vychováváme. Ukazujeme jim, jak by to mělo být správně. Zastupujeme takové ty vzory.*“ S4: „*Snad všechny. Ať je to výchova. My ty děti učíme například čistit si zuby, umýt si ruce po návštěvě WC. Ty základy, které nemají ani z domu.*“

Rolí pečovatele uváděly sestry S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10. S7: „*Role asi takové ošetrovatelské nebo pečovatelské...*“ S10: „*Specifické role – jelikož jsou tady děti*

bez rodičů, tak v podstatě je to role – já nevím, jestli si mohu troufnout říci role - role rodičovské určitě ne, ale je to v podstatě pečující role, pečuje o děti.”

Sestry S3, S4, S10, S11 a S12 se cítily být v roli učitele. S3: „...co Vám mám říct, možná učitelka...” S12: „Ještě mě napadá role učitele, pomáháme dětem s věcma do školy, učíme se s nima a tak.”

Roli rádce potom podle sesbíraných dat zastávají sestry S2, S4, S8, S10 a S12. S10: „...musí jim dělat vrbu, ale to je neodborné. Musí jim dělat důvěrníka – v podstatě. Důvěrníka. Poradce.” S12: „Děti taky hodně chodí pro radu, zvlášť starší holky si potřebujou popovídat, takže asi role rádce bych to nazvala.”

Sestry uváděly dále roli dozorce (S2, S3, S12), vedení (S2, S4, S6), „vrby” (S4, S8, S10) a kamaráda (S9, S10, S11). S3: „Jako hlídač, dozorce, já nevím...” S6: „Vůbec je věst k tomu dodržování režimu a zajistit zaměstnání dětí, zábavu.” S4: „Taková ta vrba, u větších děvčat, protože si chtějí popovídat. A někdy se je snažíme otevřít, protože oni jsou tak v sobě, že nejsou schopni komunikovat s nikým.” S9: „Snažíme se jim být i takovými kamarády, samozřejmě v mezích. Ten vztah musí mít hranice, aby nás i poslouchaly, ale ano, kamarád.”

Dále byla zmiňována role manažera (S2), uklízečky (S3), kuchařky (S3), vojáka (S3, S6), baviče (S6, S11) a ochránce (S10, S12). S2: „V práci, když to neberu s ohledem na ty děti, tak v rámci toho zaměstnání staniční sestry, tak je to takový ten prostředník lékař, dítě, psycholog, dítě a tak dále. Dalo by se říct manažer.” S3: „...jako voják, uklízečka, co Vám mám říct... ...kuchařka, rozdělujeme jídla, což vůbec nechápu, že je to součástí zdravotnictví. Nevím. To se mi nelíbí strávit pětkrát denně čas v jídelně v kuchyni. Nevím. Takže i tak bych to řekla.” S10: „Ochránce – protože děti, když se necítí v bezpečí, tak v nich je třeba vzbudit pocit bezpečí.”

Podkategorie - Náplň práce sester

Tato podkategorie se zabývala denní náplní práce sester na dětské psychiatrii. Byla zařazena z toho důvodu, že z popisu denních aktivit lze vyvodit i to, jaké role sestry ve své práci zastávají, aniž by je přímo jmenovaly.

Nejvíce zmiňovanou činností bylo podávání léků, tu jmenovaly sestry S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S10, S11 a S12. S1: „*Pokud přichází ranní služba, tak ta sestra má od šesti hodin na starosti vyšetřovnu, takže ta si připraví léky a věnuje se práci na vyšetřovně a k dětem přichází až později.*” S5: „*Chystám léky...*”

O volnočasových aktivitách potom hovořili informanti S1, S3, S4, S6, S7, S8, S9, S11, S12. S7: „*Vymýšlíme jim aktivity, snažíme se je nějak smysluplně zabavit.*” S8: „*Takže беру děti do různých aktivit. Buď jdeme na zahradu, jako jsme šli dneska. Někdy jdeme na vycházku. Pokud není počasí ani na jednu z těchto aktivit, tak máme tady různá zaměstnání, kam ty děti můžeme vzít. Vybíráme skupiny, například na posilovnu, máme kulečnick, potom můžeme do tělocvičny, někdo chodí na keramiku, což já třeba neumím, tak tam nechodím. Je možné je vzít do herny, tam je nějaká herní konzole NINTENDO, rozdělíme si ty děti do skupin a zaměstnáme si je. Odpoledne.*”

Podávání stravy bylo zmíněno celkem osmkrát, a to sestrami S1, S3, S5, S6, S7, S8, S9 a S12. S5: „*Potom podávám pětkrát denně stravu.*” S12: „*...několikrát za den ještě dáváme dětem jídlo, to taky děláme my.*”

Dále mluvily sestry o vyšetření či ošetření pacientů (S1, S4, S5, S7, S8, S10), pomoci s hygienou (S1, S3, S5, S6, S7, S9), úklidu a stlaní postelí (S1, S3, S5, S6, S9, S12), pomoci se školními povinnostmi (S3, S4, S6, S7, S9, S12), buzení dětí, o administrativě (S2, S4, S7, S8, S10), řešení konfliktů mezi dětmi (S5, S8, S12), účasti na komunitě (S1, S6, S10), rozcvičce (S3, S6), účasti na vizitách (S2, S10) a komunikaci s rodiči či lékaři (S2, S10). S1: „*Těm menším dětem pomáhá při hygieně, dohlédne, ustele postele s nimi.*” S2: „*Určitě více řeším papíry než sestry, potom s lékaři to řešíme my ty ranní vizity a s psychologem a probíráme děti, nebo když mi sestřičky něco předají, tak já to pak deleguji lékařům a bavíme se o tom. Potom je tam samozřejmě kontakt s rodiči, kteří volají.*” S4: „*Ale s tím, že když máme vyšetřovnu, tak přijímáme děti, propouštíme, je ta administrativa větší.*” S5: „*Potom musím vyslechnout jejich stížnosti, požadavky, které jsou neustále dokola, anebo vyslechnout jejich hádání, dohadování se a řešit ty situace.*” S6: „*...budíme děti, chodíme po pokojích, aby si uklidily, utřely prach, ustlaly postel, oblékly se do školy, nebo do herny, aby se u toho nepozabíjely a nepomlátily, rozcvičku děláme, na nástupy chodíme do jídelny, v jídelně, aby se chovaly slušně, aby tam nehulákaly. Jsou tu různé děti, tak aby dodržovaly pravidla slušného chování. Potom je komunita, po komunitě některé děti jdou do školy a některé zůstávají*”

v herně malé děti předškolní.” S8: „*Teď tu třeba máme somaticky nemocného chlapce, má horečky, měřím teplotu. Dělam ordinaci. Dělam ošetření, máme různé úrazy, nosím jídlo, měřím teplotu.*” S9: „*Když přijdou ze školy, tak jim občas musím pomoci s úkoly, něco vysvětlit, když mají před písemkou nebo s těmi menšími předškolními dětmi dělám předškolní přípravu jako ve školce, aby taky něco dělaly.*”

Podkategorie - Plnění rolí

Do této podkategorie byla zařazena data týkající se toho, jak sestry hodnotí své plnění rolí, které předtím zmiňovaly, a jaký postoj vůči těmto rolím zaujímají. O zvládnutí rolí hovořily sestry s označením S1, S2, S3, S5, S7, S9 a S10. S5: „*Já si myslím, že to zvládám.*” S7: „*Myslím si, že zvládám. Je tu hodně důležitá praxe, zkušenosti.*” S10: „*Já nevím, jestli to nebude znít chvástavě, ale já jsem to dělala ráda. Myslím si, že pokud sestra dokáže o sebe pečovat, a do té práce jde s tím, že jde těm dětem pomáhat, tak si myslím, že se to dá. I když samozřejmě nebudu říkat, že to není náročné, ale dá se to. Opravdu kdo to má dané v sobě, tak ty role zvládne všechny.*”

Sestry S4, S6, S8, S11 a S12 přiznaly, že plnit všechny zmíněné role nezvládají vždy nebo že s tím měly problém v průběhu kariéry. S6: „*To záleží na každém dni. Každý den je to jinak. Někdy je to v pohodě a někdy je to horší, když děti jsou některé horší, máte toho zvládat víc, tak je to horší. A když to jde, tak je to lehčí. Já nevím, jak bych vám to řekla. Záleží na okolnostech. Kolik je tu dětí, jestli máte ve skupině pět dětí nebo sedm dětí a podle toho, jestli tam jsou malí kluci, ti jsou horší. Jsou hyperaktivní, jsou někdy i zlí a škodolibí, tak je to horší.*” S8: „*Myslím si, že už teď dobře, ale ty začátky byly taky krušné a těžké, to jsem myslela, že to nezvládnou. Protože já jsem byla vždycky spíše mírnější a nešlo to tady až tak dobře. A všechno si dost беру, ale to je jenom můj osobní rys, všechno si moc brát a hledat za tím svou slabost. Že já to neumím a ti ostatní to umí. Myslím si, že teď už to jde, ale ze začátku to nebylo úplně snadné.*”

Ovšem pouze sestry S2, S9 a S10 přímo řekly, že role nejen plní, ale zároveň je jejich práce baví a naplňuje. S2: „*Protože mě to baví, tak já si myslím, že ano, že to zvládám. Není tam ještě syndrom toho vyhoření, že by člověk byl apatický, že by to vzdal. Zatím mě to baví, snažím se všechny ty role zvládat.*” S9: „*Myslím, že to zvládám dobře. Samozřejmě je to vyčerpávající, občas mě něco překvapí, ale pořád mě to baví a to je asi nejdůležitější, jinak by tady člověk nemohl dělat.*”

Sestra S3 uvedla, že plnění rolí zvládá, ale nenaplnuje ji to: „*Dobře to zvládám, ale nebaví mě to už, protože v tom nevidím žádnou zdravotní péči a pomoc těm dětem.*”

4.3.3 Kategorie 3 – Vnímání sester pacienty z pohledu sester

Jako třetí byla vytvořena kategorie Vnímání sester pacienty z pohledu sester. Ta byla rozdělena na dvě podkategorie: *Kladné vlastnosti sester a Záporné vlastnosti sester*. V první podkategorii jsme zjišťovali, o jakých vlastnostech si sestry myslí, že je jejich pacienti oceňují. V druhé podkategorii bylo naopak zjišťováno, o kterých vlastnostech si sestry myslí, že jejich pacientům vadí a hodnotí je negativně.

Podkategorie - Kladné vlastnosti sester

Sestry nejčastěji uváděly jako kladně hodnocené vlastnosti vstřícnost, empatii, možnost svěřit se, spravedlnost, vtip a klidný a milý přístup. Vstřícnost jmenovaly sestry S1, S3, S8, S9 a S10. S1: „*Já si myslím, že vstřícnost...*” S9: „*Určitě vstřícnost, ta je pro ně hodně důležitá.*” Empatii potom zmiňovaly sestry S2, S7, S8 a S10. S2: „*Myslím si, že právě tu empatii...*” S7: „*Řekl bych, že empatii...*” Možnost svěřit se uvedla sestra S2, S4, S5 a S12. S5: „*...vyslechnutí...*” S12: „*Nejspíš umění naslouchat, že ví, že se nám můžou svěřit.*” Podle sester S8, S10 a S12 oceňují jejich dětské pacienti spravedlivé chování vzhledem k pacientům. S8: „*Nevím. Takovou nějakou rovnost, že jednáme rovně, nebo u mě, já se snažím být vstřícná, ale také spravedlivá.*” Vtip uvedly sestry S2, S3 a S9. S2: „*Co teda děti mají rády, tak mají rády humor. Když se něco děje a svedeme to do humorné situace, tak to ony hrozně rády. Je na nich vidět, že je to pobaví a chtějí to odlehčit ty situace.*” S3: „*Ony vždycky říkají, s Vámi je legrace, jste vtipná...*” Klidný či milý přístup potom jmenovaly sestry S2, S3 a S5. S2: „*Nejsme na ně zlí a nechceme je za něco trestat a týrat, toho mají dost tam venku, takže tady mají rády milý přístup.*” S5: „*Klidný přístup...*”

Jako další vlastnosti či schopnosti, které podle sester pacienti hodnotí kladně, byly uváděny i další, např. kamarádkost (S9, S11), srdečnosti či obětavost (S10), trpělivost (S7), důvěra (S4), jistota (S4), individuální přístup k pacientům (S8, S10), nedůslednost (S6), pohlázení (S5), zástup matky (S2), odměny (S2), vymyšlení a účast sester na aktivitách (S1, S7), rady (S2) a to, že nekřičí na pacienty (S3). S1: „*To že jim nabízíme různé aktivity, vymyšlíme pro ně volnočasový program.*” S5: „*...pohlazení nebo objímání, i když to se nesmí v dnešní době. Rády se objímají*

ty děti.” S6: „Z jejich pohledu, pokud to ocení, asi když nejsme tak důslední, ale z našeho pohledu je lepší, když jsme. Samozřejmě když jsme každá důsledná. Dodržujeme důsledně dodržování režimu, ale děti to vnímají úplně jinak než my.”

Podkategorie - Záporné vlastnosti sester

Tato podkategorie zahrnuje data týkající se vlastností, o kterých se sestry domnívají, že jejich pacientům vadí a hodnotí je negativně.

Nejčastěji jako negativní bylo uváděno to, když sestra zvyšuje hlas nebo křičí na pacienty. To jmenovala celá polovina dotazovaných sester (S2, S8, S9, S10, S11 a S12). S2: „Určitě hodně dětem vadí, když se zvyšuje hlas. Jsou situace, kdy to bez toho zvýšení hlasu nejde, tak to spouště dětem vadí. Pak také to že musí dodržovat režim.” S11: „Že křičíme. To si myslím, že jim určitě vadí, ale my prostě nemáme tady jinou možnost, protože bez svolení lékaře/ bez nařízení lékaře my nejsme schopné/ nemůžeme podat žádnou medikaci. Nemůžeme přistoupit k žádnému terapeutickému omezení. Takže si myslím, ten křik – ale ten vadí i nám, všichni bychom si představovali ideální oddělení, kde prostě děti budou sedět jako pěny, usmívat se, ale to prostě není realita. Takže asi ten křik. Křik a hluk, celkově.”

Další častěji zmiňovanou vlastností, která hospitalizovaným dětem vadí, byla důslednost. O té mluvily sestry S2, S4, S6, S7 a S12. S6: „Co jim vadí? Když po nich chceme, aby ten režim dodržovaly, a ty činnosti dělaly a něco vyrobily, do něčeho se zapojily a nechce se jim, to se někdy nedá.” S12: „Stoprocentně to, když jim něco nedovolíme, nevyhovíme jim, protože je čas něco dělat. My po nich chceme něco, co oni dělat nechcous, jsme důslední v dodržování režimu oddělení a s tím je hodně často problém.”

Sestry S1, S3, S9, S10 a S12 se shodly, že jejich pacientům vadí, pokud jim nevyhoví a nedovolí požadovanou věc či aktivitu. S1: „Některé děti by nejraději trávily volný čas na počítači. My z provozních důvodů máme dva počítače jeden tady a jeden je dole na herně. Není možné, aby u toho byly celý den. Ano, ale nedovolíme to z provozních důvodů, protože to není možné. U počítače může být pouze jeden.” S3: „Vadí jim, když se jim nevyhoví v tom, co oni právě teď chtějí. Možná jsou z těch dětských domovů, z pěstounských rodin, anebo i z vlastních rodin, odkud pochází, většinou jsou to nestabilní prostředí toho rodinného zázemí, tak asi aby ti, co se o ně starají, tak aby od nich měli pokoj, jim vyhoví hned. A tady to tak není. Tady se musí naučit řádu.

Za prvé musí o to slušně požádat, prosím a děkuji. Když má sestra nějakou práci, tak nemůžou přijít a já to chci a hned, že se sestra zvedne a jde. Většinou tyto děti se začnou vztekat, brečet a dupat, začnou být zlí a nadávat. My jim to vysvětlíme a ony to stejně nechápou, protože z domu jsou zvyklé na něco jiného.”

Negativně hodnotí pacienti i to, když sestry zlehčují jejich situaci či problémy. To uvedly sestry S2, S10, S11 a S12. S2: *„Jinak si myslím, že na sestřičkách jim nic asi nevadí, možná zlehčování té jejich situace. Stane se někdy, že to někomu přijde k smíchu, nemyslí to zle, ale ty děti jsou na to háklivé, co se týká soukromí, a proč tady jsou.”* S11: *„Možná někomu může vadit, že občas proběhne nějaká ironie, když už je toho hodně. Těm větším holkám si myslím, že by mohla nějaká ironická poznámka na nás vadit.”*

Pacientům vadí, když jim sestry poroučí, a to podle sester S2, S5 a S7. S5: *„...když se jim poroučí. To je všechno.”*

Nespravedlivé chování sester potom pacientům vadí podle sester S9 a S10. S9: *„...nespravedlnost. Taková ta, kdy vám to ani nepřijde, ale oni cítí, že to vůči nim není fér, tak to se jim opravdu nelíbí.”* S10: *„Nespravedlnost, kterou oni vnímají, mnohdy třeba i neopodstatněnou, ale vnímají ji tak.”*

Sestra S5 dále uvedla, že pacientům vadí, když jim sestry něco vytýkají nebo je peskují. S5: *„Když jsou peskováni, když se jim něco opakovaně vytýká...”*

4.4 Kategorizace výsledků rozhovorů s dětskými pacienty

Na základě rozhovorů s dětmi hospitalizovanými na dětské psychiatrii byla získaná data rozdělena do kategorií a podkategorií. Byly vytvořeny následující kategorie: Ideál sestry z pohledu pacienta, Role sestry z pohledu pacienta, Sestry z pohledu pacienta.

Výše zmíněné kategorie byly rozčleněny na podkategorie. Kategorie Ideál sestry z pohledu pacienta nebyla dále členěna. Kategorie Role sestry z pohledu pacienta zahrnuje podkategorie Zastávané role sester z pohledu pacienta a Plnění rolí sester z pohledu pacienta. Kategorie Sestry z pohledu pacienta byla rozdělena na Kladné vlastnosti sester z pohledu pacienta a Záporné vlastnosti sester z pohledu pacienta.

4.4.1 Kategorie 1 - Ideál sestry z pohledu pacienta

Tato kategorie se zabývá představou dětských pacientů o sestře pracující na dětské psychiatrii. Zjišťovali jsme, co dětští pacienti na ošetřujících sestrách posuzují a jakou mají představu o vlastnostech, schopnostech a vzhledu sestry pracující na oddělení dětské psychiatrie. Kategorie nebyla dále nijak členěna.

Nejčastěji naši informanti zmiňovali, že by ideální sestra pracující na dětské psychiatrii měla být hodná a příjemná, a to podle informantů s označením P2, P3, P4, P5, P8, P9, P10. P3: „*No měla by být hodná, což znamená, že když o něco požádám a ona to může udělat, tak by to podle mě měla udělat. Když potřebuju na záchod, tak mě pustí na záchod. Když se potřebuju napít, tak mi dá napít nebo cokoli.*” P5: „*Hodná na děcka... ...být na nás hodná.*” P9: „*Asi by měla být hodná, hlavně příjemná...*”

Dále by si naši informanti představovali, že by sestra měla být slušná, chápavá, citlivá. To uváděli informanti P2, P3, P5, P6, P7, P8, P10. P7: „*Určitě by měla chápat problémy dětí.*” P10: „*Já nevím... Asi by měla mít pochopení. Chápat, že máme taky svoje problémy a tak.*”

Informanti dále často uváděli, že by sestra na psychiatrii neměla zvyšovat hlas a měla by být klidná. To zmínili informanti P1, P3, P4, P6, P8. P1: „*No tak... nevím. Tak jako úplně v pohodě všechno, bude mít přiměřený hlas a tak.*” P4: „*...když nemá důvod, tak by neměla moc zvyšovat hlas.*” P6: „*Ještě asi klidná.*”

Ideální sestra podle dotazovaných dětských pacientů by dále měla vyhovět požadavkům dětí, nenutit je do toho, co nechtějí a být v pohodě (P1, P6, P7, P9). P7: „*Určitě by měla být v pohodě...*” P9: „*Měla by mi vyhovět, když něco potřebuju.*”

Informanti dále považovali za důležité, aby sestra pracující na dětské psychiatrii byla všímavá, pomáhala dětem a zastala se jich, a to v případech u pacientů s označením P5, P6, P8. P5: „*Měla by pomáhat dětem.*” P6: „*...měla by se jich zastávat.*” P8: „*Asi ještě chápavá...*”

Dotazovaní dětští pacienti dále uváděli ještě množství dalších vlastností jako komunikativní a mít čas na děti (P7, P9), přátelská a sympatická (P7, P10), přísná (P5), čistotná (P3), šikovná (P5), pomáhat sestřičkám (P5). P3: „*Dodržovat hygienu,*

což tady taky moc neplatí. Třeba když berou krev, tak dodržují hygienu, ale při jídle vůbec žádnou. Spadnou nože na zem, je to úplně jedno.”

4.4.2 Kategorie 2 - Role sestry z pohledu pacienta

Dále jsme dle získaných dat vytvořili kategorii Role sestry z pohledu pacienta. Ta se dále dělí na podkategorie *Zastávané role sester z pohledu pacienta* a *Plnění rolí z pohledu pacienta*. Zde nás zajímalo, do jakých rolí staví sestry jejich dětské pacienti, jakých aktivit sester si pacienti všímají, z čehož je možné vyčíst role sester, a také i to, jestli se pacienti domnívají, že sestry dané role plní či nikoliv.

Podkategorie - Zastávané role sester z pohledu pacienta

Tato podkategorie se zabývá názorem pacientů na role jejich ošetrujících sester. Do této podkategorie jsme zařadili otázku týkající se denních aktivit, které sestry vykonávají dle jejich pacientů.

Všichni dotazovaní dětské informanti (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10) vypověděli, že sestry s nimi chodí na vycházky, na zahradu či na aktivity. P1: *„Chodí s námi na aktivity, potom ven na vycházky občas.”* P3: *„Občas jdou s někým na zábavu.”*

Další velmi často zmiňovanou činností, kterou sestry vykonávají podle jejich pacientů, byl dohled a hodnocení. To uvedli informanti s označením P1, P3, P4, P5, P6, P7, P8 a P9. P1: *„Dohlížejí na nás a hodnotí naše chování.”* P3: *„Sedí a zapisují ty různé věci, jak se děti chovaly.”* P4: *„...hlídají nás venku, hlídají nás, když jsme v jídelně...”* P6: *„...tráví s náma čas, hlídá a tak.”*

Informanti s označením P3, P4, P7 a P9 uvedli, že jim sestry pouští filmy a koukají se na ně. P7: *„Taky koukají na filmy pořád.”* P9: *„...dívají se s náma na filmy nebo něco v televizi ještě.”*

Pacienti P7, P8 a P9 dále zmínili, že sestry tráví čas na mobilu. P7: *„...a jsou na mobilech často.”* P8: *„...je furt na mobilu.”* Podávání léků bylo další uváděnou činností, a to v případech pacientů P7, P9 a P10. P9: *„Rozdávají nám léky a berou krev třeba.”* P10: *„Ještě léky nám dávají, jo...”* Dětské pacienti P3, P6 a P10 dále uvedli jako činnost, kterou sestry vykonávají, podávání stravy. P3: *„Vydávají jídlo, sedí a povídají si mezi sebou.”* P10: *„...a jídla nám nosí.”* Dále byl zmíněn úklid, a to informanty P4,

P5 a P6. P4: „...pomáhají nám třeba s uklízením nebo převlékáním peřin.“ P5: „Řeknou, že máme uklízet polštářky.“

Podkategorie - Plnění rolí z pohledu pacienta

V této podkategorii nás zajímalo, zda si dotazovaní dětské informanti myslí, že jejich ošetřující sestry zvládají plnit role, které uvedly, že podle nich zastávají.

Větší část dotazovaných se domnívá, že sestry své role plní (P1, P2, P4, P5, P9 a P10). P9: „Asi, asi jo, si myslím.“ Informanti P3, P6 a P8 zastávají názor, že sestry své role neplní. P3: „Většina ne. Občas nějaká sem tam jeden den tak je, ale většinou ne.“ P6: „Myslím, že moc ne. Dost často křičí a nutí nás do jídla a podobně.“ Informant P7 se domnívá, že se sestry své role snaží plnit. P7: „No, řekla bych, jak kdo. Ale asi se snaží no.“

4.4.3 Kategorie 3 – Sestry z pohledu pacienta

V kategorii 3 nás zajímalo, jak dětské pacienti vidí své ošetřující sestry, jak se liší realita od jejich představy ideální sestry. Tato kategorie byla dále rozdělena na dvě podkategorie: *Kladné vlastnosti sester z pohledu pacienta* a *Záporné vlastnosti sester z pohledu pacienta*.

Podkategorie - Kladné vlastnosti sester z pohledu pacienta

Zde jsme zjišťovali, co hodnotí dětské pacienti pozitivně na chování jejich ošetřujících sester.

Nejčastěji v této podkategorii dětské pacienti zmiňovali odběry krve, a to podle informantů s označením P3, P6 a P7. P3: „To bych tu seděl dlouho, kdybych měl něco najít. No možná brání krve, ale to je asi tak všechno.“ P6: „Asi odběry, ty jim jdou dobře, že nemáme modřiny a tak.“

Informanti P6 a P10 kladně hodnotily snahu sester připravit jim volnočasový program. P6: „Taky nám vymýšlí program a zábavu, to je taky fajn, že se nenudíme.“ P10: „Líbí se mi taky, že se nás snaží zabavit.“

Dále byla pozitivně hodnocena komunikace sester s pacienty, a to podle informantů P7 a P10. P7: „Taky se s námi snaží mluvit, to taky dělají dobře.“ P10: „Mluví s námi, to je fajn.“

Pacient s označením P1 uvádí, že mu záleží na tom, že sestry nekřičí: „*Že mají přiměřený hlas a nechovají se jakože nějak špatně. Tak jakože na nás v jednom kuse nekřičí a nenadávají nám, tak.*”

Informant P6 jako klad uvádí čas strávený s dětmi: „*Dobry je to, že s náma dětma tráví čas, že se věnujou.*”

Pacient P5 na otázku týkající se kladných vlastností sester odpověděl takto: „*Dobře vaříjou. Dobře dělají pití. Dobře dělají polívky. Dobře uklízí.*”

Informanti P2, P4 a P8 uvedli, že neví, co by sestry dělaly dobře.

Podkategorie - Záporné vlastnosti sester z pohledu pacienta

Tato podkategorie zahrnuje data týkající se negativních vlastností, kterých si jejich dětsí pacienti všimli.

Nejvíce dětsí pacienti uváděli, že se jim nelíbí, když na ně sestry křičí, a to v případech pacientů P3, P7, P8, P9 a P10. P3: „*A taky aby na mě neřvaly a nenaštvaly se kvůli náhodným nesmyslům. Ale dělá hlavně jedna sestřička, většina ne.*” P9: „*Taky často křičí a jsou protivné.*” P10: „*Když křičí, ale občas to jinak nejde.*”

Další negativně hodnocenou vlastností, či spíše činností uváděli pacienti to, že na ně sestry nemají čas (P7, P8, P9). P7: „*Vadí mi třeba, že vůbec nemají čas si promluvit, když to potřebuju.*” P9: „*Špatně dělají to, že nemají čas na nás.*”

Informantům s označením P7, P9 a P10 vadí, když jim ošetřující sestry nedovolí některou z aktivit. P10: „*Ještě mi vadí, když nevyhoví, když chci třeba na počítač nebo na mobil...*”

Přísné chování potom dle jejich slov vadí pacientům P3, P8 a P9. P3: „*Jak jsem říkal příklad, jak se ke mně chovají.*” P8: „*Pořád jen hlídá a poroučí, tak by se k nám neměla chovat.*”

Dále byl zmiňován nezájem o děti a jejich problémy či stížnosti, a to informanty P4 a P8. P4: „*Všimla jsem si, že někdy sestřičky třeba řeknou, ať si třeba některých děcek nevšímáme, že to vyřeší samy, a když po nich potřebujeme, třeba že ten a ten otravuje, tak oni řeknou třeba že, řekněte nám to, my s tím něco uděláme. Všimla jsem si, že některý sestřičky tohleto ignorujou a místo toho si tam píšou na mobilu. Že to vlastně*

i ignorujou, že nemusí být na tom telefonu občas, ale že je jim to i ukradený.”

P8: *„Nevšímá si děti, nezajímá se o ně, to je taky špatně podle mě.”*

Pacienti s označením P7 a P10 uvedli jako negativní věc na chování sester to, že jim nedávají prostor pro vlastní aktivity. P7: *„...nedávají nám prostor pro vlastní aktivity, že si můžeme dělat, co my zrovna chceme. Doma bysme si mohli čas zařídit podle sebe, to tady nesmíme.”* P10: *„...nebo že mi nedají osobní prostor, kterej každěj přece potřebuje.”*

Dále uváděli jako záporné vlastnosti či chování to, že sestry nechápou, co děti trápí (P6), nedokážou sestrám důvěřovat a svěřit se jim (P6). P6: *„No asi to, že vůbec nechápou, co děti trápí, nechcou chápat. Takže já k nim pak nemám tu důvěru a nechci se jim svěřovat, když je jim to jedno.”* Pacient P3 ještě uvedl, že mu vadí, když sestry nedodržují lékařem předepsanou léčbu a hygienu: *„Tu hygienu v jídelně. A například dodržování toho, co říkal doktor. Aby mi nezhoršily můj zdravotní stav.”*

Informanti P1, P2 a P5 nezmínili nic, co by podle nich dělaly sestry špatně nebo co by vnímali jako negativní vlastnost.

6 DISKUSE

Diplomová práce se zabývá rolemi sester na oddělení dětské psychiatrie. Záměrem bylo zjistit, jak se vidí sestry samotné, jak je vidí jejich dětské pacienti a nakolik se tyto pohledy shodují či rozcházejí.

Byly vytvořeny dva výzkumné vzorky. První tvořily sestry pracující na dětské psychiatrii, které daly souhlas s provedením rozhovoru. Druhým výzkumným vzorkem byli dětské pacienti, jejichž zákonní zástupci podepsali souhlas s provedením rozhovoru s dítětem. V této části diplomové práce jsme se pokusili shrnout výsledky získaných dat a dát je do souvislostí s teoretickou částí práce. Bylo osloveno celkem 16 sester pracujících na oddělení dětské psychiatrie. Do výzkumného šetření bylo zařazeno 12 sester. Ze skupiny dětských pacientů se zúčastnilo 10 dětí, osloveno jich bylo 15. Celkem 9 informantů (4 ze skupiny sester a 5 ze skupiny dětských pacientů) jsme do výsledného výzkumného šetření nezařadili z důvodů odmítnutí poskytnutí rozhovoru samotným informantem či zákonným zástupcem v případě dětí a nedokončení rozhovoru.

Pro účely této diplomové práce byly stanoveny dva cíle. C1: “Zjistit, jak jsou vnímány role sestry na oddělení dětské psychiatrie samotnými sestrami.” C2: “Zjistit, jak jsou vnímány role sestry na oddělení dětské psychiatrie dětskými pacienty.” K těmto cílům byly zformulovány tři výzkumné otázky. VO1: “Jak sestry vnímají své role v rámci oddělení dětské psychiatrie?” VO2: “Jaké role sestry zastávají v rámci oddělení dětské psychiatrie?” VO3: “Jak jsou vnímány role sestry na oddělení dětské psychiatrie z pohledu dětských pacientů?”

Pro sběr dat jsme zvolili kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru. Tato forma sběru dat se sama nabízí vzhledem k vybranému vzorku informantů. Dotazníky by měly pravděpodobně velmi malou návratnost a hůře by se z nich získávala data potřebná pro samotné výzkumné šetření vzhledem k jejich citlivosti. Výhodou rozhovoru je přímý kontakt s dotazovaným, možnost nonverbální komunikace, upřesnění nejasných otázek a umožňuje citlivý a individuální přístup ke každému z dotazovaných. V první části rozhovoru jsme vždy zjišťovali základní socio-demografické údaje, a to jak ve skupině sester, tak ve skupině pacientů. Ve skupině sester nás zajímalo pohlaví, věk, vzdělání a doba, po kterou sestry pracují na psychiatrickém oddělení. Ve skupině dětských pacientů nás zase zajímalo pohlaví, věk, doba hospitalizace a diagnóza, se kterou se v psychiatrické nemocnici léčí. Druhá část rozhovoru se týkala už samotného

výzkumného šetření. Zajímaly nás pohledy sester a pacientů na to, jaká by měla být ideální sestra pracující na dětské psychiatrii. Dále nás zajímaly role sester, které zastávají, opět z pohledu sester a z pohledu jejich pacientů. Abychom mohli zhodnotit vnímání těchto rolí, zařadili jsme otázku plnění rolí, tedy jestli si samotné sestry myslí, že jimi uvedené role zvládají plnit či nikoliv. Tato otázka byla stejná i ve skupině pacientů. Ke zhodnocení celkového vnímání rolí sestry na oddělení dětské psychiatrie nám pomohly dále otázky týkající se kladných a záporných vlastností sester. Na závěr rozhovoru byla zařazena otázka na aktivity sester na oddělení. Z popisu aktivit je pak možné potencionálně vyčíst další role sester, které nebyly dříve v rozhovoru zmíněny, což může pomoci ke komplexnějšímu pochopení vnímání rolí sester. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a odpovědi zaznamenávány do připravených archů pro snadnější zpracovávání. Dále byly rozhovory kódovány pomocí otevřeného kódování.

Ze získaných socio-demografických dat ve skupině sester vyplývá, že většinou část personálu tvoří ženy (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8, S9, S10, S11, S12). Našeho výzkumného šetření se zúčastnil jeden muž ve skupině sester (S7). Věkový průměr sester je 46 let. Většina sester má středoškolské vzdělání. Ze skupiny pacientů se výzkumného šetření zúčastnili 4 chlapci a 6 dívek. Průměrný věk našich dětských informantů činí 13 let.

Otázka týkající se ideálu sestry pracující na dětské psychiatrii byla pro většinu dotázaných jasná a svou představu dokázali bez obtíží popsat. Nejvíce skloňovanou vlastností byla dle očekávání jednoznačně empatie či citlivost, chápavost. To je dle mého názoru nepostradatelná vlastnost, kterou by měla sestra disponovat a to nejen na oddělení dětské psychiatrie. Sestry dále uváděly, že by sestra měla mít kladný vztah k dětem. S tím souhlasím, nicméně ve skupině dětských informantů se tato položka neobjevila. Na čem se naopak sestry s pacienty shodly, byla trpělivost, klid, vyrovnanost. Přísnost nebyla zastoupena tak četně, nicméně zde vidíme určitý rozpor. Sestra S8 uvedla, že by sestra na psychiatrii měla být přísná. S tím souhlasí i informant P5, naopak informanti P3, P8 a P9 přísnost uváděli jako negativní vlastnost sestry. Dalším překvapením pro nás bylo i to, že informant P5 u otázky ideálu sestry uvedl, že by sestra měla pomáhat ostatním sestram, být tedy kolegiální. Tato vlastnost se vyskytla v rozhovorech se šesti sestrami. Další shoda v pohledu na ideál sestry pracující na dětské psychiatrii se objevuje u všímavosti. Tu vnímají jako důležitou součást pedopsychiatrické sestry informanti S6, S8, S12, P5, P6 a P8. Odolnost či zvládání stresu

sestry také často zmiňovaly, ale protože děti nemají zkušenost s prací na dětské psychiatrie, je pochopitelné, že se toto ve skupině pacientů neobjevuje. Pacienti P7 a P9 se shodují se sestrami S1, S11 a S12 v tom, že sestry by měla být komunikativní a umět naslouchat. Další podobnosti ve vlastnostech ideální sestry se v pohledech pacientů a sester nevyskytují, ačkoliv se v rozhovorech vyskytuje množství dalších zmíněných rysů. Neočekávané výsledky přinesla data ohledně vzhledu ideální sestry. Často se můžeme setkat s názorem, že sestra by měla být za každých okolností upravená. V našem výzkumném vzorku však bylo zajímavé, že důležitost vzhledu či upravenosti zmiňovala pouze sestra S1. Většina sester (S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9) se například o tom, jak by měla sestra pracující na dětské psychiatrii vypadat po vizuální stránce, ani nezmínila, což bylo poměrně překvapivé. Žádný z dotázaných pacientů se o vzhledu sester také nezmínil. Z toho můžeme usuzovat, že vizuální stránka není nijak zvlášť významná. Osobně se ztotožňuji s názorem, že vzhled není u sester na dětské psychiatrii tolik důležitý.

Pro dětské pacienty byla velmi obtížná otázka rolí sester. Pojem role sestry pro ně byl mnohdy poměrně abstraktní a měli potíže si pod tímto pojmem něco představit, zvlášť u mladších informantů. Bylo tedy nutné jim vždy pojem role sestry opsat a vysvětlit. V některých případech pomáhali i ti rodiče, kteří byli přítomni celému rozhovoru. Do stejné podkategorie jsme zařadili i otázku, která se zabývala denními aktivitami sester, kterých si jejich dětské pacienti všimli. Ta už byla pro děti snáze uchopitelná a zároveň se z jejich odpovědí daly vyčíst právě role sester, byť to přímo rolí samotné děti nenazvaly. Taktéž z rozhovorů se sestrami bylo často cítit, že je pro ně tato otázka poměrně složitá a musely se více zamýšlet nad svou odpovědí než u jiných otázek. V otázce týkající se denních aktivit se sestry shodovaly. Některé mluvily podrobněji, ale základní činnosti zmínily všechny. Větší rozdíly byly potom v rozhovoru se staniční sestrou a hlavní sestrou. To bylo očekávané vzhledem k jejich odlišnému postavení, a tudíž i odlišné náplni práce. Tato část byla velmi zajímavá, protože ačkoliv sestry nejčastěji popisovaly roli rodiče / příbuzného a vychovatele, jejich dětské pacienti naopak nejvíce zmiňovali roli baviče, kterou uvedly jen dvě z dotazovaných sester, a roli dozorce, kterou uvedly tři z dotazovaných sester. Dalším příkladem je role uklízečky a kuchařky. Ty se objevují pouze v rozhovoru se sestrou s označením S3, ale ve skupině pacientů u celé poloviny dotazovaných dětí. Žádný z dotazovaných pacientů nezmínil ani roli kamaráda, rádce, „vrby“ či ochránce. Obecně z rozhovorů s dětmi vyplývá, že své

ošetřující sestry vnímají spíše negativně. Sestry naopak více zmiňovaly ony pozitivně vnímané role zmíněné výše. Podíváme-li se na pojetí rolí sestry z pohledu Morrowové (1988), vidíme podobnost u skupiny sester. Samy se staví do role matky, která je chápavá a pečuje o pacienty, a role hospodyně, která má přehled, hodnotí a dohlíží. V roli hospodyně se vidí sestry S1, S3, S5, S6, S7, S8, S9 a S12. Tuto roli jim přisuzovala i většina dotazovaných dětí (P1, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10). Není zde však přítomnost role ženy, která by měla být podřízená lékaři, jak uvádí Bláha a Staňková (2004). S Kozierovou (1995) je opět vidět částečná podobnost. Ta definovala devět profesních rolí sestry a některé z nich se objevují i v našem výzkumném šetření. Je to například role ošetřovatelky (Kozierová, 1995). V našem výzkumném šetření se objevuje jako činnosti, které sestry vykonávají, a to podávání léků či odběry krve, ošetřování ran, péče o nemocné děti, jak v rozhovorech se sestrami (S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S12), tak v rozhovorech s dětskými pacienty (P7, P9, P10). Role učitelky se v našem výzkumném šetření vyskytuje také, ale Kozierová (1995) ji definovala obecněji. Učitelka jako role sestry na oddělení dětské psychiatrie je mnohem konkrétnější, doslovná. Objevuje se však pouze ve skupině sester. Dotazovaní pacienti tuto roli nezmínili. Sestra jako poradkyně se rovněž vyskytuje pouze ve vzorku sester. Pod roli advokátky bychom mohli zahrnout roli ochránce, kterou zmínily sestry S10 a S12. Další rolí, kterou Kozierová (1995) definovala, je role lídra. Ta zahrnuje v našem výzkumném šetření roli vedení, kterou uvedly sestry S2, S4 a S6. Sestra jako komunikátorka se v našem výzkumném šetření objevuje jako role manažera, který zprostředkovává komunikaci v rámci týmu sester, lékaři, rodinami a dalšími institucemi. Sestra jako nositelka změn (Kozierová, 1995) se zde ve své podstatě vyskytuje také. Sestry dohlíží na dodržování léčebného režimu a zároveň se snaží dětem poskytnout vyžití, které by bylo maximálně podobné normálnímu životu jejich vrstevníků, což hodnotili pozitivně pacienti P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9 a P10. Zaměřovali jsme se na role specifické pro dětskou lůžkovou psychiatrii, a proto se zde vůbec nevyskytuje role sestry jako výzkumnice. Tuto roli sestry ve své podstatě zastávají už jen tím, že se našeho výzkumného šetření zúčastnily, ale protože nás zajímaly role, které vnímají samy sestry a do kterých je staví jejich dětští pacienti, tak ji nezařazujeme do výzkumného šetření jako takového. V porovnání se Staňkovou (2002) je situace obdobná. Ta definovala roli pečovatelky, edukátorky, obhájkyne nemocného, koordinátorky, asistentky a výzkumnice. V našem výzkumném šetření se objevila role pečovatelky, edukátorky, obhájkyne nemocného a koordinátorky,

jak bylo zmíněno výše. Role asistentky se vyskytuje v rozhovorech se sestrami S2 a S10, které uvedly, že se účastní lékařských vizit. Role výzkumnice zde opět chybí. Sestry S2, S4, S7, S8 a S10 mluvily dále o roli sestry-administrátorky, kterou zmiňuje i Bártlová (2009). Ve výsledcích vidíme množství dalších rolí, které nespádají pod žádnou z definovaných rolí uvedených výše. Je to například role důvěrnice, která se objevuje v rozhovorech se sestrami S4, S8, S9, S10 a S11. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že tato role je na pedopsychiatrii nepostradatelná a měla by ji ovládat každá sestra pracující na dětské psychiatrii. Navázat kontakt a získat si důvěru pacienta je důležité v každém oboru, ale na dětské psychiatrii vnímám tuto roli jako nezbytnou. Ačkoliv žádné z dotazovaných dětí nezmínilo přímo roli „vrby“, kamaráda či důvěrníka, objevují se v rozhovorech náznaky, které nás vedou k tomu, že je to pro děti také důležité. Pro pacienty P7 a P10 je důležité, že s nimi sestry mluví. Další náznaky vidíme v otázce negativních vlastností sester. Informantům P7, P8 a P9 se nelíbí, když sestry tráví čas na mobilu nebo na ně nemají čas. Informanti s označením P4 a P8 uvedly jako negativní vlastnost ošetřujících sester nezájem o jejich problémy. Pacient P6 přímo říká, že sestry nechápou jejich problémy, nemůže jim důvěřovat a nechce se jim tudíž svěřovat. Z toho jasně plyne, že pro děti hospitalizované na dětské psychiatrii je důležité mít v ošetřujících sestrách důvěrníka, kterému můžou věřit. Další rolí, která se v našem výzkumném šetření objevuje, je role hospodyně. Avšak v úplně jiném pojetí, než jak ji popsala Morrowová (1988). V našem případě zahrnuje činnosti jako vaření, podávání stravy a pití, úklid, stlaní postelí, buzení dětí, dopomoc s hygienou. Tyto činnosti byly zmiňované jak ve skupině sester, tak ve skupině pacientů. Role sestry-vychovatelky se objevuje poměrně hojně ve skupině sester (S1, S2, S3, S4, S5, S8, S11, S12), děti ji ovšem nezmínily. Během praktické výuky na dětské psychiatrii jsem odpozorovala, že je tato role dětmi opomíjená, sestry ji však nepopíratelně zastávají. Osobně si myslím, že role sestry-vychovatelky je důležitá obecně pro pediatrické ošetřovatelství. Na dětské psychiatrii o to více, že zde jsou děti hospitalizované dlouhodobě a samotné, bez rodičů či jiných zákonných zástupců, kteří jinak tuto roli zastávají. Dále se v rozhovorech se sestrami S5, S8 a S12 vyskytuje role sestry-krizové manažerky, která řeší konflikty mezi dětmi. Tato role se dle mého názoru vyskytuje také v celé šíři pediatrického ošetřovatelství. Nicméně mám zkušenost, že u psychiatricky nemocných dětí bývají vzájemné konflikty mnohem častější než na jiných odděleních. Tyto role můžeme tedy označit jako specifické pro dětskou psychiatrii.

U otázky, do jaké míry sestry plní své role z pohledu jejich pacientů, bylo zřejmé, že se někteří pacienti zdráhali odpovědět. Někteří se následně po rozhovoru mimo záznam znovu ujistovali, zda se k získaným datům jejich ošetřující sestry nedostanou, a to z důvodu strachu z možných následků. Nicméně větší část informantů ze skupiny dětí (P1, P2, P4, P5, P9 a P10) se domnívá, že sestry své role plní. Obdobné odpovědi jsme dostali ve skupině sester. Všechny dotazované sestry se shodly na tom, že všechny své role zvládají plnit. Respektive žádná z dotazovaných sester neřekla přímo, že by měla pocit, že plnění rolí nezvládá. Tyto odpovědi byly očekávané. Sestry S4, S6, S8, S11 a S12 nicméně přiznaly, že tomu tak není vždy nebo že v průběhu jejich kariéry na psychiatrii s tím měly potíže. Toto přiznání můžeme chápat jako určitou výpověď o otevřenosti a pravdivosti sdělení v rozhovorech.

Poměrně obtížná byla pro pacienty i otázka týkající se kladných vlastností sester. Během rozhovoru bylo patrné, že děti neví, co odpovědět. Informanti s označením P2, P4 a P8 dokonce neuvedli žádnou kladnou vlastnost, kterou by jejich ošetřující sestry disponovaly. U této otázky jsme očekávali určitou zdrženlivost, ale nečekali jsme, že by dětské pacienti nenašli jedinou pozitivní vlastnost. Z činností, které sestry vykonávají dobře dle mínění jejich pacientů, jmenovali odběry krve, vymýšlení volnočasových aktivit, komunikaci, čas věnovaný dětem, příprava stravy, úklid a to, že nekřičí. Zde je patrné, že si děti více všímají činností než vlastností jako takových. Sestry naopak kladných vlastností, které by jejich pacienti mohli oceňovat, zmínily celou řadu. U kladných vlastností vidíme větší roztržitost a nejednotnost, zmíněných kladů je také méně. Pacienti vidí sestru primárně v roli ošetřovatelské či pečovatelské. Ve skupině sester je to přesně naopak. Podobnosti zde však jsou. Sestry S1 a S7 uvedly, že se domnívají, že jejich dětské pacienti pozitivně hodnotí to, že sestry tráví čas s dětmi na aktivitách. V tom se shodují s pacienty P6 a P10. Komunikace se také objevuje v obou skupinách jako pozitivní vlastnost sester. Sestry vyjmenovaly ještě mnoho dalších vlastností, o kterých si myslí, že je jejich dětské pacienti oceňují. Nicméně ty se nám nepotvrdily v rozhovorech se samotnými pacienty. Jednodušší byla ovšem otázka na záporné vlastnosti sester. Zde jsme očekávali zdrženlivé odpovědi právě z obavy dětí, že by se data dostala do rukou ošetřujícího personálu a ten by je zneužil. Proto nás poměrně překvapilo, když se zde děti ve většině případů (P3, P4, P6, P7, P8, P9, P10) rozmluvily. Nejvíce dětem vadí, když na ně sestry křičí či zvyšují hlas. Totéž uvedly i sestry s označením S2, S8, S9, S10, S11 a S12. Další podobnost můžeme vidět

u důslednosti, ta se také objevuje v obou skupinách. Mluvili o ní informanti S2, S4, S6, S7 a S12 ze skupiny sester a ze skupiny dětí P7 a P10. S tím je spojené i to, když sestry dětem něco nedovolí, jak zmiňovaly sestry S1, S3, S9, S10 a S12. To se nám potvrdilo v rozhovorech s pacienty P7, P9 a P10. V dalších záporných vlastnostech se však pohledy sester a pacientů rozcházejí. Když porovnáme kladné a záporné vlastnosti sester, jak je vnímají pacienti, vidíme patrný rozdíl. Negativních vlastností bylo zmíněno více, více pacientů se shodlo na dané vlastnosti, což u kladných vlastností nevidíme.

Výsledky tohoto výzkumného šetření potvrzují, že je zde patrný konflikt ve vnímání rolí sester samotnými sestrami a jejich dětskými pacienty. Tyto výsledky byly očekávané. Sestry příliš nevnímají to, na co dávají důraz jejich pacienti. Na druhé straně mají děti mnohdy nereálné požadavky. Tento konflikt však může představovat zásadní překážku v poskytování citlivé péče pacientům na pedopsychiatrii. Osobně si myslím, že je zde velký prostor pro další zkoumání a že změna ve spolupráci s managementem nemocnice je možná. Prvním krokem je uvědomění sester, že pacienti je vidí jinak, než si samy sestry myslí. Doufám, že i k tomuto tato diplomová práce pomůže. Pokud se alespoň částečně sjednotí pohledy sester a pacientů na sesterské role, může to vydatně pomoci ke zlepšení péče o psychické zdraví pacientů a personálu se tím zjednoduší práce, což by mohlo následně vést ke snížení míry stresu. Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že pedopsychiatrická sestra má mnohem komplexnější úlohu a musí zastávat mnohem více rolí. Přínos této diplomové práce pro obor by mohl být v novém chápání konceptu rolí sester. Toto pojetí rolí sester nebylo nalezeno v žádném z pro nás dostupných zdrojů a představuje tedy úplně nový pohled.

7 ZÁVĚR

Předkládaná diplomová práce nese název Role sestry na oddělení dětské psychiatrie. Cíli diplomové práce bylo zjistit, jak jsou vnímány role sestry na oddělení dětské psychiatrie samotnými sestrami a jak jsou vnímány role sestry na oddělení dětské psychiatrie dětskými pacienty.

Celá práce byla rozdělena na dva velké celky - teorii a samotné výzkumné šetření. Teoretická část se zabývá psychiatrií jako oborem, její historií ve světě i v českých zemích, vztahem k povolání sestry, základním dělením psychiatrických diagnóz v dětství, rolí sestry v průběhu věku, jednotlivými obdobími dětství a právní ochranou dětí a psychiatrických pacientů. Empirickou část tvoří definování cílů práce a výzkumných otázek, metodika práce, výsledky výzkumného šetření a diskuse.

Byly položeny tři výzkumné otázky, které vytvořily základní kostru pro sestavení schématu rozhovorů. Pro diplomovou práci jsme využili kvalitativní výzkum, jenž byl realizován metodou individuálního polostrukturovaného tematického rozhovoru. Ten se ukázal být vhodně zvolenou metodou vzhledem ke stanoveným cílům práce. Celkem bylo provedeno 27 rozhovorů, 14 rozhovorů se sestrami a 13 rozhovorů s dětskými pacienty. Do samotného výzkumu však bylo zařazeno pouze 12 sester a 10 pacientů a to z důvodů předčasného ukončení rozhovoru či odmítnutí zodpovězení zásadních částí rozhovoru samotným informantem či jeho zákonným zástupcem.

První výzkumnou otázkou bylo “Jak sestry vnímají své role v rámci oddělení dětské psychiatrie?”. Zjistili jsme, že sestry své role vnímají veskrze pozitivně. Téměř beze zbytku se shodují s rolí, které definovala Kozierová a Staňková. Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, jaké role sestry zastávají v rámci oddělení dětské psychiatrie. Náš výzkum ukázal, že se zde vyskytují téměř všechny role, které definovala Kozierová i Staňková. Částečná podobnost je zde i se systémem Morrowové. Objevuje se i role sestry-administrátorky, kterou zmiňuje i Bártlová. Nicméně sestry i jejich dětské pacienti vyjmenovali řadu dalších rolí, které se nepodařilo zařadit do výše zmíněných systémů. Je to role sestry-důvěrnice, sestry-vychovatelky, sestry-krizové manažerky a sestry-hospodyně. Tyto role jsou tedy specifické pro oddělení dětské psychiatrie. Třetí výzkumná otázka zněla “Jak jsou vnímány role sestry na oddělení dětské psychiatrie z pohledu dětských pacientů?”. Z výzkumného šetření vyplývá, že dětské pacienti vnímají nejvíce sestru jako nositelku změn podle systému Kozierové a roli ošetrovatelskou

či pečovatelskou, které vnímají pozitivně. Další role upozadují a vnímají je spíše negativně. Cíle práce byly splněny na základě odpovědí na výzkumné otázky. Výsledky této diplomové práce jsou platné pouze pro zkoumanou skupinu informantů a nelze je plošně generalizovat.

Toto téma bylo zvoleno cíleně. Dětské psychiatrii bych se chtěla nadále věnovat a už při praktické výuce v rámci studia mne zaujalo, jak pacienti vnímají sestry a jak se vnímají sestry samy, proto jsem se v diplomové práci rozhodla toto téma hlouběji prozkoumat.

Výsledky šetření této diplomové práce budou sloužit jako podklad pro přednášku na odborné konferenci v rámci zařízení, kde byl prováděn výzkum.

8 SEZNAM ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, S., 2009. Sociologie ošetrovatelství. In: BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Vydavatelství Osveta. 242 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
2. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Vydavatelství Osveta. 242 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
3. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
4. BEŇADIKOVÁ, D., RAPČÍKOVÁ, T. *Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu* [online]. 9. 12. 2009. [cit. 11. 11. 2019]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/sestra-jako-poskytovatelka-oseetrovatelske-pece-a-jeji-postaveni-ve-zdravotnickem-tymu-448617>
5. BENSON, N. C., 2010. *Psychiatrie*. Ilustroval PIERO. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-7367-671-1.
6. BLÁHA, K., STAŇKOVÁ, M., 2004. *České ošetrovatelství 13, Sestra a právo: komunikace v praxi*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
7. BROŽOVÁ, M., © 2019. *Specifika užívání návykových látek u dětí a mládeže* [online]. RPSS České Budějovice [cit. 9. 4. 2019]. Dostupné z: http://rpss.c-budejovice.cz/sites/default/files/obsah/frontpage/soubory/Archiv/Implementace RPSS/KulateStoly/prevent_poradna_mb.pdf
8. BUŠKOVÁ, J., 2015. Neorganické poruchy spánku. In: HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, s. 292-299. ISBN 978-80-246-2998-8.
9. CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, 2017. *Zpráva o současném stavu politiky péče o duševní zdraví v ČR* [online]. Veřejné zdraví – Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice [cit. 9. 4. 2019]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/cast_1_1_3_05.pdf

10. COWEN, P., HARRISON, P. J., BURNS, T., 2012. *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. Sixth edition. Oxford: Oxford University Press. 896 s. ISBN 978-0-19-960561-3.
11. ČERNOUŠEK, M., 1990. *Studie k dějinám psychiatrického myšlení*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický. 115 s. ISBN 80-85121-60-3.
12. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, 2015. *Dokumenty ČLK* [online]. [cit. 9. 4. 2019]. Dostupné z: www.lkck.cz/dokumenty-clk-190.html
13. DĚTSKÁ PSYCHIATRICKÁ KLINIKA 2. LF UK. Dětská anorexie a bulimie (příčiny, klinické projevy a léčba). *Sanquis*. WALD Press, 2002, č. 19, s. 44. ISSN 1212-6535.
14. ERDÉLYIOVÁ, M., TKÁČOVÁ, L., 2013. *Nelátkové závislosti u dětí* [online]. Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz [cit. 9. 4. 2019]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nelatkovye-zavislosti-u-deti-469525>
15. FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetřovatelství - teorie*. 1. vydání. Martin: Osveta. 212 s. ISBN 80-8063-227-8.
16. FREEMAN, H., 1999. *A century of psychiatry*. London: Harcourt Publishers. 374 s. ISBN 072331744.
17. HAJNÁ, D. Bolesti hlavy [Psychosomatické problémy u dětí]. In: *Šancedětem.cz* [online]. Praha: Sirius, 2011-, publikováno: 13. 4. 2012, aktualizováno: 5. 12. 2013 [cit. 5. 2. 2019]. ISSN 1805-8876. Dostupné z: [/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychosomaticke-problemy-u-deti/bolesti-hlavy.shtml](http://cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychosomaticke-problemy-u-deti/bolesti-hlavy.shtml).
18. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
19. HASHEM, S., 2012. History of Psychiatry and Psychiatric Nursing. [online]. جامعة بابل / *University of Babylon*. [cit. 23. 10. 2019] Dostupné z: <http://www.uobabylon.edu.iq/uobColeges/lecture.aspx?fid=15&depid=2&lcid=31003>
20. HELLEROVÁ, P., 2012. Neurotické poruchy. In: RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 274-285. ISBN 978-80-246-1985-9.
21. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 404 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
22. HERZOG, R. Asklepíeion of Cos. Dostupné z: <http://frotik.blog.cz/0708/asklepion>

23. HORT, V., 2008. Bipolární porucha. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 181-189. ISBN 978-80-7367-404-5.
24. HORT, V., 2008. Fobie. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 221-228. ISBN 978-80-7367-404-5.
25. HORT, V., 2008. Jiné psychotické poruchy. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 169-180. ISBN 978-80-7367-404-5.
26. HORT, V., 2008. Poruchy spánku. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 356-364. ISBN 978-80-7367-404-5.
27. HORT, V., 2008. Psychosexuální vývoj a porucha pohlavní identity v dětství. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 342-350. ISBN 978-80-7367-404-5.
28. HORT, V., 2008. Somatoformní poruchy. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 242-246. ISBN 978-80-7367-404-5.
29. HOSÁKOVÁ, J., 2015. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. In: HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, s. 572-580. ISBN 978-80-246-2998-8.
30. HRDLIČKA, M., 2008. Dětský autismus. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 133-139. ISBN 978-80-7367-404-5.
31. HRDLIČKA, M., 2008. Jiné pervazivní vývojové poruchy. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 140-144. ISBN 978-80-7367-404-5.
32. HRDLIČKA, M., 2008. Panická porucha. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 215-217. ISBN 978-80-7367-404-5.
33. HRDLIČKA, M., DUDOVÁ, I., 2015. Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci. In: HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, s. 357-392. ISBN 978-80-246-2998-8.
34. HRDLIČKA, M., DUDOVÁ, I., 2015. Poruchy psychického vývoje. In: HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, s. 337-356. ISBN 978-80-246-2998-8.
35. HRNČIAROVÁ, J., 2015. Závislost na návykových látkách. In: HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha:

- Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, s. 142-180. ISBN 978-80-246-2998-8.
36. Introduction to Psychiatric Nursing. *Nursing research, nursing theories, reviews, nursing quiz, mental health nursing and more...*, © 2019. [online]. Current Nursing [cit. 23. 10. 2019]. Dostupné z: http://currentnursing.com/pn/introduction_to_psychiatric_nursing.html
37. JANDOUREK, J., 2007. *Sociologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál. 286 s. ISBN 978-80-7367-269-0.
38. JANEČKOVÁ, H., JOHNOVÁ, M. Porovnání standardů kvality sociálních služeb a ošetrovatelských standardů. © 2013. [online]. [cit. 30. 5. 2020]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/7309142-Porovnani-standardu-kvality-socialnich-sluzeb-a-oseetrovatelskych-standardu.html>
39. JANOTOVÁ, D., 2012. Mentální retardace. In: RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 343-350. ISBN 978-80-246-1985-9.
40. JAROŠOVÁ, D. Organizace studia ošetrovatelství. Ostrava, 2006. [online]. [cit. 9. 11. 2019]. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/I-organizace%20studia%20oseetrovatelstvi.pdf>
41. KELLER, J., 2012. *Úvod do sociologie*. 6. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studijní texty (Sociologické nakladatelství). 204 s. ISBN 978-80-7419-102-2.
42. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
43. KNÍŽKOVÁ, J., NOVOTNÁ, B., MICHÁLKOVÁ, B., 2014. Ošetrovatelská péče při rozvinutém deliriu. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada), s. 198. ISBN 978-80-247-4236-6.
44. Koncepce oboru psychiatrie - 1. revize 2008. *Psychiatrická společnost ČLS J.E.P.*, © 2008. [online]. [cit. 13. 5. 2020]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf
45. KOUTEK, J., 2008. Poruchy příjmu potravy. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 263-284. ISBN 978-80-7367-404-5.
46. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R., 1995. *Ošetrovatel'stvo 1, 2: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. Martin: Osveta. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

47. KRCH, F. D., 2005. *Poruchy příjmu potravy. 2.*, aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). 255 s. ISBN 80-247-0840-X.
48. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 206 s. ISBN 978-802-4732-244.
49. LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L., 2007. *Preklinická pediatrie. 2.*, přeprac. vyd. Praha: Galén. 248 s. ISBN 978-80-7262-438-6.
50. MALÁ, E., 2008. Deprese. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 189-210. ISBN 978-80-7367-404-5.
51. MALÁ, E., 2008. Hyperkinetické poruchy. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 307-314. ISBN 978-80-7367-404-5.
52. MALÁ, E., 2008. Obsedantně-kompulzivní porucha. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 228-234. ISBN 978-80-7367-404-5.
53. MALÁ, E., 2008. Poruchy chování. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 315-321. ISBN 978-80-7367-404-5.
54. MALÁ, E., 2008. Psychosomatické poruchy. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 368-381. ISBN 978-80-7367-404-5.
55. MALÁ, E., 2008. Sebepoškozování. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 340-342. ISBN 978-80-7367-404-5.
56. MALÁ, E., 2008. Schizofrenie. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 145-169. ISBN 978-80-7367-404-5.
57. MALÁ, E., 2008. Tikové poruchy. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 351-356. ISBN 978-80-7367-404-5.
58. MANHEIMER, M., 1900. Les troubles mentaux de l'enfance (review). *Journal of Mental Science*, 46(193): 342–343, doi:10.1192/bjp.46.193.342.
59. MARKOVÁ, E., PETR, T., 2005. Stereotyp psychiatra a sestry. In: MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada), s. 23. ISBN 80-247-1151-6.
60. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
61. MARSOVÁ, J. *Konfliktní role sester - sestřská sekce* [přednáška]. Praha: 2. pražské mezioborové onkologické kolokvium, 28. 1. 2011
62. MATOUŠEK, O. 2008. Slovník sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

63. MATOUŠEK, O. 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. 314 s. ISBN 80-7178-473-7.
64. MERTON, R. K. 1957. *The Student-Physician*. Cambridge. 360 s. ISBN 978-0-674-36682-4.
65. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, © 2016. *Rozhodnutí* [online]. [cit. 13. 3. 2019]. Dostupné z: https://old.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=5bed8fa0-27b2-4c79-805d-f3f79c37ebaf&groupId=11063
66. MOJŽÍŠOVÁ, M., 2008. Růst a vývoj dítěte. In: SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada), s. 21-31. ISBN 978-80-247-1613-8.
67. MPSV, 2012. *Výkladový sborník pro poskytovatele* [online]. [cit. 9. 4. 2019] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf
68. MUNTAU, A., 2009. *Pediatrie*. Praha: Grada. 608 s. ISBN 978-80-247-2525-3.
69. NEMČEKOVÁ, M. a kol., 2008. *Etika v ošetrovatel'stve*. Prešov: Filozofická fakulta PU. 142 s. ISBN 978-80-8068-812-7.
70. NĚMEČKOVÁ, P., 2011. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*. 8(11), 459-462. ISSN 1803-5310.
71. NEŠPOR, K. Základy diagnostiky a zhodnocení klienta, psychologické a somatické komplikace. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, © 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
72. NEŠPOR, K., 2008. Návyková rizika u dětí a dospívajících. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 285-306. ISBN 978-80-7367-404-5.
73. NOVOTNÁ, B., 2014. Kompetence sester pracujících na psychiatrii. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada), s. 37-41. ISBN 978-80-247-4236-6.
74. NOVOTNÁ, B., 2014. Psychosociální rehabilitace. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada), s. 131. ISBN 978-80-247-4236-6.
75. Nursing Definitions. *ICN - International Council of Nurses*, © 2020. [online]. International Council of Nurses [cit. 8. 5. 2020]. Dostupné z: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

76. PAPEŽOVÁ, H., 1999. Poruchy příjmu potravy. In: RABOCH, J. Doporučené postupy psychiatrické péče I. Praha: Galén, s. 149–151. ISBN 80-7262-013-4.
77. PARSONS, T., 1951. *The Social System*. Glencoe, Illinois: The Free Press. 575 s. ISBN 0-203-99295-4.
78. PASEKA, V., 1971. Společenské problémy sesterské profese. *Čs. zdravotnictví*. 19(6), 212-216. ISSN 0009-0689.
79. PEPLAU, H. E., 2004. *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing company. 360 s. ISBN 978-08-261-7911-1.
80. PETR, T., 2014. Historie péče o duševně nemocné. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada), s. 24-36. ISBN 978-80-247-4236-6.
81. PETR, T., 2014. Přístup k agresivním pacientům. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada), s. 171. ISBN 978-80-247-4236-6.
82. *Práva a povinnosti*, © 2010. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2. 4. 2020]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/prava-a-povinnosti_2620_22.html
83. *Proč ubližuju sám sobě?* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 2014 [cit. 19. 2. 2019]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/Program_SPZ/Proc_ublizuju_sam_sobe.pdf
84. PROPPER, L., 2008. Generalizovaná úzkostná porucha. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 218-221. ISBN 978-80-7367-404-5.
85. PROPPER, L., 2008. Úzkostné poruchy se začátkem specifickým v dětství. In: HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 257-262. ISBN 978-80-7367-404-5.
86. RABOCH, J., 2012. Afektivní poruchy. In: RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 260-273. ISBN 978-80-246-1985-9.
87. RABOCH, J., 2012. Psychiatrie jako jeden ze základních lékařských oborů - historický vývoj. In: RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 13-19. ISBN 978-80-246-1985-9.

88. REY, J. M., ASSUMPÇÃO, F. B., BERNAD, C. A., ÇUHADAROĞLU, F. C., EVANS, B., FUNG, D., HARPER, G., LOIDREAU, L., ONO, Y., PŪRAS, D., REMSCHMIDT, H., ROBERTSON, B., RUSAKOSKAYA, O. A., SCHLEIMER, K., 2015. *History of child and adolescent psychiatry* [online]. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions [cit. 11. 2. 2019]. Dostupné z: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/J.10-History-Child-Psychiatry-2015.pdf>
89. SADOCK, B. J., SADOCK, V. A., 2009. *Kaplan and Sadocks Concise Textbook of Child Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins. 236 s. ISBN 978-0781793872.
90. SAHOO, KRUSHNAPRIYA ET AL. Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of family medicine and primary care* vol. 4,2 (2015): 187-92. doi:10.4103/2249-4863.154628.
91. SHUTTLEWORTH, S., 2012. Victorian visions of child development. *The Lancet*, 379(9812): 212–213, doi:10.1016/s0140-6736(12)60091-9.
92. SINHA, V., GOYAL, N., SINHA, J., 2018. History of Child and Adolescent Psychiatry at Central Institute of Psychiatry: Journey of Erna Hoch Centre for Child and Adolescent Psychiatry. *Indian J Psychiatry*, 60(Suppl 2): S264–S269, doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_436_17.
93. SMOLÍK, P., 2002. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.
94. Social anxiety (social phobia). *NHS*, © 2017. [online]. NHS [cit. 11. 11. 2019]. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/conditions/social-anxiety/>
95. SOVOVÁ, O., 2011. *Zdravotnická praxe a právo: praktická příručka*. 1. vyd. Praha: Leges. 299 s. Praktik. ISBN 978-80-87212-72-1.
96. *StackPath*, © 2018. [online]. Epilepsy action [cit. 11. 11. 2019]. Dostupné z: <https://www.epilepsy.org.uk/info/diagnosis/dissociative-seizures-non-epileptic-attack-disorder-need>
97. STRAUSS, A. L., CORBIN, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
98. ŠEBKOVÁ DOČKALÍKOVÁ, P., 2016. *Práva duševně nemocných v pobytových zařízeních*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Ústav sociální práce.

99. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015a. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
100. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015b. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.
101. 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.
102. TŮMA, I., 2015. Afektivní poruchy - poruchy nálady. In: HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, s. 212-240. ISBN 978-80-246-2998-8.
103. UHLÍKOVÁ, P., 2011. *Dětská a dorostová psychiatrie* [online]. Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz [cit. 11. 11. 2019] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/detska-a-dorostova-psychiatrie-457931>
104. UNICEF - SOWC05, © 2019. [online]. UNICEF. [cit. 2. 4. 2019]. Dostupné z: <https://www.unicef.org/sowc05/english/childhooddefined.html>
105. VEREŠOVÁ, M., 2007. Náčrt vybraných humanisticko-ošetrovatel'ských teorií a aplikací humanisticko-psychologických teorií do ošetrovatel'skej praxe. *Ošetrovatel'stvo 21. storočia v procese zmien II*. Nitra: UKF, 555-561.
106. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 20, s. 482-544. ISSN 1211-1244.
107. VÝROST, J., Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ, ed. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, 2019. Psyché (Grada). 760 s. ISBN 9788024757759.
108. WEISS, P., FIFKOVÁ, H. Poruchy pohlavní identity v dětství a v dospívání. *Pediatric pro Praxi* 2010; 11(3): 174–176. ISSN 1213-0494.
109. *Welcome to IPPF*, © 2012. [online]. International Planned Parenthood Federation. [cit. 2. 4. 2019]. Dostupné z: https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_right_to_decide_01.pdf

110. What Is Psychiatry?, © 2018. [online]. American Psychiatric Association. [cit. 25. 3. 2019]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-psychiatry>
111. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 30, s. 1452-1479. ISSN 1211-1244.
112. *Zásady ochrany duševně nemocných - rezoluce OSN*, © 1991. [online]. Generální shromáždění OSN. [cit. 2. 4. 2019]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Zasady_OSN_ochrana_dusevne_1991.pdf
113. ZELINKOVÁ, O. *Dyslexie v předškolním věku?*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. 200 s. ISBN 9788026201946.

9 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ

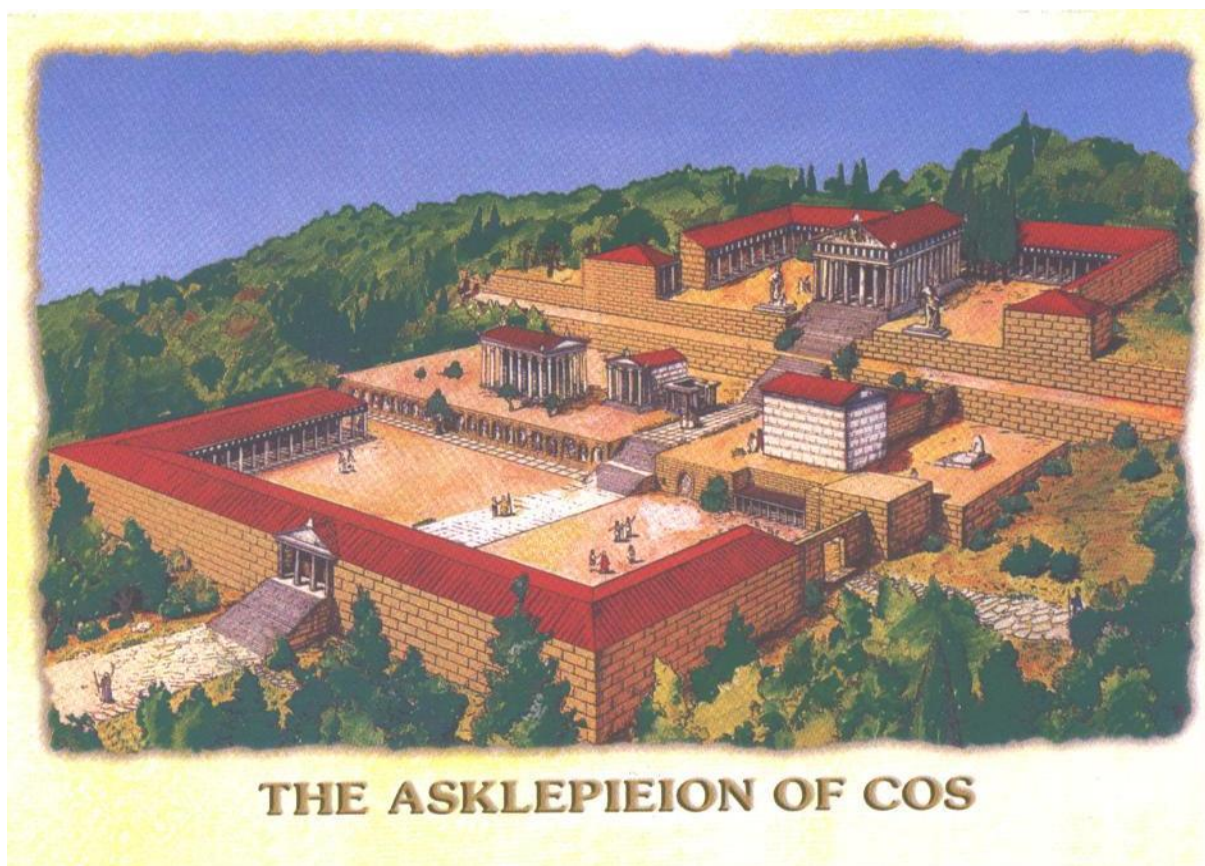
Příloha 1 - Asklepion

Příloha 2 - Charta práv hospitalizovaného dítěte

Příloha 3 - Informovaný souhlas

Příloha 4 - Schémata polostrukturovaných rozhovorů

Příloha 1 - Asklepion



THE ASKLEPIEION OF COS

Zdroj obrázku: <http://frotik.blog.cz/0708/asklepion>

Příloha 2 - Charta práv hospitalizovaného dítěte

- 1. Děti musejí být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.*
- 2. Děti v nemocnici musejí mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.*
- 3. Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.*
- 4. Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které nejsou pro jeho léčbu nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.*
- 5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.*
- 6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.*
- 7. Děti musejí mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.*
- 8. O děti musí být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.*
- 9. Děti musejí být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.*
- 10. Děti musejí mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobených jejich věku a zdravotnímu stavu. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1993)*

Příloha 3 - Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je zjistit, jaké role zastává sestra na oddělení dětské psychiatrie, jak jsou tyto role vnímány samotnými sestrami a jak je vnímají jejich dětské pacienti. Výzkum je vedený formou krátkých rozhovorů, které jsou zaznamenávány na diktafon a do záznamového archu. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika - celé šetření je anonymní a je určeno pouze pro zpracování závěrečné práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Student/ka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studenta/ky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studenta/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý student/studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce):

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis

studenta/studentky: _____

Příloha 4 - Schémata polostrukturovaných rozhovorů

Pacient		
Informant č.		
Pohlaví		
Věk		
Doba hospitalizace		
Diagnóza		
Jaká by měla sestra na psychiatrii být?		
Co na sestře posuzujete? Čeho si na sestře všímáte? Co na sestře hodnotíte? Co je pro Vás důležité?		
	Chování	
	Postoje	
	Role	
	Vzhled	
	Komunikace	
	Sociální kontakt	
	Uspokojování potřeb	

Do jaké míry sestry plní své role?	
Co podle Vás dělají dobře?	
Co podle Vás dělají špatně?	
Co dělá sestra přes den?	
Poznámky	

Sestra		
Informant č.		
Pohlaví		
Věk		
Doba na psychiatrii		
Vzdělání		
Jaká by sestra na psychiatrii měla být?		
Co na sestře posuzujete?	Chování	
	Postoje	
	Role	
	Vzhled	
	Komunikace	
	Sociální kontakt	
	Uspokojování potřeb	

Jaké role podle Vás zastáváte?	
Co si myslíte o vlastním plnění těchto rolí?	
Co myslíte, že pacienti na sestře oceňují?	
Co myslíte, že pacientům na sestře vadí?	
Co děláte přes den?	
Poznámky	

10 SEZNAM ZKRATEK

ADD	Attention Deficit Disorder
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ČR	Česká republika
EEG	Elektroencefalografie
ICN	International Council of Nurses
IQ	Intelligenční kvocient
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
OSN	Organizace spojených národů
UNICEF	United Nations Children's Fund