

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Komunitní péče v psychiatrii**

**Diplomová práce**

**Vedoucí práce:**

**doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.**

**Autor:**

**Bc. Romana Bínová**

**2010**

## **Abstract**

Diploma thesis deals with the issue of community care in psychiatry and its objective is to describe the importance of a nurse in providing this care. Community psychiatric care is a very wide area of an intermediary patient assistance designed to help the patients in any areas of their lives. Although in the Czech Republic community care has not achieved the appropriate development yet, its benefits for patients are important now and its importance has been growing. In the theoretical part, after a brief introduction to community care issues, history, principles, but also community care connection with nursing care, are mentioned. Subsequently, attention is paid to particular areas of community care that are important for the mentally ill and the role of a nurse in these areas is described. The approach to the mentally ill, the issue of stigmatization and psychiatric care organizations are mentioned. In the theoretical are part, psychiatric illnesses that may occur in community care are also analyzed and it is explained how community care may be beneficial for psychiatric patients. In the practical part, the objective was to find out the level of psychiatric nurses' awareness of community care and to determine if they see the sense of community care in psychiatry. Making a survey of community care in which nurses can be involved was another objective of the work. The nurses' responses to the stated hypotheses were statistically analyzed within quantitative research. The purpose of hypotheses stated was to determine whether nurses with the work experience longer than ten years are more likely to believe that psychiatric care is more beneficial for patients than hospitalization., And also, if nurses with an education higher than secondary have better awareness of community services provision. Other hypotheses were focused on finding out whether nurses consider the most common community care services issue in the Czech Republic to be housing promotion and if nurses aged over thirty years are more aware of the nurses' role importance in community care. None of those hypotheses were confirmed. The hypothesis assuming that nurses obtain more information on community care from the Internet and literature than at workshops was confirmed. Psychiatric nurses working in mental homes in the South Moravian region

and the Vysočina region took part in this research. A component of the practical part is also an analysis of community services in these regions. In both the regions 13 civic associations and community centers were mapped.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Komunitní péče v psychiatrii“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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.

V Českých Budějovicích:.....

.....  
Bc. Romana Bínová

**Poděkování:**

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce paní doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D za její vstřícný přístup, vedení a cenné rady při zpracovávání této diplomové práce. Poděkovat bych také chtěla Ing. Olze Jedličkové za pomoc při zpracovávání statistické části a Bc. Haně Dohnalové, za připomínky k psychiatrické oblasti práce.

## OBSAH

Úvod.....	3
<b>1. Současný stav dané problematiky .....</b>	<b>5</b>
1.1. Komunitní péče a její vývoj .....	5
1.2. Komunita obecně .....	6
1.3. Principy komunitní péče .....	7
1.4. Komunitní ošetrovatelství .....	9
1.5. Komunitní služby pro duševně nemocné .....	10
1.5.1. Ambulantní péče .....	11
1.5.2. Krizové služby .....	12
1.5.3. Denní centra a denní stacionáře .....	14
1.5.4. Domácí péče .....	15
1.5.5. Podpora v bydlení .....	16
1.5.6. Podpora v práci .....	18
1.5.7. Case management .....	19
1.5.8. Práce s rodinou.....	21
1.5.9. Svépomocné programy .....	22
1.6. Efektivita komunitní péče .....	22
1.7. Edukace v oblasti komunitní péče a prevence duševních chorob .....	23
1.8. Sestry v psychiatrii a v psychiatrické komunitní péči.....	24
1.8.1. Sestra na psychiatrickém oddělení.....	24
1.8.2. Psychiatrická sestra v komunitní péči.....	26
1.9. Porovnání komunitní péče v ČR a jiných zemích.....	27
1.10. Řešení situace .....	29
1.11. Duševně nemocní .....	30
1.11.1. Vývoj přístupu k duševně nemocným .....	30
1.11.2. Epidemiologie duševních chorob v České republice.....	31
1.11.3. Nejčastější příčiny vzniku duševních chorob .....	32
1.11.4. Organizace péče o psychiatrické pacienty .....	32

1.12.	Psychiatrická onemocnění v komunitní péči .....	34
1.12.1.	Schizofrenní poruchy .....	34
1.12.2.	Paranoidní poruchy .....	35
1.12.3.	Poruchy nálady .....	36
1.12.4.	Organické duševní poruchy .....	36
1.12.5.	Neurotické poruchy.....	37
1.12.6.	Poruchy osobnosti.....	38
1.12.7.	Mentální retardace .....	39
1.12.8.	Sexuální dysfunkce .....	39
1.12.9.	Poruchy příjmu potravy .....	40
1.12.10.	Návykové poruchy .....	41
1.13.	Léčba psychiatrických pacientů v komunitní péči .....	42
1.14.	Legislativa psychiatrie a komunitní péče .....	43
<b>2.</b>	<b>Cíle práce a hypotézy .....</b>	<b>45</b>
2.1.	Cíle práce .....	45
2.2.	Hypotézy .....	45
<b>3.</b>	<b>Metodika práce.....</b>	<b>46</b>
3.1.	Metodika .....	46
3.2.	Charakteristika vzorku .....	46
<b>4.</b>	<b>Výsledky.....</b>	<b>48</b>
<b>5.</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>79</b>
<b>6.</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>84</b>
<b>7.</b>	<b>Literatura.....</b>	<b>86</b>
<b>8.</b>	<b>Klíčová slova.....</b>	<b>95</b>
<b>9.</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>96</b>

## Úvod

Komunitní péče, je u nás teprve rozvíjející se oblast ošetrovatelské a terapeutické péče o psychiatrické pacienty. Tento systém péče může mít mnoho podob, ale jejich společným pojátkem je pomoc klientovi kvalitně a plnohodnotně prožít svůj život mezi svými nejbližšími. Svoji jedinečnost má v tom, že se v něm pojí vysoká profesionalita s možností pobytu v přirozeném prostředí. Současně tato forma poskytuje pomoc klientovu okolí, kterou komunitní péče bezpochyby nabízí. Komunitní péče představuje způsob, jak zefektivnit a zpřístupnit psychiatrickou péči veřejnosti a také může v mnohých případech plnohodnotně nahradit lůžkovou péči. Je však třeba podotknout, že lůžkovou péči nesupluje a stále zde bude spektrum pacientů, pro které bude hospitalizace jedinou vhodnou variantou léčby. Výčet výhod komunitní péče je však mnohem větší. Díky citlivému propojení komunitní péče s okolím pacienta může docházet ke snížení stigmatizace psychiatrických pacientů, ale také k nižším finančním nákladům na léčbu.

Záběr komunitních služeb je opravdu široký a zasahuje v podstatě do všech oblastí života člověka. Tyto služby mohou být zaměřeny například na podporu a pomoc při pracovním začlenění a mohou se zabývat řešením otázek v oblasti bydlení pacientů. Jiné služby se zaměřují na koordinaci péče o pacienta, jeho léčbu nebo různým způsobem naplňují jeho volný čas. Proto je při realizaci komunitní péče velice důležitá týmová práce mnoha odborníků. Významným členem komunitního týmu se v poslední době stále více stává sestra. Přínos její práce vystupuje do popředí. Komunitní péče je tak poskytována na úrovni jak primárního a sekundárního, tak terciárního kontaktu s klientem, čímž se stává důležitou spojnicí mezi prevencí, léčbou i rehabilitací. U psychiatrických pacientů nabývají tyto vlastnosti komunitní péče prvořadě důležitosti, jelikož psychiatrická onemocnění jsou často chronická. Komunitní péče se tak může významně pojit s životem pacienta relativně dlouhou dobu, někdy i celý život. Díky tomu, že je komunitní péče poskytovaná v lokálních podmínkách, může se tak snadno přizpůsobit místním potřebám a flexibilně na ně reagovat. Při rozvoji komunitních služeb je proto třeba pečlivě zvážit potřeby konkrétní komunity. Komunitní psychiatrická péče tak může pojmut široké spektrum problémů komunity.



Od problémů poruch příjmu potravy přes prevenci návykových poruch až po léčbu a pomoc depresivním, schizofrenním či mentálně postiženým klientům.

Význam a rozvoj komunitní péče je všeobecnou prioritou na mezinárodním poli, a proto je o její rozvoj všeobecná snaha. V programu Zdraví 21, který iniciovala WHO, se doporučuje dávat při léčbě psychiatrických pacientů přednost komunitní péči před hospitalizací. V České republice má komunitní péče sice určitou tradici, přesto stále nedosahuje optimální kvality a rozsahu, který by pokryl potřeby jednotlivých regionů. Stále se nejedná, až na výjimky, o komplexně řízenou, vzájemně propojenou a navazující systémovou péči. Proto je třeba v této oblasti učinit ještě mnoho iniciativy ke zlepšení.

Toto téma jsem si zvolila na základě zkušeností z vlastní rodiny, kdy má blízká příbuzná strávila 40 let na uzavřeném psychiatrickém oddělení bez alternativních možností řešení situace. Myslím si, že jde o aktuální problematiku i proto, že duševních onemocnění u nás stále přibývá.

## 1. Současný stav dané problematiky

### 1.1. Komunitní péče a její vývoj

Komunitní péče zajišťuje zdravotní, sociální, duchovní, psychologické, poradenské a další služby, poskytované zdravým i nemocným jednotlivcům, skupinám či rodinám v rámci komunity (23, 36).

Komunitní péče je terapie, která je uspořádána k tomu, aby pomáhala pacientům přiblížit se podmínkám běžného života, pro pacienta co nejspokojivějším způsobem. Pod pojmem komunitní péče je myšleno paradigma celého psychiatrického systému. Sama komunita se tak stává pomocníkem v boji s pacientovou chorobou (20).

Komunitní péče napomáhá k tomu, aby pacient neztratil kontakt se svou komunitou, a tak významně usnadňuje zotavení pacienta. Tato péče úzce souvisí s komunitními systémy, což je síť profesionálů, nemocných i laiků, pomáhající pacientovi v každodenním životě. Komunitní péče a její služby se neustále flexibilně přetvářejí dle aktuálních potřeb svých klientů (47).

Vznik komunitní péče jako způsobu péče o psychiatrické pacienty je spojen s obdobím po druhé světové válce. Reakcí na válečné útrapy vznikla vlna humanizace, která kladla velký důraz na osobnost člověka. Obzvláště se zaměřovala na nevyhovující podmínky ve velkých psychiatrických léčebnách, kde byl kladen důraz především na chod instituce místo individuálního přístupu k pacientovi a kde docházelo k vyčlenění pacientů ze společnosti. Svůj podíl zde sehrály i hrůzy páchané totalitními režimy a poválečný nedostatek pracovních sil v Evropě. To vše vedlo od padesátých let minulého století k tomu, že se objevily snahy o větší návaznost péče a větší přiblížení potřebám pacienta a jeho přirozenému prostředí. Zakládaly se první podporovaná bydlení a zjišťovalo se, že sama komunita, tedy bezprostřední okolí pacienta, jako jsou obec, rodina, mají příznivý vliv na jeho léčbu. Začalo tak pozvolna docházet k deinstitucionalizaci a rozvoji komunitní péče. Vztah mezi poskytovateli péče a pacienty začal být partnerský, nemocní se začínají spolupodílet na léčbě a vzniká podporovaná týmová spolupráce. Vlivem těchto okolností postupně dochází k omezování lůžek ve velkých psychiatrických zařízeních, které však nebyly mnohdy

vhodně suplovány, a proto se objevovaly i výpadky péče o pacienty. Tím se ukázala nutnost koordinace systému (20, 58).

Na rozvoji komunitní péče se podílely i mezinárodní organizace, jako je například WHO, která konferencí v Alma-Atě (1978) a Vídeňskou konferencí (1988) nebo Mnichovskou deklarací potvrdila a podpořila nutnost rozvoje primární péče. Tyto konference měly podíl i na vznik programu Zdraví 21, který napomáhá státům se zlepšením zdravotního stavu jejich obyvatel. Hlavními cíli proto byly zvoleny snaha o snížení výskytu nemocí a úrazů a podpora zdravotního stavu celé populace, a také duševního zdraví. Duševního zdraví se konkrétně dotýká 12. cíl, který se zabývá problematikou návykových látek a cíl 6., který se věnuje zlepšením podmínek života duševně nemocných s důrazem na snížení stigmatizace, rozvoje komunitních služeb a snížení počtu sebevražd. Každý stát si upravuje tento program dle vlastních potřeb. V České republice je program Zdraví 21 prosazován pomocí „Národního akčního plánu zdraví a životního prostředí“. Dalším impulzem ke zlepšení situace duševně nemocných bylo sepsání „Zelené knihy“, ve které jsou shrnuty strategie podpory duševního zdraví pro Evropskou unii. (17, 23, 32, 40, 26).

Česká republika byla na pomezí východních a západních vlivů. Mezi první komunitní aktivity na našem území patřila meziválečná činnost Československého červeného kříže (23). Dalším významným krokem bylo utvoření koncepce psychiatrické péče v roce 1997 (35). Nyní v České republice dochází k demokratizaci péče a k částečnému rozvoji možností komunitní péče. Chybí sice teoretické podklady pro její fungování, objevují se však již kroky k nápravě tohoto stavu (58).

Tato problematika se neustále vyvíjí a je zdrojem diskuzí a bádání. Nejnovějším trendem je tzv. Integrativní přístup, který pojímá nemocného jako občana a kde profesionální pomoc nastupuje až po vyčerpání i profesionálních komunitních možností. Podstatou tohoto systému je laická pomoc, péče primární a specializovaná pomoc (47).

## ***1.2. Komunita obecně***

Komunitou rozumíme skupinu lidí žijících na geograficky omezeném území, kteří se osobně znají a spojují je každodenní aktivity. Členové komunity se navzájem

potřebují a díky tomu může komunita napomoci při léčbě či zvládnání obtížných situacích. V komunitě nejsou vztahy podřízenosti a nadřízenosti. Mezi její rysy patří například pocit sounáležitosti, nebo shodná forma komunikace mezi jejími členy. Pro existenci komunity je klíčová ochota jedinců ke společnému soužití. Uvnitř komunity platí určitá hodnotová orientace, ale i způsob přijímání nových členů či postoj k nemocným (18, 34, 36, 30).

Komunity můžeme dělit podle typů na komunity náhodně vzniklé, uměle utvořené za určitým účelem, a ty, které spojuje společná víra. Vznik komunity je postupný a musí projít několika etapami, než se definitivně ustanoví. Jak z kontextu vyplývá, komunitní psychiatrická péče se zajímá jednak o nemocného jedince, jeho potřeby, jednak i o interpersonální vztahy v komunitě (2, 17, 23, 58).

Komunitou je tedy myšlen mikrosvět lidí, jejich bezprostřední okolí, sousedé, místa, kde tráví volný čas, či kam chodí nakupovat. Tento mikrosvět bezprostředně ovlivňuje zdravý svých členů. Pro práci sestry může být komunitou myšlena čtvrť, obec, ale i větší celky. Sestry v komunitě reprezentují svou profesi. Mnoho komunitních celků je odkázaných na pomoc a rozhodnutí sester (29).

### ***1.3. Principy komunitní péče***

Dokument WHO z roku 1973 shrnuje faktory, které ovlivňují komunitní péči a podmínky její úspěšné existence.

Je vhodné, aby služby komunitní péče zaměřené na duševní zdraví měly lokální charakter s jasně vymezenou a dostupnou spádovou oblastí. Služby poskytují komplexní servis a široká veřejnost má povědomí o jejich existenci a službách, které poskytují. Pacientům, kteří si nejsou schopni sami pomoc vyhledat, musí být věnována zvláštní pozornost a nesmí být opomíjeni. Komunitní péče se musí komplexně plánovat. Při jejím plánování však musí být brán ohled na lokální zvláštnosti dané oblasti, jako je například sociální a demografická specifika regionu. Pro rozvoj je nezbytně nutná dobrá komunikace na poli oborovém i mezioborová spolupráce a souhry s úřady. Při vzdělávání profesionálů pracujících v komunitní péči je nutné klást důraz na moderní techniky péče, jako je rehabilitace, case management a týmovou spolupráci.

Je nutné rozvíjet standardy pro komunitní péči. Také nesmí dojít vinou legislativy k vyčlenění duševně nemocných ze společnosti (20).

Dokument WHO z roku 1974 definoval dále tři komponenty, mezi které patří smysl pro zodpovědnost, péče o ohrožené skupiny, a především spolupráce s pacientem při plánování péče o něj (14).

Mezi obecné principy komunitní péče patří především čtyřiaadvacetihodinová a geografická dostupnost služeb a také jejich návaznost, propojenost a spolupráce mezi nimi (viz příloha 15). Důležitá je také možnost výběru služeb a individuální a diskrétní přístup ke klientovi, v neposlední řadě i účelné nakládání s prostředky (23).

Z jiného pohledu můžeme principy komunitní péče charakterizovat takto: partnerství, individualita, multidisciplinární spolupráce, biopsychosociální perspektiva, psychiatrie v komunitě a pro ni (20, 38, 58).

Můžeme sem však zařadit i další zásady, jako je například kvalitní informovanost veřejnosti o duševních chorobách k snížení stigmatizace pacientů. Výhodou je, pokud služby nejsou příliš pečující, ale spíše motivují k samostatnosti a nezávislosti pacientů. Pacient ví, jak se na své léčbě může spolupodílet, objevuje se zde prvek zmocňování pacienta, služby flexibilně reagují na jeho momentální stav. Měl by být vypracován systém krizových služeb a služby by měly být členěny podle stavů pacientů (58, 35).

Návodů na vývoj komunitní plánování existuje více a jsou odlišné dle autorů publikace. Proto zde uvádím několik příkladů: Komunitní plánování v daném regionu zahrnuje: Nejprve odůvodnění nutnosti změny, vytyčení spádovosti, následně zmapování stávajících služeb, stanovení potřeb klientů, sestavení cíle, krátkodobých, dlouhodobých plánů, rozpočty a stanovení priorit (20). Někteří autoři uvádí následující postup: příprava, vytvoření řídicí struktury, definování problému, návrhy rozvoje sociálních služeb, formulace strategie rozvoje a provádění plánů (38). Z výše uvedeného je patrné, že plánování a souhra všech komponent jsou nutné k uskutečňování kvalitní péče o duševně nemocné. Pokud tomu tak není, můžeme duševně nemocným spíše ublížit. K nekoordinovanosti služeb došlo například v USA, kde došlo k odlivu duševně nemocných mezi bezdomovce vinou špatného nastavení služeb (20).

U komunitní péče v psychiatrii by se neměly porovnávat finanční náklady na její provoz, protože musíme brát v úvahu velký sociální a psychický přínos pro pacienty (4).

Komunitní péče se skládá z několika oblastí, jde o rodinu a známé, svépomocné skupiny, komunitní služby a formální služby. Je třeba si uvědomit, že formální služba je potřebná až potom, co jsou vyčerpány možnosti rodiny a komunity. Profesionálové by však podle některých autorů měli podporovat komunitu k péči o své duševně nemocné, než aby to činili sami odborníci. Komunitní péče napomáhá včleňování nemocných do společnosti, ale hlavním problémem je stále pohled veřejnosti. Ta mnohdy pokládá u psychiatrických pacientů jejich separaci za vhodnou. Veřejnost chápe vyléčení a propuštění z nemocnice jako návrat do běžného života, což evokuje domněnku, že život při léčbě je jiný, nereálný (58).

#### ***1.4. Komunitní ošetřovatelství***

Komunitní ošetřovatelství v posledních letech nabývá na důležitosti. Většinu služeb poskytovaných v rámci komunitní péče tvoří ošetřovatelská péče, která je orientovaná na klienta, snaží se vyhledávat a plnit jeho potřeby v péči o zdraví (65).

Důležitou roli v komunitním ošetřovatelství hrají sestry, které podporují zdraví a brání vzniku onemocnění jak jednotlivce, tak celé komunity (2). Výuka komunitní péče na školách je spjata s existencí zákona 96/2004 Sb. včetně získání specializace v této oblasti ošetřovatelství dle nařízení vlády 463/2004 Sb. Vzdělání v této oblasti je pro pracovníky klíčové, protože jedině tak jsou schopni postihnout všechny dimenze vlivů, které pak utváří komunitu a mohou ji i ovlivnit. Proto je řada snah zvýšit znalosti sester o komunitní péči například za pomoci E-learningových programů (3, 36).

Komunitní péče se snaží stimulovat ochranu zdraví a prevenci, dále se podílí na edukaci a rehabilitaci. Ošetřovatelství aplikované v komunitní péči by se dalo rozdělit na ošetřovatelství aplikované na zdraví komunity, zabývající se především primární prevencí a ošetřovatelství zaměřené na komunitu, to zajišťuje především sekundární a terciární prevenci (23, 35). Někteří autoři dělí komunitní ošetřovatelskou péči na podpůrné působení, edukační činnost nebo péči v plném rozsahu (30). Primární komunitní péče se zaměřuje u duševně nemocných pacientů především

na minimalizování rizikových faktorů a edukaci. Sekundární prevence se snaží včas odhalit problémy v duševní oblasti a snaží se v interakci s okolím pacienta zajistit léčbu a následné začlenění zpět do komunity. Terciární prevence minimalizuje následky onemocnění a pomocí edukace zmírňuje chronicky působící škodlivé faktory. (23, 35).

Ošetrovatelský proces používaný v komunitní ošetrovatelské péči obsahuje pět základních fází. První fáze je hodnocení komunity, v této fázi hraje klíčovou úlohu sběr informací a jejich zpracování. Zajímáme se především o oblasti komunity, společné vlastnosti a členy. Nastupuje fáze stanovení ošetrovatelských diagnóz, která je klíčová pro následné plánování. Plánování péče obsahuje navržení priorit a stanovení cílů a úkolů k vyřešení diagnóz. Následuje fáze realizace zásahů, kdy můžeme využít různé prostředky, jako média, zdravotní politiku státu či skupiny jako rodinu nebo známé. Poslední fází je zhodnocení. Sestra by si měla zjistit informace o komunitě, ve které bude pracovat předem, aby nedocházelo ke krizovým situacím (16, 23, 35, 65).

Komunitní ošetrovatelství zahrnuje také primární, sekundární i terciární prevenci (17), která je ovlivněna členy komunity a jejich vzájemnou solidaritou, důležitá je rovněž jejich pospolitost (58). Komunitní ošetrovatelství má také své etické principy, které stojí na základech medicínské etiky a etiky komunitního zdraví. S komunitním ošetrovatelstvím také souvisí výzkum a výzkumná práce sester v této oblasti (17). Komunitní péče ovlivňuje pacienta ve všech oblastech jeho života (14, 47).

### ***1.5. Komunitní služby pro duševně nemocné***

Snahou komunitních služeb o duševně nemocné je celkové zlepšení kvality jejich života, uzdravení či zotavení, zabránění komplikací a recidivám onemocnění, nebo pobytů v ústavní péči (17, 58). Kvalita života duševně nemocných závisí na mnoha faktorech, jako například životním stylu, postojích, vzorcích chování a na individuálních predispozicích jedince (58). U duševních onemocnění často dochází k tomu, že se onemocnění vyvíjí, tudíž nejde o setrvalý stav. S tím se musí počítat při poskytování péče o tyto pacienty a flexibilně upravovat služby, které jim jsou poskytovány, dle aktuálního stavu. V akutním stavu jsou většinou pacienti hospitalizováni do lůžkových zařízení, nebo dochází ambulantně, ale i tyto způsoby

péče již můžeme považovat za komunitní, pokud jsou poskytovány podle komunitní filozofie (35).

Po odeznění akutního stavu můžeme využít možnosti, které nám komunitní péče nabízí. Specifikace služeb je spojena současně i s jejich centralizací. Při plánování komunitní péče o duševně nemocné je nutné najít kompromis mezi těmito principy ve prospěch pacienta (20, 38, 58). Někteří autoři dělí komunitní péči do skupin podle metodiky, typu poskytovatele, časového trvání, cílové populace, oblasti potřeb nebo způsobu přijímání klientů (18). Komunitní psychiatrie je úzce propojena se sociální rehabilitací (58). S touto problematikou je nejbližše spojen zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách. (69)

### ***1.5.1. Ambulantní péče***

Ambulantní péče je důležitým aspektem při zachytávání a léčbě duševní nemoci. Ambulantní péčí je myšlena jak péče všeobecných lékařů, kteří jsou často první, kdo nemoc odhalí, tak ambulance psychiatrických specialistů. Je nutné, aby lékaři, ale i ostatní služby komunitní péče společně navzájem komunikovaly a předávaly si informace o pacientovi, které jsou často velmi proměnlivé. Psychiatrické ambulance poskytují prevenci, diagnostiku a léčbu nebo rehabilitaci, ochranné léčby či dispenzarizaci chronických pacientů. Psychiatrické ambulance můžeme dělit podle jejich zaměření na dospělou populaci, nebo specializované na léčbu závislostí, pro poruchy příjmu potravy, nebo gerontopsychiatrické (11, 23, 35 ).

Někteří psychiatři poskytují i návštěvní služby u pacientů, a to buď samostatně, nebo se osvědčuje týmová spolupráce spolu se sestrou a dalšími pracovníky. Důvodů návštěvní služby je mnoho, od konzultace až po náhlé příhody. Tato služba má několik pozitiv. Zprv se lékař dostane přímo do pacientova prostředí a za druhé napomáhá zlidštění psychiatrie (11). Zařazení sestry v ambulanci do komunitní péče je podle některých autorů rozporuplné. Díky tomu, že pracuje převážně pod dohledem lékaře (17).



### ***1.5.2. Krizové služby***

Jde o soubor technik a strategií, který se využívá při zvládnání krizové situace s cílem zvládnutí nebo dokonce zlepšení předkrizového stavu. Krize je reakcí na situaci, v níž chybí síly k překonání požadavků prostředí. K řešení dané naléhavé situace nemůže člověk použít zaběhlé strategie, kterými je běžně zvyklý zvládat zátěž. V krizové intervenci však ještě nedochází k psychickým desintegracím jako u stavů, kde je již nutná služba zdravotní (15). Krize je také hybnou silou v životě člověka, která napomáhá k zásadním změnám a utužuje jeho schopnosti. Krize jsou často způsobeny například ztrátou blízké osoby, nutností volby, zátěží či změnou. Dle Baldwinova je můžeme rozdělit do šesti kategorií: krize situační, přechodné, náhlého traumatického stresoru, vývojové, pomáhající ze zranitelnosti a krize psychické neodkladnosti. Reakce na krizový stav se pak dělí na útěk, útok, či ochromení. V praxi se může projevit například agresí, strachem nebo suicidálními tendencemi. Metody krizové intervence jsou postupy pracovníka, které navozují úlevu a vedou k vyřešení problému. Hlavními metodami jsou rozhovor, pomocí kterého se rozpozná problém a naváže se spolupráce. To je velmi důležité, protože právě v krizi psychiatrický pacient často nespolupracuje. Pomoc probíhá ve čtyřech fázích, kdy v první fázi dochází k posouzení stavu a zhodnocení problému, následuje plán pomoci, při kterém stanovujeme postupy, jak dosáhnout cílů krátkodobých a dlouhodobých. Navazuje etapa realizace plánu za pomoci individuálních i obecných postupů, probíhá pomocí úpravy prostředí nebo zajištění návaznosti služeb. Poslední fází je vyhodnocení poskytnuté pomoci (19, 58).

Pomoc při krizové situaci zajišťuje v první řadě okolí pacienta a ambulantní péče, v druhé řadě jde o pomoc specializovanou a třetí etapou je lůžková péče. Důležité je, aby byla pomoc poskytnuta rychle, a to v řádech minut až dní, a vyžaduje týmovou spolupráci, kde nesmí chybět ani sestra (11, 58). Pacient v krizi si o pomoc mnohdy neříká, a proto by si pracovníci měli všimnout například neobvyklých věcí, odmítání pomoci, problémy v komunikaci, ohrožování svého okolí či prožitky strachu, které mohou signalizovat blížící se krizový stav. Některé výzkumy ukazují, že krizové služby nejčastěji využívají schizofrenní pacienti (21). Krizové služby se skládají z níže

jmenovaných služeb, pro ideální funkci tohoto systému je vhodné, aby pracovaly v součinnosti.

### **Telefonická pomoc:**

Je zajišťována všeobecnými linkami důvěry, nebo těmi, které se orientují na konkrétní problémy, jako je například linka důvěry pro děti a mládež (61). Mezi její výhody patří větší otevřenost klienta díky anonymitě, ve které může zůstat, a snadné dostupnosti této pomoci či nízké ceně služby. Mezi nevýhody patří nižší množství získaných informací, špatná zpětná vazba, přerušení kontaktu s volajícím či omezenější možnost intervence než při osobním kontaktu. Telefonickou pomoc mohou poskytovat jak profesionálové, tak neprofesionálové. Mezi důležité aspekty telefonické pomoci patří schopnost rozeznat, zda jde v dané situaci o krizovou intervenci, tedy zda je dotyčný v těžké životní situaci, nebo zda jde o psychopatologii, tedy že pacient trpí duševní chorobou, samozřejmě se mohou obě i prolínat. Cílem zásahu je uklidnit krizový stav a navodit prostředí pro další spolupráci (19, 20, 58, 61). Díky telefonické pomoci má klient pocit, že v nouzi není sám (11). Sestry mohou pracovat na linkách telefonické pomoci, je však vhodné, aby prošly psychoterapeutickým výcvikem (35).

### **On- line pomoc:**

Rozvojem moderních médií se otevírají nové možnosti kontaktu s klientem. Tomu se přizpůsobují i možnosti krizové intervence, které hledají stále nové cesty jak vyhledat a pomoci lidem v krizi. Jedním z nich je i internet, jde o možnost konzultací po chatu, kdy klient má svou přezdívku a heslo, pod kterým konzultuje problémy. Nebo využití e-mailu či informací umístěných na internetových stránkách. I zde je výhodou vysoká anonymita a nevýhodou nemožnost adekvátního zásahu (35, 61).

### **Krizová centra:**

Krizová centra, kde klienti vyhledávají pomoc, jsou schopna plnit úlohu první pomoci. Pomoc je poskytována v nejbližším okolí pacienta 24 hodin denně. Zaměřují se na prevenci závislostí a krizové intervence. Nevýhodou je, že pacient vystupuje ze své anonymity. Častým dilematem těchto center je, zda pacienta, který přišel požádat o pomoc, propustí zpět domů, nebo je jeho stav natolik vážný, že bude muset být hospitalizován. Proto některá krizová centra mají i lůžkovou část pro období nezbytně

nutné, nebo nabízejí výjezdovou službu či návštěvní službu (20, 35). V cizině je tato služba oblíbená a hojně využívána, protože pružněji reaguje na potřeby pacienta (11).

V krizových centrech je důležitým členem týmu i sestra. Sestra je první v kontaktu s přicházejícím klientem, a proto velmi záleží na jejím profesionálním vystupování. V krizovém centru sestra spolupracuje s lékařem při přijímání pacienta, zajišťuje administrativu, podává léky, kontaktuje další instituce, nebo pacienta přijímá na lůžkovou část krizového oddělení (35).

#### **Mobilní krizová centra:**

Jde o službu výjezdní, která v případě potřeby napomůže řešit krizovou situaci přímo v pacientově přirozeném prostředí. Díky tomu nemusí docházet ke konfrontaci nemocného například s policií a dále je schopna získat více informací o incidentu a tím lépe navrhnout případná preventivní opatření (20, 38). Dále mohou zajišťovat dohled nad právě propuštěnými, nespolupracujícími nebo poprvé odhalenými pacienty (15, 47).

#### **Kontaktní centra:**

V těchto centrech se poskytují poradenství a kontaktní programy pro drogově závislé pacienty. Tato centra zajišťují edukaci a následnou péči o drogově závislé například pomocí výměny stříkaček a jehel (20, 38).

#### **Služby s možností přespání:**

Tyto služby zajišťují pacienty v akutním stavu, které je třeba oddělit od svého okolí. Tyto služby jsou poskytovány buď samostatně, nebo v rámci psychiatrických oddělení či léčeben. Doba, kterou zde pacienti tráví, nepřesahuje čtrnáct dní (20).

#### **1.5.3. Denní centra a denní stacionáře**

Jde o zařízení poskytující komplexní mezioborovou péči. Pacienti sem denně dochází za terapií či jinými službami například rehabilitací, zaměstnáním. Pomocí těchto převážně skupinových programů se mají rozvíjet jejich dovednosti nebo sociální zázemí. Tato centra jsou v mnohých případech schopna nahradit i hospitalizaci. Mimo již zmiňované aktivity mohou nabízet například právní či sociální pomoc (19, 20, 35, 38). Mezi příklady aktivit v denním centru patří například cirkus – terapie, kterou realizuje Komunitní centrum Fokus Praha pro psychotické pacienty. Pacienti v různých fázích

nemoci společně nacvičují cirkusová čísla a následně je předvádí před veřejností. Jde o ojedinělou aktivitu v mezinárodním měřítku (27).

Stacionáře mohou být i specializované na určitý druh onemocnění. Například stacionáře zaměřené na poruchy příjmu potravy, podle čeho se odvozuje i nutnost specializace sestry v této oblasti, nebo na léčbu závislostí. Pro pacienty bojující se závislostí jsou určeny programy, jako například nízkoprahová centra (25, 30, 45).

#### **1.5.4. Domácí péče**

Jde o jednu z nejpřirozenějších a nejrychleji se rozvíjejících oblastí péče (51). V České republice je ošetřena vyhláškou ministerstva zdravotnictví 55/2000 Sb. Domácí péči předepisuje ošetřující lékař. Tato léčba probíhá tak, že pomáhající osoba dochází pomáhat postiženému domů, do jeho přirozeného prostředí. Výhodou této služby je větší individualizace služeb a lepší získávání informací o pacientovi i jeho okolí, snížení nákladů na péči. Na druhé straně je nevýhodou, že pacient zcela ztrácí svou anonymitu. Tato služba pečuje o pacienta a snaží se předcházet krizovým situacím, které by mohly vznikat v důsledku pacientovy choroby. Péče je poskytována buďto základní, která obsahuje saturaci základních životních potřeb pacienta, dále odborná: do této skupiny patří hlavně diagnostické a léčebné metody, a potom speciální, kam řadíme především psychoterapii, duchovní podporu či odborný monitoring. Domácí péče má za cíl zvládnout onemocnění v domácím prostředí bez nutnosti hospitalizace, zachovat kvalitu života, udržovat a zvyšovat soběstačnost či zajištění léčby či edukace. Podle formy poskytování domácí péče ji můžeme ještě řadit na akutní domácí péči u akutních onemocnění, na dlouhodobou domácí péči u chronických pacientů dále na preventivní a hospicovou domácí péči a v neposlední řadě i na jednorázovou domácí péči, která se využívá u jednorázových akutních výkonů, které není možné řešit jinak. Ošetřovatelská péče v domácím prostředí zahrnuje primární, sekundární i terciární prevenci. Ošetřovatelský proces v domácí péči obsahuje stejně jako v ostatních oblastech 5 bodů, a to získávání informací, diagnostika problému, plánování péče, realizace a hodnocení péče (20, 23, 30, 51).

V domácí péči má sestra nezastupitelnou a velmi obtížnou úlohu. Rolí sestry v domácí péči je mnoho, jde především o praktickou roli při vykonávání ošetrovatelských činností, a to buď přímo či nepřímo, vždy s ohledem na blaho pacienta. Dále roli edukátora, a to jak klienta, tak jeho okolí. Nedílnou součástí péče o pacienta v domácím prostředí je vedení podrobné dokumentace. Sestra může být však brána i jako konzultant či administrátor. Další rolí je například vědecká činnost v oblasti komunitní péče (12, 51, 58).

#### **Pečovatelská služba**

Jde o službu podobnou domácí péči, která v klientově přirozeném prostředí pomáhá řešit sociální problémy, na které klient z důvodu onemocnění či věku již sám nestačí. Patří sem především hygienická péče, či pomoc v domácnosti a ochrana osobních zájmů. To napomáhá k prodloužení samostatnosti pacienta na okolí. (23, 58).

#### **Osobní asistence**

Jde o službu, která napomáhá klientům, co nejdéle pobývat v jejich přirozeném prostředí. Tato služba je určena klientům, kteří již potřebují pomoc ve většině denních aktivit a sociálních kontaktů. Osobní asistent v některých případech nemusí mít vzdělání. (23, 30, 58).

#### **Odlehčovací služby**

Tyto služby jsou určeny pro pečující osoby, a pomáhají zmírnit jejich zátěž. Jejich poskytování může být realizováno pobytovou nebo ambulantní formou. A jsou zaměřeny podobně jako předchozí služby na hygienu nebo pomoc v domácnosti (23,58).

#### **1.5.5. Podpora v bydlení**

Cílem služeb zaměřených na podporu v bydlení je umožnit pacientovi v rámci možností bydlet co nejvíce podle jeho představ a podporovat jeho zdraví. Tyto služby hrály v psychiatrii často klíčovou úlohu. Služby podpory bydlení se dají dělit na ty, které nahrazují hospitalizaci, nebo podporují sociální dovednosti, a ty, které jsou poskytovány k zlepšení kvality života jejich obyvatel (47).

Podpora v bydlení může probíhat v několika rovinách. Jednak jde o léčebné komunity, což je v podstatě alternativa hospitalizace a je efektivní především pro pacienty v akutním stavu.

Druhou skupinou jsou programy pro chronicky nemocné pacienty, které jsou zaměřené na posílení samostatnosti a sociálních dovedností. Tato pomoc má potom dlouhodobý charakter. Jde o sociální byty, které jsou využívány lidmi v nouzi. Dále domy na půli cesty, které se využívají k naučení praktických dovedností po časově limitované dobu a využívají je hlavně pacienti s perspektivou úplného osamostatnění se. Cílem těchto programů je zvýšit nezávislost klientů, toho se dosahuje podporou aktivit mimo domov, podílením se na chodu domácnosti a limitací délky pobytu. Toto bydlení může mít různou intenzitu dohledu nad klienty, kteří se v případě obtíží mohou obrátit o pomoc k pracovníkům. Dohled je od velmi intenzivního po mírný (20, 30, 35).

Chráněné bydlení je forma terapie, ke které se přistupuje u pacientů, kteří nejsou schopni bydlet úplně samostatně, na druhou stranu pobyt v ústavech je pro ně také nepřínosný. Chráněné bydlení je proto vhodným kompromisem, kdy pacienti mají své soukromí, ale na druhou stranu jsou pod dohledem a kdykoliv při komplikacích jim může být pomoheno. (35).

Alternativou jsou i domy pro osoby s postižením, charakter tohoto pobytu je převážně dlouhodobý. Tito lidé potřebují pomoc druhé osoby v plnění potřeb. Další možností jsou Family Foster, tedy proškolené rodiny, u kterých duševně nemocný bydlí a oni o něj pečují (63). Je vždy důležité, aby pacient byl na případné změny v oblasti bydlení připraven a byl o nich dostatečně informován (58). To, že je podpora v bydlení přínosem pro pacienty, dokazují i mnohé výzkumy v této oblasti (57).

Sestra v chráněném bydlení sehraává klasickou roli. V této oblasti je využívána především u klientů s vážnými příznaky onemocnění, kde je v popředí ošetrovatelská péče. Sestra také napomáhá v komunikaci s pacientem (58).

### ***1.5.6. Podpora v práci***

Podporovaná práce je v interakci s ostatními složkami komunitní péče a je zaměřena na zlepšení stavu a zvýšení pracovních dovedností a schopností člověka v práci i mimo ni. Původně vznikla jako „clubhouse“ v USA (46, 63). Hlavním cílem je tedy v rámci možností zařadit pacienta zpět do běžného pracovního procesu. K tomu dospějeme postupně, nejprve zmapováním situace, následně přizpůsobením k práci, přípravou na ni, potom práce v chráněných, nebo postupně i nechráněných podmínkách. Celý proces může být však zpomalen, nebo dokonce zastaven celou řadou vnějších i vnitřních komplikací (47). Práce je pro psychiatricky nemocné pacienty velmi důležitým faktorem jednak proto, že dochází k jejich lepšímu sociálnímu začlenění do společnosti, ale i proto, že jsou lépe hodnoceni svým okolím i sami sebou a jsou aktivní. Proto i podporovaná práce je jednou z důležitých komponent v systému poskytování služeb psychiatrickým pacientům (1).

Existují jednak programy pracovní rehabilitace v rámci lůžkových zařízení, podobných chráněným dílnám, které slouží k nácviku dovedností, ale především k aktivnímu využití volného času klientů. Nejméně zavazující v systému podpory práce je dobrovolná práce, kde si pacient sám určuje, jak dlouho ji bude provádět. Dále jsou programy, jako chráněná místa, kde je vyšší stupeň zátěže na pracovníka, ale na druhou stranu má k ruce pracovního asistenta, který pacientovi pomáhá a vede ho. Mezi možností komunitních pracovních programů řadíme dále přechodné zaměstnání. Tato práce probíhá na normálním pracovním trhu, ale s adekvátními úlevami pro pacienta. Na místě ho zaškoluje asistent, který na něj průběžně dohlíží, nebo předchází klient (47, 58). Za tuto práci se dostává plat. Práce probíhá po časově omezenou dobu a po jejím absolvování dostane pacient osvědčení (46). Nejvíce se však blíží normálním podmínkám podporované zaměstnání, na trhu práce, ale navíc bez větších úlev. Ani tento systém se však neobejde bez konzultantů a kontaktu s podpůrnou organizací (47).

Alternativní možností jsou dále sociální firmy, která jsou součástí komunity a přejímají pacienty již jako zaměstnance. Tyto firmy napomáhají mimo jiné k snížení stigmatizace těchto pacientů, na druhou stranu na ně kladou podstatně vyšší nároky než předchozí pracovní možnosti. Při výpadku pracovníka je nahrazen tento jiným klientem

(58). V neposlední řadě do těchto podpůrných programů patří takzvané Job kluby, které se snaží být nápomocny pacientům při shánění práce v běžném prostředí a s problémy s tím spojenými (19, 20, 35).

Důležité jsou také okolnosti poskytování těchto služeb. Je důležité, aby služby byly adekvátně individuálně nastaveny pro nemocného, aby byly v interakci s ostatními komunitními službami. Je důležité, aby klienti měli vůči službám realistické očekávání a služby jim poskytovaly přiměřené rozvíjení jejich kompetencí. Většina těchto programů se potýká se stigmatizací duševně nemocných při jejich návratu do pracovního procesu (58).

S podporou v práci souvisí i podporované vzdělání a rehabilitace sociálních kontaktů, které se poskytují také v rámci komunitní péče (47).

#### ***1.5.7. Case management***

Case management by se dal přeložit jako případové vedení, v současnosti se však začíná spíše prosazovat jako asertivní komunitní léčba. Impulzem pro vznik case managementu byl především nevyhovující stav péče o pacienty, zejména co se týče návaznosti služeb, flexibility a nízké zapojení okolí klienta do péče o něj. V komunitní péči je důležitý, že zabráňuje absenci péče o klienty, kteří si pomoc nemohou zajistit, nebo si o ni neumí požádat. To bylo donedávna jednou z kritizovaných oblastí komunitní péče, spolu s přejímáním zodpovědnosti za klienta a i v současnosti se oba tyto problémy obtížně řeší. Case managementem se zabývá osoba, která je klientem kontaktována, která klientovi napomáhá zajistit optimální péči, má přehled o pacientově momentální situaci a možnostech komunitní pomoci od okolí pro klienta.

Důležitými aspekty case managementu jsou: přehled o stavu pacienta, plán, který obsahuje jasně definované cíle, které se následně plánují a za pomoci pacienta a jeho okolí plní, dále kontrola pokroku, řešení krizí a vyhodnocení výsledků. Výhody, které tento přístup přináší jsou především dostupnost, koordinace, kontinuita, přizpůsobivost s důrazem na individualitu a efektivita. Mezi zásady správného přístupu case managementu patří snaha zaměřit se především na zdravé oblasti pacientovy psychiky než na ty nemocné. Dále je výhodné, pokud jsou změny iniciovány pacientem



a pokud mezi terapeutem a pacientem je přátelský vztah. Terapeut by se dále neměl spoléhat, že pacient v nouzi jeho pomoc vyhledá, ale měl by sám se snažit pacienta kontaktovat. Pokud to není možné, měl by se snažit zjistit, proč tomu tak je. Také je důležité chronické pacienty motivovat a snažit se je učit novým dovednostem. V neposlední řadě jde o vhodné zapojení komunity do péče o pacienta (47, 58).

Byly vytvořeny tři modely použití case managementu. Jde o model Brokerský, který se příliš nevyužívá, a dále modely Intenzivní case management a Aserktivní komunitní léčba, které jsou si v mnohém podobné. Oba poskytují část služeb pro klienta a část využívají v okolí klienta. Mezi další modely patří Klinický case management a case management založený na silných stránkách nemocného. V case managementu je důležitá týmová spolupráce mnoha odborníků podle potřeb cílové skupiny klientů. Většinou jde o administrátora, sociální pracovníci, komunitní psychiatrickou sestru, psychiatra, ergoterapeuta a klinického psychologa. Koordinace členů týmu může mít také mnoho podob od plně řízeného týmu až po koordinovaný tým. Při výkonu povolání case managera je výhodná dlouhodobější praxe v oblasti, dále znalost místních komunitních poměrů a v neposlední řadě znalost psychologických a sociálních faktorů v práci s duševně nemocnými. Case manager by měl umět udržet vztah s klientem i přes dočasnou nespolečnou práci ze strany klienta, nevnučovat klientům svůj postoj a umět zvládat krizové situace. Principy: využití dostupných zdrojů, zplnomocnění, týmovost, kreativita, odpovědnost. Tyto principy prostupují jak fázi, kdy je pacient do case managementu přijímán, tak tu, ve které dochází k realizaci péče (58).

Dle některých autorů je náplní sestry v case managementu především aplikace léků a informování lékaře o jejich efektu. Sestra však může hrát i roli supervizora. Díky komunitní péči se začíná měnit částečně postavení, těch kteří v ní pracují. Sestra v case managementu o pacienta pečuje a spolupodílí se na rozhodování o jeho dalším osudu (58).

V současné době touto metodou pracuje v České republice ovšem jen několik málo týmů. Metoda case managementu byla přidána do koncepce oboru psychiatrie (58).

### ***1.5.8. Práce s rodinou***

Rodina má pro člověka nenahraditelný význam. Je pro něj zakotvením ve společnosti, propojuje generace a vytváří pocit bezpečí a jistoty. Přestože se její forma postupem času mění a význam v péči o nemocného slábne, důležitost jejího významu přetrvává. Po druhé světové válce spolu s rozvojem ostatních odvětví komunitní péče rozvíjí se i rodinná terapie. Zkoumání rodiny, jejích vztahů a členů bylo od té doby probádáno z mnohých úhlů pohledů. Bylo vytvořeno několik směrů rodinné terapie, například strategická rodinná terapie, která si všímá nevhodného řešení každodenních těžkostí a snaží se je nahradit novým a lepším. Dále strukturální rodinná terapie, která si všímá především patologických rodinných vazeb, nebo systematická rodinná terapie. K těmto terapiím existuje i několik možných přístupů k řešení problémů pacientů, jde o komunikační, strategický a strukturální přístup, dále terapie rodinných systémů. Rozšířené terapeutické směry rodinné terapie jsou potom psychodynamický a behaviorální přístup. Mezi experimentální modely můžeme zařadit experimentálně - tvarový, nebo experimentálně - humanistický model. Tato terapie pracuje s rodinou pacienta jako s celkem. Rodinná terapie se zaměřuje na několik oblastí. Zejména na řešení rodinných problémů, dále na práci s rodinou jako s celkem a v neposlední řadě hledá souvislosti mezi pacientovým onemocněním a rodinou. Je zapotřebí si uvědomit, že nemocného člověka by neměla rodina vyčleňovat, ale naopak s přihlédnutím k okolnostem mu umožnit zapojit se do normálního fungování rodiny. Měla by se také snažit vytvořit mu klidné domácí prostředí a vyhnout se zvýšeným nárokům na nemocného. Mnohdy je rodina pod vlivem nemoci svého člena nucena přehodnotit životní styl nebo role. Duševní nemoc vzniklá v rodině má vliv na její členy, ale má také velký význam pro samotného nemocného. Je velmi důležité, aby terapeut uměl navázat kontakt a spolupráci s rodinou a pomohl jí řešit problémy. Ochota rodiny spolupracovat je mimo jiné podmíněna tíží onemocnění, obdobím jejího vzniku či prognózou. Z pohledu rodiny jsou pak určujícími faktory struktura rodiny, víra či komunikace v rodině. Výhodou je možnost navázat spolupráci s podobně postiženými rodinami v jejich okolí, nebo zapojit se do programů, jako je rodinný poradce (47, 58). Vliv rodiny na duševní onemocnění může být jak pozitivní,

tak negativní. Negativní vliv rodiny může být odhalen pomocí skóre vyjádření emoce (Expressed emotins), kde se odhalí zvýšená hostilita členů rodiny, což je nepřátelský nebo zvýšeně soupeřivý postoj k okolí. Takovéto rodinné prostředí potom zvyšuje frekvenci například relapsů schizofrenního onemocnění (31, 58).

Rodina hraje i důležitou roli, pokud je informována, co se týče dozoru nad duševně nemocným. Je vhodné, aby duševně nemocný měl blízkého člověka, buď člena rodiny nebo komunity, který zná pacientovo onemocnění a projevy a je mu oporou. Tento pacientův blízký může dohlížet, například zda si pacient bere léky, nebo je v případě relapsu onemocnění schopen kontaktovat pomoc a zabránit tak zbytečným komplikacím (11).

### ***1.5.9. Svépomocné programy***

Do terapie psychiatrických chorob neodmyslitelně patří i svépomocné skupiny. Důležitým faktorem existence těchto organizací je vzájemná podpora pacientů a jejich rodin stížených stejnou chorobou. Cílem svépomocných skupin je vzájemné předávání informací a zkušeností o onemocnění. Programy, které se zde uplatňují, jsou například informační centra, kde může docházet k výměně informací mezi pacienty navzájem. Jde však i o problematiku hájení práv nemocných, trávení volného času nebo edukační činnost. Svépomocné skupiny mohou vznikat spontánně, nebo jsou navázány na další svépomocné skupiny či instituce. Mezi příklady svépomocných skupin duševně nemocných patří například anonymní schizofrenici (19, 20, 35 58). Sestra může iniciovat vznik a podporovat aktivity svépomocných skupin (17).

Další možností jsou terénní programy, doléčovací služby, nízkoprahová centra, přátelské služby a další služby zaměřené na potřeby nemocného (58).

### ***1.6. Efektivita komunitní péče***

Jak už bylo řečeno, komunitní péče mírní mnoho nesnází, se kterými se duševně nemocný ve svém životě potkává. Napomáhá například ke snížení stigmatizace psychiatrických pacientů (27, 56). Komunitní péče může být nápomocná dále k lepší spolupráci pacienta s odborníky (58). Stacionáře se osvědčily například při léčbě poruch

příjmu potravy. Podpora v práci snižuje výskyt následných hospitalizací (46). Je však nutné podotknout, že komunitní péče není vhodná pro všechny pacienty (53).

Je obtížné měřit efektivitu jednotlivých komponent komunitní péče, protože efekt přináší především komplexní přístup. Pozitivní změny byly pozorovány například v produktivitě či spokojenosti pacientů, dále v nezávislosti bydlení či sociálních kontaktech (20). Klíčová v poskytování komunitních služeb je především jejich návaznost, která je potom následně spojena s nižšími náklady na zdravotní služby a nižší mírou hospitalizace (39). Mimo jiné nelze opomenout ani finanční stránku komunitní péče, která je mnohem úspornější ve srovnání s hospitalizací (27, 56).

### ***1.7. Edukace v oblasti komunitní péče a prevence duševních chorob***

Účinná primární prevence u většiny psychiatrických onemocnění není známá, nebo se odkazuje na obecné zásady zdravého životního stylu a mentální hygieny. Klíčové je dle Eriksona překonání intrapersonálních vývojových konfliktů, pokud není konflikt kladně vyřešen, může dojít ke vzniku duševní nemoci. Výjimkou jsou závislosti na návykových látkách, kde je prevencí hlavně kvalitní citová výchova v rodinách a také důkladná osvěta, jak rodičů, tak dětí. V České republice probíhá edukace ohledně návykových látek především formou pohovoru s žáky ve školách. Těchto besed se účastní jak odborníci, tak vrstevníci dětí, které mají s drogami zkušenosti (38). Sekundární prevence je potom zajišťována důkladným přeléčením a dlouhodobým užíváním léků po první atace nemoci. Dále se využívá rehabilitace a navázání vztahu důvěry mezi sestrou a pacientem. Výhodou je i navázání spolupráce s rodinou. Pozitivní vliv při prevenci duševních chorob mají pevné vztahy v rodině, zaopatření, jasná pravidla v rodině, vazby na školní, nebo mimoškolní organizace (20, 4). V dnešní době se zodpovědnost za zdraví přesouvá na jednotlivce. To má vliv i na vztah mezi nemocným a zdravotníkem, který se mění na partnerský (11).

Edukace se využívá při informování pacientů, jejich rodin a veřejnosti o psychiatrických onemocněních. Edukace je významná především pro usnadnění spolupráce s pacientem a jeho lepší informovanost. Proto je důležité, aby informace, které jsou pacientovi podávány, byly pro něj srozumitelné a jasně pochopitelné.

Psychoedukace je důležitou složkou léčebného procesu, kde může předejít relapsu onemocnění, především u onemocnění, jako je například schizofrenie (58). Jde však i o edukaci veřejnosti s cílem zvýšit její toleranci k duševnímu onemocnění. Nápomocny jsou média a různé akce, které mají přiblížit psychiatrii veřejnosti. Jde o akce, jako například: Den duševního zdraví – 10.10. Dále festival Mezi ploty konaný ve třech léčebnách, a to Bohunice, Černovice a Dobřany s cílem odtabuizování psychiatrie, nebo akce měsíc bláznovství. Tyto akce jsou doprovázeny bohatým kulturním programem, jako jsou výstavy, například s tvorbu pacientů v psychotických stavech, a koncerty pro veřejnost. Nebo program Babí léto konaný psychiatrickou léčebnou Bohunice, pořádaný ku příležitosti týdnů duševního zdraví. (19). Edukaci může provádět celá řada odborníků včetně sestry (58).

## ***1.8. Sestry v psychiatrii a v psychiatrické komunitní péči***

### ***1.8.1. Sestra na psychiatrickém oddělení***

První vzdělávací kurzy pro psychiatrické sestry založil J.G. Riedel. První česká učebnice po potřeby jejich vzdělávání vyšla v roce 1908 (35). Vzdělání sester je upraveno zákonem 94/2004 Sb. Psychiatrické sestry se mohou v dnešní době vzdělávat na několika úrovních. První etapa je středoškolské vzdělání, po kterém následovalo vyšší odborné vzdání, nebo vysokoškolské či jiné certifikované vzdělání. Dalšími možnostmi jsou pak různá specializační vzdělání, kurzy nebo systém celoživotního vzdělávání. Dříve byla možnost studovat vyšší odborné vzdělání zaměřené na psychiatrické sestry, ve školním roce 2003/2004 byl však otevřen poslední ročník (17, 41, 68). Od roku 2004 jsou také sestry chtějící vykonávat práci bez odborného dohledu povinné se registrovat (35, 65).

Mezi specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení patří velký důraz na komunikační dovednosti, tedy navázání úzkého kontaktu s klientem a jeho rodinou. Spolupodílí se na vytváření terapeutického prostředí a pomáhá při integraci pacientů (60). Sestra musí být spolehlivá a umět zaujmout neutrální, klidný a individualizovaný postoj ke klientům a jejich potřebám. Sestra dbá na společenská pravidla a pravidla

oddělení. Podporuje pacienta v jeho aktivitě, má přehled o jeho stavu a potřebách. Důležité jsou i dovednosti v oblasti získávání informací nebo obhajoby práv pacienta, nebo schopnosti v rozkrývání možných hrozeb komunity. Pro sestru jsou důležité teoretické a praktické znalosti z oblastí psychofarmak, projevů duševních chorob, psychoterapii či ovládání metod ošetřování nemocných. Nesmí se opomíjet ani dozor při hygieně či stravování pacientů. Psychiatrická sestra musí mít zručnost, kterou musí umět uplatnit i v krizových situacích. Mezi její nepostradatelné dovednosti patří i schopnost pomocí supervize ohodnotit svou práci a ovládat metody duševní hygieny, jimiž se brání syndromu vyhoření (37, 42, 56).

Sestra při péči o pacienta vykonává nejrůznější odborné úkony, které jsou podrobně rozepsány ve vyhlášce MZ ČR č. 424/2004 Sb. V oboru psychiatrie jde nejčastěji o úkony spojené se sledováním celkového stavu pacienta a odběrem anamnézy, prováděné nejčastěji rozhovorem či pozorováním. Sestra by si měla všimnout psychického stavu pacienta, stavu výživy, účinků léků. Informace, které touto cestou posbírání spolu s daty o fyzikálních vyšetřeních, laboratorních informacích pečlivě hodnotí, třídí a dále je zpracovává. Následně sestra postupuje podle ošetřovatelského procesu v jeho pěti charakteristických fázích. Cílem tohoto procesu je stanovení vhodné ošetřovatelské péče, která odpovídá individuálním potřebám pacienta a na kterých by se měl podílet. Sestra se také stará o administrativní práce spojené s příjmem, nebo propuštěním. Může pečovat o pacienta před a po nejrůznějších odborných výkonech. Do náplně práce sestry v psychiatrii patří i podílení se na psychoterapii, resocializaci, ale provádí také osvětu v oblasti duševního zdraví a duševních chorob nebo rehabilitaci. Pečuje o umírajícího pacienta a jeho blízké. Sestra musí zvládat i principy krizové intervence (17, 35).

V současné době je v lůžkových a ambulantních zařízeních v České republice zaměstnáno asi 4200 nelékařských zdravotnických pracovníků (4).

### ***1.8.2. Psychiatrická sestra v komunitní péči***

Role a úlohy sestry v komunitní péči jsou následující. Především jde o roli advokáta pacientových zájmů s podporou jeho autonomie. Sestra v roli manažera pomáhá s koordinováním a řízením služeb. Sestra funguje jako konzultantka, poradkyně, komunikátorka nebo poskytovatelka péče, kdy se orientuje na různé pacientovy potřeby, především ohledně prevence a léčby. Nad to může zastávat i roli vedoucího člena komunity. Jako edukátorka poskytuje informace, zastává-li roli terapeuta, provádí psychoterapii, může se však realizovat i jako výzkumnice. Tím, že se dokonale seznámí s problematikou daného místa, může odhalovat rizika, sbírat informace a rozvíjet komunitní zdroje, nebo provádět mentoring (12, 13, 23, 56).

Jak již bylo řečeno, práce sestry v komunitní psychiatrii se poskytuje v přirozeném prostředí pacientů se zaměřením na jejich specifické potřeby s cílem jejich uzdravení nebo zlepšení stavu. S tím bezprostředně souvisí i zdravotní výchova, prevence, řízení a návaznost péče (56).

Mezi profesionální vlastnosti psychiatrické sestry pracující v komunitní péči patří především schopnost komunikace a motivace, ale také schopnost nadhledu a přehledu, schopnost doprovázet, poradit, pomoci. Sestra je v komunitní péči také zodpovědná za své morální a profesionální chování. Mimo sestry, která je důležitým článkem týmu, jsou členy multidisciplinárního týmu také: psychiatr, sociální pracovník, ergoterapeut, klinický psycholog. Všichni členové týmu navazující s pacientem kontakt by se měli snažit respektovat pacienta, mít s ním partnerský pozitivní vztah a pružně reagovat na jeho potřeby. Kvalitní vykonávání sesterské profese může vést k zvyšování prestiže oboru nebo k lepšímu finančnímu ohodnocení (2, 12, 47, 58).

V komunitní péči je snaha pacienta vyléčit, ale spolu s ní by se měl objevit i zájem o pacientovo zotavování a jeho další budoucnost. Pracovník komunitní služby musí být dobře informován o komunitních službách ve svém okolí. K tomu je však potřeba zvýšené samostatnosti a profesionality (58).

V Českých podmínkách je zvykem, že se lékař neradí s členy týmu o osudu pacienta. Role sestry se pod vlivem nové struktury, která se zaostřila na komunitní péči, pozvolna mění. Kompetence a zkušenosti sester ukazují fakt, že jsou schopné podpořit

pacientovu úzdravu vhodnou komunitní terapií. (55). Je zajímavé, že díky tomu, že jsou všeobecné sestry zvyklé pracovat v hierarchických podmínkách nemocnic, obtížněji se adaptují na práci v komunitní péči nebo v case managementu oproti sociálním pracovníkům, kteří jsou v této oblasti zběhlejší (58).

Sestra se může v oblasti komunitní péče specializovat. Podmínkou specializace jsou alespoň dva roky praxe na klinickém oddělení a splnění podmínek k výkonu povolání. Studium trvá tři roky a je ukončeno atestační zkouškou. Skládá se z praktické a teoretické části. Sestra si zde mimo základních vědomostí a dovedností osvojí problematiku komunitní péče. Z vědomostí a dovedností jde především o znalost prevence, sběr dat o komunitě, jejich kompletní analýza a následné hodnocení rizik. Sestra je schopná především efektivní komunikace, koordinaci péče, zhodnocení prostředí komunity a upevňování jejího zdraví. V oblasti komunitní péče se potom může sestra zaměřit na oblast péče o rodinu, domácí péči či péči o seniory nebo pracovní prevenci (17, 30, 41, 64).

### ***1.9. Porovnání komunitní péče v ČR a jiných zemích***

Komunitní péče má v České republice zakotvenou tradici již z První republiky v podobě Českého červeného kříže. Po roce 1984 dochází pozvolna k rozvoji agentur domácích péčí a dalších komunitních služeb. Rozvíjí se základní psychiatrické služby a ambulantní péče. (10, 14)

V současnosti je však rozvoj komunitních služeb stále příliš pomalý. V České republice zatím neexistuje zřetelně definovaný systém komunitních služeb. V samotné komunitě není také přítomna potřebná podpora a sounáležitost. Některé služby zcela chybí a ty, co existují, se věnují převážně nemocné populaci. Jedním z kroků legislativního upevnění komunitní péče je Koncepce ošetřovatelství obsažená ve vyhlášce č. 424/2004 Sb. Existují akutní lůžka, komunitní týmy, sociálně – rehabilitační centra, ale nejsou koordinovány. Není zde nastaven systém kontroly kvality služeb, i když se pracuje na zlepšení tohoto stavu. V České republice je také velkým problémem oddělování zdravotních a sociálních složek, přestože je mnohem efektivnější, pokud pracují součinně. Klienti nejsou službami aktivně vyhledáváni,



spoléhá se, že si službu naleznou sami. Většina komunitních služeb je poskytována neziskovými organizacemi. V současnosti je největší a nejpropracovanější sdružení Fokus, které má nyní kolem 10 poboček v celé České republice. (2, 10, 14, 36, 47, 58)

Prvními vlaštovkami, které se snažily napomoci k řešení této situace, byly například projekty MATRA III, které se uskutečnily ve spolupráci s Holandskem. Jejich snahou byl rozvoj komunitních služeb na našem území a vytvoření výukových modulů pro vzdělání pracovníků komunitní péče (58, 18). V okolních zemích, jako je Slovenská republika či Maďarsko, je komunitní péče o psychiatrická pacienty na obdobné úrovni jako u nás (3).

Situace ve Velké Británii je taková, že se stát problematikou psychiatrické komunitní péče intenzivně zabývá a věnuje jí dostatek pozornosti, což se projevuje neustálými novelizacemi zákonů, ovlivňující komunitní péči. Dlouhou dobu se zde preferuje příklon ke komunitním službám a primární péči vůbec. Ve Velké Británii se rozlišují služby, které jsou poskytovány nemocným bezplatně, a potom služby, které si nemocní platí z vlastních prostředků. Jednou ze snah, na které se už delší dobu pracuje, je koordinace a propojení sociálního a zdravotního systému. Ve Velké Británii je kladen důraz především na alternativy hospitalizace, co se týče chráněného bydlení. Jsou zde však rozvinuty i ostatní služby (58).

V Holandsku byl připraven národní plán péče v roce 1999. Zde se komunitní péče dělí do třech stupňů podle závažnosti a hlavní úlohu zde hrají regionální zdravotní úřady. Pro duševně nemocné je navíc systém oblastních institutů pro duševně nemocné, který koordinuje péči na komunitní úrovni. V Holandsku je komunitní péče výrazně rozvinuta a fungují zde různé služby pro duševně nemocné pacienty. Například tzv. Přátelské služby, které fungují na principu dobrovolnosti. Dobrovolníci se schází s klienty a tráví s nimi volný čas, chodí na kávu či kulturní akce a tím napomáhají začleňovat klienta do společnosti. V Holandsku se tento systém péče osvědčil (58).

V Holandsku i Velké Británii má každý pacient právo na potřebnou psychiatrickou péči (58).

I v dalších evropských zemích, třeba jako je Skandinávie či Irsko, je komunitní psychiatrická péče plně rozvinuta (22).

S case managementem a komunitní péčí mají také dobré výsledky například v USA nebo Kanadě (17). V USA i Kanadě využívají služby, jako například Cedar House, což je na pomezí chráněného bydlení a krizové intervence (54).

### ***1.10.Řešení situace***

Pro změnu situace v České republice je třeba udělat celou řadu kroků. Jde o návrhy na legislativní úpravy, podporu komunitní péče na lokální úrovni nebo plánování rozvoje služeb (58). Je nutné také stabilizovat systém zdravotnictví v ČR (13). Důležité je také zvýšit povědomí veřejnosti o možnostech a výhodách komunitní péče, nebo podpořit vzdělávání sester v této oblasti (14). Vizí do budoucna bude snaha v rámci možností přesunout péči o duševně nemocné z lůžkových zařízení do domácího prostředí, což je přání i samotných pacientů. Měl by se klást důraz na ambulantní služby, rozvoj case managementu, nebo navýšení kapacit stacionárních a krizových center, které stále nedostačují. Díky zintenzivnění komunitní péče dojde i k časnější diagnostice. Pomocí rozvoje komunitní péče dojde i k plnění cílů, určených programem Zdraví 21, což bezprostředně souvisí s rozvojem důležitosti sesterské profese a jejich úkolů, které budou zpětně napomáhat rozvoji komunitní péče (2, 8, 48, 50).

Neměla by se však opomíjet ani oblast lidských práv, usnadnění pacientům vstupu do systému služeb, nebo zapojení jejich rodin do systému péče. (50) U nás má nyní největší perspektivu tzv. Balancovaná péče, jejíž těžiště spočívá v psychiatrických odděleních nemocničního typu. Tyto služby jsou blízko domova pacienta, jsou mobilní a poskytují specifickou péči. Měly by se rozvíjet další služby dle principů komunitní péče. Upevnění psychiatrické péče na poli zdravotní péče (10, 15, 47).

Do komunitní péče by se měl také zvýšit přísun financí (22). Dle některých autorů je budoucnost nynější komunitní péče spjata s rozvojem zotavování nemocných, nových rehabilitačních technik, komunitních systémů a jejich pomocných zařízení a za pomoci technik k získávání informací jako evidence – based (47). Některé výzkumy již teď ukazují, že veřejnost stojí o rozšíření komunitních služeb (32).

## ***1.11. Duševně nemocní***

### ***1.11.1. Vývoj přístupu k duševně nemocným***

Názory na duševně nemocné a přístup k nim jsou závislé na konkrétní společnosti. Ve starověku byly spojovány s magií, později s disharmonií organismu a jindy byly brány za onemocnění mozku (59).

Novodobá psychiatrie je spjata s reformou, zahájenou F. Pinelem, která byla nutná z důvodu nevyhovující péče. Začaly se stavět nové moderní léčebny v duchu humanismu. Pro léčbu pacientů byly voleny postupy jako ruční práce, tělesná cvičení, restriktivní opatření se začala omezovat. Těžká období však postihla duševně nemocné v nedávných obdobích totalitních režimů, kdy byli diskriminováni. Následně po jejich pádu se veřejnost domnívala, že léčebny a duševně nemocní jsou výtvar režimu, a proto jich v nové lepší etapě nebude třeba (20, 35, 59).

V dnešní době se však psychiatrickí pacienti potýkají také s řadou nesnází, jde především o stigmatizaci, která se prolíná celou historií. Sociologie v 60. letech 20. stol. nabídla psychiatrii tzv. „Nálepkovou teorii“, někteří autoři ji nazývají stereotypem. Tato teorie se domnívá, že nemocný, který se chová jinak než jeho okolí, dostane nálepkou, v případě duševních onemocnění většinou negativní. Nálepkou je většinou diagnóza, která je spojena s adekvátní léčbou, ale i stigmatizací. Stigma představuje znamení domnělé méněcennosti, což pro duševně nemocné pacienty a jejich rodiny znamená setkávat se s různým stupněm odmítání a značně je handicapuje. U duševně nemocných jedinců může vlivem stigmatizace docházet i k zhoršování duševní choroby, rozvojem strachu a stresu. K snižování stigmatizace duševních onemocnění přispívá vhodná léčba, mlčenlivost zdravotnického personálu včetně sester, sociální rehabilitace i komunitní péče k snížení pocitu méněcennosti nemocných (58). Laický pohled na duševní onemocnění se většinou dělí na „nervové zhroucení“ následkem stresové situace, které není tak stigmatizující jako tzv. „pravé šílenství“. Názor veřejnosti na duševní onemocnění by pozitivně ovlivnily dobré zkušenosti veřejnosti s psychiatrickými pacienty, kteří byli schopni se vrátit do běžného života (1, 20, 35).

Psychiatrický pacient v komunitní péči zaujímá tři hlavní role. Jde o roli nemocného, kde se odráží především medicínský pohled na problematiku. Dále jde o roli klienta jako uživatele služeb a roli občana, kde se klade důraz na osobnost (58).

Jedním z důležitých mezníků v péči o duševně nemocné je rozvoj sociální psychiatrie. Impulzem k jejímu vzniku bylo zjištění potřeby sociální péče. Z výzkumů amerických sociologů v psychiatrických zařízeních v 50. letech minulého století bylo zjištěno, že atypické prostředí v těchto ústavech nutí pacienty chovat se způsobem, který je následně personálem vyhodnocen jako psychické symptomy duševní nemoci. Proto začal být kladen větší důraz na aplikaci sociálních faktorů do praxe, tedy větší otevřenost oddělení, důraz na pracovní terapii, kulturní a společenské akce. Důraz byl také kladen na krizovou intervenci a ambulantní péči (20).

V České republice se uplatňují spíše stacionáře a chráněné dílny. Sociální psychiatrie zatím není tak využívána, jak by mohlo být ve prospěch psychiatrických pacientů (20). Naše společnost je připravena přijmout psychiatrické onemocnění jako jakékoli jiné. Protože psychiatrická choroba může postihnout kohokoli z nás (22).

### ***1.11.2. Epidemiologie duševních chorob v České republice***

Zmínky o duševních chorobách nalezneme již ve starověku, například ve Starém zákoně. Tento fakt vyvrací domněnku, že by duševní choroby mohly být civilizačním onemocněním posledních let (59). Pro sledování epidemiologie duševních poruch v populaci je důležitá kvalitní diagnostika. Za duševní onemocnění se pokládají pouze ta, která jsou uvedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Ve světě i u nás představují duševní poruchy zátěž pro společnost, v České republice jde asi o 3,8 % hrubého domácího produktu. V České republice trpí duševními poruchami více ženy než muži a na deset tisíc obyvatel je 285 mentálně retardovaných a 95 duševně nemocných. Mezi nejčastější duševní choroby u nás patří neurotické poruchy objevující se u 18 % populace, dále návykové poruchy u 13 % populace a afektivní poruchy také u 13 %. Do psychiatrických léčen jsou nejčastěji umisťováni pacienti se schizofrenií, a to v 21% případů, na psychiatrická oddělení nemocnic potom neurotické a funkční poruchy v 25%. Duševní onemocnění až na výjimky trvale vykazují vzestup (4, 62).

### ***1.11.3. Nejčastější příčiny vzniku duševních chorob***

Jde především o faktory genetické, jejich vliv můžeme rozdělit na specifický, kdy se onemocnění projeví vždy, a na relativně a málo specifické, kde svou roli již hraje zevní prostředí a nemoc nevzniká automaticky (44). Vliv genetických faktorů je známý například u schizofrenie. Faktory biologické tvoří působení různých toxických látek nebo nedostatečné prokrvení mozkové tkáně, zánětlivá či nádorová onemocnění, které se ve svém důsledku může projevit duševní chorobou. Psychologickými faktory je myšleno například přetěžování kognitivních nebo emočních funkcí. Častými stavy, které mohou vést k vzniku duševní poruchy, jsou například dlouhodobé neakceptace okolí, citové strádání nebo nedostatek podnětů z okolí, které po překročení frustrační tolerance vedou k frustraci a následně k poruchám psychiky. Tento proces je však vysoce individuální. Již od narození se dítě začíná socializovat, takže případné patologie z dětství se mohou následně projevit psychickým onemocněním. Tato onemocnění mohou mít svůj počátek jak v rodině, tak ve formálních nebo neformálních skupinách. Mezi sociální poruchy řadíme například alkoholismus. Na vzniku duševní poruchy se může podílet jedna příčina, nebo se jich kombinuje více (1, 4, 20, 22, 44, 62,).

Dalšími faktory jsou vlivy životního stylu, ekonomické a etické vlivy (17). Úkolem sestry je odhalovat možné hrozby v komunitě a pomocí adekvátně cílené prevence je minimalizovat (17, 35).

### ***1.11.4. Organizace péče o psychiatrické pacienty***

Psychiatrie je obor pečující o pacienty s duševní poruchou. Psychiatrie patří mezi obory s nižší prestiží, a to mezi lékaři i laiky. Důvodů je několik, psychiatrie se stará o stigmatizované jedince, je odtržena stavebně od dalších oborů, má menší terapeutické úspěchy, protože většina duševních onemocnění jsou chronická. Stejně tak pohled na psychiatrické lékaře, kteří jsou často považováni za podivíny, či sestry, u kterých se mylně předpokládá nižší odbornost a zručnost než u sester na jiných odděleních, je spojen se stereotypním pohlížením na tento obor (20, 35, 44).

I organizace péče o duševně nemocné prošla svým vývojem. V 18. století se budovaly samostatné objekty pro léčbu, ale i separaci duševně nemocných, kde byla péče na velmi nízké úrovni. Na přelomu 18. a 19. století se psychiatrie odděluje od vnitřního lékařství. V tomto období se začínají objevovat snahy státu o systematickou péči o duševně nemocné. Psychiatrická péče prošla následně etapou rozvoje ambulantní péče až po postupný rozvoj péče, která se uskutečňuje převážně na psychiatrických odděleních nemocničního typu a rozvoje komunitní péče (20, 59).

Do ambulantní péče můžeme zařadit klasické ordinace jak státních, tak soukromých lékařů, dále záchytné stanice nebo stanice, pomáhající osobám závislým na alkoholu či drogách. Do intermitentní péče patří na příklad krizová centra, denní stacionáře, telefonní pomoc nebo různé kluby. Cílem intermitentní péče je zajistit chronicky nemocným lidem přiblížit se více reálnému životu, než to umožňuje lůžková péče. Poslední etapou péče o duševně nemocné je již zmiňovaná lůžková péče, která se uskutečňuje v psychiatrických léčebnách či na oddělení nemocnic. Hospitalizace v nemocnicích je určena pacientům převážně v akutní fázi onemocnění, a to k diagnostice a léčbě. Tato oddělení mohou mít při sobě i psychiatrické jednotky intenzivní péče. Dalším typem lůžkové péče jsou kliniky, které se mimo jiné věnují vzdělávání studentů a výzkumu v oblasti psychiatrie. Léčebny jsou potom přizpůsobeny spíše k dlouhodobější léčbě a pacientům se zde dostávají služby, jako je rehabilitace nebo lázeňská péče. Tato zařízení také zabezpečují ústavní ochrannou léčbu. Ústavní léčba je a bude nutná u pacientů, kteří nezvládají základní péči o sebe sama a kteří by mohli být nebezpeční sobě nebo svému okolí. Hospitalizace se také hojně využívá k zaléčení akutního stavu (35, 38). Dělení psychiatrické péče jsem čerpala z (20).

V současné době jsou na území České republiky 21 psychiatrických léčeben, a asi 32 psychiatrických oddělení nemocnic, dále 821 psychiatrických ambulancí (4).

Ošetřovatelský proces při ústavní péči může probíhat formou skupinového systému, systému primárních sester nebo systém case managementu, který se dá aplikovat i do podmínek ústavní léčby. I v ústavní léčbě je snaha využít léčebný účinek komunity. Proto se na některých odděleních pracuje systémem tzv. terapeutické komunity. Pomocí této terapie jsou pacienti více včleněni do dění na oddělení a mohou

o něm i částečně spolurozhodovat. Tento systém péče napomáhá také navazovat sociální kontakty mezi pacienty a usnadňuje návrat do běžného života (35). Vždy při předávání pacienta mezi lůžkovou a intermediální péčí je potřeba zajistit návaznost služeb a informací mezi pečujícím personálem (11).

Do budoucna se předpokládá, že budou nabývat významu spíše psychiatrická oddělení nemocnic s kratší dobou hospitalizace a potom následná péče po propuštění jako: komunitní péče, sociální služby, rehabilitační služby, či rehabilitace (20, 59).

### ***1.12. Psychiatrická onemocnění v komunitní péči***

Kvalitní klasifikace je nezastupitelným pomocníkem v diagnostice i léčbě, což platí především pro obor psychiatrie. V dnešní době se využívají převážně klasifikace ustanovená v roce 1980 DSM – IV a 10 mezinárodní klasifikaci nemocí MKN – 10 (20).

#### ***1.12.1. Schizofrenní poruchy***

Schizofrenní poruchy jsou závažná psychotická onemocnění, která brání nemocnému normálně se chovat a jednat, a tak dochází k odcizování od okolí. Tato onemocnění jsou známá mnohotvárností klinických projevů i různých odpovědí na léčbu, stejně jako svou náchylností k chronicitě. Schizofrenie je celosvětově na 9. místě v pracovní neschopnosti. Příznaky jsou dělitelné na pozitivní a negativní. V předchorobí se mohou objevit plachost, malá emotivita, porucha adaptace, nespavost. Klasickými projevy jsou pak bludy, halucinace, mánie, deprese. Podle typu schizofrenie potom dělíme příznaky na katatonní, paranoidní, hebefrenní a simplexní. Jsou však i formy schizofrenie, které vybočují z předešlých skupin. Dlouhodobá prognóza onemocnění je závislá na počáteční fázi a včasnosti rozpoznání nemoci. může se tedy vyvíjet akutně nebo chronicky. První projevy schizofrenie se nejčastěji objevují mezi 20. -24. rokem života. Základ léčby tvoří farmakologická léčba, elektrokonvulze, pracovní terapií, nácvikem sociálních dovedností, nebo psychoedukace (20, 62).

Při péči o schizofrenního pacienta jsou kladeny vysoké nároky na odbornost sestry. V akutní fázi je sestra nucena pracovat s neklidným a nespoupracujícím

pacientem, což klade požadavky na její znalosti a dovednosti, především komunikační. Pacientovy bludy sestra chápe jako součást jeho života a nepokouší se mu je vyvracet. Napomáhá však pacientovi v navazování kontaktů s okolím a brání jeho sebepoškození nebo újmě v jeho okolí. Podává pacientovi léky, u kterých sleduje jejich účinnost, změny pacientova stavu po zlepšení stavu kontroluje a sleduje, zda pacient léky užívá. Stará se o bezpečí pacienta, snaží se ho aktivizovat a podporovat jeho samostatnost. Pečuje o něj dle ošetřovatelského procesu a napomáhá v plnění jeho potřeb. U schizofrenních onemocnění vystupují do popředí problémy s výživou či zanedbáním zevnějšku pacienta. (9, 35)

Schizofrenici jsou často skupinou pacientů, kteří jsou službami opomíjeni, jelikož je většinou sami aktivně nevyhledávají. Řada schizofreniků proto končí mezi bezdomovci, a tím se jejich stav ještě zhoršuje (5). U schizofreniků se proto dá použít celá škála komunitních služeb, především chráněná bydlení a chráněné dílny. Mnoho schizofreniků tak nemusí podstupovat ústavní léčbu, nebo zůstat bez pomoci (33, 35). Komunitní služba u schizofrenie však významně ovlivňuje i zlepšení kognitivních funkcí, především sebepojetí (43).

### ***1.12.2. Paranoidní poruchy***

Paranoidní poruchy byly až donedávna prezentovány jako součást schizofrenie. Tyto poruchy vznikají v jakémkoli věku života, nejčastěji však kolem 40. roku. K rizikovým faktorům tohoto onemocnění patří například osamocenost či smyslová porucha. Klinicky se onemocnění projevuje především bludy, které se pozvolna rozvíjí a často mohou mít i logické podklady. Bludy jsou nejčastěji megalomanické, mikromanické, žárlivecké, perzekuční či hypochondrické. Pacient je o tomto bludu skálopevně přesvědčen a vykládá fakta na svou obhajobu. Průběh onemocnění je většinou chronický a léčba je obtížná. Při léčbě se používají především psychofarmaka a léčba psychosociální. Do této skupiny chorob patří i indukovaná porucha s bludy, která postihuje blízké osoby pacientů, kteří přejímají bludy nemocných (20).

U těchto pacientů je důležité, aby sestra podporovala pacientovo zapojení do společného dění a podporovala jejich sebevědomí a interakci s okolím (33).



### ***1.12.3. Poruchy nálady***

Poruchy nálady patří mezi nejstarší onemocnění popsané již ve starověku. Záhy byly rozlišeny i jejich základní formy, a to mánie, deprese a bipolární poruchy. Jejich příčina je multifaktoriální a klíčovou roli hraje stres, psychogenní faktory nebo nepříznivé vlivy okolí. Výskyt deprese se celosvětově ve vyspělých oblastech zvyšuje. První projevy depresivního onemocnění se objevují kolem 21. roku života. Průběh onemocnění může být různý, a to v podobě jednorázové epizody, či ve sledu vracejících se onemocnění. U deprese v klinickém obraze dominuje smutek, patická nálada, ztráta zájmů o své okolí, změny chuti k jídlu a problémy se spánkem. Mohou být přítomny i sebevražedné tendence. U mánie potom nadnesená nálada, čínorodost, myšlenkový trysk, zvýšené sebevědomí a snížená potřeba spánku. U bipolární poruchy podob dochází ke střídání výše popsaných klinických obrazů. K léčbě těchto onemocnění se využívá farmakoterapie, elektrokonvulze, psychoterapie ale i fototerapii (20, 44, 66).

Při péči o depresivního pacienta má sestra neustále na mysli riziko sebepoškození či sebevraždy. Proto na něj zvýšeně dohlíží především v rizikových částech dne, kterými jsou brzké ranní hodiny a také období před nastoupením účinnosti léčby. Sestra kontroluje užívání léků a jejich možné hromadění, odstraňuje nebezpečné předměty. Zajišťuje efektivní komunikaci s pacientem a jeho okolím a podporuje ho v přijímání/ vylučování stravy, pečuje o jeho spánek. U manického pacienta potom zajišťuje dodržování pravidel, kontrolu léčby a znovunavození denních režimů. Kontroluje pacienta při stravě, oblékání i příjmu tekutin, kterým pacient díky své nemoci nemusí přikládat patřičnou důležitost. Sestra se snaží edukovat pacienta i jeho rodinu o závažnosti onemocnění (35).

Z komunitních služeb se využívají především ambulantní a stacionární služby.

### ***1.12.4. Organické duševní poruchy***

Tato skupina onemocnění je charakteristická přítomností makroskopického nebo mikroskopického poškození mozku, a to jak primární, tak sekundární. Příčin těchto onemocnění může být celá řada, například záněty nebo traumata, ale i intoxikace.

Průběh onemocnění může být akutní nebo chronický. Pokud dojde k deficitu již získaných funkcí, mluvíme o demenci. Demence patří mezi nejznámější z této skupiny onemocnění, kam se řadí i deliria nebo organický psychosyndrom. Demence můžeme dále dělit na demence primárně degenerativní, do této skupiny patří Alzheimerova demence, která v současnosti tvoří dvě třetiny všech demencí, a demence sekundární, vyvolané jiným onemocněním. V klinickém obrazu je patrné v začátcích onemocnění především postižení paměti a spolu s progresí se objevuje i postižení logické paměti nebo orientace. Mimo kognitivních poruch může docházet i k poruchám emotivity a vnímání. Tento sled událostí vede postupně až k ztrátě soběstačnosti a sociálních kontaktů. Léčba je farmakologická a podpůrná, například trénink paměti (20, 62).

Sestra je pro pacienta důležitým pomocníkem zvláště v pozdějších fázích nemoci či při nutnosti hospitalizace v neznámém prostředí. Jejím úkolem je podat informace o onemocnění jak rodině, tak nemocnému, a být nápomocná ve vzájemné komunikaci. Respektovat jeho osobnost, citově ho podpořit, ale také napomáhat s orientací, cvičením paměti a aktivizací. Dále monitoruje jeho schopnost sebepečce, prevenci pádů či dekubitů a zjišťuje podrobnosti o pacientově nemoci, životním stylu či sociálních vazbách. Na podkladě ošetřovatelského procesu potom uspokojuje pacientovy potřeby. Ty se u organických onemocnění týkají především problematiky sebepečce, dezorientace. U poruch intelektu a mentálních retardací je dnes snaha o integraci těchto nemocných do společnosti (28, 35).

Pro léčbu demencí je velkou výhodou komunitní péče, protože nemoc ve známém prostředí neprograduje tak rychle jako při nutné hospitalizaci. Pacient je tak déle samostatnější. Podmínkou je však funkční zázemí, kam by se pacient vracel (24, 35).

#### ***1.12.5. Neurotické poruchy***

Neurotické poruchy jsou charakteristické dominancí úzkosti v klinickém obraze. U těchto chorob se totiž strach a úzkost stávají patologií a silně ovlivňují život pacienta. Pacient si je vědom, že jeho úzkost je nepřiměřená a nemá reálný podklad. Pokud se týká objektů nebo dějů, kterých se lidé obvykle nebojí, jde o fobii. Mezi neurotické

poruchy patří dále panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha a smíšená úzkostně depresivní porucha, ale i akutní reakce na stres. U panické poruchy jde o opakované záchvaty masivní úzkosti objevující se náhle a bez zřejmé příčiny. Naopak u generalizované úzkostné poruchy je pacient v napětí neustále. Mezi neurotické poruchy řadíme také obsedantně-kompulzivní poruchu, tato nemoc je charakteristická nutkavými myšlenkami, které se pacientovi vtírají do mysli a vyvolávají úzkost a tíseň, kterou se pacient snaží zmírňovat určitým stereotypním chováním, které přináší chvilkovou úlevu. V dnešní době se ukazuje, že toto onemocnění je častější, než se předpokládalo. Léčba těchto onemocnění je farmakologická a kognitivně behaviorální (20).

Sestra si musí s těmito pacienty vybudovat oboustranně přijatelný a akceptovatelný vztah. Řada pacientů totiž trpí obavami, úzkostí, sníženou sebeúctou a nedůvěrou ke svému okolí. Proto je tak důležité, aby tyto emoce mohl pacient v přátelském prostředí odreagovat (35, 60).

Tato onemocnění jsou většinou zvládnutelná v komunitních podmínkách (35).

#### ***1.12.6. Poruchy osobnosti***

Poruchou osobnosti jsou myšleny psychopatie. Nejde v podstatě o onemocnění jako takové, ale o vystupňované povahové a charakteristické rysy. Ty však znemožňují sociální adaptaci. Příčiny poruch osobnosti jsou například biologické, genetické, i psychologické, temperamentové a rodinné faktory. Toto onemocnění můžeme rozdělit do tří podskupin, a to na poruchy osobnosti podivínské a excentrické, dále na afektivní, emotivní a nakonec na úzkostné a ustrašené. Jiní autoři tyto poruchy dělí podle konkrétních onemocnění (35). Jedinci s narušenou osobností mají problémy v každodenním životě. Léčby poruch osobností se pokládají za náročné a skládají se z farmakologie a psychoterapie, při které je možno využít psychoanalytickou, skupinovou nebo podpůrnou psychoterapii (20).

Sestra se při péči o tyto pacienty může setkat s celou řadou obtíží, například nespolupráci, nebo násilím zaměřeným proti sobě nebo okolí. Sestra by měla napomoci

pacientovi pochopit reálné vztahy a situace, ve kterých se pacient nachází a které může chybně interpretovat (35).

### ***1.12.7. Mentální retardace***

Péče o mentálně retardované má dlouhodobý charakter. Projevy mentální retardace jsou odvozeny od stupně postižení. Lehká mentální retardace často nemusí být vůbec patrná. Problémy se ale mohou objevit například při osvojování řeči nebo přítomností specifických poruch učení. Pokud je jim věnována dostatečná péče, jsou mentálně retardovaní schopni samostatné existence ve společnosti. Středně těžká mentální retardace se projevuje nejčastěji pomalejším chápáním, obtížnou schopností starat se o sebe a také malou zručností. Jejich stav může být zhoršován přidruženými onemocněními. Pokud jsou schopni, navštěvují převážně speciální školu. Těžká mentální retardace je spojena často s vyšším porušením pohyblivosti a nevzdělavatelností. Hluboká mentální retardace je potom nejhorší stupeň postižení. Jedinec je zcela závislý na okolí a péče o něj je velmi psychicky i fyzicky náročná. Bývají často imobilní, komunikují jen těžce (30, 35).

Pro mentálně postižené je komunitní péče přínosem. Mohou poskytovat výchovně vzdělávací péči, speciálně pedagogickou péči nebo rehabilitaci. Jsou pro ně přístupné i programy jako chráněné bydlení či chráněné dílny (30, 35).

Pro sestru je důležité vybudovat si kvalitní vztah s pacientem, komunikace s ním je potom podřízena jeho mentálnímu věku. V prevenci se práce sestry zaměřuje na předcházení stresu, v sekundární prevenci na podchycení duševní choroby a efektivitu léčby a v neposlední řadě terciární prevence na zabránění vzniku recidiv a minimalizaci následků postižení. Sestra si především všímá chování jedince k okolí. Cílem péče je maximální možná samostatnost pacienta. Úkolem zdravotníků je mimo jiné zachování jeho důstojnosti, začleňování do společnosti. (30, 35).

### ***1.12.8. Sexuální dysfunkce***

Jde o nedostatečné prožívání a chování, provázené abnormální odpovědí na sexuální stimulaci. Sexuální dysfunkce může být primární, tedy od počátku pohlavní

aktivity, nebo sekundární, tedy vzniklá až po bezproblémovém sexuálním životě. Do této skupiny onemocnění patří nedostatek, nebo ztráta sexuální touhy a celá řada dalších problematických stavů v této oblasti. Dále sem můžeme zařadit poruchy pohlavní identity, kam patří transsexualizmus a transvestitismus. Nesmíme opomenout ani poruchy sexuální preference, kam řadíme fetišizmus nebo pedofilii. Léčba je podmíněna kvalitní anamnézou a následně dle typu onemocnění nastupuje psychoterapie nebo hormonální terapie (20, 52).

V této oblasti jsou sesterské intervence velice obtížné. Sestra musí respektovat sexuální deviaci pacienta a ujasnit si svůj postoj k ní. Sestra by se měla vyhnout moralizování pacienta, ale měla by k němu přistupovat racionálně a klidně. Při práci s pacientem by však měla být ostražitá (33).

#### ***1.12.9. Poruchy příjmu potravy***

Jde o psychosomatické poruchy, charakterizované navozením maladaptivního jídelního chování. Tyto poruchy byly přítomny již v historii, ale v posledních čtyřiceti letech vlivem módních trendů jejich výskyt strmě stoupá. Hlavními představiteli této skupiny onemocnění je mentální anorexie a bulimie. U mentální anorexie je úmyslné hladovění, naopak u bulimie jde o přejídání a následné výčitky. Mentální anorexie začíná nejčastěji v pubertě, bulimie později. Onemocnění mohou přecházet do chronicity a často jejich následky provází pacienta celý život. V léčbě je cílem navození normálních stravovacích návyků, a odstranění následků onemocnění. Při léčbě se používá farmakoterapie i psychoterapie, rodinná terapie nebo pracovní terapie (20, 35).

V těchto specializovaných stacionářích je práce sestry soustředěna především na jídelní návyky z čehož vyplývá i nutnost její specializace v této oblasti. Specializovaná sestra se také podílí na psychoedukaci. Péče sestry o pacienty s poruchou příjmu potravy se neobejde bez dozoru nad příjmem stravy, jeho případným ukrýváním a kontrolou hmotnosti pacienta, což je spjato s trpělivostí sestry (35).

Výhodou stacionární léčby těchto onemocnění je nepřerušování interakce s rodinou a možnost pozvolné změny chování a stravovacích návyků celé rodiny. Tato léčba však

není vhodná pro všechny klienty a někdy je hospitalizace nutná. U léčby poruch příjmu potravy se mohou uplatnit i svépomocné skupiny (45).

#### ***1.12.10. Návykové poruchy***

Pro návykové poruchy platí několik společných ukazatelů, jako je bažení po návykové látce či snížené sebeovládání a pokračování v škodlivém chování i přes jasné následky (66). Psychoaktivní látky jsou schopny stimulovat organizmus, snižovat úzkost či zlepšení nálady a zvyšovat sebevědomí. Návykovými látkami jsou především alkohol, drogy a tabák. Návykové poruchy můžeme rozdělit do fází na akutní intoxikaci, škodlivé užívání a dále na syndrom závislosti, u kterého je charakteristické, že užívání látky má přednost před ostatními činnostmi. Při léčbě těchto závislostí se postupuje buď ambulantní léčbou, nebo hospitalizací ve specializovaných léčebnách. Pacientova závislost velmi zatěžuje jeho okolí. K léčbě se používá psychoterapie formou především pozitivní motivace, rodinná terapie, terapeutické komunity nebo svépomocné organizace, jako například „Anonymní alkoholici“, ale i farmakologická léčba. U těžce závislých a tam, kde se nedaří léčba, je významná terciární prevence. Hlavně důkladná informovanost, výměnné programy, kde si mohou narkomani měnit špinavé stříkačky a jehly a sociální pomoc. U návykového chování má nezastupitelnou úlohu prevence (17, 20, 62).

Role sestry při péči o závislého se mění dle aktuálního stavu pacienta a druhu závislosti. Jako u jiných onemocnění sestra odeberá anamnézu, která se zaměřuje na sociální zázemí pacienta, délku závislosti, předchozí zkušenosti s léčbou. Při akutní intoxikaci se sestra stará o základní životní funkce. Pečuje především o příjem tekutin a stravy a následně její výdej. Zabraňuje sebepoškození pacienta a vhodnou komunikací snižuje strach nebo úzkost. Snahou léčby je odbourání toxinů z organizmu a změnu postoje k onemocnění, které by vedlo k rehabilitaci. U pacientů v rehabilitační fázi sestra brání neakceptaci závislosti pacientem nebo relapsu závislosti vhodnou edukací. Komplikovat rehabilitaci může i ztracená sebeúcta nebo osamělost (9, 35). Může také napomáhat znovuzачlenění do společnosti a plnění svých rolí. (60).

Léčba závislostí může probíhat i stacionární formou. Výhodou je bezprostřední vzájemné působení klienta a jeho okolí na změnu patologických návyků. Každodenně je nutnost spolupráce s komunitou, která napomáhá zabránit relapsu závislosti. Také zde platí, že léčba není vhodná pro všechny klienty (25).

### ***1.13. Léčba psychiatrických pacientů v komunitní péči***

Léčbu psychiatrických pacientů můžeme rozdělit do několika celků, které se však vzájemně doplňují a podporují. Jde o léčbu farmakologickou, kde hraje významnou roli sestra při jejich podávání, jelikož musí kontrolovat účinek léků i to, zda je pacient užívá. Sestra pracující s psychofarmaky musí mít také znát jejich účinek a možné komplikace, s kterými musí seznámit pacienta a které v případě vzniku komplikací neprodleně hlásí lékaři (20, 35, 37).

K léčbě psychiatrických pacientů se používá i nefarmakologická biologická léčba. Do těchto metod patří fototerapie, v dnešní době je používána k ovlivňování sezónních afektivních poruch. Další metody v této skupině jsou podmíněny hospitalizací v nemocničním zařízení a nejsou proto specificky komunitní. Jde o elektrokonvulzivní terapii, této metody se s úspěchem využívá například při léčbě depresí (44). Možností je například i psychochirurgie, jde však jen o léčbu symptomatickou, především u stavů, nereagujících na jinou léčbu (20).

Psychoterapie je také účinnou metodou, při které je velmi důležitý kvalitní vztah mezi terapeutem a pacientem. Psychoterapie obecně se mohou dělit dle počtu osob, či technik (60). Do psychoterapie patří psychoanalytická léčba, kognitivně – behaviorální terapie, při které se snažíme rozpoznat špatné vzorce chování a pomoci je zlepšit. Používá se i logoterapie, což je hledání pacientova smyslu života. Hojně se využívá také skupinová terapie, jde o velmi oblíbenou terapii, která může probíhat ambulantně i během pobytu v nemocničním zařízení, pod vedením sestry nebo jiného pracovníka. Systematická rodinná terapie má velmi individuální výsledky. Cílem psychoedukace je seznámit pacienta i jeho rodinu s onemocněním a naučit je onemocnění zvládat, což realizuje adekvátně vyškolená sestra (35). Můžeme k tomu použít jak psané materiály, tak osobní pohovor, který je individuální a specifikuje se na

potřeby pacienta. Psychoedukaci může provádět psychiatrická či komunitní sestra (47, 58). Mezi další psychoterapeutické metody patří například hypnóza ( 20).

Psychiatrická rehabilitace a socioterapie mají velice široké rozpětí a jejich hlavním úkolem je snaha o znovuzачlenění do společnosti, prevenci komplikací a návrat ztracených dovedností nebo smysluplné trávení volného času. Tato rehabilitace je zaměřena na všechny složky osobnosti a je do ní zapojeno mnoho odborníků včetně sester. (35, 44, 63). Principy psychiatrické rehabilitace a socioterapie jsou hojně praktikovány v komunitní péči. Jde například o fyzikální léčbu, kam můžeme zařadit například lázně, elektroléčbu nebo masážní rehabilitaci. Další složkou rehabilitační péče je pracovní terapie, což je terapie, která sleduje více cílů, jednak se snaží navrátit pacientovi pracovní návyky, dále rozvinout jeho drobnou motoriku a navrátit nebo získat pracovní dovednosti. Léčebná tělovýchova neboli kinezioterapie je další ze skupiny psychiatrické rehabilitace a jejím hlavním posláním je navození příjemných pocitů z pohybu a rozptýlení. Fyzický stav se totiž odráží v psychice a naopak (35). Umělecko – kreativní léčba v sobě zahrnuje například muzikoterapii, což je velmi rozmanitá forma léčby. Může se aplikovat individuálně či kolektivně, nebo pasivně pouze poslechem, nebo aktivně, kdy si pacienti hudbu tvoří sami. Dále biblioterapie, což je forma terapie využívající literaturu, která pomáhá pacientům nalézt nové pohledy na každodenní situace nebo vlastní nemoc. Můžeme sem zařadit i arteterapii. Poslední skupinou je terapie zaměřující se na zábavu a odreagování pacientů. Řadíme sem proto kluby pacientů, které se snaží jednak o snížení izolace pacientů a navázání nových sociálních kontaktů. Tyto kluby se dají využít i k edukaci pacientů, nebo pro zábavu pacientů. A dále tábory, návštěvy výstav, divadel či kin ( 7, 20, 35, 44, 37).

#### ***1.14. Legislativa psychiatrie a komunitní péče***

Právní problematika psychiatrických pacientů se sice v mnohých ohledech liší od jiných onemocnění. Na druhou stranu jim však nesmí být upírána práva například na důstojnost, právo na získávání informací, na ochranu informací a mnohé jiné. Zvláštnosti v právech pacientů se týkají především nedobrovolné hospitalizace pacienta, může jít o ochranné léčení, například protialkoholní, protitoxikomanické, nebo urgentní



nedobrovolnou hospitalizaci. U stavů nedobrovolné hospitalizace je zdravotnické zařízení povinno do 24 hodin kontaktovat soud, který potom do sedmi dní rozhodne, zda pacient bude hospitalizován nedobrovolně, nebo zda bude propuštěn. V právní oblasti nesmíme opomenout problematiku trestních řízení, kde se dle okolností bere ohled na psychiatrická onemocnění, a problematiku občansko právního soudní řízení, které může dle stavu psychiatrického pacienta rozhodnout o částečném nebo úplném zbavení svéprávnosti.

Práva psychiatrických pacientů jsou shrnuta v několika dokumentech, a to: Deklarace lidských práv duševně nemocných (1989), Deklarace lidských práv a duševního zdraví (1989), Zásady práv osob trpících duševní poruchou(1991),(20, 33, 58).

#### **Všeobecné právní úmluvy jsou potom:**

Všeobecná deklarace lidských práv – OSN 1948, Listina základních práv a svobod – součást ústavy ČR -1993, Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod – ČR doratifikovala 1994, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Evropská úmluva pro prevenci mučení a nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání – ČR ratifikováno 1993, Mezinárodní dohoda o občanských a politických právech, Zásady ochrany osob trpících duševní poruchou, Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů, Zásady ochrany osob trpících duševní poruchou, Deklarace o duševním zdraví pro Evropu.

Na ovlivňování péče o duševně zdravé se spolupodílí i parlament České republiky, Ministerstvo zdravotnictví a další zákonodárné orgány. Zde je uveden přehled jen několika nejdůležitějších zákonů České republiky, které se k této problematice vztahují:

Zákon č. 99/1963 Sb. Občanský soudní řád, věnující se především problematice detenčního a opatrovnického řízení. Dále zákon č. 40/1964 Sb., tento občanský zákoník se věnuje problematice opatrovnictví a způsobilosti k právním úkonům. Zákon č. 20/1960 Sb. O péči o zdraví lidu se zaměřuje na vedení dokumentace o pacientech, nebo na souhlasy s prováděním lékařských výkonů a souhlasy s léčbou (58, 67).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### ***2.1. Cíle práce***

- 1) Zjistit, jaké je povědomí psychiatrických sester o komunitní péči v psychiatrii.
- 2) Zjistit, jaký význam přikládají psychiatrické sestry komunitní péči v psychiatrii.
- 3) Zjistit, ve kterých oblastech komunitní psychiatrické péče sestry pracují.
- 4) Zmapování péči v Jihomoravském kraji a kraji Vysočina.
- 5) Tvorba standardu

### ***2.2. Hypotézy***

- 1) Sestry s dobou praxe delší než 10 let se domnívají, že komunitní péče je pro psychiatrické pacienty šetrnější než hospitalizace, oproti sestrám s délkou praxe kratší než 10 let.
- 2) Sestry s psychiatrickou specializací, či sestry s VOŠ, VŠ vzděláním mají více znalostí o okolnostech poskytování komunitní péče, než středoškolsky vzdělané sestry.
- 3) Sestry považují za nejčastější formu psychiatrické komunitní péče v České republice služby zaměřené spíše na podporu bydlení než jiné služby komunitní péče.
- 4) Sestry starší 30 let si více uvědomují důležitost postavení sestry v komunitní péči než sestry mladší.
- 5) Sestry získávají informace o komunitní péči spíše z literatury a internetu než ze seminářů.

### **3. Metodika práce**

#### **3.1. Metodika**

Na základě tématu práce byla prostudována literatura a následně vypracovány cíle a hypotézy z oblasti zkoumaného tématu. Hypotézy byly potom podkladem k sestavení vlastního dotazník, viz. příloha 13, ten měl stanovené hypotézy potvrdit či vyvrátit. Dotazník se skládal celkem z 31 otázek. Otázky se dělily na identifikační, kterých bylo celkem šest. Zbytek otázek se týkal již problematiky komunitní péče a obsahoval otázky uzavřené, otevřené a filtrační.

Dotazník byl rozdán respondentům. Výzkum probíhal v lednu roku 2010. Celkem bylo rozdáno 200 (100%) dotazníků, z toho se jich vrátilo 184 (92%), šest jich bylo vyřazeno pro neúplné vyplnění. Návratnost vyplněných dotazníků byla 178 (89%) . Při rozdávání dotazníků jsem se nesečkala s neochotou, nebo jinými problémy. Dotazníky byly následně zpracovány do tabulek pomocí programu SPSS, které byly následně popsány v praktické části práce. V programu Microsoft Excel byly vypracovány grafy, které znázorňují jednotlivé otázky v dotazníku, vztahující se k hypotézám v kontextu s věkem, délkou praxe nebo vzděláním. U grafů je za 100% brána jednotlivá kategorie, ne všichni respondenti z důvodu lepšího znázornění rozdílů mezi kategoriemi. Následně byly popsány v praktické části. Jelikož hypotézy bylo nutno statisticky otestovat, byla použita statistická metoda chí– kvadrát, kterou byla spočítána pravděpodobnost pravdivosti hypotéz.

K diplomové práci patří také část zaměřující se na analýzu komunitních služeb v Jihomoravském kraji a kraji Vysočina. Tato data byly sbírány analýzou dostupných zdrojů.

#### **3.2. Charakteristika vzorku**

Výběr vzorku byl zaměřen na psychiatrické sestry. Data byla sbírána ve dvou krajích, a to v kraji Vysočina a Jihomoravském kraji, kde byla oslovena klíčová zařízení, zabývající se péčí o psychiatrické pacienty. V kraji Vysočina to byla Psychiatrické léčebna Jihlava a Psychiatrická léčebny Havlíčkův Brod

a v Jihomoravském kraji byla oslovena Psychiatrická léčebna Brno- Černovice a její pobočka ve Slavkově u Brna. Dotazníky byly rozdány sestřám převážně na otevřených odděleních psychiatrických léčeben.

#### 4. Výsledky

Tabulka 1: Věk respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18 - 30	34	19,1	19,1	19,1
	31 - 40	39	21,9	21,9	41,0
	41 - 50	57	32,0	32,0	73,0
	51 - 60	43	24,2	24,2	97,2
	61 - 75	5	2,8	2,8	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 1 popisuje věk respondentů. Z celkového počtu 178 respondentů (tedy 100%) byla nejvíce zastoupena věková kategorie 41- 50 let, která činila celkem 57 (32%) zástupců z celkového vzorku. Hned za ní byla zastoupena kategorie 51 – 60 let, která obsahovala 43 (24, 2%) respondentů. Následovala kategorie 31 – 40 let, která byla zastoupena 39 (21,9%) respondenty a hned za ní byla věková kategorie 18- 30 let s 34 (19,1%) respondenty. Nejméně respondentů měla věková kategorie 61- 75 let, pouhých 5 (2,8%) respondentů.

Tabulka 2: Pohlaví respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	žena	168	94,4	94,4	94,4
	muž	10	5,6	5,6	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Z celkového počtu 178 respondentů (tedy 100%) bylo největší zastoupení žen a to 168 (94%) respondentů. Muži byly zastoupeni 10 respondenty (5,6%).

Tabulka 3: Vzdělání respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SŠ	143	80,3	80,3	80,3
	VOŠ	32	18,0	18,0	98,3
	VŠ - Bc	2	1,1	1,1	99,4
	VŠ-Mgr	1	0,6	0,6	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Z celkového počtu 178 respondentů (100%) byla největší část sester středoškolsky vzdělána, tedy 143 (80, 3%). Druhou nejpočetněji zastoupenou skupinou bylo vyšší odborné vzdělání, které bylo zastoupeno 32 respondenty (18%). Nejméně sester mělo vysokoškolské vzdělání, kde bakalářské vzdělání mělo 2 (1,1%) a magisterské 1 (0,6%) zastoupení.

Tabulka 4: Získaná specializace

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nemá	128	71,9	71,9	71,9
	má	50	28,1	28,1	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Z celkového počtu 178 respondentů tedy (100%) mělo specializaci „Ošetrovatelská péče o duševní zdraví“ 50 (28,1%) dotazovaných, naopak bez specializace bylo 128 (71,9%) respondentů.

Tabulka 5: Délka praxe respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kratší než 10 let	74	41,6	41,6	41,6
	delší než 10 let	104	58,4	58,4	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Je patrné, že největší podíl sester má praxi delší než 10 let, a to 104 (58,4%) dotazovaných sester. Z celkového počtu 178 respondentů (100%) má praxi kratší než 10 let 74 (41,6%) respondentů.

Tabulka 6: Profesní postavení respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sestra u lůžka	174	97,8	97,8	97,8
	ambulantní sestra	4	2,2	2,2	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Ze 178 respondentů (100%) byly 174 (97,8%) sestry pracující u lůžka a pouze 4 (2,2%) dotazované sestry pracující v ambulancích.

Tabulka 7: Kraje

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kraj Vysočina	105	59,0	59,0	59,0
	kraj Jihomoravský	73	41,0	41,0	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

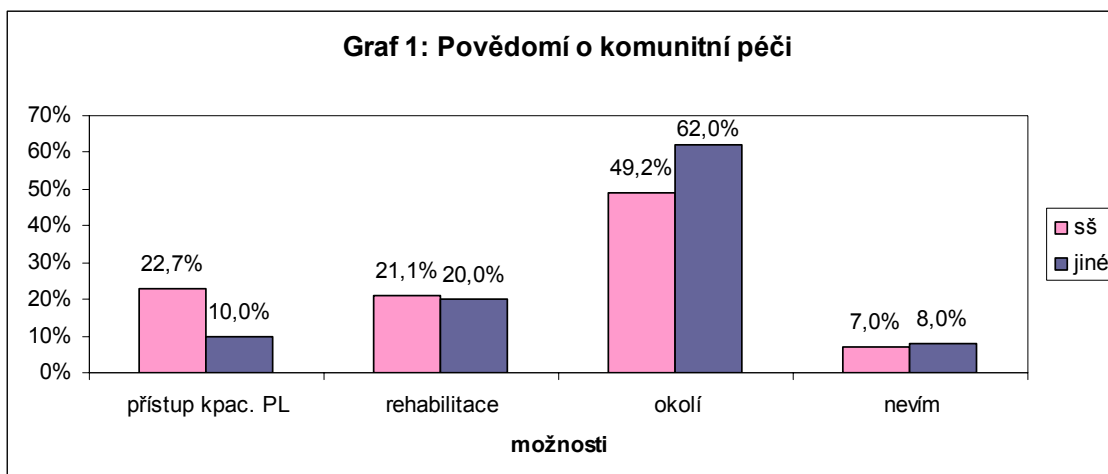
Tabulka 7 popisuje zastoupení rozložení respondentů do krajů. Z celkového počtu 178 respondentů (100%) bylo 105 (59%) dotazovaných z kraje Vysočina a 73 (41%) z Jihomoravského kraje.



Tabulka č. 8: Představy respondentů o komunitní péči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	přístup k pacientům v psych. léčebnách	34	19,1	19,1	19,1
	rehabilitace	37	20,8	20,8	39,9
	okolí	94	52,8	52,8	92,7
	neví	13	7,3	7,3	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Z celkového počtu 178 respondentů (100%) se největší počet respondentů 94 (52,8%) domníval, že jde o péči, která se maximálně snaží využít okolí pacienta ke zlepšení jeho stavu. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že jde o způsob rehabilitace, napomáhající získat ztracené dovednosti 37 (20,8%). 34 (19,1%) respondentů se domnívalo, že jde o specifický přístup k pacientům na psychiatrickém oddělení. Na tuto otázku neznalo odpověď 13 (7,3%) dotazovaných.



Zkratka ( PL – psychiatrická léčena)

Obrázek 1 zkoumá odpovědi respondentů s ohledem na jejich vzdělání. Z celkového počtu 143 (100%) středoškolsky vzdělaných sester 49,2% dotazovaných se domnívalo, že jde o péči, která se maximálně snaží využít okolí pacienta ke zlepšení jeho stavu. Za rehabilitaci ji považovalo 21,1 % dotazovaných a za specifický přístup k pacientům na psychiatrickém oddělení ji považovalo 22,7% respondentů. Na tuto otázku neznalo odpověď 7% dotazovaných se středoškolským vzděláním.

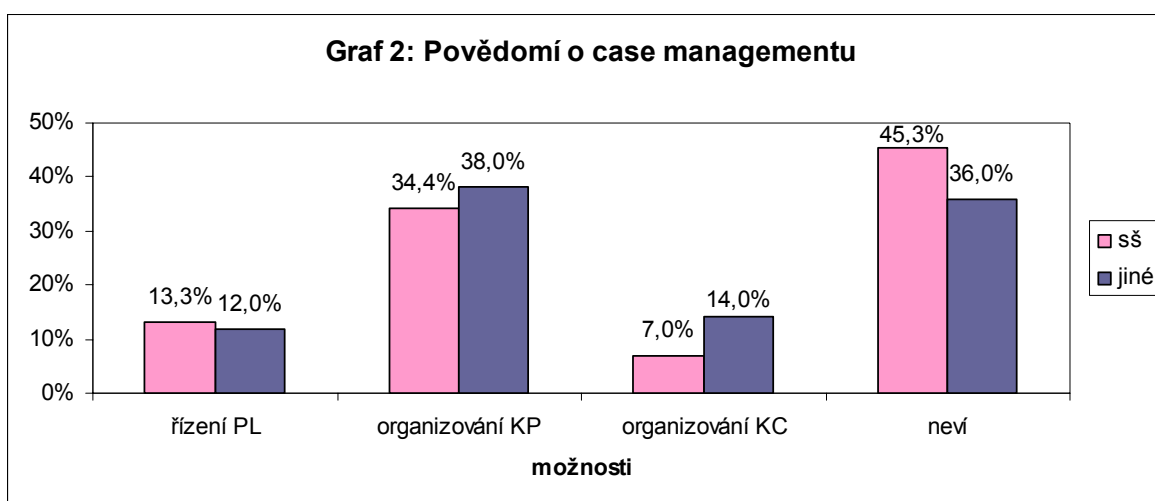
Sester, které měly vyšší než středoškolské vzdělání, bylo celkem 35 (100%) respondentů. Jejich odpovědi byly následující: 62% dotazovaných se domnívalo, že jde o péči, využívající okolí ke zlepšení stavu, 20% předpokládalo, že jde o způsob rehabilitace, 10% ji považovalo za specifický přístup k pacientům na psychiatrickém oddělení a 8% neznalo na tuto otázku odpověď.

K této otázce se vztahovala hypotéza, která předpokládala, že sestry s psychiatrickou specializací, sestry s VOŠ a VŠ vzděláním mají více znalostí o okolnostech poskytování komunitní péče, než středoškolsky vzdělané sestry. Správnou možností bylo, že jde o péči, která se maximálně snaží využít okolí pacienta ke zlepšení jeho stavu. Jelikož rozdílnost odpovědí obou kategorií nebyla zásadní, hypotéza se zamítá. (Testovaná nulová hypotéza byla přijata, dosažená hladina významnosti byla 13% ).

Tabulka 9: Představy respondentů o case managementu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	řízení psy. léčeben	23	12,9	12,9	12,9
	organizování komunitní péče pacienta	63	35,4	35,4	48,3
	řízení komunitních center	16	9,0	9,0	57,3
	neví	76	42,7	42,7	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 9 znázorňuje, jaké měly respondenti představy o pojmu case management. Z celkového počtu 178 respondentů (100%) na tuto otázku neznalo odpověď 76 (42,7%) respondentů. Dalších 63 (35,4%) respondentů se domnívalo, že jde o způsob organizování komunitní péče o pacienta. Respondenti se také domnívali, že jde o vhodnou formu řízení psychiatrických léčeben, to si myslelo 23 (12,9%) respondentů. Nejmenší část, 16 (9%) respondentů se domnívalo, že jde o způsob řízení komunitních center.



Zkratky ( PL – psychiatrická léčena, KP – komunitní péče o pacienta , KC – komunitní centra)

Obrázek 2 popisuje odpovědi respondentů s ohledem na vzdělání. Z celkového počtu 143 (100%) středoškolsky vzdělaných sester neznalo tento pojem 45,3%. 34,4% středoškolsky vzdělaných sester ho pak správně označilo za způsob organizování komunitní péče o pacienta. 13,3% respondentů jej pokládali za způsob řízení psychiatrických léčeben a pouze 7% dotazovaných se domnívalo, že jde o způsob řízení komunitních center.

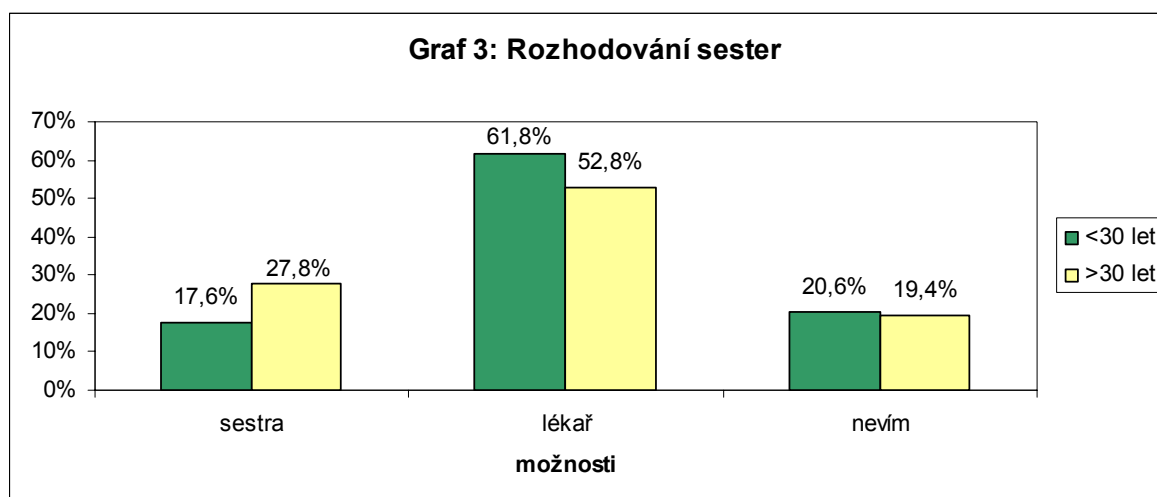
Sester, které měly vyšší než středoškolské vzdělání, bylo celkem 35 (100%). 38% se domnívalo, že jde o organizování komunitní péče o pacienta, na druhou stranu tento pojem neznalo 36% respondentů. Za způsob řízení psychiatrických léčeben ho považovalo 12% a za formu řízení komunitních center ho považovalo 14% dotazovaných s vyšším než středoškolským vzděláním.

K této otázce se také vztahovala hypotéza, která předpokládala, že sestry s psychiatrickou specializací, či sestry s VOŠ a VŠ vzděláním mají více znalostí o okolnostech poskytování komunitní péče, než středoškolsky vzdělané sestry. Jelikož i zde nebyla rozdílnost odpovědí obou kategorií zásadní, hypotéza se zamítá. (Testovaná nulová hypotéza byla přijata, dosažená hladina významnosti byla 34% ).

Tabulka 10: Oprávněnost sester rozhodovat v oblasti KP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sestra	46	25,8	25,8	25,8
	lékař	97	54,5	54,5	80,3
	neví	35	19,7	19,7	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 10 popisuje, jaké názory mají respondenti na oprávněnost sester rozhodovat o osudu pacienta v komunitní péči. Největší počet respondentů 97 (54,5%) se domníval, že vždy rozhoduje lékař. O tom, že sestra v komunitní péči může rozhodovat o osudu pacienta, je přesvědčeno 46 (25,8%) respondentů. Z celkového počtu 178 (100%) respondentů na tuto otázku neznalo odpověď 35 (19,7%) respondentů.



Obrázek 3 popisuje názory na oprávněnost rozhodování sestry v komunitní péči o osudu pacienta s ohledem na věk respondentů. Dotazovaní respondenti 34 (100%) ve věkové kategorii do třiceti let se v 61,8% domnívali, že o osudu pacienta rozhoduje

vždy lékař, a v 17,6% může rozhodovat sestra. Na tuto otázku neznalo odpověď 20,6% sester mladších třiceti let.

Sester starších třiceti let pak bylo celkem 144 (100%). Z těchto respondentů se 52,8% domnívalo, že vždy rozhoduje lékař, a 27,8% že rozhoduje sestra. 19,4% respondentů starších třiceti let na tuto otázku neznalo odpověď.

S touto otázkou souvisí hypotéza číslo čtyři, která tvrdí, že sestry, starší třiceti let si více uvědomují důležitost postavení psychiatrické sestry v komunitní péči než sestry mladší. Pro tuto otázku se však hypotéza zamítá. (Testovaná nulová hypotéza byla přijata, dosažená hladina významnosti byla 22% ).

Tabulka 11: Přínos komunitní péče

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	stigma	55	30,9	30,9	30,9
	psycho-farmaka	10	5,6	5,6	36,5
	remise	113	63,5	63,5	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 11 znázorňuje názory respondentů na to, jakým způsobem komunitní péče zlepšuje stav pacientů. Největší počet respondentů 113 (63,5%) se domníval, že komunitní péče napomáhá snižovat počty remisí onemocnění. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že komunitní péče snižuje stigmatizaci psychiatrických pacientů, což si myslí 55 (30,9%) respondentů. Nejméně respondentů se potom domnívalo, že dojde k snížení spotřeby psychofarmak, což si myslelo 10 (5,6%) respondentů z celkového počtu 178 (100%).

Tabulky 12 až 16 se vztahují k jedenácté otázce v dotazníku a vyjadřují názory respondentů na to, zda dané služby patří, či nepatří do komunitní sféry.

Tabulka 12: Komunitní centra a chráněné díly

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	174	97,8	97,8	97,8
	ne	4	2,2	2,2	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 12 znázorňuje, že 174 tedy (97,8%) dotazovaných pokládalo komunitní centra a chráněné díly za komunitní péči a pouze 4 (2,2%) respondentů z celkového počtu 178 (100%) je názoru opačného.

Tabulka 13: Ambulantní péče

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	28	15,7	15,7	15,7
	ne	150	84,3	84,3	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 13 ukazuje, že 150 tedy (84,3%) dotazovaných nepokládalo ambulantní péči za složku komunitní péče a 28 (15,7%) respondentů z celkového počtu 178 (100%) je názoru opačného.

Tabulka 14: Rodina

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	75	42,1	42,1	42,1
	ne	103	57,9	57,9	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 14 znázorňuje, že 103 (57,9%) dotazovaných nepokládá rodinu klienta za složku komunitní péče a 75 (42,1%) respondentů z celkového počtu 178 (100%) se domnívá, že rodina je složkou komunitní péče.

Tabulka 15: Domácí péče

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	46	25,8	25,8	25,8
	ne	132	74,2	74,2	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 15 znázorňuje skutečnost, že 132 (74,2%) dotazovaných nepokládalo domácí péči za součást komunitní péče, ale 46 (25,8 %) respondentů z celkového počtu 178 (100%) je názoru opačného.



Tabulka 16: Svépomocné skupiny

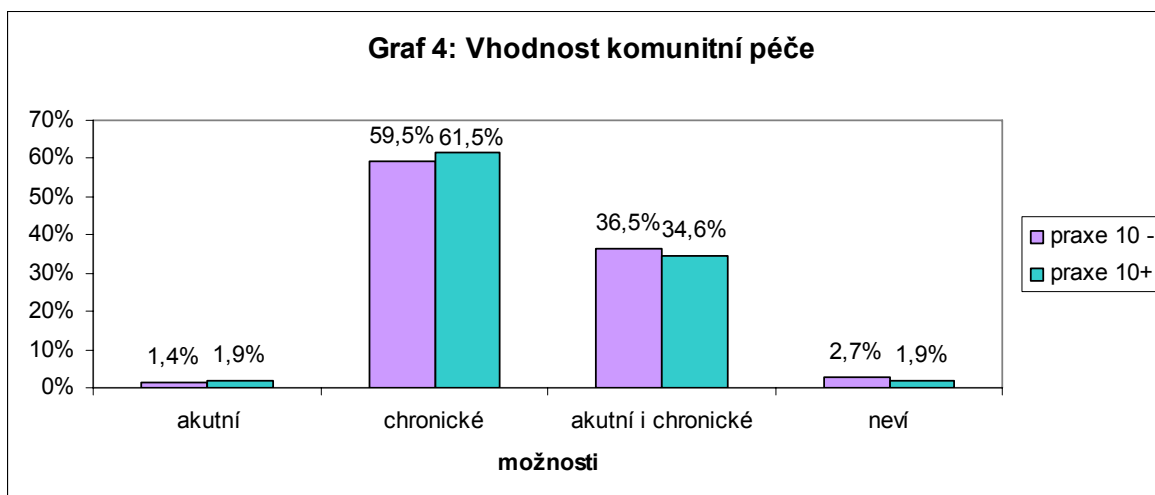
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	113	63,5	63,5	63,5
	ne	65	36,5	36,5	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

113 tedy (63,5%) dotazovaných pokládalo svépomocné skupiny za složky komunitní péči a pouze 65 (36,5%) respondentů z celkového počtu 178 (100%) je názoru opačného.

Tabulka 17: Pacienti vhodní pro komunitní péči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	akutní	3	1,7	1,7	1,7
	chroničtí	108	60,7	60,7	62,4
	akutní i chroničtí	63	35,4	35,4	97,8
	neví	4	2,2	2,2	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 17 se zabývá rozbořem odpovědí respondentů na otázku, pro které pacienty je dle jejich názoru komunitní péče nejvhodnější. Znárodnuje, že 108 (tedy 60,7%) dotazovaných se domnívalo, že je komunitní péče nejvhodnější pro chronické pacienty. 63 (35,4%) respondentů potom předpokládalo, že je vhodná pro akutní i chronické pacienty. Pouze 3 ( 1,7%) respondenti se domnívali, že je vhodnější pro akutní pacienty a 4 (2,2 %) respondentů z celkového počtu 178 (100%) na tuto otázku odpověď neznalo.



Obrázek 4 popisuje rozložení odpovědí na otázku, pro které pacienty je komunitní péče nejvhodnější, dle délky praxe respondentů. Sester, které měly délku praxe na psychiatrickém oddělení kratší než deset let, bylo celkem 74 (100%) respondentů. Z toho se 59,5% domnívalo že je komunitní péče vhodná pro chronické pacienty, 1,4 % že pro akutní pacienty. 36,5% bylo přesvědčeno že je vhodná pro akutní i chronické pacienty a 2,7% respondentů na tuto otázku neznalo odpověď.

Sester, které měly délku praxe na psychiatrickém oddělení delší než deset let, bylo 104 (100%) respondentů. Ze 61,5% se domnívalo, že komunitní péče je vhodná pro chronické pacienty, a 1,9% pro akutní. Že je vhodná pro obě tyto skupiny se domnívalo 34,6 % a neznalo odpověď 1,9% respondentů s délkou praxe nad deset let.

K této otázce se vztahovala hypotéza, která předpokládala, že sestry, které mají délku praxe delší než deset let, se budou častěji domnívat, že komunitní péče je pro psychiatrické pacienty šetrnější než hospitalizace. Na rozdíl od sester s dobou praxe kratší než deset let, které o tom přesvědčeny nebudou. U této otázky odpovídaly obě skupiny sester v podstatě shodně, proto se také hypotéza zamítá. (Testovaná nulová hypotéza byla přijata, dosažená hladina významnosti byla 96% ).

Tabulka 18: Psychiatrické služby v okolí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	66	37,1	37,1	37,1
	ne	112	62,9	62,9	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

V tabulce 18 jsou znázorněny odpovědi respondentů na dotaz, zda ve svém okolí znají nějakou psychiatrickou službu. 112 (62,9%) respondentů ve svém okolí nezná žádnou psychiatrickou službu. Naopak 66 (37,1%) z celkového počtu 178 (100%) respondentů, ve svém okolí některou službu poskytující komunitní péči znalo.

Tabulka 19: Psychiatrické služby v okolí – podrobná analýza

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	neví	112	62,9	62,9	61,8
	bydlení	2	1,1	1,1	62,9
	práce	16	9,0	9,0	71,9
	stacionář	14	7,9	7,9	79,8
	svépomocné skupiny	7	3,9	3,9	83,7
	více	27	15,2	15,2	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 19 rozebírá odpovědi těch respondentů, kteří ve svém okolí nějakou komunitní službu znali. 2 (1,1%) respondenti ve svém okolí znali službu, která se zabývá chráněným bydlením. 16 (9%) respondentů ve svém okolí znalo službu, která se zabývá problematikou chráněné práce. 14 (7,9%) respondentů má ve svém okolí služby stacionárního charakteru. 7 (3,9%) respondentů znalo nějaké svépomocné skupiny ve svém okolí a 27 (15,2%) dotazovaných mělo ve svém okolí služby, které se zabývají

kombinací dvou a více služeb. Z celkového počtu 178 (100%) dotazovaných na tuto otázku neznalo odpověď 112 (62,9%), jak již bylo řečeno.

S touto otázkou souvisela hypotéza, zkoumající, kterou službu komunitní péče považují sestry v České republice za nejčastější. Předpoklad byl takový, že se sestry domnívají, že častější jsou služby zaměřené na podporu bydlení oproti jiným službám komunitní péče. Analýza této otázky ukázala, že je rozdíl v četnosti výskytu jednotlivých komunitních zařízení, proto hypotézu zamítáme. (Nulová hypotéza byla pro tuto otázku zamítnuta na hladině významnosti 0,01%)

Tabulka 20: Zájem o semináře v oblasti komunitní péči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	141	79,2	79,2	79,2
	ne	37	20,8	20,8	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

V tabulce 20 respondenti odpovídali na otázku, zda by se zúčastnili semináře na téma komunitní péče v psychiatrii. Z celkového počtu 178 (100%) respondentů by se semináře zúčastnilo 141 (79,2%) respondentů a nezúčastnilo by se ho 37 (20,8%) respondentů.

K této otázce se vztahovala hypotéza, předpokládající, že informace o komunitní péči sestry získávají spíše z literatury a internetu než ze seminářů. Tato otázka zkoumala zájem sester o semináře a pro tuto otázku byla hypotéza přijata. (Nulová hypotéza byla zamítnuta na hladině významnosti 0,01%).

Tabulka 21: Zkušenosti s poskytováním komunitní péče

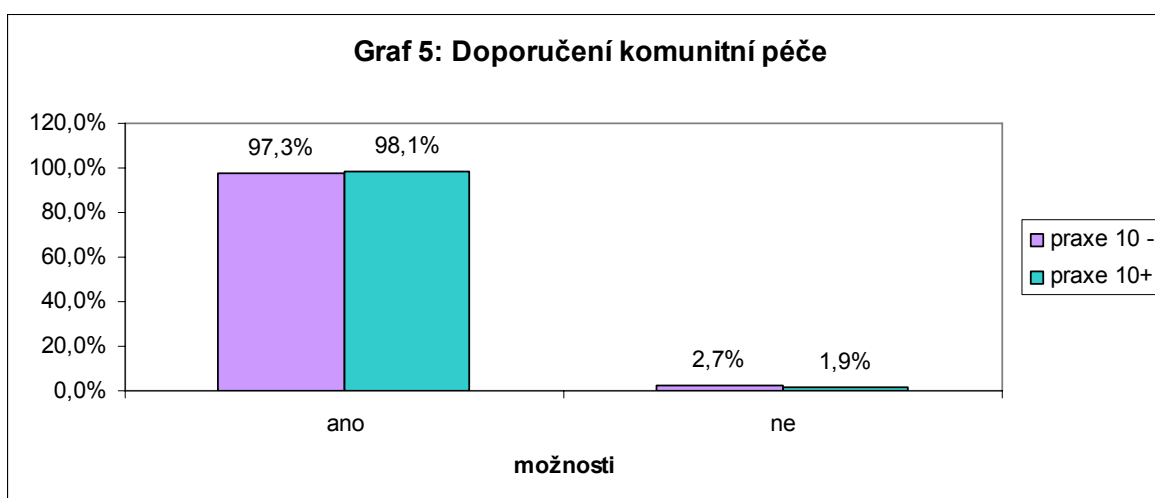
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	53	29,8	29,8	29,8
	ne	125	70,2	70,2	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Otázka číslo 16 se respondentů dotazovala, zda mají nějaké zkušenosti s poskytováním komunitní péče. V tabulce 21 jsou znázorněny jejich odpovědi. Z celkového počtu 178 (100%) respondentů zkušenosti má 53 (29,8 %) respondentů. Zkušenosti s touto službou nemá 125 (70,2%) respondentů.

Tabulka 22: Doporučení komunitních služeb

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	174	97,8	97,8	97,8
	ne	4	2,2	2,2	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 22 popisuje odpovědi respondentů na dotaz, zda by doporučili komunitní služby svým klientům. 174 (97,8 %) respondentů by komunitní služby doporučilo, naopak 4 (2,2%) respondenti z celkového počtu 178 (100%) by komunitní službu svým pacientům nedoporučili.



Obrázek 5 znázorňuje dle délky praxe odpovědi respondentů na dotaz, zda by doporučili komunitní služby svým klientům. Sester, které měly délku praxe kratší než deset let, bylo celkem 74 (100%) a v 97,3% by ji doporučily a ve 2,7% nedoporučily.

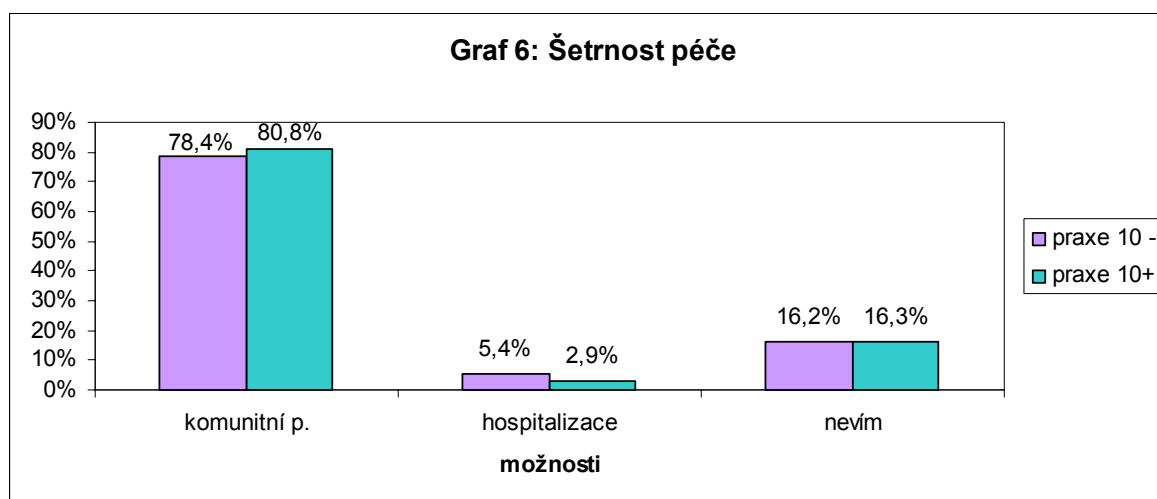
Sester, které měly délku praxe na psychiatrickém oddělení delší než deset let, bylo 104 (100%). Z 98,1% by ji doporučily a z 1,9% ne.

K této otázce se vztahovala hypotéza, která předpokládala, že sestry, které mají délku praxe delší než deset let se budou častěji domnívat, že komunitní péče je pro psychiatrické pacienty šetrnější než hospitalizace, narozdíl od sester s dobou praxe kratší. U této otázky odpovídaly obě skupiny sester obdobně, proto se hypotéza zamítá. (Testovaná nulová hypotéza byla přijata, dosažená hladina významnosti byla 73% ).

Tabulka 23: Šetrnost způsobů péče

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	komunitní péče	142	79,8	79,8	79,8
	hospitalizace	7	3,9	3,9	83,7
	nevím	29	16,3	16,3	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 23 popisuje odpovědi respondentů na dotaz, který způsob péče je pro pacienta šetrnější. Z celkového počtu 178 (100%) se 142 (79,8%) respondentů domnívá, že je pro pacienty šetrnější komunitní péče. Naopak hospitalizaci za šetrnější považuje 7 (3,9%) respondentů. Na tuto otázku nezná odpověď 29 (16,3%) respondentů.



Obrázek 6 znázorňuje názory na šetrnost péče dle délky praxe respondentů. Sester s délkou praxe kratší než deset let bylo celkem 74 (100%) a v 78,4% považují za šetrnější komunitní péči v 5,4% hospitalizaci a 16,2% odpověď nezná.

Sester, které měly délku praxe na psychiatrickém oddělení delší než deset let, bylo 104 (100%). A v 80,8% pokládaly za šetrnější komunitní péči a v 2,9% hospitalizaci. Odpověď neznalo 16,3% respondentů s délkou praxe nad deset let.

K této otázce se vztahovala hypotéza, která předpokládala, že sestry, které mají délku praxe delší než deset let se budou častěji domnívat, že komunitní péče je pro psychiatrické pacienty šetrnější než hospitalizace, narozdíl od sester s dobou praxe kratší. U této otázky byla již znatelnější rozdílnost názorů obou skupin, přesto se hypotéza zamítá. (Testovaná nulová hypotéza byla přijata, dosažená hladina významnosti byla 39%).

Tabulka 24: Potřebnost komunitních služeb

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	krizové	83	46,6	46,6	46,6
	bydlení	53	29,8	29,8	76,4
	práce	42	23,6	23,6	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 24 popisuje odpovědi respondentů na dotaz, která služba v rámci komunitní péče je podle nich nejpotřebnější. Z celkového počtu 178 (100%) respondentů se 83 (46,6%) domnívalo, že nejpotřebnější jsou krizové služby. 53 (29,8%) respondentů předpokládalo, že nejpotřebnější jsou služby zaměřené na podporu bydlení a 42 (23,6%) respondentů se domnívalo, že nejpotřebnější jsou služby zaměřené na podporu práce.



Tabulka 25: Rozvoj komunitních služeb v ČR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	20	11,2	11,2	11,2
	ne	100	56,2	56,2	67,4
	nevím	58	32,6	32,6	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

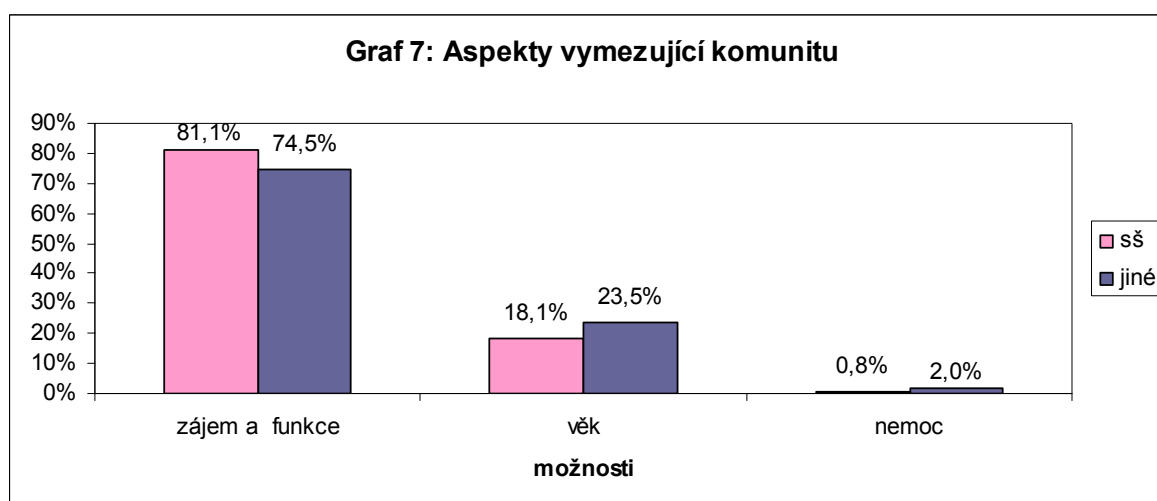
Tabulka 25 popisuje odpovědi respondentů na dotaz, zda se respondenti domnívají, že je komunitní péče v České republice dostatečně rozvinuta. 20 (11,2%) respondentů předpokládalo, že je komunitní péče dostatečně rozvinuta, naopak 100 (56,2%) respondentů si to nemyslelo. Z celkového počtu 178 (100%) respondentů na tuto otázku odpověď neznalo 58 (32,6%).

S touto otázkou souvisela hypotéza, zkoumající, kterou službu komunitní péče považují sestry v České republice za nejčastější. Předpoklad byl takový, že se sestry domnívají, že častější jsou služby zaměřené na podporu bydlení oproti jiným službám komunitní péče. Analýza této otázky ukázala, že u sester převládá názor, že je komunitní péče nedostatečně rozvinuta. (Nulová hypotéza, předpokládající, že všechny možnosti budou stejně zastoupeny, byla pro tuto otázku zamítnuta na hladině významnosti 0,01%).

Tabulka 26: Aspekty vymezení komunity

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zájem/ funkce	141	79,2	79,2	79,2
	nemoc	35	19,7	19,7	98,9
	věk	2	1,1	1,1	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 26 popisuje odpovědi respondentů na dotaz, které aspekty by měly vymezovat komunitu. O tom, že by měly komunitu vymezovat společné zájmy nebo funkce, je přesvědčeno 141 (79,2%) respondentů. Nemoc, společnou pro členy komunity, považuje za aspekt vymezení komunity 35 (19,7%) respondentů. Vymezení komunity věkem pacientů je určujícím aspektem pro 2 (1,1%) respondenty z celkového počtu 178 (100%) respondentů.



Obrázek 7 zkoumá odpovědi respondentů s ohledem na vzdělání. Středoškolsky vzdělaných sester bylo 143 (100%). Z toho 81,1% jsou názoru, že komunita je

vymezena společným zájmem a funkcí, 18,1% že ji vymezuje společné onemocnění a 0,8% stejný věk.

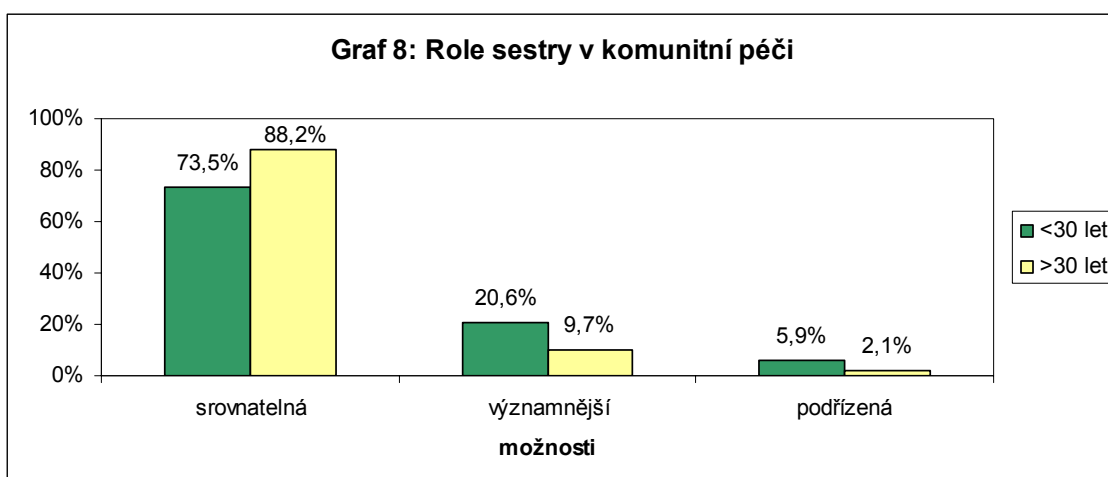
Sester s vyšším než středoškolským vzděláním, kterých bylo celkem 35 (100%). Odpovídaly na tento dotaz následovně: zájem a funkci považovalo za vymezující aspekt 74,5% respondentů. Společné onemocnění 23,5% respondentů a nakonec společný věk 2% sester s vyšším než středoškolským vzděláním.

K této otázce se vztahovala hypotéza, která předpokládala, že sestry s psychiatrickou specializací, či sestry s VOŠ, VŠ vzděláním mají více znalostí o okolnostech poskytování komunitní péče, než středoškolsky vzdělané sestry. Jelikož i zde nebyla rozdílnost odpovědí obou kategorií zásadní, hypotéza se zamítá. (Testovaná nulová hypotéza byla přijata, dosažená hladina významnosti byla 55% ).

Tabulka 27: Role sestry v komunitní péči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	srovnatelná	152	85,4	85,4	85,4
	významnější	21	11,8	11,8	97,2
	podřízená	5	2,8	2,8	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 27 znázorňuje, že 152 (85,4 %) respondentů se domnívalo, že komunitní sestra má srovnatelné postavení s ostatními členy týmu. 21 (11,8%) respondentů předpokládalo, že její postavení je významnější, než ostatních členů týmu. Z celkového počtu 178 (100%) respondentů se 5 (2,8 %) respondentů domnívalo, že sestra je podřízena ostatním členům týmu.



Obrázek 8 zachycuje názor sester na to, jaké postavení zaujímá komunitní sestra v týmu s ohledem na věk respondentů. Sestry mladší třiceti let 34 tedy (100%) se domnívaly, že role sestry v komunitní péči je srovnatelná v 73,5%, v 20,6% významnější a v 5,9% podřízenou.

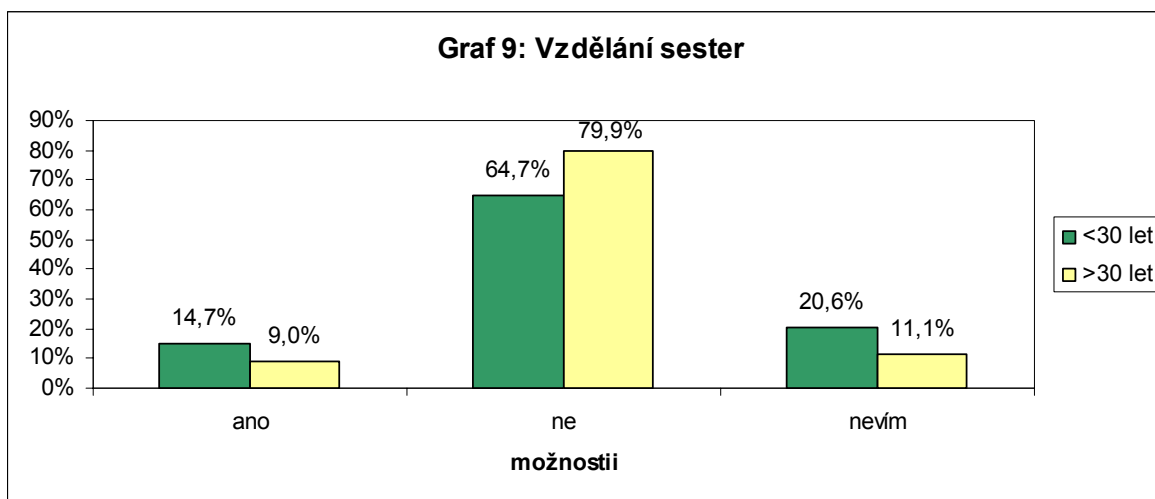
Sestry starší třiceti let, kterých bylo celkem 144 (100%) měly odpovědi následující. V 88,2% se domnívaly, že role sestry v komunitní péči je srovnatelná, v 9,7% významnější a v 2,1% podřízená.

S touto otázkou souvisí hypotéza číslo čtyři, která tvrdí, že sestry starší třiceti let si více uvědomují důležitost postavení psychiatrické sestry v komunitní péči než sestry mladší. I když jsou rozdíly v odpovědích patrné, ukázaly se být opačné, než jsme předpokládaly. Pro tuto otázku se hypotéza zamítá. (Nulová hypotéza, předpokládající, že mezi věkovými kategoriemi nebude rozdíl, byla přijata na hladině významnosti 8,8%).

Tabulka 28: Potřeba vysokoškolského vzdělání pro komunitní sestry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	18	10,1	10,1	10,1
	ne	137	77,0	77,0	87,1
	nevím	23	12,9	12,9	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Zajímavé byly i odpovědi respondentů na otázku, zda sestra v komunitní péči potřebuje vysokoškolské vzdělání, které nalezneme v tabulce 28. Dle 137 (77%) respondentů komunitní sestra nemusí být vysokoškolsky vzdělána. 18 (10,1%) respondentů se domnívalo, že by vysokou školu sestry mít měly. Z celkového počtu 178 (100%) respondentů na tuto otázku neznal odpověď 23 (12,9%) respondentů.



Obrázek 9 popisuje názor sester na to, zda by komunitní psychiatrická sestra měla mít vysokoškolské vzdělání. Sestry mladší třiceti let (34 tedy 100%) se domnívaly v 14, 7%, že ano, v 64,7% že ne, a 20, 6% dotazovaných sester mladších třiceti let odpověď neznalo.

Sestry starší třiceti let, kterých bylo celkem 144 (100%), se v 9% domnívaly že ano, v 79,9% že ne, a 11,1% sester starších třiceti let nevědělo.

S touto otázkou souvisí také hypotéza, která tvrdí, že sestry starší třiceti let si více uvědomují důležitost postavení psychiatrické sestry v komunitní péči než sestry mladší. I zde jsou drobné rozdíly v odpovědích, ale i tak byla hypotéza pro tuto otázku zamítnuta. (Nulová hypotéza byla pro tuto otázku zamítnuta na hladině významnosti 19%).

Tabulka 29: Oblasti, do kterých zasahuje komunitní péče

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	všechny	92	51,7	51,7	51,7
	některé	85	47,7	47,7	99,3
	žádné	1	0,6	0,6	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 29 se zabývá otázkou, zda komunitní péče zasahuje do všech oblastí klientova života. Dle 92 (51,7%) respondentů zasahuje komunitní péče do všech oblastí života pacienta. Jen do některých oblastí pacientova života zasahuje komunitní péče podle 85 (47,7%) respondentů. To, že komunitní péče nezasahuje do žádné oblasti pacientova života, se domníval 1 (0,6%) respondent z celkového počtu 178 (100%).

Tabulka 30: Zdroje informací o komunitní péči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	internet	112	62,9	62,9	62,9
	literatura	22	12,4	12,4	75,3
	odborníci	20	11,2	11,2	86,5
	školení	24	13,5	13,5	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Největší počet respondentů 112 (62,9%) by shánělo informace na internetu. 22 (12,4%) respondentů by informace o komunitní péči shánělo v odborné literatuře a časopisech. Na jiné odborníky by se zaměřilo 20 (11,2%) respondentů. Z celkového počtu 178 (100%) respondentů by využilo školení a přednášky 24 (13,5%) respondentů.

K této otázce se vztahovala hypotéza, předpokládající, že informace o komunitní péči sestry shánějí spíše z literatury a internetu než ze seminářů. Pro tuto otázku byla hypotéza přijata. (Nulová hypotéza byla pro tuto otázku zamítnuta na hladině významnosti 0,01%)

Tabulka 31: Zájem o oblast komunitní péče

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	84	47,2	47,2	47,2
	ne	94	52,8	52,8	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

O problematiku komunitní péče se již někdy zajímalo 84 (47,2%) respondentů. Naopak o tuto problematiku se nikdy nezajímalo 94 (52,8%) respondentů z celkového počtu 178 (100%).

K této otázce se vztahovala také hypotéza, předpokládající, že informace o komunitní péči sestry shánějí spíše z literatury a internetu než ze seminářů. Zjišťovala, zda mají sestry o tuto problematiku zájem, a zda se již samy snažily o ní něco dozvědět. Pro tuto otázku je hypotéza zamítnuta. Sestry se k problematice staví neutrálně. (Testovaná nulová hypotéza byla přijata, dosažená hladina významnosti byla 45% ).

Tabulka 32: Setkání s komunitní sestrou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	35	19,7	19,7	19,7
	ne	143	80,3	80,3	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Z celkového počtu 178 (100%) respondentů se s komunitní sestrou již setkalo 35 (19,7%), s komunitní sestrou se nikdy neseťkalo 143 (80,3%) respondentů.



Tabulka 33: Oblast práce komunitní sestry

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nesetkalo	143	80,3	80,3	80,3
	bydlení	1	0,6	0,6	80,9
	práce	2	1,1	1,1	82,0
	stacionář	22	12,4	12,4	94,4
	svépomocné skupiny	2	1,1	1,1	95,5
	více oblastí	8	4,5	4,5	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 33 navazuje na předchozí otázku a znázorňuje, ve které oblasti komunitní péče sestra pracovala. Jak již bylo znázorněno, 143 (80,3%) respondentů se s komunitní sestrou nikdy nesetkalo. S komunitní sestrou pracující v oblasti chráněného bydlení se setkal 1 (0,6%) respondent. 2 (1,1%) respondenti se setkali s komunitní sestrou pracující v oblasti chráněné práce. Se sestrou pracující ve stacionáři se setkalo 22 (12,4%) respondentů. V oblasti svépomoci se pohybovala komunitní sestra, s kterou se setkali 2 (1,1%) respondenti. S komunitní sestrou pracující ve více oblastech komunitní péče se setkalo 8 (4,5 %) respondentů z celkového počtu 178 (100%).

Tabulka 34: Nejrozvinutější oblast komunitní péče

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	bydlení	133	74,7	74,7	74,7
	práce	45	25,3	25,3	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Z celkového počtu 133 (74,7%) respondentů se domnívalo, že nejvíce jsou v ČR rozvinuty služby na podporu chráněného bydlení. Naopak 45 (25,3%) respondentů se domnívalo, že nejvíce jsou v České republice rozvinuty služby na podporu chráněné práce.

S touto otázkou souvisela hypotéza, zkoumající, kterou službu komunitní péče považují sestry v České republice za nejčastější. Předpoklad byl takový, že se sestry domnívají, že častější jsou služby zaměřené na podporu bydlení oproti jiným službám komunitní péče. Analýza této otázky ukázala, že se sestry domnívají, že jsou častější služby zaměřené na podporu bydlení. Proto hypotézu přijímáme. (Nulová hypotéza byla pro tuto otázku zamítnuta na hladině významnosti 0,01%).

Tabulka 35: Zastoupení žen a mužů v komunitní péči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	177	99,4	99,4	99,4
	ne	1	0,6	0,6	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 35 popisuje, jak odpověděli respondenti na dotaz, zda by měli být v komunitním týmu zastoupeni muži i ženy. Z celkového počtu 178 (100%) respondentů se domnívá 177 (99,4%) respondentů, že by měly být zastoupeni muži i ženy. Opak předpokládá 1 (0,6%) respondent.

Tabulka 36: Přítomnost zvířat v komunitní péči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	157	88,2	88,2	88,2
	ne	21	11,8	11,8	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Tabulka 36 znázorňuje odpovědi respondentů na to, zda má v komunitním týmu místo pes či kočka. 157 (88,2%) respondentů se domnívalo, že ano. Naopak to, že zvíře by nemělo být v komunitním týmu, předpokládalo 21 (11,8%) respondentů.

## 5. Diskuze

Na začátku šetření byly stanoveny tři cíle práce. Prvním cílem bylo zjistit, jaké je povědomí psychiatrických sester o komunitní péči v psychiatrii. K tomuto cíli se vztahovaly následující hypotézy. První hypotéza předpokládala, že sestry s psychiatrickou specializací, či sestry s VOŠ a vysokoškolským vzděláním mají více znalostí o okolnostech poskytování komunitní péče než středoškolsky vzdělané sestry. Tuto hypotézu se však nepodařilo statisticky potvrdit. Druhá hypotéza se zabývala otázkou, kterou službu komunitní péče považují sestry v České republice za nejčastější. Předpoklad byl takový, že se sestry domnívají, že častější jsou služby zaměřené na podporované bydlení, oproti jiným službám komunitní péče. Tato hypotéza se také nepodařila prokázat. Odpovědi vztahující se k této hypotéze mimo jiné prokázaly, že se sestry domnívají, že v našich podmínkách je komunitní péče nedostatečně rozvinuta. Toto zjištění se shoduje s názory některých autorů na stav komunitní péče v České republice (2, 36, 47, 58). Třetí hypotéza vztahující se k tomuto cíli předpokládá, že informace o komunitní péči sestry sbírají častěji z literatury a internetu než ze seminářů. Tato hypotéza byla potvrzena. Překvapivé bylo, že o problematiku komunitní péče se aktivně zajímá pouze 47,2% respondentů, ale seminářů na toto téma by se zúčastnilo 79,2% dotazovaných. Svou roli v tom může hrát i nutnost sběru kreditů. To je však pouze domněnka, která by se musela podrobit dalšímu zkoumání.

Druhý cíl zjišťoval, jaký význam přikládají psychiatrické sestry komunitní péči v psychiatrii. První hypotéza se věnovala problematice šetrnosti komunitní péče a předpokládala, že sestry, které mají délku praxe delší než deset let, se budou častěji domnívat, že komunitní péče je pro psychiatrické pacienty šetrnější než hospitalizace, narozdíl od sester s dobou praxe kratší než deset let. Otázky vztahující se k této hypotéze ji však statisticky nepotvrdily. Druhá hypotéza tvrdí, že sestry starší třiceti let si více uvědomují důležitost postavení psychiatrické sestry v komunitní péči než sestry mladší. Ani tuto hypotézu odpovědi respondentů nepotvrdily.

Dalším cílem bylo zjistit, ve kterých oblastech komunitní psychiatrické péče sestry působí. Jak vyplývá z teoretické části této práce, jsou oblasti, kde jsou sestry nepostradatelné. Jde například o case management, kde sestra řídí péči o pacienta a její

místo je nezastupitelné (58). S touto rolí však bezprostředně souvisí i vysoké požadavky na samostatnost a zodpovědnost. Při realizaci krizových služeb závisí na druhu jejich zaměření. Například u krizových telefonických linek není sesterské vzdělání podmínkou, zde stačí patřičné proškolení. Opačným příkladem jsou krizová zařízení s možností přespaní, kde je přítomnost sestry nezbytná (35). V oblastech, jako jsou denní komunitní centra nebo chráněná práce, sestra už nenalézá takové uplatnění a prioritní jsou zde jiní členové multidisciplinárního týmu, jako například pracovní terapeuti. Sestra se zde může uplatnit jako specialista například na poruchy příjmu potravy (45). V oblasti bydlení je klíčový stupeň jeho chráněnost. Pokud jde o bydlení s vysokým stupněm ochrany, je sestra potřebná. Následně by se dala komunitní psychiatrická péče dělit podle toho, jaké klade požadavky na vzdělávání sester nebo jejich specializaci. Je patrné, že v oblasti, jako je domácí péče nebo case management, budou kladeny vyšší požadavky na vzdělání, ale i na všeobecný přehled sester a schopnost využívat mezioborové vztahy. Odlišné požadavky budou v krizových intervencích, kde je prioritou především komunikace a psychoterapeutické znalosti (3, 35, 36) . Pro všeobecné sestry, pracující s duševně nemocnými je v současnosti k dispozici specializační vzdělání ošetrovatelská péče v psychiatrii. Komunitní péče o psychiatricky nemocné bude součástí nového vzdělávacího programu tohoto oboru. Obor, vybíraný žadatelem, je zcela na jeho vlastním uvážení (příloha 16).

Autoři se shodují v tom, že standardy pro komunitní péči je třeba rozvíjet (20). Tato práce se snažila přispět k rozvoji problematiky i tvorbou standardu komunitní péče (příloha 14).

V neposlední řadě bylo cílem zmapovat komunitní péči o psychiatricky nemocné v Jihomoravském kraji a kraji Vysočina. V přílohách (přílohy 1- 12) jsou představena jednotlivá centra a občanské iniciativy, kterých je v obou krajích celkem 12. V kraji Vysočina jsou stěžejními zařízeními, která poskytují komunitní psychiatrickou péči Fokus Vysočina, o.s a sdružení Vor. V Jihomoravském kraji komplexní služby duševně nemocným nabízí například občanské sdružení Práh, z menších organizací Kolumbus nebo Vida. Rozložení komunitních služeb v kraji Vysočina je rovnoměrnější a v každém větším městě kraje je nějaké komunitní psychiatrické zařízení.

V Jihomoravském kraji je většina komunitních služeb soustředěna v Brně. Tento stav je nejspíše ovlivněn i historicky, protože na Vysočině byla dřívější okresní města více závislá sama na sebe, zatímco na jižní Moravě se služby většinou přirozeně centralizovaly do Brna.

Komunitní služby v Jihomoravském kraji a kraji Vysočina se zdají být na dobré úrovni, jelikož se snaží být dle doporučení: lokální, komplexní, plánovaná, individualizovaná a podporující samostatnost (20, 58). Oblast spolupráce komunitních center s místními orgány, jejich vzájemnou propojenost nemůžeme hodnotit, neboť nebyla předmětem našeho zkoumání. Je však třeba zlepšit informovanost veřejnosti a to především odborné veřejnosti o komunitní péči (20). Odborná veřejnost, jako jsou právě psychiatrické sestry, nemá o komunitní psychiatrické péči příliš veliké znalosti. Z tabulky 18, je patrné, že pouze 37,1% sester zná ve svém okolí nějakou psychiatrickou komunitní službu. Lze předpokládat, že u široké veřejnosti bude stav povědomí o komunitních službách ještě horší. Je proto nutné zvýšit povědomí veřejnosti o možnostech a výhodách komunitní péče a podpořit vzdělávání sester v této oblasti (14). Stejně tak by bylo potřeba zlepšit i komunikaci mezi lůžkovými a komunitními službami, aby se zefektivnila péče. Jak je patrné z tabulek 32. a 33. pouze 19,7% dotazovaných se někdy setkala se sestrou, která pracuje v komunitní péči, a to nejčastěji v komunitních centrech. S tím souvisí i fakt, že komunitních sester zatím není mnoho, a proto je žádoucí, aby se tato oblast práce sester více rozvíjela. Jak je z prostudovaných materiálů patrné, v budoucnosti bude těžiště psychiatrické péče ležet právě v komunitní péči, a proto je nutné klást větší důraz na rozvoj této oblasti (2, 8, 50). Význam komunitní péče bude narůstat i v kontextu negativních společenských událostí, jako jsou například finanční krize, stárnutí populace.

Z výzkumu mimo zkoumané hypotézy vyšly najevo ještě další zajímavé souvislosti a skutečnosti. Ze vzorku oslovených sester můžeme usuzovat, že nejvíce sester pracujících v psychiatrických léčebnách v oslovených krajích ve věkové kategorii mezi 41- 50 roky, což odpovídá i trendu ve společnosti. S tím souvisí i fakt, že asi 58,4% dotazovaných má délku praxe na psychiatrickém oddělení přes deset let a 71,9% dotazovaných sester má pouze středoškolské vzdělání. To odráží i současnou situaci

českých sester. Z toho vyplývají i opatření, která je nutné realizovat ke zlepšení tohoto stavu, a to především ve zvyšování kvalifikace sester, která souvisí i se současnou nutností registrace sester.

Zajímavé byly také odpovědi respondentů na dotaz, zda komunitní sestra potřebuje vysokoškolské vzdělání. Zde je velmi zarážející, že pouze 14,7% sester mladších třiceti let a 9% sester starších třiceti let se domnívají, že komunitní psychiatrická sestra by měla mít vysokoškolské vzdělání. Tento výsledek je odlišný od jiného výzkumu, kde autorka uvádí, že při rozhovorech přes polovina dotazovaných uvedla, že by sestry pracující v komunitní péči měly mít vysokoškolské vzdělání (32). Vliv na odlišné výsledky může mít rozdílnost metod při sběru dat, jelikož autorka použila rozhovor.

Alarmující výsledky však přinesl dotaz, které oblasti péče sestry pokládají za komunitní. Do komunitních služeb dle většiny respondentů patří například komunitní centra a chráněné dílny a to uvedlo 97,8% dotazovaných, nebo svépomocné skupiny 63,5% dotazovaných. Naopak do komunitních služeb dle většiny respondentů nepatří například ambulantní péče 84,3% odpovědí nebo rodina 57,9% a domácí péče u 74,2% dotazovaných. Možným vysvětlením je fakt, že s komunitní péčí má zkušenost pouhých 29,8% respondentů. I to je však závažné zjištění, neboť rodina, která by měla být stavebním kamenem celého tohoto principu péče, není sestrami za komunitní péči považována, stejně jako například ambulantní péče (58). Jelikož jsou všeobecné tendence ke změně systému psychiatrické péče v České republice a v podstatě k těmto změnám již částečně dochází, je třeba, aby sestry o nich byly informovány, protože následně ony by měly být jedním z elementů přinášejícím pokrok v této oblasti (12, 14). Tato skutečnost však souvisí i s tím, že jen malé procento sester se o tuto problematiku zajímalo samo aktivně.

V neposlední řadě bylo zjištěno, že psychiatrické sestry se domnívají, že v komunitní péči by měli být rovnoměrně zastoupeni muži i ženy, (99,4% dotazovaných sester) a také, že by mohlo být součástí komunitní péče i zvíře (88,2% respondentů). To se praktikuje již dnes v některých komunitních centrech, jako

například Filia, kde uplatňují canesterapii a slaví s touto metodou řadu úspěchů ( příloha 2).

Podobné výzkumy vědomostí sester byly uskutečněny například při vytváření výukových modulů pro psychiatrické komunitní sestry, kde se zkoumalo, jaké vědomosti by k dobrému vykonávání své práce potřebovaly. Výzkum probíhal formou rozhovoru s respondenty, pracujícími v různých oblastech psychiatrické péče. Dle tohoto šetření měly sestry pracující v psychiatrických léčebnách o komunitní péči jen mlhavou představu. I zde se však ukázalo, že velký význam má osobní snaha sester se o komunitní péči něco dozvědět a chuť se dále vzdělávat. Z výzkumu vyplynulo, že sestry mají zájem o vzdělávacích akce z oblasti komunitní péče, a také by uvítaly lepší znalosti z oblasti komunikace (6).

Domníváme se, že dnešní společnosti není lhostejný osud duševně nemocných. Je mnoho aktivit i iniciativ, které se snaží pomoci v ochraně jejich práv a zlepšení kvality jejich života. To, že komunitní péče je pro duševně nemocné přínosná, dnes snad již nikdo nepochybuje. Dokladem toho je například i mnoho studií a aktivit, které tuto problematiku zkoumají a snaží se ji rozvíjet. Jedním z projektů, které rozvíjejí znalosti sester v problematice komunitní péče, je například projekt E- learningových programů výuky komunitní péče. Stejně důležitý je i rozvoj služeb, jako např. projekty MATRAII – III. Jak již bylo zmíněno, komunitní péče se dostává do popředí zájmu mezinárodních organizací a její rozvoj je na mezinárodním poli prioritou. (3, 40, 58, 67).



## 6. Závěr

Praxe potvrdila, že komunitní péče je jednou z moderních alternativ léčby pacientů. Jako v jiných oborech, tak i v psychiatrii má svou nezastupitelnou úlohu. V psychiatrii je její význam o to důležitější, neboť psychiatrická onemocnění jsou chronická a péče o pacienty je většinou dlouhodobého charakteru. Komunitní péče může psychiatrickým pacientům, kteří jsou v stabilizovaném stavu svého onemocnění, nabídnout mnohem více možností, jak prožít hodnotnější život, narozdíl od dlouhodobé hospitalizace. Pokud jde o komunitní služby, které jsou komplexní, jak ukázala analýza komunitních center a zahrnují širokou škálu pomoci a podpory duševně nemocných. Jde například o možnost spolupodílení se pacienta na vlastní léčbě, dále různé služby pomoci a podpory, které jsou nápomocny jen tam, kde pacient potřebuje, ale jinak mu ponechávají autonomii. Pro psychiatrické pacienty jsou velkým přínosem komunitní centra, kde je jim přes den věnována veškerá potřebná odborná péče. Zde je jim nabídnuta pomoc při resocializaci, podpora v krizových situacích a při seberealizaci, ale odkud se mohou večer vrátit do svého domácího prostředí. Tento způsob péče má přínos také pro širokou veřejnost, jelikož nabízí řadu informací nejen o duševním zdraví, o soužití s duševně nemocnými, ale i řadu kulturních, výtvarných a jiných doprovodných aktivit. Pokud je duševně nemocným dána příležitost spolupodílet se na chodu společenství, například tvorbou drobné keramiky, či vykonáváním nenáročných prací, jsou za to vděční a mají pocit docenění. Neopomenutelnými výhodami komunitní péče je však také snižování stigmatizace duševně nemocných a nižší finanční náročnost oproti hospitalizaci. Je však nutné podotknout, že komunitní péče není vhodná pro každého duševně nemocného pacienta.

Role sestry v komunitní péči je svým individuálním a osobním přístupem v častém kontaktu s pacientem hluboce lidská a nepostradatelná. Dá se říci, že je mimo jiné, jeho advokátem, edukátorem, managerem, konzultantem a komunikátorem, ale tyto termíny za sebou skrývají především snahu pomoci člověku.

Využití této práce vidíme především v souhrnu informací o této problematice, která může být použita jako studijní materiál. Prakticky je tato práce využitelná také pro

přehled komunitních center pro duševně nemocné či jejich rodiny, i když tyto informace je třeba stále aktualizovat, neboť se tato oblast velmi rychle rozvíjí a mění. V neposlední řadě bude do praxe aplikovatelný i vytvořený standard.

## 7. Literatura

1. BALOGOVÁ, B. Som duševne chorý a chcem pracovať. *Kontakt*. České Budějovice: 2008, roč. 10, č. 2, s. 397- 409. ISSN 1212-4117.
2. BÁRTLOVÁ, S. Ošetrovatelství v systému komunitní zdravotní péče. *Kontakt*. České Budějovice: 2009, roč. 11, č. 1, s. 109-114. ISSN 1212-4117.
3. BÁRTLOVÁ, S.- MARKOVÁ, M. Specializační vzdělání pro všeobecné sestry a porodní asistentky v komunitní péči E-learningem. *Kontakt*. České Budějovice: 2009, roč. 11, č. 1, s. 175-177. ISSN 1212-4117.
4. BAUDIŠ, P. *Psychiatrie v číslech*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 32 s. ISBN 80-85121-35-2.
5. BEDNÁŘOVÁ, J. Duševní onemocnění a ztráta bydlení. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 10, s. 49-50. ISSN 1210-0404.
6. BEŇADIKOVÁ, D. – RAPČÍKOVÁ, T. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 12, s. 28 – 30. ISSN 1210-0404.
7. BOUČEK, J. Rehabilitace v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2004, roč. 5, č. 5, s. 250 – 252. ISSN 1213-0508.
8. BOLEDOVIČOVÁ, M. Komunitné ošetrovatel' stvo vo vzt'ahu k humanizmu a filantropii. In: TÓTHOVÁ, V. – SEDLÁKOVÁ, G. – TREŠLOVÁ, M. *Nové trendy v ošetrovatelství V*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2006, s. 18 – 23. ISBN 80–7040-884–7.

9. ČERMÁKOVÁ, J. Komunikace s duševně nemocným. *Florenc*. Praha: 2010, roč. 6, č. 3, s. 20 – 21. ISSN 1801- 464X.
10. ČERNÁ, B. Komunitní přístup k duševnímu zdraví. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 3, s. 62. ISSN 1210-0404.
11. DUŠEK, K. – VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 176 s. ISBN 80–247–0197–9.
12. EDELMAN, L. C. – MANDLE, L. C. *Health promotion throughout the life span*. 6. vyd. St. Louis: Mosby, 2006. ISBN-10: 0-323-03128-5.
13. FESTOVÁ, A. *Vize komunitního ošetrovatelství ČR*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství, 2006. 195 s. Vedoucí diplomové práce Valérie Tóthová.
14. FESTOVÁ, A. Komunitní ošetrovatelství v ČR se zaměřením na péči porodních asistentek. *Moderní babičtví*. Praha: 2007, roč. 7, č. 12, s. 1-5. ISSN 1214-5577.
15. FOITOVÁ, Z. – LORENC, J. Možnosti krizové pomoci pro lidi s psychózou. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2009, roč. 10, č. 1, 2, s. 36-38, 92-95. ISSN 1213-0508.
16. FORTINASH, M. K. – WORRET, H. A. P. *Psychiatric nursing care plans*. 4. vyd. St. Louis: Mosby, 2003. 404 s. ISBN 0–323–01482- 8.
17. HANZLÍKOVÁ, A. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2007. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.

18. HEJZLAR, P. Komunitní péče v psychiatrii a psychosociální rehabilitace. In: BERAN, J. *Acta psychiatrica postgradualia bohemica* 2. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, s. 98 – 113. ISBN 80-7262-271-4.
19. HOSKOVCOVÁ, S. *Psychosociální intervence*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 184 s. ISBN 978-80-246-1626-1.
20. HÖSCHL, C. – LIBIGER, J. – ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2004. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.
21. CHAPUT, Y. J. A. – LEBEL, M. J. *Demographic and Clinical Profiles of Patients Who Make Multiple Visits to Psychiatric Emergency Services*. [online]. c 2007, poslední revize 28. 3. 2010 [cit. 2009-1-12] Dostupný z WWW: <<http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/full/58/3/335?maxtoshow=&HITS=25&hits=25&RESULTFORMAT=&fulltext=community+psychiatrie&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>>.
22. JANÍČEK, J. *Cyril Höschl : Kde bydlí lidská duše*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 176 s. ISBN 80-7178-954-2.
23. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
24. JIRÁK, R. – HOLMEROVÁ, I. – BORZOVÁ, C. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-274-2454-6.
25. KALINA, K. *Terapeutická komunita*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 400 s. ISBN 978-80-247-2449-2.

26. KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTNÍ. *Zelená kniha –zlepšení duševního zdraví obyvatelstva*. [online]. c 2005, poslední revize 14. 10. 2005 [cit. 2010-3-2] Dostupný z WWW: < [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005\\_0484cs01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005_0484cs01.pdf)>.
27. KONEČNÝ, M. Rehabilitace a psychoterapie pacientů s počínajícími chronickým psychotickým onemocněním – komplexní péče v denním stacionáři Fokus. *Praktický lékař*. Praha: 2005, roč. 85, č. 3, s. 159-164. ISSN 0032-6739.
28. KOPÁČIKOVÁ, M. – CETLOVÁ, L. – SVOBODOVÁ, D. Ošetrovanie chorých Alzheimerovou chorobou. *Florenc*. Praha: 2010, roč. 6, č. 2, s. 36 – 38. ISSN 1801- 464X.
29. KOZIER, B. - ERB, G. – OLIVIERI, R. *Ošetrovatel'stvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80–217–0528–0.
30. KRÁTKÁ, A. – ŠILHÁKOVÁ, G. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. 159 s. ISBN 978–80–7318- 726- 2.
31. KŘINOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80–247–0179- 0.
32. LUPÍŠKOVÁ, Š. *Možnosti využití kompetencí sestry pro komunitní péči v oblasti péče o zdraví v ČR*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství, 2009. 173 s. Vedoucí diplomové práce Andrea Festová.
33. MALÁ, E. – PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN: 80-7178-700-0.

34. MAREŠ, J. Komunita a zdraví. *Praktický lékař*. Praha: 2005, roč. 85, č. 12, s. 716-722. ISSN 0032-6739.
35. MARKOVÁ, E. – VENGLÁŘOVÁ, M. – BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80- 247-1151-6.
36. MARKOVÁ, M. – MIKULKOVÁ, J. Jak můžeme přispět k rozvoji komunitní péče v České republice. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 9, s. 16 - 18. ISSN 1210-0404.
37. MARTINCOVÁ, J. Smíšená úzkostně- depresivní porucha. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 10, s. 54. ISSN 1210-0404.
38. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
39. MITTON, R. C. et al. *Continuity of Care and Health Care Costs Among Persons With Severe Mental Illness* [online]. c 2005, poslední revize 15. 4. 2009 [cit. 2009-12-29] Dostupný z WWW:  
<<http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/full/56/9/1070?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=community+care&searchid=1&FIRSTINDEX=50&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT> >.
40. MZČR. Zdraví 21 - *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (Projednán vládou České republiky dne 30. října 2002 – usnesení vlády č. 1046)*. [online]. c 2003, [cit. 2010-2-3] Dostupný z WWW: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/zdravi-21-dlouhodoby-program-zlepsovani-zdravotniho-stavu-obyvatelstva-cr-zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti-projednan-vladou-ceske-republiky-dne-30-rijna-2002-usneseni-vlady-c-1046> >.

41. Nařízení vlády 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Ve znění pozdějších předpisů. *Sbírka zákonů České Republiky*. Částka 156. Roč. 2004.
42. NEUBAUEROVÁ, K. Práce sestry na psychiatrickém oddělení. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 10, s. 49-50. ISSN 1210-0404.
43. NONDEK, M. – DOČKALOVÁ, E. – PREISS, M. Efektivita denního stacionáře u pacientů s diagnózou ze schizofrenního okruhu. *Psychiatrie*. Praha: 2009, roč. 13, č. 1, s. 4-9. ISSN 1211-7579.
44. ONDRIÁŠOVÁ, M. *Psychiatria*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-199-9.
45. PELKOVÁ, L. Témata psychologické intervence v léčbě poruch příjmu potravy. In: RABOCH, J. – ZRZAVECKÁ, I. – DOUBEK, P. *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, s. 166 – 169. ISBN 80-7262-420-2.
46. PĚČ, O. Přechodné zaměstnání v pracovní rehabilitaci závažně duševně nemocných. *Sociální práce*. Brno: 2005, roč. 2005, č. 1, s. 56-63. ISSN 1213-6204.
47. PĚČ, O. – PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
48. PĚČ, O.- WENIGOVÁ, B. – RAITER, T. Potřeby odborníků a uživatelů psychiatrické péče pro vytvoření modelu služeb pro duševně nemocné v Praze. *Psychiatrie*. Praha: 2009, roč. 13, č. 1, s. 10 - 14. ISSN 1211-7579.



49. PROBSTOVÁ, V. – ZVETTLER, J. *Celoživotní vzdělávání sester v oblasti psychiatrické rehabilitace a terénní práce v psychiatrii*. [online]. c 2007, poslední revize 7. 8. 2008 [cit. 2010-2-3] Dostupný z WWW: <  
<http://www.cmhcd.cz/jpds/setreni-vzdelavacich-potreb.html> >.
50. PFEIFFER, J. *Model sledování hodnocení a zkvalitnění komunitní péče pro duševně nemocné. Závěrečná zpráva*. [online]. c 2005, poslední revize 22. 4. 2009 [cit. 2010-2-3] Dostupný z WWW: <  
<http://www.cmhcd.cz/dokumenty/zaverecna-zprava-grant.pdf> >.
51. RABENSEIFEROVÁ, Z. – KRÁTKÁ, A. Práce sestry v agenturách domácí péče. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 1, s. 37 - 39. ISSN 1210-0404.
52. RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P. – JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie minimum pro praxi* 4. vyd. Praha: Triton, 2006. 211 s. ISBN: 80-7254-746-1.
53. SEKOT, M. – PAPEŽOVÁ, H. – UHER, R. Srovnání účinnosti léčby pacientek s poruchami příjmu potravy v denním stacionáři a pacientek hospitalizovaných. In: RABOCH, J. – ZRZAVECKÁ, I. – DOUBEK, P. *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, s. 236 – 239. ISBN 80-7262-420-2.
54. SCHEANSOVÁ, A. Alternativa akutní péče o psychiatrické pacienty: rezidenční zařízení. *Kontakt*. České Budějovice: 2007, roč. 9, č. 1, s. 54-64. ISSN 1212-4117.
55. SCHEFFLER, M. R. *Mental health care reform*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 258 s. ISBN 978- 80- 246- 1466- 3.

56. STANHOPE, M. – LANCASTER, J. *Foundations of nursing in the community*. 2. vyd. St. Louis: Mosby, 2006. ISBN-10: 0-323-03209-5.
57. STAŇKOVÁ, J. *Význam podporovaného bydlení pro duševně nemocné*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství, 2005. 195 s. Vedoucí diplomové práce Josef Kříž.
58. SUKOVÁ, M. editor. *Matra III. Komunitní psychiatrie v praxi*. [CD]. c 2005, [cit. 2009-10-10] Dostupný z WWW: < <http://www.cmhcd.cz/matra.html> >.
59. ŠEDIVEC, V. *Přehled dějin psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2008. 58 s. ISBN 978-80-87142-00-4.
60. ŠLAISOVÁ, I. – HOSÁK, L. – MICHÁLKOVÁ, V. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1.vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2004. 92 s. ISBN 80-86225-51-8.
61. ŠPATENKOVÁ, M. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 179 s. ISBN 80-247-0586-9.
62. TUČEK, J. – CHODURA, V. *Psychiatrie*. 3. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. 90 s. ISBN 80-7040-786-7.
63. VACHKOVÁ, L. Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2008, roč. 9, č. 3, s. 136 – 140. ISSN 1213-0508.
64. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. Částka 2. *Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků*. Praha: MZČR, 2006. 108 s.

65. Věstník Ministerstva Zdravotnictví ČR. Částka 9. *Metodické opatření – Koncepce ošetřovatelství*. Praha: MZČR, 2004. 8 s.
66. WHO. *Duševní poruchy v primární péči*. 1. české vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2001. 98 s. ISBN 80- 86471-13-6.
67. WHO. *Deklarace duševního zdraví pro Evropu* [online]. c 2005, [cit. 2010-3-20] Dostupný z WWW: <[http://www.cmhcd.cz/dokumenty/aknciplanMHHelsinky\\_cesky.pdf](http://www.cmhcd.cz/dokumenty/aknciplanMHHelsinky_cesky.pdf)>.
68. Zákon 96/ 2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Ve znění pozdějších předpisů. *Sbírka zákonů České Republiky*. Roč. 2004.
69. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ve znění pozdějších předpisů. *Sbírka zákonů České republiky*. Roč. 2006.

## **8. Klíčová slova**

Ošetrovatelská péče

Psychiatrie

Case Management

Podporované bydlení

Podporovaná práce

Komunita

Ošetrovatelství

Sestra

## 9. Přílohy

Příloha 1 - SPDN ČR - Sdružení pomoci duševně nemocným

Příloha 2 - Občanské sdružení Filia

Příloha 3 - Fokus Vysočina

Příloha 4- Hnutí na ochranu práv duševně nemocných

Příloha 5 – K – centrum Noe

Příloha 6 - o.s. Kolumbus

Příloha 7 – Spondea – obecně prospěšná společnost

Příloha 8 – Občanské sdružení Práh

Příloha 9 - Vida

Příloha 10 – o. s. pro podporu a péči o duševně nemocné Vor Jihlava

Příloha 11 – Klub v 9 centrum služeb pro podporu duševního zdraví

Příloha 12 - Paprsek naděje - Oblastní charita Třebíč

Příloha 13 – Dotazník

Příloha 14 – Standard

Příloha 15 – Model péče pro osoby s duševní poruchou

Příloha 16 - Dopis

## **Příloha 1**

**Sdružení na podporu psychiatricky nemocných:** SPDN ČR - Sdružení pomoci duševně nemocným – občanské sdružení

**Kontakt:** neuveden

**Náplň činnosti:** Sdružení duševně nemocných je dobrovolný svazek regionálních sdružení rodičů či příbuzných duševně nemocných. Jeho hlavními aktivitami jsou spolupráce se zákonodárnými orgány, kterým připomínají zákony z oblasti duševního zdraví a dohlíží na plnění mezinárodních smluv. Taktéž spolupracují s organizacemi podobného zaměření. Snaží se o snížení stigmatizace, zlepšení podmínek duševně nemocných a jejich začlenění do společnosti. Také se snaží pomocí osvětových programů zvýšit povědomí laiků i odborníků.

**Dosáhli:**

- Petice SPDN ČR - Novelou občanského soudního řádu - zák. č. 205/2005 Sb., kterým se mění zák. č. 99/1963 Sb.

- Protest proti zákonu o sociálních službách – iniciativa – BED IN – 2.7.2009

- Spolupráce s ombudsmanem a mnohé další

**Zapojení veřejnosti** : dobrovolníci, finanční dary

**Zdroj:** <http://www.spdn-cr.org/bude-vas-zajimat/>

## **Příloha 2**

**Psychiatrické komunitní centrum:** Občanské sdružení Filia

**Kraj:** Jihomoravský

**Adresa:** Kamenná čtvrť 111 , 639 00 Brno

**Telefon:** 543233459

**Pro koho:** pro duševně nemocné mladé lidi, kteří jsou ve stabilizovaném stavu onemocnění. Tyto klienti nemají v současné době žádné zaměstnání a nemají povinnou školní docházku. Služby jsou poskytovány i pacientům mimo Brno. Zařízení má rodinný charakter a klienti se mohou spolupodílet a plánovat aktivity.

**Služby:**

1) Denní stacionář-"Kamenka"- pro denní docházku 20 především mladých lidí s psychiatrickými a mentálními poruchami. Náplní činnosti denního stacionáře je pracovní terapie, arteterapie, kultura nebo sport. Některé výrobky se vytváří i na zakázku. Tyto aktivity slouží k udržení samostatnosti, sociálnímu začlenění k aktivitám patří i integrační programy. Služby jsou poskytovány bezplatně.

2) Canisterapie – jde o jedno z mála organizací, která má vypracovanou vlastní metodiku práce se znevýhodněnými dětmi a psy. Terapii provozují i formou víkendových kurzů nebo táborů. Své úspěchy s touto činností prezentovali na řadě mezinárodních konferencí. Psi jsou mimo jiné využíváni k sportovním aktivitám.

3) Publikační činnost – propagační akce, konference, akce na propagaci canisterapie.

4) Jednorázové akce – jako například Mikuláše, Dne dětí, besídky, koncerty a výstavy

5) Výrobky klientů - na festivalech, soutěžích či Abilyolympiádách získali řadu ocenění.

6) Zprostředkování práce – pro znevýhodněné na běžném pracovním trhu díky spolupráce s úřadem práce Brno město, venkov.

7) Poradenská činnost poradna YMCA- Především z okruhu studijních problémů, problémy s navazováním kontaktu, partnerské problémy, předmanželské problémy.

**Zapojení veřejnosti:** finanční dary

**Zdroj:** <http://www.sdruzeniifilia.cz/>

### **Příloha 3**

**Psychiatrické komunitní centrum:** Fokus Vysočina

**Kraj:** Vysočina ( Havlíčkův Brod, Pelhřimov, Chotěboř a Hlinsko)

**Adresa:** Dle pobočky- Nádražní 128 H.Brod, Humpolecká 736 Pelhřimov, Kosmonautů 262 Chotěboř, a Lidická 1213 Hlinsko.

**Telefon:** neuveden, na stránkách je kontaktní emailová adresa

**Pro koho:** pro duševně nemocné starší osmnácti let, někde je nutné doporučení psychiatra. Klient uzavírá smlouvu službě, do které se v rámci rehabilitace zapojuje. Na internetových stránkách je i podrobně popsán vstup pacienta do služeb a průběh jejich plánování. Služby kromě chráněného bydlení a denního centra jsou zdarma.

#### **Služby:**

##### **1) Sociální rehabilitace denní centrum:**

Pobočka Hlinsko - poradenství, sociálně aktivační a rehabilitační služby, získávání schopností a dovedností potřebných k samostatnému životu. Limitem je 45 osob na rok a bydliště v regionu.

Denní stacionář Chotěboř - Možnost třídního pobytu na zkoušku.

Pelhřimov a Havlíčkův Brod - komunitní týmy - poradenství, sociálně aktivační a rehabilitační služby, získávání schopností a dovedností potřebných k samostatnému životu. Limitem je 70 osob na rok a bydliště v regionu.

A, integrační a aktivizační programy : Chotěboř

Venkovní aktivity– venkovní aktivity, tedy návštěvy kin, galerií,výlety, solných jeskyní

B, sociální programy : k osvojení a získání sociálních dovedností, pro dlouhodobě nemocné pacienty zaměřené především na rozvoj komunikace, sebeobsluhy.

C, výukové kurzy: Počítačový kurz, kurz cizího jazyka v Havlíčkově Brodě.

Job chlub, - pomoc v orientaci na trh práce, pomoc v nalezení uplatnění v Havlíčkově Brodě, Pelhřimově.



2) Sociální poradenství: pomoc s řešením praktických problémů, dle potřeb pacienta. V regionech Pelhřimov, Havlíčkův Brod a Chotěboř.

3) Terapeutické dílny:

A, Sociálně terapeutické dílny – Podpora k získání a obnovení pracovních návyků. Nemocný je pod dohledem pracovního terapeuta. Poskytováno v Havlíčkově Brodě a Pelhřimově v obou pobočkách po šesti klientech.

B, Chráněné dílny – placená práce v chráněném prostředí. Ty probíhají v Chotěboři formou chráněné prádelny s mandlem pro 7 klientů a chráněné šicí dílny pro 6 klientů. V Havlíčkově Brodě je keramická dílna pro šest klientů a možnost práce v lese pro osim. V Pelhřimově potom šicí dílna, keramická dílna, opravárenská dílna, která se specifikuje na drobné domácí práce, práce na zahradě.

D, Přejídná práce – za pomoci asistenta v na trénovaném místě až po dobu 8 měsíců. Poskytováno v Havlíčkově Brodě a Pelhřimově.

C, Podpory v zaměstnání – zajišťuje služby, napomáhající k lepšímu uplatnění na trhu práce. Za pomoci i asistenta. Poskytováno v Havlíčkově Brodě a Pelhřimově.

4) Chráněné bydlení: pro klienty s perspektivkou návratu do běžného života. Podmínky: věk nad osmnáct let a pobyt maximálně dva roky, platba nájemného. Je zde dohled a dle potřeby i asistence. Poskytováno v Pelhřimově a Havlíčkově Brodě v obou pobočkách jsou místa pro dva klienty.

5) Casemanagement – komunitní tým – Hlinsko, Chotěboř, Pelhřimov, Havlíčkův Brod

6) Osobní asistence – v Chotěboři – pomoc s hygienou, doprovázení, pomoc s úklidem.

Je zaručována dobrovolnost, individualita, a respekt.

**Projekty** : Individuální projekt – kraj Vysočina

Individuální projekt – Pardubický kraj

**Zapojení veřejnosti** : dobrovolníci, finanční dary

**Vydávají vlastní časopis** : Provázek

**Zdroj:** <http://www.fokusvysocina.cz/pages.aspx?p=9>

## **Příloha 4**

**Sdružení na podporu psychiatricky nemocných:** Hnutí na ochranu práv duševně nemocných

**Kraj:** Vysočina

**Adresa:** Lnářská č. 109, Humpolec

**Telefon:** 0606/882173

**Náplň činnosti:** pomoc pacientům s obhajobou jejich práv a pomoci s jejich sociálními problémy. Snaží se dát najevo, že i psychiatrický pacient se může účinně bránit bezpráví. Nesouhlasí se stigmatizací ať již laickou či odbornou veřejností. HOPDN je jedna z mála organizací zabývajících se tímto problémem. K řešení těchto problémů využívá HOPD především medializaci problému.

Podporují osamostatňování psychiatricky nemocných a jejich větší nezávislost na okolí.

**Dosáhli:** petice – v letech 1999

### **Služby:**

1) Rekreační pobyty – dle zájmu a zaměření účastníků. Většinou po České republice.

2) Pomoc a rada – Na internetových stránkách je naznačeno jak postupovat před prvním kontaktem s psychiatrií. ( Názory jsou rozporuplné, někdy zkreslené)

**Zapojení veřejnosti** : dobrovolníci, finanční dary

**Vydávají vlastní časopis:** Cvok.

**Zdoj:** <http://hopdn.sweb.cz/>

## **Příloha 5**

**Centrum:** K – centrum Noe

**Kraj:** Vysočina

**Adresa:** Hybešova 10, Třebíč

**Telefon:** 568 840 688

**Pro koho:** K-centrum Noe je víceúčelové regionální zařízení, s nízkoprahovým přístupem pro uživatele drog (experimentátoři, uživatelé drog na taneční scéně, rekreační uživatelé drog, problémoví a rizikovní uživatelé). Aktivita jsou vyhledávání rizikových skupin, poradenství, kontaktní služby, pomoc, dlouhodobá práce s klienty, práce s informacemi, prevenci. Důraz je kladen především na ochranu zdraví.

### **Služby:**

1) Edukace – již na internetových stránkách je osnova, která napomáhá pacientům v boji se závislostí. Jak závislým, tak jejich rodinám i široké veřejnosti ( besedy, školení, přednášky..

2) Kontaktní centrum – pro uživatele, nabízí servis z oblastí biologických psychických i sociálních, poskytování informací, výkony obecně prospěšných činností, výměnné programy jehel, screening, poradenství, konzultace a mnohé jiné.

3) Terénní programy – po telefonické domluvě jsou služby poskytovány v terénu. Služby jsou obdobné jako v kontaktním centru.

4) Sociální poradenství - porada a pomoc při jednání s úřady.

5) Sociální rehabilitace: pracovní činnosti - k podpoře kreativity

6) Možnost práce v K – centru Noe.

7) Krizová intervence - on line poradna

**Projekty** : Most - preventivní program pro mládež, jde o probační program se snahou o resocializaci mladistvých s patologickým chováním.

**Zapojení veřejnosti** : finanční dary

**Zdroj:** <http://www.kcentrumnoe.cz/cze/>

## **Příloha 6**

**Sdružení na podporu psychiatricky nemocných:** o.s. Kolumbus

**Kraj:** Jihomoravský kraj

**Adresa:** Pastviny 324/58, Brno 62400

**Telefon:** 739 086 855

**Náplň činnosti:** Občanské sdružení KOLUMBUS je nezávislá, nevládní, nezisková organizace hájící práva duševně nemocných. Cílem je především chránit práva duševně nemocných, zkvalitnit jejich život, dosáhnout sociální spravedlnosti. Mimo jiné se také snaží zlepšit léčby v psychiatrických léčebnách, rozvíjet komunitní služby, prosazovat legislativní změny. Rozvoj spolupráce mezi organizacemi.

### **Služby:**

1) Pomoc a rada – na internetových stránkách jsou uvedeny užitečné odkazy, které by mohly duševně nemocní využít

- na internetových stránkách je poskytována zdarma on-line právnická poradna pro duševně nemocné.

2) Přednášková činnost, - semináře, edukace, školení

3) Pořádání výstav výtvarných děl uživatelů psychiatrické péče

4) Organizace výletů, rehabilitačních a výměnných pobytů pro uživatele

Zapojení veřejnosti : dobrovolníci, finanční dary,

**Projekty a aktivity** - Pacientští důvěrníci, Edukace pacientu - pacient pomáhá pacientovi, Komunitní plánování, Opatrovnictví

**Zdroj:** <http://www.os-kolumbus.org/index.htm>

## **Příloha 7**

**Psychiatrické komunitní centrum:** Spondea – obecně prospěšná společnost

**Kraj:** Jihomoravský

**Adresa:** Spondea při ČČK Brno, o.p.s., Sýpka 25, 613 00 Brno – Černá Pole

**Telefon:** 541 213 732

**Pro koho:** Snaha o zlepšení kvality života dětí, mladých lidí, a jejich blízkých a dále osob ohrožených domácím násilím. S cílem minimalizace obtížné životní situace a opětovně je začlenit do společnosti.

**Služby:**

1) Informovanost – účast na akcích vztahujících se k problematice centra, kde referují o zkušenostech a úspěších centra. Předávají zkušenosti a informace kolegům. Centrum je i jedním ze zakládajících členů Asociace pracovníků intervenčních center. Je také pořadatelem školicích kurzů zaměřených především na odhalování domácího násilí pro zdravotnické nebo sociální pracovníky i studentům.

2) Krizová intervence po telefonu

3) Krizová lůžka: Pro osoby v nouzi a ohrožení. Služba je poskytována na 1-7 nocí v komplikovaných situacích i déle. Zajištěna je hygiena, pomoc a poradenství.

4) Krizové - Intervenční centrum – Možnost porady a krizové intervence pro klienty, kteří potřebují pomoc a nejsou schopni problémy řešit svépomocí. Škála řečených problémů je od domácího násilí přes depresivní a pokusy o sebevraždy až k poruchám chování. Pomoc se poskytuje formou: sociálního poradenství, psychologickou pomocí, sociálně terapeutickou podporou. Služby jsou poskytovány 24 h denně.

**Projekty :**

-Program mezinárodní spolupráce v rámci péče o osoby ohrožené domácím násilím z řad imigrantů v ČR.

-Komplexní přístup ke vzdělávání pracovníků v sociálních službách jako pilíř naplnění standardů kvality sociálních služeb

-Komplexní péče pro osoby ohrožené sociálním vyloučením „ pod jednou střechou“

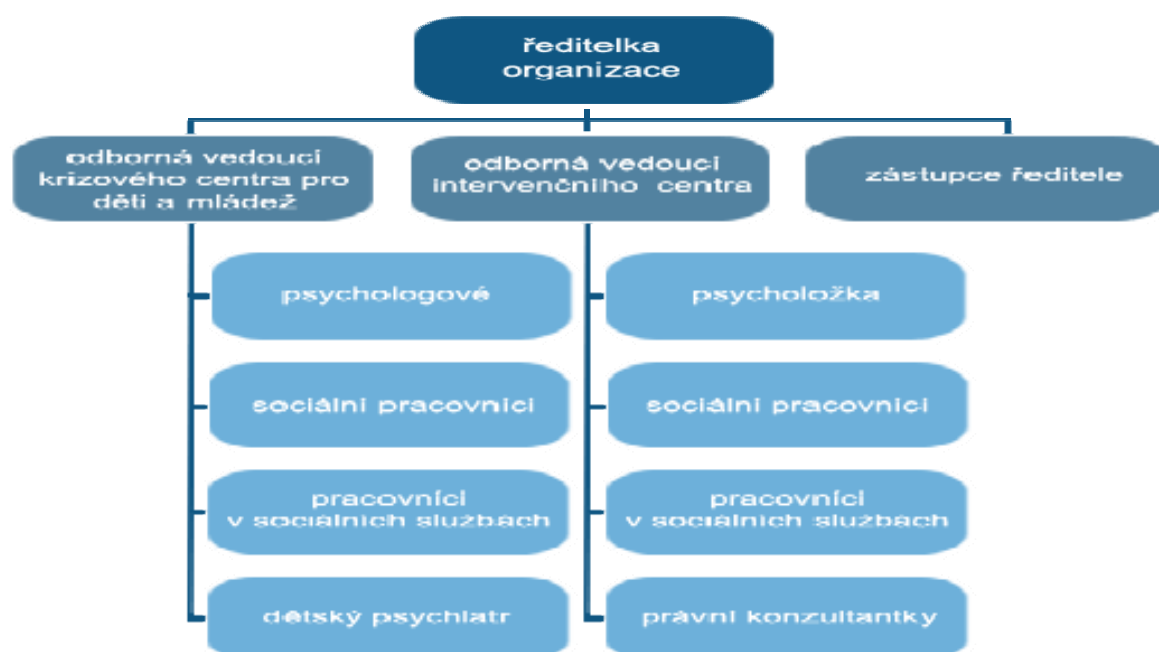
-Multimediální forma pomoci a vzdělání sociálně znevýhodněných

**Zapojení veřejnosti** : finanční dary, materiálními dary nebo službami

Centrum nabízí dárčům následující výhody:

- možnost odpočtu dní za dar
- uvedení informací o dárci webových stránkách centra
- dárce na výročních zprávách, tiskovinách a akcích
- možnost prezentací v prostorách centra
- informování o činnosti centra

### **Struktura organizace**



**Zdroj:** <http://www.spondea.cz/odborna-verejnost/index.php?url=onas>

## **Příloha 8**

**Psychiatrické komunitní centrum:** Občanské sdružení Práh

**Kraj:** Jihomoravský

**Adresa:** Tuřanská 12, 620 00 Brno

**Telefon:** 545 229 339

**Pro koho:** Občanské sdružení Práh pomáhá lidem s psychotickým onemocněním z Brna a okolí při jejich znovu začlenění do běžného života. Snahou je osamostatňování v souvislosti s prací, bydlením, a dalšími aktivitami. Dále se snaží prosazovat a hájit práva klientů nebo podporovat svépomocné aktivity a snížit stigmatizaci psychiatrických pacientů. Tato služba je určena pro dlouhodobě duševně nemocní, kteří jsou ve stabilizovaném stavu a je jim více jak osmnáct let.

### **Služby:**

**1) Edukace:** rodinných příslušníků – deset lekcí po hodině a půl, příspěvek 50 Kč.

**2) Sociální centrum a rehabilitace:** se zaměřením na výchovné, vzdělávací, terapeutické a komunikační dovednosti. Kritéria: věk 18 – 58let, stabilizovaný stav, motivace a bydliště v Brně. Zájemci mohou docházet na akce i jednorázově. Poplatek 20-40 Kč za lekci, akci dle druhu. U vzdělávacích nebo aktivizačních aktivit je možnost požádat o prominutí platby.

A, integrační programy : Kreativní dílna- keramika, ruční práce, Akce – venkovní aktivity se uskutečňují převážně v odpoledních hodinách. Po domluvě s terapeutem se může zúčastnit i známý či člen rodiny klienta. Aktivity mohou probíhat v různých prostředích, a to v galeriích, venku, nejrůznější sportovní aktivity, kuželky, hvězdárna. Klub - k společenské a informační funkci, zábavě, relaxaci.

B, sociální programy : Pacient si za pomoci terapeuta stanovuje cíle, kterých chce dosáhnout, a oblasti ve kterých se chce zlepšit. Terapeut se snaží vhodným vedením dosáhnout ve spolupráci s pacientem k dosažení cílů. Nejprve je činnost nacvičována, následně pod dohledem vykonávána. Služba je určena maximálně pro 36 klientů bezplatně.

C, výukové kurzy: Počítačový kurz – osvojení si práce s počítačem i pro pokročilé. Cizí jazyk- pro začátečníky. Taichi, Šachy, Ping- pong, Muzikoterapie

3) Sociální poradenství: pomoc s řešením problémů práce, zaměstnání, duševního zdraví, volným časem, dále pomoc s výplatou dávek, jednání se sociálním úřadem.

4) Terapeutické dílny:

A, Rukodělná – výroba drobných předmětů na zakázku. Odstupňováno dle schopností klientů a náročnosti práce.

B, Sociálně terapeutická dílna Trojlístek – slouží k šití, ruční výtvarné činnosti, administrativně pomocná práce. Práce je odstupňována dle schopností klienta.

C, Cafe Práh – tréninková kavárna slouží k nácviku práce v chráněném prostředí za podpory terapeuta. V kavárně se prodávají i výrobky z chráněných dílen, nebo se zde mohou uskutečňovat vernisáže. Pozice, které zde duševně nemocní mohou zastávat, jsou: číšník/servírka, prodavač, uklízečka počet uživatelů je limitován.

D, Zprostředkování práce pro duševně nemocné – Jde o službu, která zprostředkovává práci nemocným na běžném trhu práce. Zajišťuje komunikaci mezi zaměstnavateli a pacienty. Nápomocen je vždy konzultant. Práce je nejčastěji zaměřena na administrativu, obsluhu, úklid.

5) Chráněné bydlení: Pro klienty, kteří potřebují nacvičit dovednosti, které by jim dovolily samostatně bydlet bez závislosti na svém okolí. Asistence je k dispozici v pracovní dny po předchozí domluvě s klientem. Podmínky jsou: bydliště na Brněnsku, věk 18 - 63 let, stabilizovaný stav, dojezdový čas do sdružení maximálně 60 min. Služba s vyšším stupněm chráněnosti je na časové rozpětí 6 měsíců s prodloužením až na dva roky. Pro pět ubytovaných, samostatné pokoje společná kuchyň a obývací. Služba s menší podporou je zprostředkována v běžné zástavbě. Služba je výhodná pro ty, co plánují samostatné bydlení. Smlouva je na jeden rok s možností prodloužení na tři roky. Platí se 4800 Kč měsíčně, možnost zažádání o slevu. Kapacita 13 uživatelů

6) Casemanagement – pacient za pomoci terapeuta si stanovuje cíle, kterých chce dosáhnout, a oblasti, v kterých se chce zlepšit. Za pomoci terapeuta je pak uskutečňuje.

**Prodává:** Výrobky sociálně-terapeutické dílny Trojlístek – ochutnávky ,krabiček, triček

**Zapojení veřejnosti:** finanční dary, zakoupení výrobků, možnost pro zaměstnavatele zaměstnat duševně nemocné.

**Zdroj:** <http://www.prah-brno.cz/tricka.php>



## **Příloha 9**

**Sdružení na podporu psychiatricky nemocných:** Vida

**Kraj:** Jihomoravský

**Adresa:** Pobočka Brno - Botanická 16, 602 00

**Telefon:** 605 322 477

**Náplň činnosti:** Snaha o snížení stigmatizace duševně nemocných pacientů. Slouží jak nemocným, tak jejich blízkým i široké veřejnosti. Služby jsou bezplatné.

**Služby:**

1) Pomoc a podpora psychiatricky nemocných- rady, co dělat v krizi, kde hledat pomoc, jak trávit volný čas, podpora uživatelského hnutí, podpora svépomocných skupin a jiné.

2) Informační služby- pro veřejnost přednášky a osvětová činnost, osvětové programy pro školy.

**Programy:** Program prevence – 2005- besedy a přednášky s duševně nemocnými pro širokou veřejnost.

Program Majra - spolupráce na osvětových kampaních, s médii, natáčení dokumentů, propagace této problematiky

**Časopis** - OBČASNÍKU VIDA

**Zdroj:** <http://vida.ppzdravi.cz/o-nas/>

## **Příloha 10**

**Psychiatrické komunitní centrum:** Občanské sdružení pro podporu a péči o duševně nemocné Vor Jihlava

**Kraj:** Vysočina

**Adresa:** Komenského 3a, Jihlava

**Telefon:** 567215019

**Pro koho:** pro duševně nemocné a jejich rodiny, které se ocitly v sociální izolaci, pro pracovní rehabilitaci, pro znevýhodněné na trhu práce.

**Služby:**

1) Edukace – již na internetových stránkách je osnova, která napomáhá pacientům s nově objevenou diagnózou.

- Edukace pro rodinné příslušníky – tvoří osm lekcí po dvou hodinách

2) Sociální rehabilitace: výchovné, vzdělávací, terapeutické činnosti. Kritéria – 17 – 65let, stabilizovaný stav, motivace a bydliště na Jihlavsku. Služba je koncipována jako dlouhodobá.

A, integrační programy : Kreativní dílna- k podpoře kreativity, arteterapie,

Outdor – venkovní aktivity, tedy návštěvy kin, galerií, výlety, určeno převážně pro pacienty se sociální fobii.

Klub - k společenské a informační funkci

B, sociální programy : k osvojení a získání sociálních dovedností, pro dlouhodobě nemocné pacienty zaměřené především na rozvoj komunikace, sebeobsluhy.

C, výukové kurzy: Počítačový kurz – osvojení si práce s počítačem

Anglický jazyk- 48 hodinové kurzy

Job chlub, - pomoc v orientaci na trhu práce, pomoc v nalezení uplatnění

3) Sociální poradenství: pomoc s řešením praktických problémů, dále pomoc s výplatou dávek, jednání se sociálním úřadem.

4) Terapeutické dílny: má tři varianty: Vše je ošetřeno pracovní smlouvou a finančně ohodnoceno.

A, Chráněná kavárna – v její obsluze se střídají dva klienti po dohodě s terapeutem, kavárna je přístupná i pro veřejnost. Klient dostává finanční odměnu

B, Chráněný úklid, Na práci se střídají dva klienti po dohodě s terapeutem, v centru denních aktivit celkem 6 klientů, k nácviku dovedností pracovních činností.

Klientovi náleží finanční odměna.

C, Chráněná recepce v centru denních aktivit je, také se zde střídají dva klienti po dohodě s terapeutem. Náplní je vyřizování telefonátů, poskytování informací,

5) Chráněné bydlení: pro klienty neschopné vyrovnat se s normálními nároky okolí, rozvoj psychosociálních dovedností,

Podmínky: bydliště na Jihlavsku, věk 18 - 60 let a výše. Podmínkou je také spolupráce, způsobilost k právním úkonům, platba nájemného 80 Kč na den,

Určeno pro dlouhodobě psychiatricky nemocné ve stabilizovaném stavu, s perspektivou návratu do běžného života.

Časové rozpětí – dva roky s dvouměsíční zkušební dobou,

Kapacita: pro dva ubytované. Samostatné pokoje společná kuchyň a obývací,

6) Krizová ambulance

7) Casemanagement

**Projekty:** Matra II, rozvoj komunitní péče

Projekt VIDA centra, - ukončena

**Zapojení veřejnosti:** dobrovolníci, finanční dary,

**Vydávají vlastní časopis:** Jiný svět.

**Zdroj:** [http://www.os-vor.cz/realizovane\\_projekty.htm](http://www.os-vor.cz/realizovane_projekty.htm)

## **Příloha 11**

**Psychiatrické komunitní centrum:** Klub v 9 centrum služeb pro podporu duševního zdraví

**Kraj:** Vysočina

**Adresa:** Okružní 1, Žďár nad Sázavou 591 01

Pobočka - Hornická 643, Bystřice nad Pernštejnem 593 01

**Telefon:** 566 629 319

**Pro koho:** služby jsou poskytovány duševně nemocným dospělým lidem ve věku od 18 do 64 let v neaktivní fázi onemocnění. Snaží se o osamostatňování duševně nemocných, jejich seberealizaci, nebo začleňování do prostředí.

**Služby:**

**1) Sociální rehabilitace denní centrum:**

Služby napomáhají sebeobsluze a začlenění do společnosti. Návuk péče o duševní zdraví, ale i krizovou intervencí, kontakt s okolím,

Dále různé aktivity, výchovné a edukační programy, pracovní terapie ale i relaxační techniky.

**2) Sociální poradenství:** pomoc s řešením praktických problémů a obhajoba práv duševně nemocných.

**3) Osobní asistence**

**4) Terénní programy** – Po předchozí domluvě s pacientem přijede terénní pracovník na předem domluvené místo, hlavně u pacientů, kterým nejsou služby dostupné.

**Zdroj:** <http://zdar.charita.cz/nase-zarizeni/klub-v-9-centrum-sluzeb-pro-podporu-dusevniho-zdravi/>

## **Příloha 12**

**Psychiatrické komunitní centrum:** Paprsek naděje - Oblastní charita Třebíč

**Kraj:** Vysočina

**Adresa:** L. Pokorného 15, 674 01 Třebíč

**Telefon:** 568 408 479

**Pro koho:** pomoc lidem s duševním onemocněním, jejich začleňování do společností, resocializace, ochrana jejich práv a osvěta. Cílovou skupinou jsou lidé ve věku 18-64 let žijící v regionu Třebíčsko. Služby jsou bezplatné a dobrovolné.

**Služby:**

**1) Denní centrum:**

Cílem je resocializace a schopnost co nejvíce nezávislé existence ve svém životě. Znovu zaujmutí životních rolí nebo zorganizování si volného času.

Poskytuje: kontakt s obdobně postiženými, kulturní a společenské aktivity, rozvoj komunitních dovedností, nácvik společenských návyků, praktických dovedností, relaxace, arteterapie, rozvoj komunikačních a sociálních dovedností.

**2) Poradenství:** Informační servis, jednání s úřady, pomoc při řešení krizových situací, shánění práce, duchovní podpora,

**3) Terénní služby**

Zapojení veřejnosti: finanční dary

**Zdroj:**

[http://charita.trebic.info/index.php?option=com\\_content&view=article&id=109&Itemid=182](http://charita.trebic.info/index.php?option=com_content&view=article&id=109&Itemid=182)

## Příloha 13

### Dotazník

Vážená sestro,

komunitní péče v psychiatrii je jednou z oblastí, které je v současné době věnována velká pozornost. Proto bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který se týká této problematiky. Jeho výsledky budou zpracovány a použity jako součást diplomové práce. Prosím, přečtete si text, vyberte a zaškrtněte jednu vhodnou odpověď, pokud nebude uvedeno jinak. Dotazník je anonymní.

Předem děkuji za spolupráci.

Bc. Romana Bínová,  
studentka Jihočeské univerzity.

1, Věk:

- 18-30
- 31– 40
- 41-50
- 51-60
- 61-75

2, Pohlaví:

- žena
- muž

3, Dosažení vzdělání:

- SŠ – sestra
- VOŠ
- VŠ – Bc
- VŠ – Mgr

Zaškrtněte, pokud máte specializaci:  Psychiatrická specializace

4, Délka praxe na psychiatrickém oddělení:

- kratší než 10 let
- delší než 10 let

5, Postavení (funkce, kterou vykonáváte): .....  
(sestra u lůžka, ambulantní, komunitní sestra)

6, Kraj ve kterém pracujete:

- kraj Vysočina
- kraj Jihomoravský

- 7, Co si představujete pod pojmem komunitní péče?
- specifický přístup k pacientům na psychiatrickém oddělení
  - způsob rehabilitace napomáhající získat ztracené dovednosti
  - péče, která se maximálně snaží využít okolí pacienta k zlepšení jeho stavu
  - nevím
- 8, Slyšel/a jste někdy o case managementu?
- jde o vhodnou formu řízení psychiatrických léčeben
  - je to způsob organizování komunitní péče o pacienta
  - jde o způsob řízení komunitních center
  - nevím
- 9, Domníváte se, že je sestra v komunitní péči oprávněna rozhodovat o osudu pacienta?
- ano, může rozhodovat
  - ne, rozhoduje vždy lékař
  - nevím
- 10, Jakým způsobem myslíte, že by mohla pacientům komunitní péče pomoci?
- sníží stigmatizaci psychiatrických pacientů
  - sníží spotřebu psychofarmak
  - sníží počet remisí onemocnění
- 11, Co by se podle Vás dalo z níže uvedených možností zařadit do komunitní péče?  
(můžete označit víc možností)
- komunitní centra, chráněné dílny,
  - ambulantní péče
  - rodina klienta
  - domácí péče
  - svépomocné skupiny
- 12, Pro které pacienty byste doporučil/a komunitní péči?
- akutní pacienti
  - chroničtí pacienti
  - akutní i chroničtí pacienti
  - nevím
- 13, Znáte ve svém okolí nějakou komunitní psychiatrickou službu?
- ano
  - ne (pokud odpovíte ne, přejděte na otázku číslo 15)
- 14, Jmenujte prosím, čím se tato služba zabývá:.....

- 15, Zúčastnila byste se semináře na téma komunitní péče v psychiatrii?  
 ano  
 ne
- 16, Máte nějakou zkušenost s poskytováním komunitní péče?  
 ano  
 ne
- 17, Doporučila byste komunitní psychiatrické služby svým pacientům?  
 ano  
 ne
- 18, Který způsob péče, dle Vašeho názoru, je pro pacienta šetrnější?  
 komunitní péče  
 hospitalizace  
 nevím
- 19, Která služba komunitní péče je podle Vás nejpotřebnější?  
 krizové služby  
 služby zaměřené na bydlení  
 služby zaměřené na podporu práce
- 20, Myslíte si, že je komunitní psychiatrická péče v České republice dostatečně rozvinuta?  
 ano  
 ne  
 nevím
- 21, Které aspekty by podle Vás měly vymezovat komunitu?  
 společný zájem nebo funkce komunity  
 společná nemoc účastníků  
 stejný věk účastníků
- 22, Jakou roli dle Vašeho názoru hraje sestra v komunitní péči?  
 srovnatelnou s ostatními členy týmu  
 je významnější než ostatní členové týmu  
 podřízenou ostatním členům týmu
- 23, Myslíte si, že sestra pracující v komunitní péči potřebuje vysokoškolské vzdělání?  
 ano  
 ne  
 nevím



- 24, Myslíte si, že komunitní péče zasahuje do všech oblastí klientova života?
- ano, do všech
  - ano, do některých
  - ne, do žádných
- 25, Pokud byste sháněl/a informace o komunitní péči v psychiatrii, obrátil/a byste se na:
- internetové stránky
  - odbornou literaturu, časopisy
  - na jiné odborníky
  - školení a přednášky
- 26, Zajímal/a jste se někdy o problematiku komunitní péče v psychiatrii?
- ano
  - ne
- 27, Setkal/a jste se při své praxi s komunitní sestrou?
- ano
  - ne (pokud odpovíte ne, přejděte na otázku číslo 29)
- 28, V které oblasti komunitní péče sestra pracovala?.....
- 29, Která služba komunitní péče je dle vašeho názoru rozvinuta v ČR nejvíce?
- služby zaměřené na chráněné bydlení
  - služby zaměřené na podporu v práci
- 30, Zaškrtněte, prosím, odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru: měli by být v komunitním týmu zastoupeni muži i ženy?
- ano
  - ne
- 31, Zaškrtněte, prosím, odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru: má zvíře (pes, kočka) své místo v komunitním týmu?
- ano
  - ne

**Zdroj:** vlastní

## Příloha 14

### RÁMCOVÝ STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

#### NÁZEV STANDARDU:

Komunitní ošetrovatelská péče:

➤ *O duševně nemocné*

<b><i>KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH</i></b>	
<i>Charakteristika standardu</i>	Rámcový standard ošetrovatelské péče
<i>Cíl standardu</i>	Psychiatrická komunitní péče poskytována s důrazem na prevenci a úzdravu klientů, stejně tak, jako na plnění potřeb klientů. Komunita klienta je zapojena do procesu péče. Klienti jsou plně podporováni v resocializaci, spolupodílí se na smysluplném trávení volného času a oni a ni jejich rodiny netrpí stigmatizací.
<i>Skupina péče</i>	Zdraví/nemocní klienti a jejich komunity.
<i>Cílová skupina</i>	Zdravotnická zařízení, sociální zařízení, neziskové organizace, domácí péče.
<i>Poskytovatelé péče</i>	Komunitní a psychiatrické sestry se specializovanou způsobilostí v rozsahu získané specializace (§ 52 dle nařízení vlády 463/2004 Sb.; nařízení vlády 31/2010 Sb.)
<i>Odpovědnost za realizaci</i>	Vedoucí pracovníci úseku ošetrovatelské péče
<i>Platnost standardu</i>	2 roky
<i>Frekvence kontroly</i>	Po 2 letech
<i>Kontrola výkonů</i>	Sestra manažer/ka (náměstkyně pro ošetrovatelskou péči)
<i>Přílohy standardu</i>	

### KRITÉRIA STRUKTURY

S1	Pracovníci – Komunitní sestra dle (§ 52 dle nařízení vlády 463/2004 Sb.; nařízení vlády 31/2010 Sb.)
S2	Prostředí – zdravotnická zařízení, sociální zařízení, neziskové organizace, domácí péče.
S3	Pomůcky - edukační materiály; materiály výchovy ke zdraví; pomůcky a materiál, který slouží k výkonu povolání v rozsahu kompetencí komunitní sestry
S4	Dokumentace – zdravotnická/ošetrovatelská dokumentace



### KRITÉRIA PROCESU

#### *Komunitní sestra (obecně pro všechny komunitní sestry)- základní kritéria*

P1	sestra zná a využívá metody a postupy používané v primární péči, sekundární i terciární péči u různých věkových skupin a etnik
P2	sestra zná a využívá metody pro vyhledávání, zpracovávání a hodnocení rizik zdravotního stavu posuzované komunity z hlediska sociálních a ekologických specifik
P3	sestra ve své práci využívá ošetrovatelský proces a jeho fáze; vede dokumentaci
P4	sestra spolupracuje s rodinnými příslušníky, blízkými osobami a členy komunity jedince
P5	sestra zná a využívá možnosti v poskytování konzultačních a poradenských služeb
P6	sestra spolupracuje s podpůrnými a svépomocnými skupinami
P7	sestra se podílí na realizaci zdravotnického screeningu, imunizační, epidemiologické a protidrogové prevenci
P8	sestra sestavuje komunitní plány

#### *Komunitní sestra v péči o duševně nemocné*

P9	sestra spolupracuje s místními státními orgány i ostatními institucemi na rozvoji služeb pro duševně nemocné
P10	sestra provádí výkony zaměřené na uspokojení individuálních potřeb duševně nemocných
P11	sestra podporuje pacienta v jeho samostatnosti a aktivitě
P12	sestra posuzuje zdraví, ochranu podmínek zdraví, prevenci nemocí v komunitě
P13	sestra zvyšuje povědomí komunity o duševním zdraví - realizuje edukační programy pro komunitu
P14	sestra zvyšuje povědomí komunity o službách pomáhajících duševně nemocným
P15	sestra podporuje sounáležitost komunity
P16	sestra se podílí na vyhodnocování aktuálních i potenciálních rizika komunity (chemické, fyzikální, biologické, ergonomické i duševní determinanty)
P17	sestra se podílí na sběru a shromažďuje údaje (anamnézy, fyzikálním vyšetření a laboratorních vyšetření) duševně nemocných

P18	sestra pracuje metodou ošetrovateľského procesu
P 19	sestra realizuje poradenskou činnosť zameranú na ochranu zdravia
P20	sestra dohliada na liečbu duševne nemocných v komuniti
P21	sestra zná rozdiely v prístupe k duševne nemocným podľa druhu jejich ochorenia
P22	sestra napomáha s resocializáciou duševne nemocných
P23	sestra zapojuje rodinu do starostlivosti o pacienta
P24	sestra zaisťuje management ošetrovateľských služieb, ktoré sa týkajú podpory zdravia
P25	sestra napomáha vyhľadávať duševne nemocné, ktorí potrebujú pomoc
P26	sestra využíva vo svojej práci aktuálnych poznatkov svojho odboru
P27	sestra využíva metódy na vedenie výskumných a štatistických štúdií
P29	sestra bráni stigmatizácii a izolácii duševne nemocných

#### **KRITÉRIA VÝSLEDKU**

V1	Klientom je poskytovaná efektívna komunitná ošetrovateľská starostlivosť
V2	Klienti spolupracujú so sestrou komunitnej starostlivosti a podieľajú sa na pláne starostlivosti
V3	Klienti sa zapojujú do programov podpory zdravia
V4	Sestra spolupracuje so zdravými i nemocnými klientmi a ich rodinami

## OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT

### *Vyhodnocení Rámcového standardu Komunitní ošetrovatelská péče o duševně nemocné*

Pracoviště:

Datum

Auditoři:

Metody auditu:

- Otázky pro sestru
- Otázky pro klienta, rodinu
- Otázky pro lékaře
- Otázky na místní orgány
- Pozorování klienta, sestry
- Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise
- Kontrola pomůcek
- Kontrola prostředí
- Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
<b>KRITÉRIA STRUKTURY</b>				
S1	Splnila Komunitní sestra požadavky na specializované vzdělání?	Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise		
S2	Kde je komunitní ošetrovatelská péče poskytována?	Kontrola prostředí		
S3	Má sestra k péči připravené pomůcky?	Kontrola pomůcek		
S4	Vede sestra ošetrovatelskou/zdravotnickou dokumentaci?	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
<b>KRITÉRIA PROCESU</b>				
<i><b>Komunitní sestra (obecně pro všechny komunitní sestry)- základní kritéria</b></i>				
P1	Zná a využívá sestra ve své praxi metody a postupy používané v primární, sekundární i terciární péči různých věkových skupin a etnik	Pozorování klienta, sestry Otázky pro sestru Otázky pro klienta, rodinu Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P2	Zná a využívá sestra ve praxi metody pro vyhledávání, zpracování a hodnocení rizik zdravotního stavu posuzované komunity z hlediska specifík sociálních a ekologických	Pozorování klienta, sestry Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P3	Využívá ve své praxi ošetrovatelský proces a jeho fáze; dokumentuje jej?	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		

P4	Spolupracuje s rodinnými příslušníky, blízkými osobami a členy komunity?	Otázky pro sestru Otázky pro klienta, rodinu		
P5	Zná a využívá v své praxi poradenské a konzultační služby?	Pozorování klienta, sestry Otázky pro sestru Otázky pro klienta, rodinu		
P6	Spolupracuje s podpůrnými a svépomocnými skupinami?	Pozorování klienta, sestry		
P7	Podílí se na realizaci zdravotnického screeningu, imunizační, epidemiologickou a protidrogovou prevenci?	Pozorování klienta, sestry Otázky pro sestru Otázky pro klienta, rodinu Kontrola ošetřovatelské/zdravotnické dokumentace		
P8	Sestavuje v praxi komunitní plány?	Pozorování klienta, sestry Kontrola ošetřovatelské/zdravotnické dokumentace		
<i><b>Komunitní sestra v péči o duševně nemocné</b></i>				
P9	Spolupracuje s managementem na rozvoji služeb, které jsou potřebné pro zdraví duševně nemocných?	Kontrola ošetřovatelské/zdravotnické dokumentace Otázky na místní orgány		
P10	Provádí výkony zaměřené na uspokojení specifických potřeb duševně nemocných?	Kontrola ošetřovatelské/zdravotnické dokumentace Otázky na klienty, rodinu		
P11	Podporuje sestra pacientovu samostatnost ?	Otázky pro sestru Otázky pro klienta, rodinu Pozorování klienta, sestry		
P12	Posuzuje zdraví, ochranu podmínek zdraví, prevenci nemocí a úrazů?	Otázky pro sestru Otázky pro klienta, rodinu Pozorování klienta, sestry		
P13	Zvyšuje sestra povědomí komunity o duševním zdraví ?	Otázky pro sestru Otázky na místní orgány		
P14	Zvyšuje sestra povědomí o službách pomáhajících duševně nemocným ?	Otázky pro sestru Otázky pro klienta, rodinu Otázky na místní orgány		
P15	Podporuje sestra sounáležitost komunity ?	Otázky pro sestru Otázky pro klienta, rodinu Otázky na místní orgány Pozorování klienta, sestry		

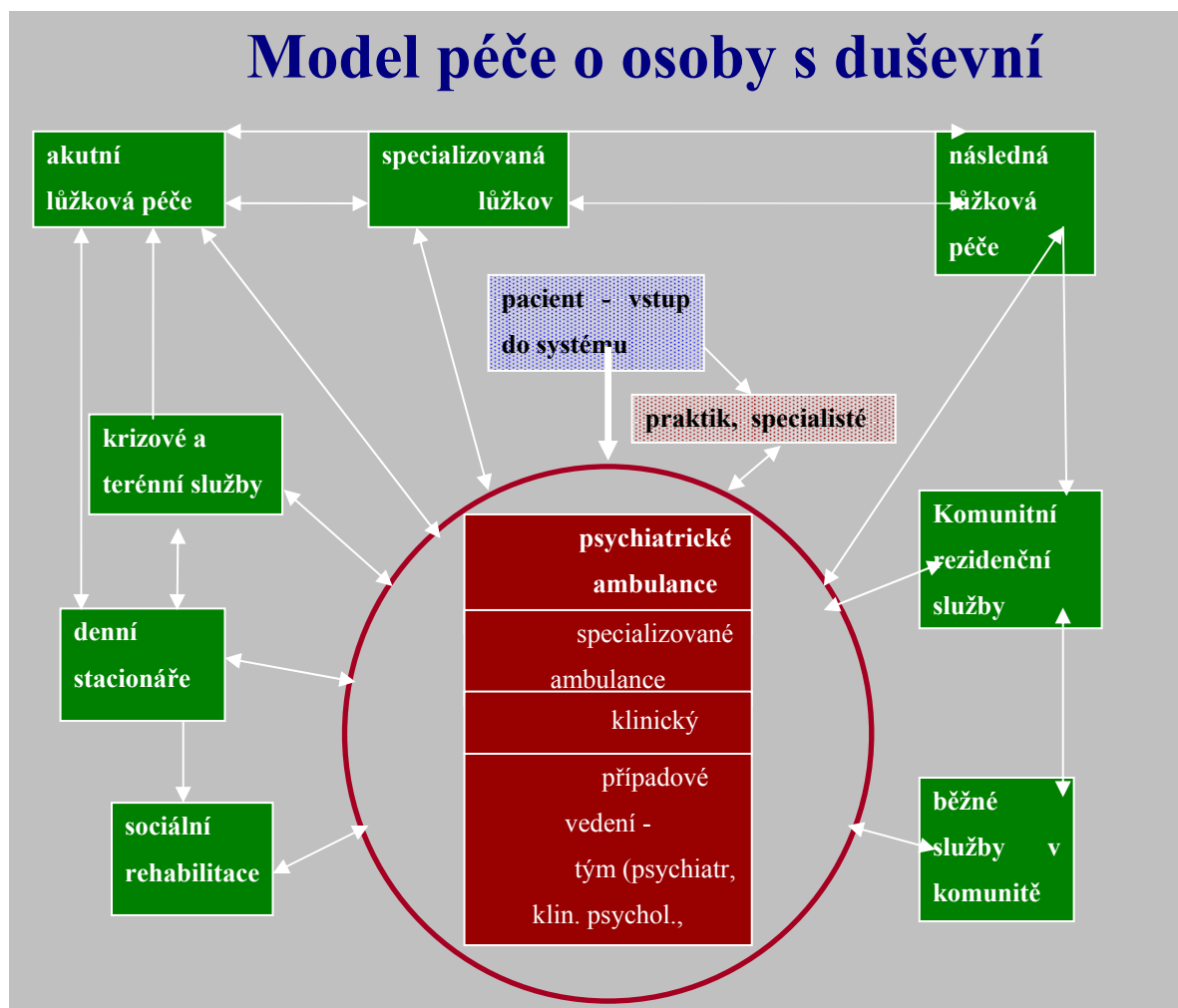
P16	Podílí se na vyhodnocování aktuálních i potenciálních rizika komunitního prostředí (chemické, fyzikální, biologické, ergonomické i duševní determinanty)	Otázky pro sestru Otázky pro klienta, rodinu Otázky na místní orgány Pozorování klienta, sestry Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P17	Podílí se na sběru anamnézy, fyzikálním vyšetření a laboratorních vyšetření duševně nemocných?	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P18	Pracuje metodou ošetrovatelského procesu?	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
P19	Realizuje poradenskou činnost zaměřenou na ochranu zdraví ?	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace Otázky pro sestru Otázky pro klienta, rodinu Otázky na místní orgány		
P 20	Dohlíží sestra na léčbu duševně nemocných v komunitě?	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace Otázky pro sestru Otázky pro klienta, rodinu		
P 21	Zná sestra rozdíly v přístupu k duševně nemocným podle druhu jejich onemocnění ?	Otázky pro sestru Otázky pro klienta, rodinu		
P 22	Napomáhá sestra s resocializací duševně nemocných ?	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace Otázky pro sestru Otázky pro klienta, rodinu		
P 23	Zapojuje sestra rodinu do péče o pacienta ?	Otázky pro sestru Otázky pro klienta, rodinu		
P 24	Zajišťuje management ošetrovatelských služeb, které se týkají podpory zdraví ?	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace Otázky pro lékaře		
P 25	Napomáhá sestra vyhledávat duševně nemocné, kteří potřebují pomoc	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace Otázky pro sestru Otázky pro klienta, rodinu Otázky na místní orgány		

P26	Využívá se své práci aktuálních poznatků?	Otázky pro sestru Otázky pro lékaře		
P27	Využívá metod pro vedení výzkumných a statistických šetření?	Otázky pro sestru Otázky pro lékaře		
P28	Brání sestra stigmatizaci a izolaci duševně nemocných?	Otázky pro sestru Otázky na místní orgány Otázky pro klienta, rodinu Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace		
<b>KRITÉRIA VÝSLEDKU</b>				
V1	Je klientům poskytovaná efektivní komunitní ošetrovatelská péče?	Otázky pro sestru Otázky na místní orgány Otázky pro klienta, rodinu		
V2	Spolupracují klienti se sestrou komunitní péče a podílí se aktivně na plánu péče?	Otázky na místní orgány Otázky pro klienta, rodinu Otázky pro sestru		
V3	Zapojují se klienti aktivně do programů podpory zdraví na pracovišti?	Otázky pro klienta, rodinu Otázky na místní orgány		
V4	Spolupracuje sestra komunitní péče se zdravými i nemocnými klienty a jejich rodinami?	Otázky pro klienta, rodinu		

**Zdroj:** vlastní



## Příloha 15



**Zdroj:** Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008, Psychiatrická společnost ČLS J.E.P.

## Příloha 16

*RE: Dotaz*

**Od:** Květa Oplatková

**Komu:** <romanabinova@centrum.cz>

**Datum:** 3.5 2010 13:54

---

Podmínky získání specializované způsobilosti jsou definovány zákonem č. 96/2004 Sb. v platném znění. Ukončuje se atestační zkouškou a předpokladem vykonání atestační zkoušky je splnění všech požadavků stanovených příslušným vzdělávacím programem - programy jsou zveřejněny ve Věstníku MZČR. Co se týká zařazení do specializačního oboru, od 15.2.2010 bylo novelizováno zařízení vlády č. 463/2004 Sb. a byly tak stanoveny nové obory specializačního vzdělávání, pro všeobecné sestry pracující s psychiatricky nemocnými je v současnosti obor Ošetrovatelská péče v psychiatrii a komunitní péče o psychiatricky nemocné bude součástí nového vzdělávacího programu tohoto oboru. Obor který si žadatel vybírá je zcela na jeho vlastním uvážení.

Květa Oplatková  
vedoucí odboru organizace a podpory vzdělávání

-----  
NCO NZO Brno  
Vinařská 6  
603 00 Brno

-----  
osobní linka: +420 543 559 357  
fax.: +420 543 211 177  
oplatkova@nconzo.cz  
www.nconzo.cz

-----Original Message-----

From: romanabinova@centrum.cz [mailto:romanabinova@centrum.cz]

Sent: Saturday, April 24, 2010 5:50 PM

To: oplatkova@nconzo.cz; oplatkova@nconzo.cz

Subject: Dotaz

**Zdroj:** vlastní - <http://mail.centrum.cz/>