



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou v době pandemie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Monika Marková

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

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „**Poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou v době pandemie**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby tutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2022

.....

Bc. Monika Marková

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, čas a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnovala.

Poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou v době pandemie

Abstrakt

Současný stav: V lednu roku 2020 vyhlásila Světová zdravotnická organizace vypuknutí nového koronavirového onemocnění covid-19, které je ohrožením pro veřejné zdraví. O dva měsíce později stanovila, že může být klasifikováno jako pandemie. Sociální izolace, úzkost, strach z nákazy, nejistota, chronický stres a ekonomické obtíže mohou vést ke vzniku duševních poruch u zranitelné populace, nebo ke zhoršení již stávajících poruch (například deprese, úzkosti). Psychiatrické stavy související se stresem, změnou nálad a užíváním návykových látek mohou být spojeny také se sebevražedným chováním. Onemocnění covid-19 může během pandemie a i po ní zvýšit míru sebevražd. Proto je poskytování ošetrovatelské péče pacientům neustálou výzvou nejen kvůli její rostoucí potřebě, ale i vzhledem ke zvýšené zátěži v oblasti duševního zdraví a omezeným sociálním kontaktům.

Cíle práce: 1. Zjistit vliv pandemie na poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou. 2. Zjistit zkušenosti sester s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou během pandemie.

Metodika: Empirická část práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Byla použita metoda dotazování, technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Získaná data byla analyzována otevřeným kódováním, metodou tužky a papíru. Na základě této analýzy vznikly 4 kategorie a 7 podkategorií.

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor tvořilo dohromady 17 sester z různých krajů v České republice. Konkrétně to bylo 8 sester pracujících v lůžkové péči, 5 sester v ambulantní péči a 4 sestry v komunitní péči. Výběr sester byl záměrný.

Výsledky: Výzkum ukázal, že pandemie měla rozsáhlý vliv na poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou. Kvůli protiepidemickým opatřením byla péče omezená, některá oddělení zcela uzavřená a také se zde vyskytovalo riziko zhoršené kvality péče. Sestry považují za přínos pandemie nově nabyté zkušenosti a ještě více stmelený kolektiv. Mezi specifika poskytované péče v době pandemie sestry zmiňovaly nošení ochranných pomůcek, omezení kontaktu, testování personálu

a zvýšenou dezinfekci prostor. Mezi komplikace a nedostatky v poskytování péče nejčastěji uváděly neadekvátní množství ochranných pomůcek, nekvalitní komunikaci s klientem, malou podporu od vedení a nedostatek dalšího personálu. V poskytování ošetrovatelské péče využívaly i možnost teleošetrovatelství, a to především sestry v ambulantní péči.

Využití v praxi: Zjištěné výsledky přispějí ke zmapování specifik v poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou během pandemie. Výsledky práce mohou být využity jako studijní materiál pro studenty nelékařských zdravotnických oborů a sestry z praxe.

Klíčová slova: covid-19; duševní poruchy; ošetrovatelská péče; vliv pandemie

Providing nursing care of patients with mental disorders in a pandemic

Abstract

Current status: In January 2020, the World Health Organization declared an outbreak of a new coronavirus disease, covid-19, a public health threat. Two months later, it was determined that it could be classified as a pandemic. Social isolation, anxiety, fear of contagion, insecurity, chronic stress and economic hardship can lead to the emergence of mental disorders in vulnerable populations or the worsening of pre-existing disorders (e.g. depression, anxiety). Psychiatric conditions related to stress, mood changes and substance use may also be associated with suicidal behaviour. The covid-19 disease may increase suicide rates during and after a pandemic. Therefore, providing nursing care to patients is a constant challenge not only because of the increasing need for it but also because of the increased mental health burden and limited social contact.

Aims of the study: 1. To investigate the impact of the pandemic on the provision of nursing care to patients with a mental disorder. 2. To investigate nurses' experience of providing nursing care to patients with a mental disorder during a pandemic.

Methodology: The empirical part of the study was done through qualitative research inquiry. A survey method was used, and a semi-structured interview was the data collection technique. The data collected was analyzed by open coding, pencil and paper method. Based on this analysis, four categories and seven sub-categories emerged.

The research part: The research population consisted of 17 nurses from different regions in the Czech Republic. Specifically, eight nurses worked in inpatient care, five worked in outpatient care, and four worked in community care. The selection of nurses was deliberate.

Results: The research showed that the pandemic had a widespread impact on providing nursing care to patients with mental disorders. Due to anti-epidemic measures, care was limited, some wards were closed entirely, and there was also a risk of deterioration in the quality of care. Nurses consider the benefits of the pandemic to be the newly gained experience and an even more close-knit team. Among the specifics of the care provided during the pandemic, nurses mentioned wearing protective equipment, limiting contact,

testing staff and increased disinfection of areas. Complications and shortcomings in care delivery most frequently cited included inadequate amounts of protective equipment, poor communication with clients, little support from management, and lack of additional staff. Tele-nursing was also used in providing nursing care, especially by nurses in outpatient care.

Application to practice: The findings will contribute to mapping the specificities in providing nursing care to patients with mental disorders during a pandemic. The thesis results can be used as study material for non-medical students and practising nurses.

Keywords: covid-19; mental disorders; nursing care; the impact of the pandemic

OBSAH

Úvod.....	9
1 Současný stav.....	10
1.1 Pandemie covid-19.....	10
1.2 Duševní poruchy	12
1.2.1 Deprese	12
1.2.2 Úzkost	16
1.2.3 Spánková porucha.....	18
1.2.3.1 Psychogenní poruchy spánku	19
1.2.4 Závislosti.....	22
1.3 Specifika práce sestry na psychiatrii	26
1.4 Organizace psychiatrické péče	31
1.4.1 Ambulantní péče	31
1.4.2 Lůžková péče	32
1.4.3 Komunitní péče.....	34
1.4.4 Telemedicína a teleošetřovatelství.....	37
1.4.5 Psychiatrická reforma	39
2 Cíl práce a výzkumné otázky	41
2.1 Cíle práce	41
2.2 Výzkumné otázky.....	41
3 Metodika	42
3.1 Použité metody.....	42
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	43
4 Výsledky	44
4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami	44
4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami	44
5 Diskuse.....	63
6 Závěr	70
7 Seznam použité literatury	71
8 Seznam příloh	84
9 Seznam zkratk	86

Úvod

Diplomová práce se zabývá poskytováním ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou v době pandemie. V lednu roku 2020 vyhlásila Světová zdravotnická organizace vypuknutí nového koronavirového onemocnění covid-19. Celý svět se začal potýkat s pandemií nového typu koronaviru SARS-CoV-2, který způsobuje nemoc covid-19. Související opatření v oblasti veřejného zdraví narušila životy lidí na celém světě. Trápí se kvůli nucené izolaci nebo se cítí sociálně vyloučení. Mnoho z nich se bojí infekce, smrti a ztráty rodinných příslušníků. Pandemie covid-19 může poškodit nejen fyzické zdraví, ale také přispívá k prohloubení stresu a vzniku duševních poruch. Rovněž může zvýšit i míru sebevražd. Proto je poskytování ošetrovatelské péče pacientům neustálou výzvou nejen kvůli její rostoucí potřebě, ale i vzhledem ke zvýšené zátěži v oblasti duševního zdraví.

Toto téma jsem si vybrala, protože obecně psychiatrie nebo duševní poruchy jsou stále opomíjeným a stigmatizovaným tématem. Obzvláště v době pandemie covid-19 bychom se měli více zaměřit na duševní zdraví a nepodceňovat ho. Velice obdivuji sestry, které poskytují ošetrovatelskou péči pacientům s duševní poruchou, a myslím si, že si zaslouží více pozornosti, než jim veřejnost aktuálně věnuje.

V naší diplomové práci se budeme v teoretické části zabývat onemocněním covid-19, duševními poruchami, specifiky práce sestry na psychiatrickém oddělení a organizací psychiatrické péče. Budeme se rovněž zabývat teleošetrovatelstvím a zmíníme také psychiatrickou reformu. V praktické části se budeme snažit zjistit vliv pandemie na poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou a také zjistit, jaké zkušenosti mají sestry s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou v době pandemie.

1 Současný stav

1.1 Pandemie covid-19

V prosinci 2019 byl identifikován virus ve městě Wu-chan v Číně na základě řadě pneumonií nejasného původu. V lednu 2020 světová zdravotnická organizace vyhlásila globální stav zdravotní nouze a poté v březnu už vyhlásila pandemii (Ochani et al., 2021). Za hlavní epicentrum nákazy byla prohlášena Evropa. U nás v ČR byl první případ nákazy evidován 1. března 2020 (Kubant, 2020).

Koronavir označený SARS-CoV-2 způsobuje infekci covid-19. Tento virus bývá patogenem některých druhů netopýrů a způsobuje lehká respirační onemocnění. U člověka teprve probíhá adaptace. Průkaznost viru v nosohltanu lze prokázat přítomností nukleové kyseliny (RNA) pomocí PCR testů nebo objevením virových bílkovin (antigenů) a to díky imunochromatografii nebo enzymoimunoeseji (Beneš et al., 2021). Ministerstvo zdravotnictví uvedlo jako nejběžnější příznaky koronaviru horečku, kašel, dušnost, bolest hlavy, bolest svalů a kloubů, ztrátu čichu a chuti. Dále se může objevit únava, zvracení, průjem, bolest v krku a rýma. V některých případech může být onemocnění bez symptomů. Koronavirus se velmi podobá chřipce. Přenáší se z člověka na člověka pomocí kapének. Ty mohou vniknout do lidského organismu sliznicemi, a to nejčastěji ústy, nosem nebo očima. Ale k přenosu může dojít i nepřímo, a to pomocí infikovaného předmětu. Inkubační doba se udává od 1-14 dnů, přičemž první příznaky se mohou objevit po uplynutí 3-5 dnů. Největší rozdíl oproti chřipce je pravděpodobnost úmrtí. U koronaviru SARS-CoV-2 se úmrtí pohybuje mezi 3-4 %, což je až čtyřicetkrát více než úmrtí u chřipky, kde se udává 0,1 % (Tancerová, 2020).

Tancerová (2020) popisuje, že léčba je možná pouze symptomatická, ačkoliv existuje lék Remdesivir, který je experimentální a podává se pouze pacientům ve velmi vážném stavu. Ministerstvo zdravotnictví doporučuje základní léky pro snížení teploty a zmírnění bolesti, jako jsou například paralen, aspirin, ibalgin apod. Podle Křupky et al. (2021) je očkování nejlepší způsob, jak se vypořádat s epidemií viru SARS-CoV-2. I když se vedly debaty, že jsou vakcíny uvedeny na trh brzy, tak je prokázána jejich účinnost a podání má velmi málo kontraindikací. Aktuálně je možné se nechat naočkovat vakcínami Spikevax (Moderna), Cormirnaty (Pfizer/BioNTech), Vaxzervia (AstraZeneca), Janssen (Johnson&Johnson) a Nuvaxovid (Novavax) (MZČR, 2022).

V případě ošetrovatelské péče byla hlavní úlohou sestry chránit se před nakažením nebo přenosem covid-19, a proto dostaly odpovídající osobní ochranné prostředky (Deitrick et al., 2020). Na ochranu dýchacích cest se používaly respirátory, chirurgická rouška nebo bavlněná rouška. Ochranu očí zajišťovaly ochranné těsnící brýle a ochranný obličejový štít. Na ruce se dávaly rukavice a na ochranu celého těla se oblékal jednorázový voděodolný plášť s dlouhými rukávy nebo chirurgický plášť. V případě potřeby se na propustný plášť oblékla igelitová zástěra. U přezůvek se preferoval typ gumové sálové obuvi pro snadnou desinfekci. A k ochraně hlavy se nasazovala jednorázová chirurgická/operační čapka (MZČR, 2020). Deitrick et al. (2020) zmiňují, že pacient s onemocněním covid-19 nebo s podezřením na něj byl po příjezdu v izolačním pokoji, kde se také dodržoval co nejmenší počet osob. Vzhledem k tomu, že návštěvy nebyly dovolené, tak pacienti měli možnost mít u sebe telefon, aby mohli alespoň na dálku komunikovat se svými blízkými (Mrkvička et al., 2020). Veverková (2019) dodává, že ze zákona jsou všichni zdravotníci povinni plnit hygienické a protiepidemické zásady dle platných zákonů a vyhlášek. Při vykonávání zdravotnických činností dodržují platná pravidla bariérové péče. Mrkvička et al. (2020) v souvislosti s ošetrovatelskou péčí kladou důraz na monitoraci vitálních funkcí a prevenci aspirace. U pacienta na umělé plicní ventilaci sestra zajišťuje analgezii, sedaci a předchází deliriu. Snaží se také o prevenci ventilátorové pneumonie, odsává sputum a odstraňuje vysráženou vlhkost z ventilátoru. Ventilace probíhá v pronační poloze, kdy sestra nejdříve zkontroluje všechny spoje ventilátoru, aby se jednotlivé části nerozpojily, a pacientovu polohu mění každé 2 hodiny (Mrkvička et al., 2020). Zacharová (2017) ještě uvádí, že pro správné použití ošetrovatelského procesu sestra také uspokojuje pacientovy biologické, psychologické a sociální potřeby.

Kumar (2021) popisuje, že pandemie má velký vliv na život jedince, a to včetně bezpečnostních opatření, jako je karanténa či izolace. Tyto dopady se dotýkají ekonomiky, sociálních vztahů, vzdělání, omezeného přístupu ke zdravotní péči a také je zde dopad na duševní zdraví. Pro zmírnění zdravotních, sociálních a ekonomických následků se vláda řídila Pandemickým plánem České republiky. Dokumentem, který ukládá postupy a reakce na chřipkovou pandemii způsobenou novým typem chřipkového viru. I přesto se ale duševní zdraví neobešlo bez následků. Winkler a Höschl (2021) porovnávají nárůst duševních poruch z roku 2017, kdy bylo 20,02 % osob vykazující alespoň jednu duševní poruchu a v roce 2020 během pandemie covid-19 se číslo navýšilo

na 29,63 %. Prevalence deprese a riziko sebevražd bylo trojnásobné a výskyt úzkostné poruchy se zdvojnásobil.

V roce 2022 bylo nejvíce osob s aktuálně probíhajícím onemocněním covid-19 v únoru, kdy se číslo nakažených pohybovalo okolo 350 tis., ale postupně se každým dnem zmenšovalo. Aktuálně se v červenci 2022 pohybuje počet nakažených osob okolo několika stovek nakažených denně, přičemž už jsou skoro 4 miliony lidí vyléčených a vykázaného očkování je více jak 17,5 milionů (MZČR, 2022).

1.2 Duševní poruchy

Zítková (2022) uvádí, že se v ČR zvýšil výskyt duševního onemocnění z 20 % na 30 %. Dále zmiňuje, že členové ČLS JEP také zaznamenali nárůst nových pacientů trpících depresemi a úzkostmi. Podle Kučerové (2021) byly v době pandemie nejčastějšími duševními poruchami různé druhy depresí, úzkostné stavy, poruchy spánku a vzrostla i prevalence závislostí.

1.2.1 Deprese

Mezi nejčastější duševní poruchy patří depresivní porucha. Ta může vzniknout bez psychologicky srozumitelného spouštěcího mechanismu. Často však souvisí s životními problémy nemocného (Tůma, 2015). Praško (2015) zmiňuje, že ženy onemocní až dvakrát častěji než muži. Také se deprese může objevovat u dětí, ale častěji onemocní dospělí. Obvyklý věk bývá mezi 25 do 44 let.

S depresí jsou propojeny neurochemické změny v centrální nervové soustavě, které se týkají nedostatečného množství neurotransmiterů v mozku, a to zejména noradrenalinu, dopaminu a serotoninu. V padesátých letech v 20. století byl popsán depresogenní účinek některých látek, například dietylamidu kyseliny lysergové (LSD) nebo reserpinu, které způsobují úbytek monoaminů. Princip antidepressivní účinnosti veškerých antidepressiv je založen na zajištění větší biologické dostupnosti katecholaminů a serotoninu na centrálních synapsích. Biologicky souvisí deprese s molekulárními ději na synaptické membráně a s přenosem signálu, který v konečné fázi inhibuje genovou expresi a neoneurogenezi, což vede k dysfunkci neuronálních sítí v mozku (Tůma, 2015).

Orel (2020) charakterizuje depresivní náladu smutkem, ztrátou zájmu, potěšení a spontánní motivace (aktivit) po dobu alespoň dvou týdnů. Praško (2015) dále popisuje

poruchu nálady, kdy je ovlivněno i myšlení, chování a tělesné fungování. Kučerová (2013) zmiňuje konkrétně velmi častou přítomnost zácpy, nechutenství nebo tzv. mutismus. V tomto případě musí být pacient hospitalizován, neboť je důležité mu doplnit tekutiny a živiny. Dohled nad jejich příjmem je pak jednou z úloh sestry. Někdy nelze vynechat ani elektrokonvulzivní terapii. Vaculčíková Sedláčková (2019) uvádí, že typickými pocity jsou smutek, beznaděj, sebeobviňování nebo zbytečnost. Může se objevovat ale také hněv, či rozmrzelost nad vlastní neschopností. Objevují se konkrétní strachy a obecná úzkost. Mezi další typické příznaky patří snížené libido, psychomotorická agitace, bolesti hlavy, palpitace, svalový třes nebo dokonce poruchy spánku. U endogenního typu deprese je typické, že pacient rychle usne, ale budí se mezi půlnocí a třetí hodinou ranní. Naopak u neendogenního typu pacient obtížně usíná, ale ráno déle spí (Kučerová, 2013). Orel (2020) popisuje i tzv. larvovanou depresi neboli maskovanou, kdy psychické projevy jsou překryty tělesnými problémy. Pacient nemá objektivně sníženou náladu, ale stěžuje si na zácpu, různé bolesti, nespavost, nechutenství. Tyto příznaky mohou vést především k tělesnému vyšetřování, které je záhy negativní. Depresivní pacient má i problém se soustředěním a hůře si pamatuje (Kučerová, 2013). Akrmannová a Marková (2014) ještě uvádějí u psychotické deprese přítomnost bludů a halucinací.

Dušek (2019) uvádí klasifikaci nemocí MKN-10, která rozlišuje čtyři základní typy depresivní epizody. A to lehkou, středně těžkou, těžkou a těžkou s psychotickými příznaky, které se od sebe odlišují množstvím příznaků. Tůma (2015) popisuje tři druhy podle intenzity projevů a Kučerová (2013) rozlišuje depresi na endogenní a neendogenní, ačkoliv to současná MKN-10 nepoužívá. U endogenních depresí nelze zjistit příčinu. Je neznámá, jak pro lékaře, tak i pro pacienta samotného. Většinou má pacient bezstarostný život, je tělesně zdravý, má dobré rodinné zázemí a z ničeho nic se u něj objeví smutek, beznaděj a není schopen nic dělat. Mohou se objevit i pokusy o sebevraždu, které okolí vždy šokují. Deprese neendogenní mají značnou příčinu, která může být např. úmrtí blízkého člověka, nevěra, ztráta zaměstnání, vážně tělesné onemocnění atd. Dalším znakem je neodklonitelnost. Pacient má v tomto případě stále stejnou depresivní náladu, ačkoliv se u něj v okolí dějí příjemné a veselé věci. Paradoxně někdy upadá do ještě hlubší deprese. Průběh endogenní deprese je bližší schizofrenii než depresi neendogenní. Raboch (2012) popisuje různé druhy depresí, například psychotickou depresi, nebo melancholickou, u které jsou typická ranní pesima nálady, brzké probouzení, ztráta chuti

k jídlu a psychomotorika je značně utlumena. Tato forma se častěji objevuje u starších lidí. U mladých se naopak vyskytuje atypická deprese s vegetativními symptomy. U sezonních poruch nálady je charakteristické, že se objevují na podzim, přetrvávají přes zimu a na jaře obvykle mizí. Praško (2015) vypsals ještě další možné formy deprese, jako je například dystymie, reaktivní deprese, smíšená úzkostně – depresivní anebo poporodní.

Je velké množství situací, které spouštějí depresi. Mohou být individuální i specifické pro určitou osobu. Typickými situacemi podle Praška (2015) jsou kritika, potlačení vzteku, podceňování, nedostatek uznání, porovnávání se s druhými lidmi, selhání v situaci, chybování, nespravedlnost, nedostatek projevů lásky nebo náhlá změna situace. Tůma (2015) dále zmiňuje chronickou bolest, stres při chirurgických výkonech, recidivu onkologického onemocnění či fyzickou nebo psychickou ztrátu blízké osoby.

Vaculčíková Sedláčková (2019) popisuje, že pro adekvátní léčbu je nezbytná správná diagnóza. Vychází se z diagnostických kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 či DSM-5. Důležité je zjištění všech anamnestických údajů a zvolení vhodných laboratorních vyšetření pro vyloučení jiných somatických diagnóz nebo zjištění somatické komorbidity. Pokud se určí depresivní porucha, tak se dále posuzuje závažnost poruchy, psychotické a somatické příznaky, mánie v anamnéze, suicidální rizika, použití některých látek, demence aj. Lze využít i další posuzovací nástroje. Ať už objektivní (objektivní Hamiltonovu posuzovací stupnici deprese HAM-D) nebo subjektivní (subjektivní stupnici deprese BDI, Zungovu subjektivní stupnici deprese SDS). Raboch (2008) ještě uvádí jednoduchý dotazník PRIME MD2, který byl úspěšně použit praktickými lékaři v ČR.

Tůma (2015) popisuje, že neléčená depresivní epizoda může trvat 6-12 měsíců. Díky léčbě je značně zkrácena. Dále uvádí, že léčba má tři základní cíle. A to zmírnit a odstranit příznaky depresivní poruchy, navrátit nemocnému jeho původní sociální a pracovní schopnosti a nakonec zabránit relapsu nebo recidivě poruchy, zabránit zhoršování a komplikacím onemocnění, které mohou vést až k suicidálním pokusům. V léčbě se uplatňují farmakologické i nefarmakologické metody. Vaculčíková Sedláčková (2019) uvádí biologickou léčbu a psychoterapii. U lehké depresivní epizody je dostačující psychoterapie. V případě vážnější deprese je nutná kombinace psychoterapie a biologické léčby. Nejrozšířenější a většinou také neosvědčenější u všech depresí je použití antidepressiv. Výhodou je snadné podávání, rychlejší kontrola příznaků a méně času

lékaře i pacienta. Určitou nevýhodou může být výskyt nežádoucích příznaků a nutnost monitorování hladin léků při dlouhodobé profylaktické léčbě (Praško, 2015). Antidepresiv je velké množství druhů. Můžeme je dělit podle jejich mechanismu účinku, tedy jak ovlivňují jednotlivé centrální neurotransmiterové systémy. Všechna antidepresiva jsou přibližně stejně účinná. Nejvíce používaná v ambulantní praxi jsou látky typu specifické blokátory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Na rozdíl od tricyklických mají méně vedlejších příznaků. Proto se tricyklická dnes předepisují už jen výjimečně (Raboch, 2008). Využití nacházejí i hypnotika, anxiolytika, antipsychotika aj. Z biologických přístupů je u nás používána elektrokonvulzivní terapie (ECT), která se využívá při farmakorezistentních depresích nebo třeba u psychomotorické retardace. Do biologické terapie lze zahrnout kromě farmakoterapie i terapii spánkovou deprivací, fototerapii, nebo transkraniální magnetickou stimulaci (Vaculčíková Sedláčková, 2019). Raboch (2012) ještě uvádí vagovou stimulaci. Tůma (2015) uvádí psychoterapii jako významný doplněk farmakologické léčby. Ačkoliv apeluje, že nemocný by měl být odeslán ke kvalifikovanému psychoterapeutovi. Vaculčíková Sedláčková (2019) rozděluje psychoterapii na podpůrnou a specifickou. Tůma (2015) popisuje, že podpůrnou psychoterapii by měl praktikovat lékař i bez psychoterapeutického vzdělání. Psychoedukace nemocného i jeho rodiny je velmi důležitá. Jedná se o vysvětlení podstaty depresivní poruchy, jejího průběhu a plánované léčby. Samotná psychoterapie zahrnuje empatický přístup, naslouchání, porozumění, podporu, povzbuzování a orientování se na realistické cíle. Vaculčíková Sedláčková (2019) zmiňuje, že podpůrnou psychoterapii obvykle vykonává klinický psycholog, ošetřující lékař, ale může jí provádět i vyškolená sestra pod supervizí. Psychoterapie může být jak individuální, tak i skupinová. Velký význam má také párová a rodinná terapie (Babiaková et al., 2006). Specifická psychoterapie je cíleně zaměřena na léčbu depresivní epizody. Lze v ní využít řadu přístupů, například kognitivně-behaviorální, krátkou psychodynamickou psychoterapii nebo interpersonální psychoterapii (Vaculčíková Sedláčková, 2019).

Petr (2014) popisuje ošetrovatelskou péči u těžkých depresí, kdy nejdůležitější úkol sestry je zabránit spáchání sebevraždy. Také je nutný dozor při podávání léků. Pacient v těžké depresi má smutek a může mít i bludy. Sestra s jeho utrpením projevuje účast a bludy mu nevyvrací. Velmi důležitá je také motivace, a proto by sestra měla pacienta motivovat k provádění hygieny a k sebezpečí. Dále sestra dohlíží na příjem potravin a tekutin, nebo na dostatečný spánek. Sestra musí být trpělivá a postupem času pacienta zapojovat do

nejrůznějších aktivit. Babiaková et al. (2006) uvádějí, že ošetrovatelský personál pečlivě sleduje chování a jednání pacienta, vede o něm podrobné záznamy do zdravotnické dokumentace, které jsou následně vyhodnoceny. Poté je připravován terapeutický plán, který je sestaven na základě získaných informací a podílí se na něm celý zdravotnický tým.

1.2.2 Úzkost

Úzkost se cítí jako subjektivně nepříjemný pocit neklidu, ohrožení či obav bez reálného nebezpečí (Orel, 2020). Vymětal (2008) popisuje úzkost jako nepříjemný prožitek a stav, na rozdíl od strachu si neuvědomujeme bezprostřední příčinu. Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychiatrická onemocnění. Jeden ze čtyř dospělých lidí trpí někdy v životě úzkostnou poruchou (Szymanská, 2015). Ačkoliv mají úzkostné poruchy společné rysy, tak existují i různé typy úzkostných poruch, které se odlišně projevují. Mezi nejčastější typy patří generalizovaná úzkostná porucha, specifické fobie, panická porucha, obsedantně kompulzivní porucha, anebo také syndrom vyhoření (Praško, 2016). Praško (2017) uvádí, že typické symptomy úzkosti mohou být psychické nebo somatické. Do psychických příznaků patří pocit ohrožení, pocit napětí, strach, nadměrné obavy a starosti, obtíže s koncentrací pozornosti, nespavost, lekavost, pocit únavy, podrážděnost aj. Mezi somatické příznaky řadíme napětí ve svalech, bolesti hlavy, zad a svalů, třes, tachykardii, parestézii, sucho v ústech, nauzeu, průjem nebo zácpu atd. Szymanská (2015) popisuje, že úzkost vzniká z intrapsychického konfliktu mezi vnitřními pudy a vnějšími požadavky nebo z konfliktu hodnotového systému. Ohrožením může být i nedostatek podpory nebo cokoli neznámé. Z čeho konkrétně úzkost počíná, každá náboženská, filozofická anebo psychoterapeutická teorie vysvětluje různě. Kučerová (2013) uvádí, že úzkost se objevuje v mírnější podobě u různých neurotických poruch a v těžších formách u endogenních depresí, u schizofrenie a u demencí. Dále silnými úzkostmi trpí i lidé, kteří jsou závislí na alkoholu nebo drogách, a to převážně v období abstinčních příznaků. Szymanská (2015) popisuje patologickou úzkost, když je její intenzita, frekvence nebo trvání nepřiměřené vyvolávající situaci, když se objevuje v málo nebezpečných situacích anebo pokud je přítomna bez konkrétního ohrožení. Raboch (2012) zmiňuje, že pokud se úzkost rozvíjí nečekaně, jedná se o spontánní úzkost. Pokud se objevuje za určitých situací a lze její přítomnost předvídat, tak je nazývána jako situační úzkost. Jestliže se vyskytne při pouhé myšlence na určitou situaci, tak se jedná o úzkost anticipační.

Na základě komplexního psychiatrického vyšetření se stanovuje diagnóza úzkostné poruchy. Lékař se ptá na charakter úzkostných obtíží (kdy, kde, jak a při čem se obtíže objevují či neobjevují). Dále je prováděno i tělesné vyšetření včetně neurologického. A nakonec lékař ještě dělá vyšetření v rámci diferenciální diagnostiky jiných onemocnění, např. k vyloučení užívání toxických látek, k vyloučení somatického onemocnění apod. (Szymanská, 2015).

Raboch (2014) popisuje jako hlavní cíl léčby zmírnit nebo odstranit úzkostné příznaky. Léčba může být jak farmakoterapeutická, tak i psychoterapeutická, případně i jejich kombinace. Babiaková a Venglářová (2006) uvádějí jako hlavní léčebnou metodu psychoterapii, u které se uplatňuje řada terapeutických směrů. Nejčastěji to bývají metody kognitivně-behaviorální terapie a u reaktivní poruch metody krizové intervence a podpůrné psychoterapie. Léčba pomocí psychofarmak byla v posledních 30 letech prováděna především benzodiazepiny. V poslední době se prosazují antidepresiva, která jsou vhodnější pro dlouhodobou léčbu. Všeobecně se doporučují antidepresiva typu SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) a SNRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu) (Praško, 2016). Szymanská (2015) zmiňuje, že léčba probíhá většinou ambulantně anebo formou docházky do denního stacionáře. Hospitalizace je nutná jen výjimečně. Babiaková a Venglářová (2006) doporučují u těžkých forem hospitalizaci spíše na otevřenějších odděleních typu terapeutické komunity. Součástí léčby jsou i režimová opatření, plánování volnočasových aktivit, dostatek spánku a fyzické aktivity a omezení příjmu kofeinu. Některým pacientům také vyhovuje nácvik komunikačních a sociálních dovedností (Szymanská, 2015).

Babiaková a Venglářová (2006) popisují, že je důležité, aby sestra s pacientem navázala vztah. Může se zajímat o jeho rodinu, dětství nebo práci. Dále sleduje somatické reakce, protože i pacienti s úzkostí mohou mít somatické onemocnění. Většina pacientů odmítá řešit své problémy v mezilidských vztazích a svou pozornost dávají pouze svému zdravotnímu stavu. Sestra se snaží jejich pozornost upoutat ke zdrojům příznaků, vztahům, nebo konfliktům s okolím (Fertal'ová, 2017). Dále také pozoruje jejich chování na oddělení z důvodu nalezení faktorů, které způsobují pacientovi stavy úzkosti. Obvykle se sestra zaměřuje na způsoby komunikace, nebo na postoj ke společným úkolům. Situaci poté probere s pacientem, aby si sám uvědomoval spouštěcí faktory, a následně pacienta podporuje v dovednostech, které tyto faktory omezí (Babiaková et al., 2006). Podle Fertal'ové (2017) sestra také vede pacienta k dostatku odpočinku, spánku, střídání aktivit,

nebo k vhodnému způsobu trávení volného času. Babiaková a Venglářová (2006) ještě zmiňují práci s dokumentací.

1.2.3 Spánková porucha

Člověk tráví přibližně třetinu svého života ve spánku. Optimální délka jeho trvání je přibližně 7-8,5 hodiny. Krátký i dlouhý spánek je spojován s větší kardiovaskulární morbiditou, s kratší délkou života a s vyšším výskytem obezity (Šonka, 2020). Poruchy spánku většinou významně ovlivňují celkově tělesnou i psychickou kondici a ovlivňují tak kvalitu života, pracovní výkonnost, emoční naladění, motivaci, myšlenkové pochody atd. (Orel, 2020). Raboch (2012) popisuje rozdělení poruch spánku na dyssomnii a parasomnii podle MKN-10. U dyssomnie je narušeno množství, kvalita nebo časování spánku a u parasomnie dochází k epizodickým událostem během spánku (noční děsy, noční můry apod).

Během lockdownu ve Francii na přelomu března a dubna 2020 zaznamenaly téměř tři čtvrtiny účastníků problémy se spánkem. Ženy udávaly potíže mnohem častěji než muži. Nejčastěji se problémy se spánkem objevovaly u znevýhodněných domácností, mladých lidí a nezaměstnaných (Tlapáková, 2021).

Stejně jako u jiných nemocí je zde nenahraditelná anamnéza. K vyšetření se obvykle používá strukturovaný rozhovor. Pokládají se otázky na noční spánek, jeho trvání, latence usnutí, počty probuzení apod. Další důležité informace jsou o pravidelnosti režimu, zevních vlivech, spánkové hygieně a užívání léků. Lze využít i dotazníky či škály například Epworthskou škálu spavosti (Papežová, 2008). Šonka (2020) z dotazníků uvádí Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS) nebo dotazník ranní a večerní typologie. Také doporučuje nemocného nechat vyplnit tzv. spánkový deník za nejméně desetidenní období. V případě detailnějšího vyšetření je pacient odeslán do specializované poradny či laboratoře. Spánkové poradny jsou v kompetencích neurologů, psychiatrů, psychologů i praktických lékařů s nadstavbovým vzděláním ve spánkové medicíně. Vyšetření v laboratoři se objednává na doporučení praktického lékaře nebo ještě lépe somnologa (Borzová et al., 2009). Ve specializovaných spánkových laboratořích se provádí komplexní a náročné polysomnografické vyšetření (Papežová, 2008). Výsledkem je hypnogram, který informuje o spánkové architektuře, ale toto vyšetření není nutné u všech spánkových poruch (Borzová et al., 2009). Šonka (2020) popisuje, že polysomnografie registruje EEG, pohyby očí, EMG svalů brady,

dýchání a dýchačí úsilí, saturaci krve kyslíkem, EKG, EMG svalů dolních končetin a případně jiné funkce. Borzová et al. (2009) ještě z vyšetření zmiňují aktinografii nebo elektrostatickou matraci. Limitovaná polygrafie je zjednodušenou variantou polysomnografie se záznamem kardiopulsačních parametrů, tudíž nemonitoruje EEG, EOG (elektrookulogram) a EMG svalů brady. V dnešní době se tato metoda využívá výhradně k diagnostice OSA (obstrukční spánkové apnoe) a je prováděna standardně ambulantně (Pretl, 2021). Kolářová (2018) uvádí, že v ČR není dostatečné množství spánkových laboratoří a čekací doby na vyšetření mohou být až 18 měsíců. Může trvat i několik let, než se pacient dostane k jakékoli diagnostice a léčbě.

Léčba nespavosti by se měla odvíjet od její příčiny, jinak není úspěch zaručen. Obecně lze terapii rozdělit na farmakologickou a na nefarmakologickou. V případě léčby bez léků se při nespavosti uplatňuje hlavně kognitivně-behaviorální psychoterapie. Tento druh psychoterapie se zaměřuje na způsoby myšlení a formy chování, které narušují spánek nebo udržují depresivní poruchu. Předností této terapie na rozdíl od farmakologické léčby jsou dlouhodobé výsledky, nevzniká závislost na lécích nebo se i odstraňují nežádoucí vzorce chování (Borzová et al., 2009). Papežová (2008) v psychoedukaci zmiňuje důležitost poskytnout písemné manuály o spánkové hygieně, doporučení relaxačních metod a restrikce času stráveného v lůžku. V celku je důležité si uvědomit, jaký typ nespavosti chcete odstranit, a rovněž musíte zohlednit i věk pacienta. Farmakoterapie by měla následovat až po vyčerpání nefarmakologických možností (Practicus, 2019). V případě farmakologické léčby jsou preferována hypnotika 3. generace nebo i hypnotika benzodiazepinového typu. (Papežová, 2008). Borzová et al. (2009) uvádějí ještě alternativní medicínu, která zahrnuje mnoho metod léčby nespavosti. Terapie je dlouhodobá a často vyžaduje od pacienta změnu životního stylu a návyků. Do alternativní medicíny patří akupunktura, akupresura, aromaterapie, fototerapie, homeopatie, hydroterapie, hypnoterapie, muzikoterapie anebo dietoterapie.

1.2.3.1 Psychogenní poruchy spánku

Dušek (2015) uvádí poruchy spánku, které mají psychogenní původ a jsou to neorganické poruchy rytmu spánek-bdění, neorganická hypersomnie, neorganická nespavost, somnambulismus a noční děsy. Neorganické poruchy cyklu bdění a spánku se mohou projevit syndromem zpožděné fáze spánku nebo syndromem předčasné fáze spánku. Potíže trvají téměř denně alespoň jeden měsíc nebo po kratší dobu, ale pak se vyskytují

opakovaně. Změny kvality a kvantity spánku bývají spojovány s atypickým časováním spánku. Doprovodné potíže jsou v psychické, ale i v pracovní a vztahové oblasti (Orel, 2020). Neorganická hypersomnie je podle MKN-10 definována buď jako stav nadměrného spaní ve dne a spánkových záchvatů (nejsou přičítány nedostatku spánku), nebo prodloužený přechod k plnému bdění po probuzení. Nadměrnou denní spavostí trpí v lehčí formě 15-20 % populace, pro 5-7 % osob představuje udržení bdělosti během dne závažný problém. Přesná příčina není dosud známá a nejčastěji se toto onemocnění objevuje v adolescenci. Léčba je založena na kombinaci farmakoterapie a psychoterapie (Bušková, 2015). Hypersomnii rozlišujeme na tři choroby, a to na narkolepsii, idiopatickou hypersomnii a rekurentní hypersomnii (Šonka, 2020). Mezi základní rysy narkolepsie patří denní ospalost, záchvaty spánku, kataplexie (u narkolepsie 1. typu), spánková paralýza a halucinace. Lidé s narkolepsií mohou rychle usnout, ale nevydrží dlouho spát a jsou ospalí (Golden, 2018). Neorganická nespavost neboli insomnie je definována neschopností spánek navodit a udržet s významným ovlivněním denních aktivit při zachování normálních podmínek ke spánku. Pokud se stav vyskytuje 3x za týden po dobu nejméně 3 měsíců, tak hovoříme o chronické nespavosti. Jestliže problémy trvají kratší dobu, tak se jedná o krátkodobou insomnii. Výskyt této poruchy narůstá ve středním a vyšším věku, častěji u žen. Nezbytnou léčebnou pomůckou během psychoterapie se stává spánkový deník (Pretl, 2021). Obecně se proces spánku rozděluje do několika fází a stavů. Existují tři základní stavy spánku a to bdění, nonREM spánku a REM spánku. V rámci těchto stavů jsou dále rozdělovány do samostatných fází, které představují různé elektrické vzorce a frekvence v mozku. Ty se mohou detekovat a měřit pomocí EEG. Tyto stavy se mohou navzájem překrývat, a právě během těchto přechodných stavů lze objevit parasomnie (Leung, 2020). Mezi ně se řadí náměsíčnost, noční spánkové děsy a noční můry (Orel, 2020). Somnambulismus je lékařský termín pro náměsíčnost. U některých pacientů byly pozorovány genetické predispozice k této spánkové poruše. Avšak epidemiologie zde není úplně jednoznačná. Náměsíčnost se obvykle vyskytuje u dětí, ale může pokračovat až do dospělosti. Studie naznačují, že velmi málo lidí začíná s náměsíčností v dospělosti a obvykle je spojována s léky a neurodegenerativními chorobami (Chauhan, 2021). Bušková (2015) uvádí, že s náměsíčností se setkává u 5-30 % dětí a u 2-5 % dospělých. Chauhan (2021) zmiňuje, že v diagnostice je nejspolehlivější metodou polysomnografie a dále se vyšetřuje štítná žláza nebo se dělá screening na neurodegenerativní onemocnění, jako je třeba Parkinsonova choroba.

Bušková (2015) popisuje, že pro klinické příznaky jsou charakteristické stavy pohybových automatismů, které jsou vázané hlavně na první třetinu noci. Obvyklá je chůze ve spánku, kde hrozí nebezpečí opuštění bytu či vypadnutí z okna. Projevy mohou být ale různé, jako například stěhování nábytku, oblékání nebo vaření. Orel (2020) dodává, že náměsíčný člověk nereaguje na komunikaci a po probuzení může být krátkodobě zmatený, dezorientovaný a agresivní. Na epizodu somnambulismu si nepamatuje.

Pro léčbu náměsíčnosti nebyla schválena žádná medikace, ale podle klinických zkušeností byl zaznamenán přínos látky zvyšující hladinu GABA (kyselina gama-aminomáselná), jako gabapentin, jestliže se užívají hodinu před spaním (Chauhan, 2021). Pavor nocturnus neboli spánkové děsy jsou opakované epizody probuzení ze spánku s panickým křikem, úzkostí, neklidem a vegetativními projevy (Dušek, 2015). Bušková (2015) dále popisuje, že postižená osoba vyjadřuje intenzivní strach. Ze stavu děsu se pacient špatně probouzí, je zmatený a událost si po probuzení pamatuje jen částečně nebo vůbec. Leung (2020) uvádí, že podle studie se noční děsy vyskytují u 1 až 6,5 % dětí ve věku 1 až 12 let. Nejčastější výskyt bývá obvykle u dětí mezi 4. a 12. rokem věku, s vrcholem mezi 5. a 7. rokem věku. Bušková (2015) popisuje, že noční děsy může způsobit tělesné onemocnění s horečkou nebo stres jiného charakteru provázený spánkovou deprivací. Velmi častý je zde familiární výskyt. Orel (2020) ještě zmiňuje jistou podobnost s náměsíčnictvím, kdy se také objevuje zpravidla v první třetině noci. Epizoda zpravidla netrvá déle než deset minut a s dotyčným nelze navázat kontakt. Ačkoliv Van Horn a Street (2021) uvádějí, že většina epizod trvá 45-90 minut. Jako vyšetřovací metody se zde nejvíce používá spánkové anamnézy, polysomnografického vyšetření nebo video-EEG monitorování (Bušková, 2015). Léčba je složitá a vyžaduje řadu odborníků. V případě potvrzení diagnózy neexistuje specifická léčba kromě utěšení dítěte. V případě nadměrného stresu lze využít terapii. Podávání léků se důrazně nedoporučuje (Van Horn, Street, 2021).

Borzová et al. (2009) doporučují pro zdravý spánek provádět spánkovou hygienu. Klient by měl mít vyvětranou místnost, teplota ložnice by se měla pohybovat okolo 21 °C a prostředí by mělo být nehlukné. Dále Borzová et al. (2009) navrhuje v rámci spánkové hygieny teplou koupel pro relaxaci, pravidelné ranní cvičení a pít teplé mléko s medem nebo kakao před spaním. Rozhodně nedoporučuje, aby se klient před spaním přejídal, pil alkohol a kouřil (Borzová et al., 2009). Pokud je dosavadní léčba poruchy

spánku neúspěšná, klient je hospitalizován. Vránová (2007) uvádí, že pacient při příjmu společně se sestrou vyplňuje dotazník, který je zaměřen na usínání, spánek a probouzení. Sestra poté vykonává fyzikální vyšetření, při kterém měří fyziologické funkce, výšku, váhu a pozoruje pacienta. Zaměřuje se na výraz a vzhled tváře, podrážděné chování, nepozornost, zívání, třes rukou atd. V ošetrovatelském plánu zabezpečuje pohodu a relaxaci. Sestra upravuje lůžko, poučí pacienta, aby omezil množství tekutin před spaním, vyloučil nápoje s kofeinem, anebo aby dodržoval pravidelně čas usínání a probouzení. Sestra také vytváří vhodné prostředí a podporuje spánkové návyky. Pacient má mít vyvětranou, tmavou místnost, zavřené dveře, vypnutý mobilní telefon apod. Sestra může u pacienta sledovat spánkovou apnoe, chrápání, přerušovaný spánek atd. (Vránová, 2007).

1.2.4 Závislosti

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných psychoaktivních látek jsou souborem behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, které se vyvíjí po opakovaném užití látky (MKN-10). Charakteristika syndromu závislosti je silná a častá touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Dubey et al., (2020) uvádějí, že v době pandemie dochází k nárůstu návykového chování, nového i relapsu, včetně behaviorální závislosti.

Hrnčiarová (2015) uvádí, že motivem prvního užití psychoaktivní látky může být zvědavost, zmírnění existujících nepříjemných pocitů, nebo naopak dosažení příjemného psychického stavu. U mladistvých dochází ke zneužívání návykových látek z důvodu nudy, bezradnosti, nízkého sebevědomí nebo pozitivní zkušenosti. Obecně na vznik závislosti mohou mít vliv tři skupiny etiologických faktorů. Jsou to vlastnosti návykových látek, charakteristiky jedince a sociální či kulturní faktory. Orel (2020) uvádí, že z biologického hlediska je zde důležitý mozkový dopaminový systém odměny. Je to speciální síť mozkových neuronů, které spolu komunikují pomocí mediátoru dopaminu. Právě s touthle sítí neuronů jsou spojeny příjemné pocity, uspokojení či slast. Nešpor (2013) popsal silnou touhu nebo pocit puzení užívat látku, zhoršené sebeovládání, tělesný odvykací stav, růst tolerance, pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků, jako typické znaky závislosti. Kučerová (2013) zmiňuje, že zásadní charakteristika závislosti je změna osobnosti uživatele psychoaktivní látky. Každá závislost vede dříve či později k degradaci osobnosti.

Velmi důležitá je správná diagnostika. Dovoluje zvolit vhodný léčebný postup, vhodné pracoviště a také usnadňuje předávání informací o klientovi mezi pracovišti. K diagnostice se u nás používá nejčastěji Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), ale někdy bývá zmiňována i Americká psychiatrická asociace (DSM-IV) (Nešpor, 2013). Kromě nástrojů časné diagnostiky a intervence je také velmi důležitý terapeut, který s ohroženým jedincem komunikuje. Osoby užívající návykové látky vykazují z hlediska komunikace některá specifika a základní pravidlo každého terapeuta by mělo být, aby pacient nebyl intoxikován. Obecně je pro provedení časné diagnostiky a intervence potřebný souhlas pacienta a jeho alespoň částečný zájem získat zpětnou vazbu o svém zdravotním stavu a přijmout krátkou intervenci. Před samotným provedením intervence se provádí screeningové zhodnocení, které napomáhá k rychlé a jednoduché identifikaci problému s užíváním návykových látek u jedince. Screeningové nástroje jsou využitelné v širokém spektru profesí, nejsou časově náročné a mají nízké náklady na jejich administraci. Po použití screeningu jsou možné tři (A, B, C) varianty výsledku hodnocení a to, že buď pacient nemá problém s návykovými látkami, nebo může mít problém anebo poslední možností je, že pacient reálný problém již má. Mezi stručné screeningové nástroje patří například AUDIT, který se využívá na diagnostikování užívání alkoholu. DAST je pro potřebu mapování problémů s jinými drogami. POSIT je specificky vyvinut pro využití u adolescentů anebo FTND, který je určený pro posouzení závažnosti nikotinové závislosti (Čablová et al., 2015).

Pro úspěšné zahájení léčby je nutné provedení detoxifikace. Jedná se o proces, kdy se organismus zbavuje návykové látky, a pacientovi se pomáhají překonat možné odvykací příznaky. V případě těžkých intoxikací je vyžadován pobyt na ARO (Akrmannová et al., 2006). Nešpor (2013) uvádí, že léčba závislostí by měla být dlouhodobá a intenzivní. Vzhledem k tomu, že závislost nemá jedinou příčinu, tak se v léčbě používá více postupů. Režimová léčba a různé psychoterapeutické techniky jsou základní metody úspěšné léčby. Významná je i podpora a akceptace pacienta (Akrmannová et al., 2006). Nešpor (2013) zmiňuje slovo matching, které znamená přiřazení nejvhodnějšího typu léčby pacientovi podle jeho současných potřeb a také s ohledem na dostupné možnosti. Dále popisuje postupy, které se používají při léčení nejrůznějších návykových problémů. Jako první uvádí techniku posilování motivace, kdy se jedná o vyjadřování empatie, vyhýbání se sporu, práci s odporem, posilování sebedůvěry a vytvoření rozporu (mezi pacientovými cíli a jeho chováním). Další je technika vnímání sebe i vnějšího světa tzv.

mindfulness, což je dobré například pro včasné rozpoznání rizikového duševního stavu a předejití komplikací. Technika cvičení vnitřního ticha neznámá, že by se praktikovalo cvičení a okamžitě se rozhostí blažené ticho. Je to podobný postup jako v behaviorální psychoterapii, která se nazývá surfing. Pacient nereaguje na zevní ani vnitřní podněty. Je potichu, zachovává odstup a myšlenky nezúčastněně pozoruje. Tato technika není snadná a je potřeba si základní princip znovu připomínat. Zvláštním léčebným postupem jsou tzv. dovednosti potřebné pro život. Patří sem sociální dovednosti a také dovednosti týkající se zvládnutí rizikových duševních stavů, autoregulace a různé formy sebeovlivnění.

V poslední době se dovednosti potřebné pro život zdůrazňují v souvislosti s prevencí problémů působených alkoholem a jinými návykovými látkami u dětí a dospívajících. Minařík a Pavlovská (2015) uvádějí substituční léčbu, kdy se jedná o náhradu užívané látky a často i formy aplikace jinou, která je bezpečnější. Tato metoda léčby závislosti na návykových látkách se užívá především u opiodního typu a mnohdy bývá u pacienta jako první volba. Substituční léčba probíhá téměř vždy v ambulantních podmínkách ve zdravotnických zařízeních. Kalina (2015) popisuje behaviorální terapii, která používá ke změně závislého chování klasické podmiňování a operantní podmiňování. Kromě toho behaviorální terapie využívá i další nespecifické metody, jako například nácvik relaxace, nácvik komunikačních dovedností nebo asertivní trénink.

V naší zemi je nejznámější aplikací behaviorální terapie bodovací systém na specializovaných odděleních pro léčbu závislých v psychiatrických nemocnicích. Za velmi významnou metodu v léčbě závislostí se v ČR pokládá skupinová terapie. Adameček a Radimecký (2015) popisují terapeutickou komunitu jako specializované zařízení, jehož léčba vede k abstinenci a sociální rehabilitaci. Vládne zde přátelská a uvolněná atmosféra. Přesnou definici terapeutické komunity pro závislé lze najít ve Světové federaci terapeutických komunit (WFTC), která vznikla v 80. letech minulého století. Její hlavní cíl se zaměřuje na osobní růst klientů. Jsou zde lidé, kteří si vzájemně pomáhají a společně zvládnou změnu životního stylu. Definice také vyzdvihuje, že klient se stává součástí něčeho, co ho přesahuje. Terapeutické komunity poskytují v zařízeních obvykle střednědobou léčbu, může trvat od několika týdnů až přibližně do 4 měsíců. Také pracují v různých podmínkách, jako například ve vězení nebo s pacienty, kteří se mohou ještě léčit pro jinou duševní nemoc.

Délka samotné léčby klasické terapeutické komunity, může trvat jeden rok i déle a je rozdělená na úvodní stádium, stádium primární léčby a stádium návratu do společnosti (Nešpor, 2013). Již zmíněná abstinence není hlavní cíl léčby v terapeutické komunitě, nýbrž jen její cesta. Vládne zde snaha, aby klient přijal abstinenci jako svou součást nového života. Klient postupně mění své postoje, sebepojetí, prožívání, chování i vztahy (Adameček et al., 2015). Nešpor (2013) uvádí pro koho je dlouhodobý pobyt v terapeutické komunitě vhodný. Je to pro osoby, které nemají kvalitní rodinné zázemí nebo přátelé, a v případě kratší léčby existuje možnost výskytu recidivy, pro osoby, u kterých dosáhla závislost určitého stupně závažnosti. Dále pro ty, kteří jsou schopni takový pobyt zvládnout jak tělesně, tak i duševně. Tohle by například nezvládli lidé s nejtěžšími formami závislosti. A nakonec je tento pobyt vhodný pro všechny, kteří jsou ochotni tento typ léčby akceptovat a dostatečně dlouho v ní zůstat.

Adameček a Radimecký (2015) se zabývali srovnáním terapeutických komunit a psychiatrických léčeben pro léčbu závislosti. Vzhledem k tomu, že až do roku 1990 v Československu poskytovaly léčbu pouze psychiatrické léčebny, tak se najdou rozdíly, ačkoliv se obě instituce sblíží. Odlišností je spousta, ale zmíním jen některé. Rozdíl je například v délce pobytu. V psychiatrické léčebně (nemocnici) je typická doba léčby v rozmezí 3-4 měsíců, výjimečně ji lze prodloužit na 5 měsíců. Oproti tomu v terapeutických komunitách je délka pobytu delší. Pohybuje se od 6-8, 9-12-15 měsíců a lze ji individuálně prodloužit. Další rozdílnost je v přístupu personálu ke klientům. V psychiatrické léčebně je přístup více direktivní. Také se zde dává menší prostor klientům k zapojení se do terapie. V terapeutické komunitě je naopak méně klientů, a proto jim mohou dopřát více prostoru k vyjádření. Na závěr ještě rozdíl v oblékání personálu. V psychiatrické léčebně musí mít personál příslušnou zdravotnickou uniformu, a naopak v terapeutické komunitě personál má své civilní oblečení (Adameček et al., 2015).

Podle Fertařové (2017) je péče hodně individuální a záleží na tom, v jakém stádiu onemocnění se pacient nachází. Pokud se jedná o akutní fázi u pacienta v deliriu nebo o detoxifikaci, tak sestra pozoruje somatický i psychický stav pacienta a případné problémy. Akrmannová a Babiaková (2006) popisují, že ošetrovatelské intervence by měly klást důraz na bezpečí pacienta, na prevenci úrazů a na dobré osvětlení místnosti. V období detoxifikace sestra pacientovi kontroluje fyziologické funkce, vědomí, příjem a výdej tekutin. Dále zajišťuje hygienu a výživu. Sestra také odstraňuje pacientovi

potencionálně nebezpečné předměty z důvodu rizika sebepoškození a zlepšuje spánek pomocí předspánkových rituálů (Fertal'ová, 2017). Randáková Modes (2014) zmiňuje práci s motivací a zvládnání techniky minimální (krátké) intervence jako základní dovednost sestry.

1.3 Specifika práce sestry na psychiatrii

Sestra podle vyhlášky 55/2011 Sb. v platném znění o činnostech zdravotnických pracovníků po získání specializované způsobilosti §54, může vykonávat bez odborného dohledu a bez indikace lékaře poradenskou funkci, která je zaměřená na prevenci poruch duševního zdraví a resocializaci. Může koordinovat spolupráci mezi ústavními zdravotnickými zařízeními a terénními službami. Sestra je schopna aktivně pracovat s osobami, které si sám zvolí pacient a společně tvořit podmínky pro jeho návrat do vlastního sociálního prostředí. Může také pozorovat chování pacienta kvůli včasnému zjištění nastupující krizi. Dále je kompetentní, aby pomáhala pacientovi se adaptovat na změněné životní podmínky a podporovala zachování jeho fyzických, kognitivních a psychických funkcí pomocí cílených aktivit. Je také oprávněna vykonávat psychoterapeutickou podporu. Sestra, bez odborného dohledu na základě indikace lékaře dle vyhlášky 55/2011 Sb. v platném znění, může vykonávat návštěvní službu a poskytovat ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Ošetrovatelská péče je poskytnuta pacientovi, který má patologické změny psychického stavu, potřebuje trvalý dohled nebo se musí použít omezující prostředky. Sestra také může pozorovat, jak pacient dodržuje léčebný program, vyhodnocovat, jestli se onemocnění nehorší nebo jestli se pacient nestává sobě nebezpečný. V případě potřeby zajistí nezbytná opatření pro bezpečnost pacienta a informuje lékaře. Sestra se specializací je podle vyhlášky 55/2011 Sb. v platném znění, kompetentní pod odborným dohledem lékaře (se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa) vykonávat činnosti při krizové intervenci nebo při zajišťování psychologické pomoci rodině a to vše v rozsahu své specializované způsobilosti. Dále zajišťuje psychoterapeutický režim oddělení a používá pomocné psychoterapeutické techniky, a to i individuální psychoterapeutické rozhovory.

Novotná (2014) také zmiňuje, že sestry mohou samy vykazovat některé činnosti zdravotní pojišťovně. Tyto činnosti jsou uvedeny v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Vyhláška č.134/1998 Sb. byla změněna a nově platí

od června 2020 vyhláška č.259/2020 Sb., která pro sestru obsahuje nové výkony. Mezi aktuální nyní patří zhodnocení psychického stavu sestrou pro péči v psychiatrii, skupinové podpůrné terapeutické aktivity, psychoedukční a podpůrný rozhovor s rodinou, telefonická konzultace sestry v péči o pacienta a sledování pacienta po terapeutické intervenci.

Hosáková (2015) popisuje, že práce psychiatrických sester se zčásti liší od práce ostatních sester. Pro psychiatrické sestry je klíčové vytvořit s klientem pozitivní terapeutický vztah. Kromě běžných ošetrovatelských výkonů, vyhodnocují uspokojování potřeb klienta, vykonávají specializované činnosti v oblasti péče o duševní zdraví a znovuzачlenění do společnosti. Elexová a Petr (2006) uvádějí, že kvalitu péče ovlivňují osobnostní předpoklady sestry. Sestra se musí dostatečně ovládat, mít empatický postoj a musí zvládat náročné situace. Velmi se také dbá na individuální ošetrovatelskou péči klienta. Nezbytné jsou i vědomosti v symptomatologii duševních poruch. Jejich neznalost může způsobit vážné pochybení v ošetrovatelské péči (Elexová et al., 2006).

Jak uvádějí Elexová a Petr (2006) sestra musí také dostatečně ovládat metodu pro získávání údajů, ať už rozhovorem, pozorováním nebo nasloucháním. Díky správné komunikaci se dozví nejen potřebné informace, ale získá i klientovu důvěru. Höschl (2019) potvrzuje, že komunikace s pacientem je dovednost, kterou by měla každá sestra ovládat. Mílka (2015) popisuje základní body, jak komunikovat s psychotickým pacientem. Sestra mu nevymlouvá jeho bludné představy, dodržuje formální odstup a nesměje se ani kuriózním představám. Marková a Venglářová (2006) uvádějí, že by se sestra měla vyhnout i bagatelizaci, ironickému chování a soukromým vztahům k pacientům.

Pro sestru je též potřebná i orientace v psychofarmakách. Měla by znát jejich žádoucí či nežádoucí účinky, nebo dobu nástupu účinku. Sestra musí být rovněž obeznámena v psychoterapii. Může přímo aktivně vést relaxaci nebo podpůrnou terapii u individuální péče o pacienty anebo být nepřímý účastník psychoterapeutických aktivit (Elexová et al., 2006).

Do dovedností sestry patří také hodnocení pacientů. Jak uvádí Hosáková (2015), hodnocení je systematické a uskutečňuje se podle zvoleného ošetrovatelského modelu. Vhodný model pro pacienty duševně nemocné je od Orlandové nebo Peplauové. U nás v České republice se nejvíce využívá Model funkčního zdraví od Gordonové. Model je

založen na tom, že zdraví jedince je buď funkční nebo dysfunkční a zdrojem potíží je některá složka z bio-psycho-sociálních interakcí (Farkašová et al., 2006).

Hosáková (2015) zmiňuje, že sestra vykonává ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Podle Markové a Venglářové (2006) do ošetrovatelského procesu nepatří pouze pacient, ale i jeho rodina. Díky dodržování všech fází ošetrovatelského procesu může sestra porovnávat pokrok u klienta v průběhu hospitalizace. Hlinovská a Fišarová (2009) považují za cíl procesu stanovení struktury poskytované péče, která je adekvátní k biopsychosociálním a spirituálním potřebám klienta a rodiny. Kudlová (2016) pokládá za cíl i prevenci, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti potřeb pacienta. Hlinovská a Fišarová (2009) dodávají, že ho lze aplikovat u odlišných klientů díky jeho flexibilitě a všestrannosti. Kudlová (2016) uvádí, že se skládá z pěti fází, které jsou vzájemně provázané.

Sestra začíná první fází, kterou je posouzení pacienta. Potřebné informace získává rozhovorem a pozorováním pacienta (Fertal'ová, 2017). Podle Venglářové (2006) sestra také sbírá data od rodinných příslušníků, ze zdravotnické dokumentace a také od ostatních osob ze zdravotnického týmu. Jakmile jsou informace úplné, sestra analyzuje problémy a stanoví ošetrovatelské diagnózy, čímž se přesouvá do druhé fáze procesu. Hosáková (2015) zmiňuje, že sestra určuje diagnózy v souladu s platnou klasifikací NANDA. U duševně nemocných se často objevují ošetrovatelské diagnózy strach 00148, úzkost 00148, sebepoškozování 00151, riziko násilí vůči jiným 00138, akutní zmatenost 00128 nebo chronická zmatenost 001129 dle poslední taxonomie (NANDA, 2020). Venglářová (2006) uvádí, že ve třetí fázi sestra sestavuje krátkodobý a dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče. Hosáková (2015) dodává, že ke stanovení cílů a ošetrovatelských intervencí je možné využít pomůcku NIC a NOC, ale protože nebyly ještě přeloženy do češtiny, tak se u nás příliš nepoužívají. Jelikož má pacient většinou více diagnóz, tak cíle jsou seřazené postupně podle závažnosti (Venglářová, 2006). Kudlová (2016) zmiňuje, že fáze plánování ještě zahrnuje návrh vhodných opatření pro dosažení cílů a je příhodné do plánování zapojit i pacienta. Předposlední fáze je podle Venglářové (2006) nejdůležitější fází z celého procesu, jelikož zde dochází k odstraňování problémů. Kudlová (2016) dodává, že součástí fáze realizace je kromě uskutečňování ošetrovatelských intervencí také rozhodování sestry o nutnosti asistence, dokumentování ošetrovatelských činností a kontrolní posouzení pacienta po intervenci. V poslední fázi podle Venglářové (2006) sestra hodnotí, jestli byl cíl plánované ošetrovatelské péče

splněn nebo nesplněn. Pokud byl cíl splněn, tak jestli byl splněn zcela či částečně anebo se objevily jiné problémy. V případě, že sestra vyhodnotí cíl jako nesplněný, tak by měla provést reflexi, zda problémy pacienta byly správně diagnostikovány, jaké faktory byly přítomny během realizace ošetrovatelských intervencí atd. (Venglářová, 2006). I do této fáze hodnocení je vhodné podle Venglářové (2006) zapojit pacienta.

Jak uvádí Hosáková (2015), všechny informace o ošetrovatelské aktivitě zapisuje sestra do ošetrovatelské dokumentace. Podle vyhlášky č. 279/2020 Sb. v platném znění zdravotnická dokumentace obsahuje identifikační a kontaktní údaje pacienta, zákonných zástupců nebo opatrovníků a také identifikační údaje registrujícího poskytovatele v oboru všeobecného praktického lékařství. V dokumentaci nesmí chybět informace o zdravotním pojištění a urgentní informace, jako je například alergie. Také v dokumentaci nalezneme souhrnnou anamnézu, do které patří například očkování, dřívější onemocnění, úraz nebo chirurgický výkon. Dále jsou v dokumentaci uvedeny současné zdravotní problémy, užívané léky, faktory životního stylu, těhotenství, fyzikální nálezy, diagnostické testy a doprovodné údaje. Hosáková (2015) zmiňuje, že ošetrovatelská dokumentace obsahuje ošetrovatelskou anamnézu pacienta, ošetrovatelský plán i uvedení cílů péče, ošetrovatelské diagnózy, domnělé ošetrovatelské intervence, záznam o jejich realizaci, hodnocení poskytované péče a ošetrovatelskou propouštěcí nebo překládovou zprávu. Podle vyhlášky 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, se zdravotnická dokumentace uchovává v souvislosti s léčbou duševních poruch a poruch chování 10 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb pacientovi, v případě pacienta s nařízeným ochranným léčením 30 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb.

Do dovedností ovlivňující kvalitu péče ještě Hosáková (2015) zahrnuje vědomosti o právní problematice. Často se stává, že se sestra dostane do kontaktu s pacientem, který nesouhlasí s hospitalizací, je omezen svéprávností nebo u něho musí být použity omezovací prostředky. Švarc (2015) uvádí, že omezovací prostředky se používají k omezení volného pohybu. Jak uvádí Petr (2014) jejich užívání upravuje Úmluva o lidských právech a biomedicíně a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění. Podle tohoto zákona lze použít k omezení volného pohybu úchop pacienta zdravotnickými pracovníky, ochranné pásy nebo kurty, místnost určenou k bezpečnému pohybu, ochrannou vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta, psychofarmaka nebo kombinaci již zmíněných prostředků. Pintlich (2022) zmiňuje, že po

zveřejnění novely zákona č. 372/211 Sb. platné od 1. 1. 2022 byla zrušena možnost omezení pacienta v síťovém lůžku, upravilo se omezení pomocí psychofarmak, kdy je podstatný způsob a účel podání, nikoliv forma léčivého přípravku a nově také platí povinnost informovat o farmakologickém omezení zákonného zástupce či opatrovníka. Palečková (2021) uvádí, že použití omezovacích prostředků musí být uvedeno do zdravotnické dokumentace a také do centrální evidence poskytovatele zdravotních služeb. V případě, že je u pacienta použit omezovací prostředek, podle Fertaľové (2017) má sestra na starost péči o hydrataci a příjem potravy. Měla by mu pravidelně podávat tekutiny, kdy minimální příjem je 2000ml/den. Rovněž sleduje vylučování moče a stolice. Dále zajišťuje hygienu, upravuje lůžko, kontroluje možné negativní následky z omezení a sleduje predilekční místa (Fertaľová, 2017). Tak se sestra snaží snížit psychickou zátěž pacienta a zajistit mu pocit bezpečí. Vzhledem k tomu, že omezovací prostředky mohou vést pacienta ke značnému stresu, Fertaľová (2017) ještě zmiňuje měřit fyziologické funkce, především tlak a puls v pravidelných intervalech. Ty jsou určeny standardem ošetrovatelské péče daného zařízení či ordinací lékaře.

Höschl (2019) také uvádí, že pro povolání psychiatrické sestry se nehodí osoby, které nejsou emočně vyrovnané, jsou výbušné, sociopatické nebo jsou velmi snadno psychicky ovlivnitelné.

1.4 Organizace psychiatrické péče

Psychiatrická péče je realizována v České republice díky vzájemně propojeným službám. K těmto službám patří psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení a zařízení systému komunitní péče (Petr, 2014). Žáčková et al. (2016) zmiňují ještě telemedicínu, která si našla své místo právě během covidové pandemie.

1.4.1 Ambulantní péče

Je to základ systému psychiatrické péče. Bývá to také místo prvního kontaktu s pacientem, který bývá obvykle dlouhodobý a kontinuální. Psychiatr se zde stává pacientovým průvodcem v systému psychiatrických služeb (Petr, 2014).

V roce 2020 bylo evidováno 1015 poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb. Nejvíce poskytovatelů bylo z oboru psychiatrie, přičemž největší počet poskytovatelů má Praha (254), poté Jihomoravský kraj (117) a Středočeský kraj (83). Další poskytovatelé byli z oboru gerontopsychiatrie, návykových nemocí, sexuologie a z dětské a dorostové psychiatrie (Melicharová et al., 2021). V psychiatrických ambulancích v roce 2020 ošetřili více než 628 tisíc pacientů, což je zhruba o 1, 5 % méně než v roce 2019. Ambulantní ošetření vyhledávaly spíše ženy, a to ve věku od 40 do 59 let. U nás v ČR připadá na 100 tisíc obyvatel 5 870 pacientů ošetřených u poskytovatelů psychiatrických ambulantních služeb. Nejvíce pacientů má Praha a Olomoucký kraj, naopak nejméně pacientů se zaznamenalo ve Středočeském kraji (Melicharová et al., 2021). Samotnou ambulantní péči zajišťovalo v roce 2020 téměř 2084 pracovníků. Lékařský personál tvořil 1017 osob, 617 bylo pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí, 235 bylo psychologů a zbytek tvořili ostatní odborní pracovníci. Z celkového počtu lékařů se jednalo o 883 psychiatrů a 76 adiktologů (Melicharová et al., 2021). V porovnání s rokem 2019 došlo k nárůstu počtu pracovníků u sesterských povolání a klinických psychologů, naopak pokles se zaznamenal u povolání psychiatr. Od roku 2010 se každoročně snižoval počet poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb až do roku 2015, kdy se naopak mírně zvyšuje a v roce 2020 zůstává na stejném počtu jako v roce 2019.

V případě diagnóz došlo k nárůstu oproti roku 2010 u diagnóz F4 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Oproti tomu počet pacientů s diagnózou F10 – Poruchy způsobené užíváním alkoholu se oproti roku 2010 snížil (Melicharová et al., 2021).

Specifika práce sestry se specializací v psychiatrii na ambulanci jsou velmi pestrá. Sestra užívá soubor speciálních postupů a technik při individuální rehabilitaci psychiatrických pacientů. Vede s pacientem strukturovaný rozhovor, kde zjišťuje míru závažnosti aktuálního problému, hodnotí potenciální rizika nebo orientačně hodnotí psychický stav (ÚZIS, 2021).

Sestra může provádět vybrané terapeutické aktivity, vede záznam o průběhu terapie a reakcích pacienta, které pečlivě zapisuje do zdravotnické dokumentace. Taktéž sleduje vitální funkce, stav vědomí, psychický stav a rozhoduje o ukončení sledování. Sestra také vysvětluje pacientovi význam dlouhodobějšího užívání léků, jejich vliv na psychický stav, nežádoucí účinky a jejich zmírnění, nebo zvláštnosti při jejich podávání. K výkonu využívá motivační techniky (ÚZIS, 2021). Do dalších výkonů sestry patří edukace, která může být na téma například podpora zdravého životního stylu nebo zásady psychohygieny. Edukuje i blízké pacienta o individuálním psychiatrickém plánu a zároveň poskytuje potřebnou podporu. Pokud se objeví u pacienta krize, sestra rovněž provádí plánované aktivity na zvládnání krize a plní pokyny ošetřujícího psychiatra. Jestliže není nutná nebo možná osobní návštěva, tak sestra komunikuje s pacientem telefonicky. Konzultují například aktuální zdravotní stav pacienta v rozsahu kompetencí sestry nebo monitoruje užívání dané medikace (ÚZIS, 2021).

1.4.2 Lůžková péče

Lůžková psychiatrická péče se rozlišuje na akutní a následnou. Podle Koncepce oboru psychiatrie by se měla poskytovat akutní péče pouze na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic a následná péče v psychiatrických nemocnicích. Kvůli nedostatku lůžek na psychiatrických odděleních ale není možné výše uvedené dodržet (Petr, 2014).

Akutní péče má za úkol diagnostické posouzení stavu pacienta a navrhnout plán léčby. Dále chrání pacienta před sebepoškozením nebo před poškozením ostatních ve všech oblastech sociálního fungování (Blatnická et., 2006.) Podle zdravotního stavu pacienta také zajišťuje ambulantní psychiatrickou péči, předání pacienta do péče komunitních týmů nebo obstarává překlad na lůžka následné péče (Petr, 2014). Do akutní lůžkové péče se dostanou pacienti s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronického onemocnění (Blatnická et al., 2006).

Polach (2015) popisuje hospitalizaci dobrovolnou a nedobrovolnou. Dobrovolná může vypadat tak, že ambulantní psychiatr vypíše doporučení do léčebny, protože usoudí, že lůžkové zařízení pacientovi poskytne větší množství. Nebo může pacient přijít sám, tedy bez doporučení, i když zde hrozí odmítnutí ze strany lékaře a doporučí mu ambulantní péči. Takle situace se nestává ale často. V případě nedobrovolné hospitalizace je pacient přivezen RZP, někdy v doprovodu policie. Bývá to u pacientů se schizofrenií, kteří jsou neklidní nebo u pacientů s intoxikací návykovou látkou, kdy je pacient nebezpečný sobě i svému okolí.

Hospitalizaci rozlišujeme podle délky na krátkodobou, která je do 3 měsíců, střednědobou, která trvá 3 měsíce až půl rok, a na dlouhodobou, která trvá déle než půl roku (Melicharová et al., 2021). Následná lůžková péče je pro pacienty, kteří mají ukončený diagnostický proces a určenou léčbu. Pokud jsou přítomny projevy psychopatologie, pacientovi není dovoleno propuštění do domácího ošetřování s podporou komunitních služeb nebo zařízení sociální péče (Petr, 2014).

V psychiatrických zařízeních bylo v roce 2020 ukončeno 29 968 hospitalizací, je to o 4 530 méně než v roce 2019. Ukončené hospitalizace byly většinou krátkodobé a nejčastěji z důvodu propuštění pacienta, nebo z důvodu předčasného ukončení hospitalizace. Naopak samotné hospitalizace byly nejčastěji z diagnózy F10 – Poruchy způsobené alkoholem a F2 – schizofrenie. Častěji byli hospitalizováni muži než ženy, a to s diagnózou F10 – Poruchy způsobené užíváním alkoholu (Melicharová et al., 2021)

Podle Blatnické a Markové (2006) by se měl příjem pacienta k hospitalizaci uskutečňovat v klidu. Lékař i sestra se klientovi představí a poté mu poskytnou veškeré informace související s hospitalizací. Dále sestra klientovi změří a zapíše fyziologické funkce, výšku a váhu. Kromě toho také do dokumentace zaznamenává dietu a významné znaky pro identifikaci pacienta, jako je barva vlasů, očí, jizvy, tetování, piercing, typ postavy, zranění a kompenzační pomůcky (Blatnická et al., 2006). Jak uvádí Fertaľová (2017), při příjmu ještě sestra hodnotí klientovo chování, emoce, úroveň komunikace, výchovu, vzdělání, víru, náboženství a sociální život v rodině i v práci. Rovněž asistuje při vyšetřeních a provádí ošetrovatelské činnosti dle ordinace lékaře (Blatnická et al., 2006).

Po dokončení administrativy sestra zkontroluje před klientem jeho osobní věci a v případě, že je vyhodnotí jako rizikové, tak mu je odebere. Můžou to být ostré předměty, kterými by si mohl klient ublížit, nebo naopak ohrozit jiné klienty. Zabavené

předměty sestra řádně označí a ujistí klienta, že při propuštění mu budou všechny znovu vráceny (Fertařová, 2017). Podle Fertařové (2017) je velmi důležité dostatečně klientovi vysvětlit důvod odebrání osobních věcí, protože by to mohlo způsobit zdroj nedůvěry až konflikt. Po kontrole věcí sestra seznámí klienta s ostatními klienty a ukáže mu jeho pokoj. Dále také jídelnu, koupelnu, toaletu a obeznámí ho s režimem na oddělení (Fertařová, 2017).

Blatnická a Marková (2006) uvádějí, že během samotné hospitalizace sestra sleduje fyziologické potřeby pacienta, jako je například strava, jelikož duševně nemocní pacienti často odmítají jídlo nebo nedodržují dietní režim. U zmatených pacientů může docházet k dehydrataci, a proto je důležité dohlížet i na pitný režim. U depresivních pacientů musí sestra brát zřetel i na hygienu a v případě potřeby pacientovi dopomoci. Sestra si všímá i poruch spánku, které sleduje, zapisuje, eliminuje příčiny nespavosti a edukuje klienty o spánkové hygieně (Blatnická et al., 2006).

Během hospitalizace sestra specificky podává léky. Aplikace se vykonává v k tomu určené místnosti, klienti si chodí postupně pro léky a každý ho musí požit před sestrou, aby měla jistotu, že lék je skutečně spolknutý. Takováto kontrola zabraňuje tomu, aby si klient léky hromadil a následně zneužil k sebevražednému pokusu. Ve spojitosti s farmakologií sestra zapisuje tzv. lékovou complianci, kdy se jedná o rozsah dodržování předepsaného lékového režimu (Blatnická et al., 2006).

Jak uvádějí Slezáková et al. (2007), propuštění klienta je obvykle plánované, aby se na to mohli příbuzní připravit. Každý klient má před propuštěním zajištěnou následnou péči, kterou většinou zajišťuje sociální pracovníce na oddělení. Může to být ambulantní péče, komunitní bydlení atd. (Blatnická et al., 2006).

Podle Slezákové et al. (2007) je hospitalizace na psychiatrii velmi citlivá událost a závisí na každé osobě z terapeutického týmu, aby se celková péče, léčba i komunikace s klientem dobře vyvíjela.

1.4.3 Komunitní péče

Jedná se o soubor služeb, programů a zařízení, které pomáhají lidem s duševní poruchou, aby mohli žít v podmínkách běžného života. Snaží se uspokojit jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Propojuje se zde zdravotní a sociální oblast (Petr,

2014). Pacient se podílí na terapeutickém pláň, který má smysl, jestliže se na něm shodnou pacient i pracovníci služeb (Křička, 2006).

Podle Petra (2014) patří do komunitních služeb také služby psychiatrické rehabilitace, které přísluší oblasti sociálních služeb. Patří sem služby na podporu bydlení, na podporu práce a zaměstnání, na podporu volného času a sociálních kontaktů, případové vedení, poradenství apod. Intermediární služby fungují na okraji mezi lůžkovou a ambulantní péčí a spadají do resortu zdravotnictví. Do toho náleží krizová centra, denní stacionáře, krizové mobilní týmy a komunitní psychiatrické sestry. Krizové psychiatrické centrum je neustále v provozu.

Probíhá zde neodkladná psychiatrická péče pomocí krizové intervence, rodinné a skupinové psychoterapie, ale také třeba krátkodobé pobyty na lůžku (Pěč, 2014). Aktuálně v ČR pracují 4 krizová centra, a to krizové centrum RAIPS Praha, Centrum krizové intervence PN v Bohnicích, Krizové centrum Psychiatrické kliniky FN Brno a Krizové centrum Ostrava, o.s. (Langer, 2021). Pro denní léčbu psychiatrických pacientů slouží tzv. denní stacionáře. Ačkoliv je léčba indikovaná u hodně diagnóz a je pro skoro všechny věkové skupiny, obsahuje několik podmínek, aby léčba byla efektivní. Za prvé musí mít pacient motivaci ke změně a chtít se léčit. Další podmínka je ve finančním zabezpečení, aby pacient nedal přednost pracovní nabídce před docházkou do stacionáře. Důležitá je i dojezdová vzdálenost, která by neměla překročit 1 hodinu jízdy, protože hrozí riziko, že pacient cestu vzdá (Pěč, 2021).

Dudová (2018) uvádí multidisciplinární tým jako hlavní nástroj Centra duševního zdraví (CDZ), které přinesla psychiatrická reforma. Služby se poskytují nejen v místě CDZ, ale i v přirozeném prostředí klienta. Do terénu vyjíždí mobilní terénní tým. Týmy mohou pracovat zcela samostatně nebo ve spolupráci s krizovými centry. Tým se většinou skládá z psychiatra, klinického psychologa, psychiatrické sestry a sociálního pracovníka (Pěč, 2014). Podle Dudové (2018) se poskytuje kvalitní multidisciplinární péče, která je zaměřená na podporu zotavení jedince v jeho přirozeném prostředí a klade důraz na jeho biopsychosociální potřeby. Pacientovi tým poskytuje farmakoterapie, krizovou intervenci, neodkladné psychiatrické a psychologické vyšetření (Pěč, 2014). Dudová (2018) ještě doplňuje metody, jako je case management, CARE a psychosociální rehabilitace. Čabanová et al. (2018) uvádějí, že sestry v CDZ nejčastěji vykonávají koordinaci spolupráce mezi lůžkovými a terénními službami, včetně služeb sociálních

a svépomocných skupin. Také pomáhají se klientům začleňovat do vlastního sociálního zařízení. Rovněž poskytují domácí zdravotní péči u ambulantně léčených pacientů s duševní poruchou a posuzují jejich zdravotní stav v jejich vlastním prostředí. Sestra v CDZ dále kontroluje dodržování léčebného režimu a hodnotí zhoršování onemocnění, především zda klienti nejsou nebezpeční sobě či okolí. Kromě spolupráce s psychologem, sestra také vede poradenskou činnost v oblasti prevence duševního zdraví a účastí se na pravidelných poradách týmu CDZ (Čabanová et al., 2018)

Kovaříková (2021) popisuje komunitní sestry jako sestry pracující mimo nemocnici. Jsou v přímém kontaktu s pacientem, a to buď v jeho sociálním prostředí, v rodině anebo na pracovišti. Jejich základní úkoly jsou komplexní a zahrnují primární, sekundární i terciární prevenci. Pěč (2014) dále uvádí blízkou spolupráci s psychiatrem a plnění jeho indikací k péči.

Komunitní sestra je podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č.252/2019 Sb., v platném znění, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, sestra se specializovanou způsobilostí. Dále podle §54 poskytuje primární péči, integrovanou péči a preventivně zaměřenou péči. Činnost může vykonávat jednotlivcům nebo skupinám ve vlastním sociálním prostředí. Skupina může být vymezena společným územím, věkem, zdravotním stavem apod.

V roce 2018 vláda nařídila studijní obor přímo na komunitní péči pouze pro porodní asistentky (Kovaříková, 2021). Nestátní neziskové organizace obvykle poskytují meziresortní služby, které oficiálně spadají do sociálních služeb a poskytují především psychiatrickou rehabilitaci (Pěč, 2014). Při této rehabilitaci se podle Páva et al. (2017) pracuje s pacientem na jeho přáních a potřebách v důležitých oblastech života, určují se jednotlivé cíle a způsob jejich naplnění.

Komunitní péče má své výhody, ale i rizika oproti dlouhodobé hospitalizaci. Pěč (2015) mezi výhody řadí zvýšení kvality života pacientů, snížení množství psychofarmak, zmenšení poruch chování a zlepšení sociální funkce pacientů. Dále zmiňuje, že změna ke komunitní péči neměla vliv na sebevražednost nebo bezdomovectví u duševně nemocných. Co se týče rizik, tak duševně nemocný se může stát obětí podvodů, vydírání nebo nevýhodných smluv. Pokud je pacient pravidelně v kontaktu se zdravotnickými službami, tak ty by měly umět těmto rizikům předcházet.

1.4.4 Telemedicína a teleošetřovatelství

Telemedicína se již několik let rozvíjí a největší nárůst zájmu zažila právě během covidové pandemie. Jedná se o využití elektronických, komunikačních a informačních technologií k poskytování nebo podpoře klinické psychiatrické péče na dálku (Perera et al., 2020). Podle Žáčkové et al. (2016) není důležité přizpůsobit medicínu technice, ale naopak ji využít pro potřeby medicíny. Mezi její hlavní přednosti zařazuje dostupnost péče, anonymitu klienta, destigmatizaci, cenové náklady, rychlost péče atd.

Cowan et al. (2019) popisovali i jisté nevýhody telemedicíny. Hodně lékařů a pacientů zmiňovalo obavu z nedostatečného zabezpečení během jejich videohovorů. Lékaři si dále stěžovali na nedostatečný klid během sezení, protože někteří pacienti volali z restaurací, knihoven nebo ze svých aut. Další problém nastal v domácím prostředí, kdy během konzultace pacient dělal i jiné činnosti. Připravoval jídlo, kouřil nebo se věnoval dětem. Další nevýhoda telemedicíny souvisí se samotnou technologií, kdy docházelo k nízké kvalitě zvuku nebo videa. Ačkoliv lékaři by upřednostnili horší video ve prospěch zvuku, tak i špatný obraz může zapříčinit nepochopení neverbální komunikace. V souhrnu měli lékaři více připomínek k telemedicíně, než pacienti (Cowan et al., 2019).

O'Brien a McNicholas (2020) uvedli, že telepsychiatrie prakticky funguje na interakci psychiatra a pacienta, a to nejčastěji prostřednictvím telefonu nebo videokonference. Výzkum také poukázal na skutečnost, že telepsychiatrie je srovnatelná se službami, jako klasická péče v tváři tvář, co se týče spolehlivosti diagnostiky a výsledků léčby.

Podle Duncana (2020) není telepsychiatrie vhodná pro pacienty, kteří mají omezenou schopnost komunikace. Dále není pro pacienty, u kterých je nutné neurologické vyšetření, jako je diagnostika hmatu nebo čichu a také není možná u pacientů, kteří nemají přístup k potřebné technologii. Některým pacientům chybí počítač nebo internetové připojení.

Stoll et al. (2020) se zaměřil na etické problémy při poskytování telepsychiatrie. Jako první uvedl bezpečnost dat, soukromí a důvěrnost. Dále právní a finanční problematiku, informovaný souhlas se službami a obavy o sociální spravedlnost. Důležité je, aby se lékař ujistil, že telepsychiatrie je pro pacienta vhodná a také on sám musí být kvalifikovaný k poskytování telepsychiatrických služeb. Schölin (2021) se také zabývala etickými výzvami a ve své práci zdůrazňuje, že telepsychiatrie má své limity a každý duševně nemocný pacient není vhodný pro tuto léčbu na dálku.

Slezáková et al. (2022) definuje teleošetřovatelství jako využívání informační a komunikační technologie při poskytování ošetřovatelské péče, když je mezi sestrou a pacientem velká fyzická vzdálenost.

Mezi hlavní benefity Slezáková et al. (2022) řadí snižování nákladů na ošetřovatelskou péči a zvyšování její kvality, komfort klienta, možnost vzájemné spolupráce sester z celého světa, větší dostupnost k různým službám ošetřovatelské péče a možnost řešení narůstajícího nedostatku sester.

Palonen a Yliluoma (2020) zmiňují i nedostatky v užívání teleošetřovatelství, jako selhání techniky, nedostatečně klidné prostředí nebo neadekvátní komunikační schopnosti sestry. Do dalších potencionálních problémů Slezáková et al. (2022) uvádí překročení kompetencí sestry, problematiku informovaného souhlasu, kdy není zcela jasné, zda klient vše pochopil, nebo problematiku pojištění u klientů ze zahraničí.

Mezi technologie požadované v praxi teleošetřovatelství Nimhans (2020) zahrnul pracovní mobil, email a profesionální účet na sociálních sítích, které pomáhají sestřám v lepší komunikaci s klienty. Nezbytné je také mít spolehlivé a bezpečné internetové připojení. Rovněž sestra musí klást důraz na kvalitní počítačový systém, který se skládá z hardwaru a softwaru. Pro vhodnou konzultaci je potřebná také dobrá kamera s vysokým rozlišením, která napomáhá s budováním vztahu s klientem. Zde hraje důležitou roli aktivní naslouchání a udržování očního kontaktu. Na závěr Nimhans (2020) zmiňuje prostředí a samotný pokoj, kde se koná teleošetřovatelství. Velmi záleží na umístění pokoje kvůli možnému hluku, který by zachytil mikrofon a následně tak rušil kontakt s klientem. Kromě toho by se sestry měly také zaměřit na design pokoje, jeho velikost a umístění oken, protože to vše může negativně či pozitivně ovlivnit spojení s klientem.

Nejčastěji používané informační a komunikační technologie během teleošetřovatelství jsou podle Slezákové et al. (2022) telefony, internet, tablety, osobní digitální asistenti, počítače, teleroboti, video a audiokonference.

Pro to, aby poskytovaná péče byla vysoce kvalitní a efektivní, uvedly Eriksson a Gustafsson (2020) deset faktorů, které by neměly v poskytované službě chybět. Jednotlivé indikátory kvality v ošetřovatelství byly rozděleny do oblastí struktury, procesu a výsledku. Mezi faktory Eriksson a Gustafsson (2020) zařadili například

dostupnost a jednoduchost péče, dobrou komunikaci, odborné vzdělání, vhodné pracovní podmínky, spokojenost klientů atd.

Důležité dovednosti telesestry popisuje Slezáková et al. (2022) jako způsobilost vyhledávat, chápat, interpretovat a hodnotit zdravotní informace z elektronických zdrojů a poté je aplikovat v kulturním, sociálním a situačním rámci při řešení zdravotních problémů pacienta.

Slezáková et al. (2022) uvádí, že teleošetřovatelství lze využít v psychiatrickém ošetřovatelství v primární, sekundární i terciární prevenci. V primární prevenci Slezáková et al. (2022) zmiňuje prevenci variability závislostí nebo podporu duševního zdraví během pandemie. Zde se zaměřuje na zvládání strachu, úzkosti, životních omezení, nespavosti nebo deprese. V sekundární a terciární prevenci Slezáková (2022) popisuje pacienty s afektivními psychickými poruchami, poruchami chování, závislostmi, schizofrenními poruchami, poruchami vyvolanými stresem, nebo osoby v komunitní ošetřovatelské péči. Podle Slezákové et al. (2022) se od sester očekávají nejen znalosti a dovednosti z oboru psychiatrie a psychiatrického ošetřovatelství, ale také komunikační schopnosti, sociální způsobilost a osobnostní předpoklady.

1.4.5 Psychiatrická reforma

V říjnu 2013 byla schválena na Ministerstvu zdravotnictví strategie reformy psychiatrické péče. Důvodem bylo, že ČR od počátku 90. let 20. století neudělala žádnou změnu a zdravotní obor se dlouhodobě podfinancovává. Hlavním cílem reformy je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním (Anders, 2017). Hollý (2015) uvádí, že mezi strategické cíle patří zvyšování kvality psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování. Dále by se měla zmenšit stigmatizace duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně, zvýšit spokojenost klientů s poskytovanou péčí, zvýšit úspěšné začleňování klientů do společnosti a zlepšit propojení zdravotních, sociálních, a dalších návazných služeb. Anders (2017) ještě zmiňuje dostatečnou schopnost zajistit včasnou diagnostiku a léčbu základních duševních poruch. Mělo by také dojít k rozšiřování komunitní péče a vytváření nových služeb, jako jsou centra duševního zdraví a ambulance s rozšířenou péčí, čímž by se měla snížit dlouhodobá lůžková péče.

Vzhledem k uplynulým rokům od reformy se již dosáhlo některých cílů, které byly úspěšně realizovány. Winkler (2019) zmiňuje Metodiku pro evidenci respektující rozvoj

psychiatrických služeb tzv. MERRPS, která se snaží hospodařit s možnými lidskými, finančními a jinými zdroji, aby přinášela co možná největší prospěch lidem s duševním onemocněním i jejich rodinám. V průběhu projektu se dosáhlo i několika cílů. Například se podařilo proškolit mladou generaci výzkumníků v ekonomických evaluacích v oblasti duševního zdraví, a to prostřednictvím zahraničních kurzů nebo se zvládly sestavit dotazníky měřící efektivitu péče o lidi s duševním onemocněním. Dále Winkler (2019) také uvádí Destigmatizaci, která se snaží o snížení stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním. A také přispívá ke zvyšování kvality jejich života. Na základě Destigmatizace vznikla Iniciativa NA ROVINU, která je součástí i mezinárodní aliance GASA. Zabývá se sdílením důkazů a materiálů za účelem co nejúčinněji se bránit stigmatizaci. Iniciativa NA ROVINU tvoří prostředí, kde si jsou všichni rovni a mohou i zde volně komunikovat o duševním zdraví i nemoci. Zohledňují biopsychosociální a spirituální potřeby v rámci duševního zdraví. Protopopová (2019) zmiňuje Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, který vychází z nadřazených strategických dokumentů a mezinárodních úmluv. Poukazuje na to, že péče o duševní zdraví neobsahuje jen zdravotní služby a sociální rehabilitaci, ale také zasahuje do oblastí prevence stresu a psychosociální zátěže, vzdělávání anebo bydlení či zaměstnání. Jak uvádí Chrtková (2019) Multidisciplinarita se zabývá vytvořením podmínek vhodných k procesu deinstitucionalizace. Jedním z cílů je podpora spolupráce lůžkových a mimolůžkových služeb. V rámci spolupráce dochází k podpoře vzájemné jednodenní nebo i vícedenní stáže. Komunitní pracovníci se seznamují s prací na lůžkových zařízeních a naopak. Dochází ke vzájemnému porozumění mezi pracovníky a lépe pak spolupracují. Pfeiffer (2019) uvádí i významná tzv. Centra duševního zdraví. Podle Kolářové (2022) aktuálně funguje 30 center duševního zdraví, za 8 let by jich mělo být dalších 70, i když ideální počet pro naše území by byl 130.

Boček et al. (2022) zmiňují zásadní nedostatky reformy psychiatrické péče, čímž je nedostatek psychiatrů, peněz i bytů. Jak uvádí Holčáková (2021), ve své praxi dosud nezaznamenala žádný posun. Národní akční plán pro duševní zdraví chce zrušit finanční podporu velkokapacitních zařízení zdravotních služeb, a naopak finance vložit do komunitní péče. Holčáková (2021) souhlasí, že se snižují počty lůžek v psychiatrických léčebnách a nemocnicích, ale na druhé straně ji chybí rozvoj komunitních služeb. Nevznikají žádné komunitní domovy se zvláštním režimem, ani komunitní chráněná bydlení. Chybí propojení zdravotních a sociálních služeb.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit vliv pandemie na poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou.

Cíl 2: Zjistit zkušenosti sester s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou během pandemie.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaký vliv má pandemie na poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou?

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou zkušenosti sester s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou během pandemie?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část diplomové práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Pro sběr dat byl vytvořen polostrukturovaný rozhovor, který je podle Kutnohorské (2009) nejčastěji používaný způsob k získávání informací (Příloha 1). Skládal se z 16 otázek, které byly doplněny o další podotázky dle potřeby. Rozhovory probíhaly telefonicky, trvaly přibližně 40 minut a byly vždy v osobním volnu sestry. Záznam některých hovorů byl zachycen na diktafon, přičemž jsem se probandů na začátku ptala, zda se zvukovým nahráváním souhlasí. Z důvodu osobních údajů není zvukový záznam součástí diplomové práce. Někteří se zvukovou stopou nesouhlasili a hovor byl zaznamenán metodou přímé transkripce, která byla následně převedena do programu Microsoft Office Word 2019. Nakonec byly všechny rozhovory převedeny do elektronické podoby. Probandi byli také obeznámeni se záměrem výzkumu a byli ujištěni o tom, že jejich anonymita zůstane zachována. Pro získání probandů byl použit záměrný výběr a metoda sněhové koule. Sestra, se kterou jsem dělala rozhovor, mi předala kontakt na některou svou další kolegyni. Sestry byly z celé České republiky, ale nejvíce byl zastoupen Moravskoslezský kraj.

Počáteční otázky rozhovoru byly spíše základní a týkaly se nejvyššího dosaženého vzdělání, délky praxe v psychiatrické péči, věku sester a kraje, kde pracují. Další otázky už byly zaměřené na poskytování ošetrovatelské péče o pacienty s duševní poruchou v době pandemie, na specifika ošetrovatelské péče, její komplikace či nedostatky. Na závěr byla položena otázka, jestli pandemie měla pro sestry i nějaký přínos. Sběr dat byl prováděn od března do konce dubna roku 2022.

Analýza dat proběhla otevřeným kódováním, metodou „papír a tužka“. Poté byly stanoveny jednotlivé kategorie a podkategorie (Škvaříček et al., 2014). V interpretaci výsledků byly použity přímé citace dotazovaných. Rozhovor byl veden se sestrami, které pracují v psychiatrické lůžkové péči, ambulantní péči a komunitní péči. Nejvíce byla zastoupená lůžková péče a nejméně komunitní péče.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo dohromady 17 sester z různých krajů v České republice. Konkrétně to bylo 8 sester pracujících v lůžkové péči, 5 sester v ambulantní péči a 4 sestry v komunitní péči. Výběr sester pro výzkumné šetření byl záměrný. Jedinou podmínkou pro zařazení byla práce na psychiatrii před a v době pandemie covid-19. Bylo to z důvodu porovnání ošetrovatelské péče, jestli na ni měla pandemie vliv. Sestry jsou označeny písmeny s čísly S1-S17, podle pořadí provedení rozhovoru.

4 Výsledky

4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami

V této kapitole uvádíme výsledky rozhovorů se sestrami, které pracují s duševně nemocnými klienty. Výsledky jsou rozděleny do 4 kategorií a 7 podkategorií.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

1. Identifikační údaje sester
2. Vliv pandemie na klienty
3. Vliv pandemie na ošetrovatelskou péči
 - 3.1 Specifika ošetrovatelské péče v době pandemie
4. Zkušenosti sester s poskytováním ošetrovatelské péče v době pandemie
 - 4.1 Komplikace během poskytování ošetrovatelské péče
 - 4.2 Absence potřeb během poskytování ošetrovatelské péče
 - 4.3 Nedostatky v poskytování ošetrovatelské péče
 - 4.4 Změna v poskytování ošetrovatelské péče podle sester
 - 4.5 Poskytování ošetrovatelské péče pomocí teleošetrovatelství
 - 4.6 Přínos pandemie pro sestry

1. kategorie: Identifikační údaje sester

Tabulka 1 Identifikační údaje

Sestra	Věk	Délka praxe	Nejvyšší dosažené vzdělání	Kraj	Pracoviště
S1	60 let	40 let	Všeobecná sestra Bc.	Středočeský	Lůžková péče
S2	25 let	5 let	Všeobecná sestra Dis.	Pardubický	Lůžková péče
S3	42 let	9 let	Všeobecná sestra Dis.	Moravskoslezský	Komunitní péče
S4	56 let	36 let	VŠ + spec. v psychiatrii	Zlínský	Lůžková péče
S5	37 let	13 let	Všeobecná sestra	Liberecký	Ambulantní péče
S6	52 let	33 let	VŠ + spec. v psychiatrii	Moravskoslezský	Lůžková péče
S7	40 let	13 let	Všeobecná sestra Dis.	Plzeňský	Lůžková péče
S8	26 let	5 let	Praktická sestra	Moravskoslezský	Lůžková péče
S9	52 let	32 let	VŠ + spec. v psychiatrii	Plzeňský	Lůžková péče
S10	42 let	14 let	VŠ+ spec. v psychiatrii	Moravskoslezský	Komunitní péče
S11	28 let	6 let	Všeobecná sestra Bc. + spec.	Vysočina	Lůžková péče
S12	39 let	7 let	Všeobecná sestra Dis.+ spec.	Středočeský	Komunitní péče
S13	48 let	23 let	Všeobecná sestra Bc.	Pardubický	Ambulantní péče
S14	36 let	6 let	Všeobecná sestra Dis.+ spec.	Moravskoslezský	Ambulantní péče
S15	37 let	10 let	Všeobecná sestra Dis.+ spec.	Vysočina	Ambulantní péče
S16	28 let	3 roky	Praktická sestra	Pardubický	Ambulantní péče
S17	25 let	5 let	Všeobecná sestra Bc.	Středočeský	Komunitní péče

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

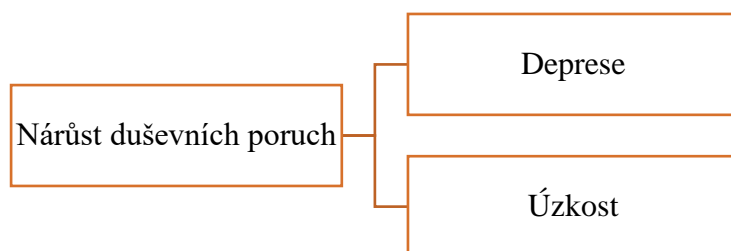
Tato kategorie se zaměřuje na identifikační údaje sester pracujících s duševně nemocnými klienty. Z celkového počtu dotazovaných sester, tj. S1-S17, mají skoro všechny vysokoškolské vzdělání. Kromě S8 a S16, které mají středoškolské. Skoro polovina sester, tj. S4, S6, S9, S10, S11, S12, S14 a S15, má specializaci v oboru psychiatrie. Jejich věk se pohyboval od 25 let do 60 let. Délku praxe v péči s duševně nemocnými klienty měly od 3 do 60 let, přičemž více než polovina měla praxi více než 10 let. Nejkratší praxi měla S16, a to pouze 3 roky. Necelá polovina sester, tj. S1, S2, S4, S6, S7, S8, S9, S11, pracuje na lůžkové péči, S5, S13, S14, S15 a S16 pracují v ambulantní péči a zbytek sester, tj. S3, S10, S12, S17, pracují v komunitní péči.

2. kategorie: Vliv pandemie na klienty

Druhá kategorie měla za cíl zmapovat, jaký měla pandemie vliv na počet klientů a zdali sestry zaznamenaly i nějaké změny ohledně duševních poruch. Skoro všechny sestry kromě S4, S6 a S15 uvedly, že se četnost klientů změnila v souvislosti s pandemií covid-19. S4 řekla: „*U nás je počet pacientů stále stejný.*“ Naopak S3 uvedla: „*Zvýšil se počet klientů, protože nechtěli být doma sami, měli strach a chtěli být v bezpečí nemocnice.*“ S2 byla překvapená i skladbou klientů na svém lůžkovém oddělení a řekla: „*Klienti byli často v mém věku, protože nezvládli náročnost situace s izolací. Takhle mladé klienty obvykle nemáme.*“ Ze zbylých dotazovaných sester více než polovina odpověděla, že u jejich klientů došlo k nárůstu. S1 uvedla: „*Je jich více. Úzkostní pacienti chtěli být v bezpečí nemocnice, alkoholici se rozpili a pacienti s poruchami nálady měli deprese z osamělosti.*“ Sestra S9 také odpověděla, že u nich došlo k nárůstu klientů a úbytek cítí na straně ambulancí. Naopak část sester (S5, S10, S13, S14, S16) vnímaly pokles klientů. S5 uvedla: „*Ano, klientů bylo o dost méně, měli obavu vycházet, aby se nenakazili.*“ podobně odpověděla i S16 a S13, která navíc dodala, že se více věcí řešilo po telefonu.

Schéma 1 – Kategorie 2: Nárůst duševních poruch

Schéma 1 Nárůst duševních poruch



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

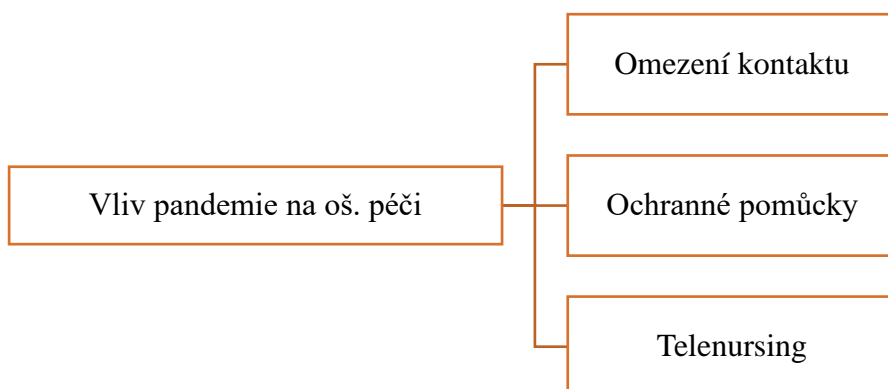
V souvislosti se změnou množství klientů se změnily i duševní poruchy. Většina sester odpověděla, že došlo k nárůstu duševních poruch, a to nejčastěji k úzkosti a depresi. S1 uvedla: „*Ano, zvýšil se nárůst depresivních poruch a úzkosti.*“ S5 řekla: „*Myslím si, že se zvýšila deprese*“. S2 ještě poznamenala nárůst sociálních fobií a rozvinuté stavy u schizofrenie i přes dlouhodobou léčbu a stabilní stav. S7 také sdělila zvýšený výskyt sebepoškození. S4 si nebyla úplně jistá a odpověděla: „*Nevím, ale myslím si, že po pandemii budou duševní poruchy přibývat. Teď si nejsem vědoma, jestli došlo u něčeho k nárůstu, možná máme více úzkostných pacientů, kteří se hodně báli o své blízké.*“ Pouze tři sestry S3, S6 a S15, nezaznamenaly zvýšený výskyt některé duševní poruchy. S3 odpověděla: „*Nemám ten pocit, že by se něco změnilo.*“ S6 uvedla: „*Pracuji s psychotiky a tady nárůst nebyl, ale slyšela jsem od kolegyně z lůžkového, že přibylo klientů s depresí.*“ A S15 si také nevšimla zvýšeného výskytu některé duševní poruchy, i když zmínila, že něco v této souvislosti četla na internetu.

3. kategorie: Vliv pandemie na ošetrovatelskou péči

V této kategorii se věnujeme samotné ošetrovatelské péči v době pandemie. Zaměřili jsme se na to, jestli vůbec sestry vnímají, že by pandemie měla nějaký vliv na poskytování ošetrovatelské péče a pokud ano, tak kde a v čem tento vliv pocítují (Schéma 2). Součástí je i podkategorie, kde jsme zjišťovali specifika poskytování ošetrovatelské péče v době pandemie (Schéma 3).

Schéma 2 – Kategorie 3: Vliv pandemie na ošetrovatelskou péči

Schéma 2 Vliv pandemie na ošetrovatelskou péči



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Všechny sestry, tj. S1-S17, uvedly, že pandemie měla vliv na poskytování ošetrovatelské péče. Každá vliv vnímala s různou hloubkou, ale že tam byl, řekly všechny. S1 uvedla: „*Ano, pandemie měla velký vliv.*“ S2 také vnímala vliv, ale menší a odpověděla: „*Byly jisté změny, takže vliv se objevil, ale nic extrémního.*“ Podobně odpověděla i S4, S6 a S8. S5 vnímala vliv pandemie podobně jako S1 a řekla: „*Ano, určitě. Byl to velký vliv, který nás hodně zasáhl.*“ Zbytek sester (S7, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17) nepopíraly vážnost vlivu pandemie, ale nevnímaly to jako problém, který by nezvládly. S10 uvedla: „*Pandemie jistě péči ovlivnila, ale ne tak, abychom to nezvládly.*“ S13 řekla: „*Sice jo, ale my si z toho na prdel nesedly, nějak to vždy musí jít.*“ Sestry S3 a S9 příliš vliv nevnímaly a S3 odpověděla: „*Pro mě se nic moc nezměnilo, asi tam nějaký vliv byl, ale já to nevnímala.*“ S tím také souhlasila S9 a řekla: „*Připadá mi, že ošetrujeme pořád stejně a nebyť několika maličností, tak nevidím nějaký vliv pandemie.*“

Skoro polovina sester (S1, S2, S4, S5, S7, S8, S10, S11) viděla jako první vliv pandemie v omezení kontaktu. Docházelo k zákazu návštěv, izolaci oddělení, rušily se skupinové aktivity, ale byl i omezen kontakt s psychiatrem nebo psychologem. S11 zmínila: „*Byly dlouhé doby čekání na psychiatrické ošetření, protože kvůli covidu nebyl přítomen psychiatr a řešilo se to online.*“ S2, S4 a S6 ještě uvedly, že jejich oddělení bylo uzavřeno. S2 řekla: „*U nás byli pacienti na uzavřeném oddělení, které bylo původně otevřené a poté nemohli ani ven do zahrady.*“ S4 odpověděla: „*Naši pacienti měli zákaz návštěv, nebyly dovolenky, vycházky, nemohli chodit do města. Oddělení bylo uzavřené, ale mohli mít u sebe po celou dobu telefon.*“ S2 a S6 také zmínily, že docházelo i k omezování

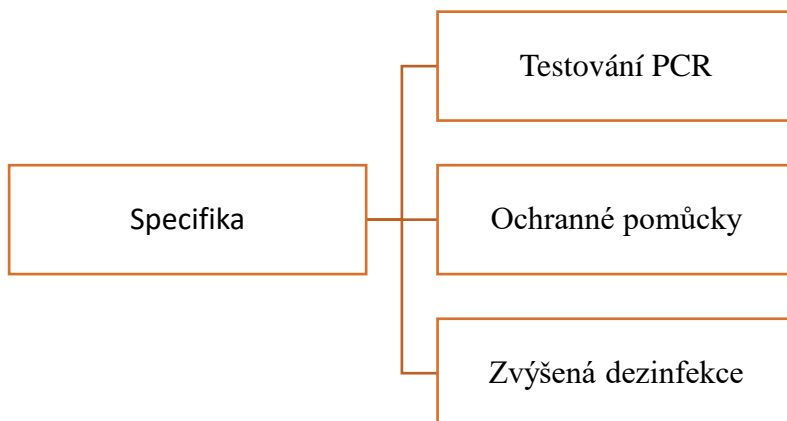
psychoterapie. S1 a S12 ještě uvedly, že se omezovaly nebo rušily i aktivizační aktivity. S1 odpověděla: „*Nešly dělat aktivizační aktivity, jako bazén, výlety, expozice obávaným situacím a třeba pacienti s agorafobií se zhoršili.*“ S12 dodala: „*Nebyly vůbec skupinové aktivity a individuální péče se změnila.*“

Druhý velký vliv, který sestry (S5, S10, S11, S13, S14, S15, S16, S17) uvedly, byl telenursing. Všechny ambulantní sestry (S5, S13, S14, S15, S16) se shodly, že se snažily řešit případy co nejvíce po telefonu. S5 řekla: „*Snažily jsme se o co nejmenší kontakt s klienty a pokud jim stačilo pouze předepsat léky, tak se jim vystavil e-recept. K lékařům vůbec nešli.*“ S13 uvedla: „*Většina případů se řešila přes telefon, jelikož klienti měli obavy.*“ Ale i S11 z komunitní péče také využívala ošetrovatelství na dálku a uvedla: „*Půl týdne jsme pracovali na homeoffice a využívali jsme denně online porady. Také jsme s klienty hovořili po telefonu.*“

Jako poslední vliv sestry (S1, S2, S3, S4, S9, S12, S16, S17) uvedly ochranné pomůcky a konkrétně respirátory. Největší problém byl v komunikaci, protože respirátory ji o dost stěžovaly. S1 odpověděla: „*Zakrytý obličej na psychiatrii nejde. Psychoterapie je tak ochuzená o neverbální podstatnou složku.*“ S3 uvedla: „*Ochranné pomůcky na obličej, které nám znepříjemňovaly naši práci. Špatně se s tím komunikovalo.*“ S12 řekla: „*Měli jsme respirátory a hůře se navazoval kontakt, když si nevidíte vzájemně výraz obličeje.*“ Komplikace hlavně s respirátorem měla i S16, které příliš nevadilo omezení komunikace, respektive si na to zvykla, ale nejvíce jí vadilo, jak byl nepohodlný: „*Na komunikaci s respirátorem jsem si zvykla, i když to nebylo snadné a tu práci to ztěžuje. Nicméně mně osobně vadilo jeho nošení z jiných důvodů. V ambulanci jsem ho měla pořád a bylo to na mém obličej znát. Měla jsem zhoršenou pleť, otláčené uši a dost často i migrénu. Myslím si, že to byl také následek respirátoru.*“ S17 souhlasí s S16 a ještě dodává, že kromě zhoršené komunikace se jí také zhoršila kvalita pleti a velmi špatně se jí dýchalo.

Schéma 3 – Podkategorie 3: Specifika ošetrovatelské péče v době pandemie

Schéma 3 Specifika ošetrovatelské péče v době pandemie



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Všechny sestry, tj. S1-S17, se shodly, že v době pandemie musely dodržovat určitá specifika během poskytování ošetrovatelské péče. Každá sestra uvedla, že musela mít respirátor a stejně tak i klienti. S1 řekla: „*Všichni jsme měli zakrytý obličej respirátorem, i pacient.*“ S5 odpověděla: „*Dodržovali jsme nařízení nošení respirátorů, i když ne všichni klienti to byli schopni zvládnout.*“

Další specifika se už odlišovala místem pracoviště sester. Komunitní sestry (S3, S10, S12, S17) uváděly především ochranné pomůcky a snahu separovat se od ostatních kolegů kvůli možnému přenosu. S3 řekla: „*Péče probíhala pořád stejně, akorát ty ochranné pomůcky jsme měli.*“ S10 doplnila: „*Ochranné pomůcky, snažili jsme se nepotkávat se s ostatními kolegy a měřili jsme u všech klientů teplotu.*“ S12 souhlasila: „*Dodržovali jsme odstup od kolegů, nosili respirátory a rukavice.*“ S17 ještě zmínila i používání dezinfekce.

Sestry (S1, S2, S4, S6, S7, S8, S9, S11), které pracují na lůžkovém oddělení, kromě ochranných pomůcek zmiňovaly zvýšenou dezinfekci rukou i prostorů. S4 uvedla: „*Dodržovala jsem hygienická pravidla a ochranné pomůcky.*“ S6 řekla: „*Ještě více se dbalo na dezinfekci ploch, nosili jsme ochranné oblečení a dávali si pozor na blízký kontakt s pacientem.*“

Část dotazovaných sester z lůžkové péče (S1, S2, S9, S11) ještě uvedla i povinné testování. S1 řekla: „*Nekonečné testování při každé rýmičce.*“ S2 uvedla: „*Při příjmu byl pacientovi udělán antigen a PCR, a než byl znát výsledek PCR, musel být pacient*

na izolaci, což ve výsledku znamenalo většinou do dalšího dne.“ S11 odpověděla podobně: „Při příjmu na lůžko byla nutnost PCR testu, po příchodu byl klient 5 dní na pokoji v karanténě kvůli prevenci. Personál nosil ochranné obleky a povinně testoval klienty.“

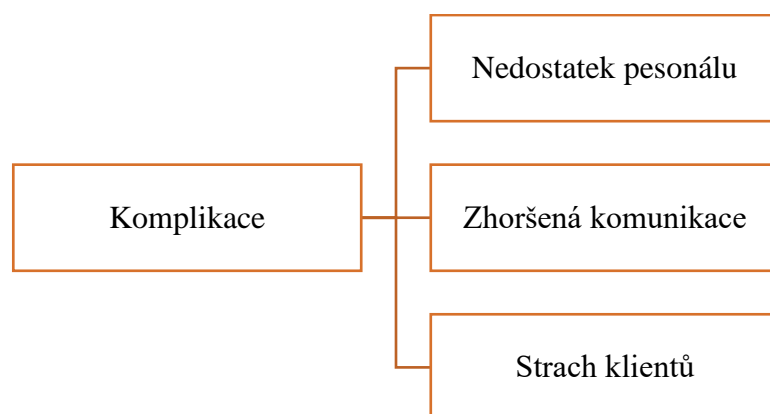
Sestry (S5, S13, S14, S15, S16) pracující v ambulantní péči uváděly shodně ochranné pomůcky, zvýšená hygienická opatření a povinné testování. Na rozdíl od ostatních sester z jiných pracovišť ještě zmiňovaly, že se snažily řešit hodně klientů přes telefon. S5 uvedla: „Dodržovali jsme nošení respirátorů, probíhala dezinfekce povrchů a ploch a ozonování. Ale snažili jsme se, pokud to samozřejmě šlo, tak vše vyřídit po telefonu.“ S13 odpověděla: „Měli jsme ochranné pomůcky, ale ne oděv, jen respirátor a štít. Dodržovali jsme hygienická opatření, jako byla třeba desinfekce povrchu a pacienti u nás vyplňovali dotazník, jestli byli v kontaktu s pozitivní osobou. Většina případů se řešila přes telefon, hlavně teda třeba léky.“

4. kategorie: Zkušenosti sester s poskytováním ošetrovatelské péče v době pandemie

Tato kategorie byla zaměřena na zkušenosti sester, které poskytovaly ošetrovatelskou péči pacientům s duševní poruchou v době pandemie. Ve vytvořených podkategoriích jsme se zaměřili zejména na komplikace během poskytování ošetrovatelské péče (Schéma 4), absenci potřeb během poskytování ošetrovatelské péče (Schéma 5), na nedostatky v ošetrovatelské péči (Schéma 6), jestli by sestry něco změnily v poskytování ošetrovatelské péče v době pandemie (Schéma 7), jestli mají zkušenost s poskytováním teleošetrovatelství (Schéma 8) a možný přínos pandemie pro sestry (Schéma 9).

Schéma 4 – Podkategorie 1: Komplikace během poskytování ošetrovatelské péče

Schéma 4 Komplikace během poskytování ošetrovatelské péče



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Část z dotazovaných sester (S4, S5, S6, S12) neuviedla žádnou komplikaci, se kterou by se setkala v průběhu poskytování ošetrovateľské péče v době pandémie. S4 uvedla: *„Neměla jsem komplikace.“* S5 řekla: *„Žádné komplikace jsem nezaznamenala, nebo si ted' nevybavuji.“* A ve stejném duchu odpovídaly i ostatní sestry. Zbytek sester (S1, S2, S3, S7, S8, S9, S10, S11, S13, S14, S15, S16) naopak komplikace pocítil.

Nejvíce sester (S2, S4, S6, S7, S8, S9, S11, S15, S16) vnímalo jako komplikaci nedostatok personálu. Problém nastal, když jejich kolegyně onemocněly nebo byly doma s nemocnými dětmi. Z tohoto důvodu trávily v práci hodně přesčasů, trpěly únavou a byly málo s rodinou. S7 odpověděla: *„Bylo hodně přesčasů a málo času na rodinu, chyběl personál, no.“* S11 uvedla: *„Hodně mých kolegyně bylo nemocných, měla jsem více směn a byla jsem dost psychicky vyčerpaná.“* S16 řekla: *„Byla jsem dost unavená a špatně jsem spala. Bylo nás v práci málo.“*

Další často zmiňovanou komplikací, kterou uvedlo několik sester (S1, S2, S8, S9, S11, S17), byla špatná komunikace z důvodu nošení respirátorů. S2 uvedla: *„Nepříjemné bylo se domluvit s klientem, když jsme si navzájem špatně rozuměli kvůli respirátorům.“* S8 souhlasila: *„Komunikace byla vážně problematická s respirátorem.“* S11 ještě doplnila: *„Byla zhoršená komunikace u pacientů kvůli respirátorům, a i ochranné oblečení byl problém. Když jsme potřebovaly jít akutně za pacientem, který měl covid, tak než jsme se oblékly, ztrácely jsme drahocenný čas.“* S17 také viděla komplikaci v ochranném oblečení a řekla: *„Ochranné pomůcky mají chránit, ale i tak někdy byly spíše na škodu. Občas jsem to skutečně vnímala jako komplikaci.“* S1 potvrdila, že ochranné oblečení bylo pro ni nepříjemností až komplikací.

Poslední komplikaci zmiňovaly především ambulantní sestry (S13, S14, S15, S16), které se setkávaly s tím, že jim nepřišel klient na předem domluvenou schůzku. S13 uvedla: *„Někdy se stalo, že nepřišel objednaný pacient, protože se bál nákazy.“* S14 odpověděla: *„V první vlně pandémie někteří klienti přestali chodit na aplikaci depotní injekce, báli se nákazy.“* Souhlasí i S15, která řekla: *„Někteří klienti rušili schůzky, protože měli strach z nákazy, ale naštěstí jich bylo jen několik.“*

Komunitní sestry S3 a S17 ještě uvedly komplikaci v rámci lockdownu, kdy došlo k uzavření okresů. S3 řekla: *„Pro mě byla ještě trochu komplikace uzavření okresů během lockdownu, když dojíždím za klienty. Policejní kontroly mě zdržovaly.“* S17 souhlasí:

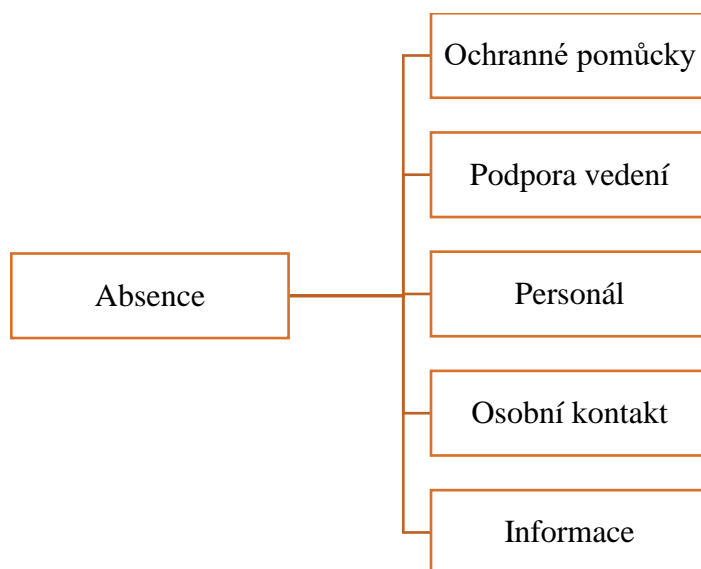
„Když jsem jezdila za klienty, tak neustále kontroly byly otravné a také jsem musela myslet, abych měla důležité doklady a potvrzení s sebou, že jedu v podstatě za prací.“

S2 ještě zmiňuje jako komplikaci, když musela mít několik služeb na covidovém oddělení a poté, když se vrátila zpět, tak neznala své nové pacienty: *„Komplikace pro mě taky byla, když jsem byla vysílána i na covidové oddělení, kdy jsem měla třeba 3 služby na covidu, a když jsem se vrátila na psychiatrii a nejlépe jen na noční, tak jsem neznala své pacienty a nevěděla jsem, co od nich očekávat.“* S12 ještě zmínila komplikaci v souvislosti s dětmi, která ale byla vyřešena: *„Bylo skvělé, že nemocnice udělala dětskou skupinu, kam jsme děti mohly dát. Byly tam i učitelky. Některé kolegyně občas byly doma s dětmi na ošetřování člena rodiny, ale snažily jsme se se prostřídat, jako když jsou dovolené.“*

S14 ještě dodala, že pro ni byla také komplikace, když se nakazila od klienta.

Schéma 5 – Podkategorie 2: Absence potřeb během poskytování ošetrovatelské péče

Schéma 5 Absence potřeb během poskytování ošetrovatelské péče



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Všechny sestry odpověděly, že jim něco chybělo. Více než polovina dotazovaných sester (S2, S3, S4, S8, S9, S10, S11, S12, S14, S17) uvedla ochranné pomůcky. S2 řekla: *„Postrádala jsem ochranné pomůcky, kontakt, ale i jiné prostředky, jako telefon. Mrzelo mě, že máme k dispozici pouze 2 telefony a já ve službě nejsem schopna zajistit kontakt klienta s rodinou. Během rozhovoru jednoho klienta jsem musela odmítnout třeba 5 telefonátů jiné rodiny a odkázat je, aby zavolali později.“* S10 odpověděla: *„Byl problém zajistit dostatek ochranných pomůcek.“* S3 dávala důraz především na respirátory a S14

ještě zmiňovala i dezinfekci. Naopak S5 řekla: „*Materiálních věcí jsme měli dost.*“ Sestra S6 dokonce odpověděla: „*Pomůcek bylo dost, že se vyloženě plýtvalo.*“

Sestry (S2, S4, S7, S8, S11) velmi postrádaly personál. S7 řekla: „*Třeba pomůcek jsme měli dostatek, ale chyběl personál. Byl problém, když kolegyně onemocněla nebo musela odejít na ošetřování kvůli dětem.*“ S8 odpověděla: „*Postrádala jsem také více personálu, i když tohle není snadné vyřešit.*“ a S11 souhlasí: „*Chtělo by to více personálu, ale kde ten nechybí, že?*“

Sestrám (S8, S9, S10) chybělo mimo pomůcek i dostatek informací. S8 uvedla: „*Ze začátku to byl chaos, nikdo nevěděl, co pořádně dělat, každý den se měnily pokyny.*“ S9 řekla: „*Já jsem osobně postrádala kromě pomůcek i dostatečnou informovanost. Cítila jsem se nejistě a trapně, když se mě klient na něco zeptal a ono to druhý den bylo zase jinak.*“ S10 vnímala podporu vedení, ale i tak měla pocit, že informací je málo.

To naopak sestry (S2, S6, S7) by uvítaly podporu od vedení. S2 řekla: „*Chyběla mi zpětná vazba od vedení. Všichni jsme toho měli dost, byli jsme vyčerpaní z přesčasů a vedení nám nevycházelo moc vstříc. Nijak se nezajímali o své zaměstnance, jak to zvládají nebo nezvládají. Chápu, že tohle moc vyřešit nejde, protože personálu je prostě málo, ale uvítala bych aspoň nějakou snahu, že nás vedení podporuje.*“ S6 odpověděla podobně: „*Postrádala jsem podporu ze strany nadřízených.*“ Pro S7 také nebyla podpora od vedení dostatečná.

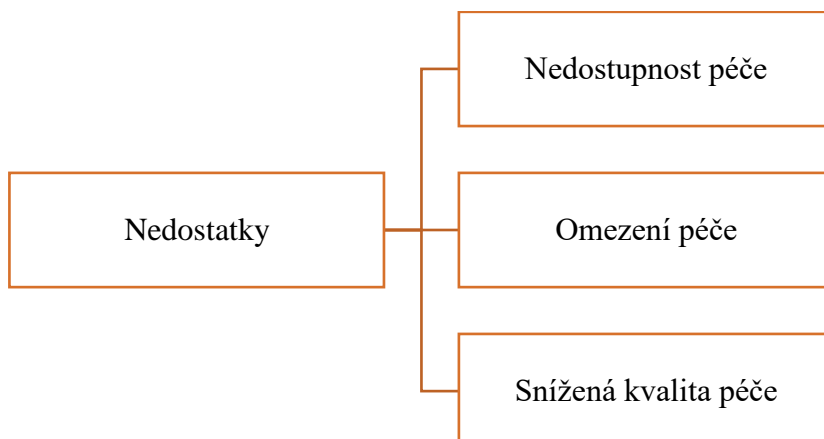
Sestry (S1, S8, S16) postrádaly osobní kontakt. S1 uvedla: „*Třeba pomůcek bylo dost, ale vadil mi nedostatek kontaktu.*“ S8 chyběl nejvíce kontakt s klienty a S16 chyběl kontakt i s kolegyněmi z jiného oddělení a odpověděla: „*Postrádala jsem kontakt s pacientem a i s personálem z lůžkové části.*“

Kvůli respirátorům postrádaly sestry (S13, S15, S17) i obličej, především jeho mimiku. S13 řekla: „*Chyběl mi obličej, taková ta přirozená mimika.*“ Pro sestru S15 to byl obzvlášť problém, jak uvedla: „*Neviděla jsem v roušce mimiku lidí, což je pro mě u schizofreniků dost podstatná věc v rámci bezpečí a pozorování změn nálad.*“

Poslední sestra S5 odpověděla, že měla dostatek pomůcek, personálu apod., ale postrádala psychickou pohodu: „*Nemyslím si, že by mi něco scházelo, materiálních věcí jsme měli dost, ale chyběla mi psychická pohoda, takový ten duševní klid.*“

Schéma 6 – Podkategorie 3: Nedostatky v poskytování ošetrovatelské péče

Schéma 6 Nedostatky v poskytování ošetrovatelské péče



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Skoro všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8, S9, S11, S13, S14, S15, S16, S17) uvedly, že shledaly jisté nedostatky v ošetrovatelské péči v době pandemie. Akorát sestry (S7, S10, S12) odpověděly, že nedostatky nezaznamenaly a podle nich byla poskytovaná péče v době pandemie srovnatelná s péčí před pandemií. S7 odpověděla: „*Naši péči lze srovnat v obou dobách na stejno. Máme hrozně dobrý kolektiv a dalo se to vše zvládnout. Zajistili jsme klientům stejně dobrou péči, jako kdyby pandemie nebyla.*“ S10 uvedla: „*Ošetrovatelskou péči jsme poskytovali standardně, alespoň jsme se o to snažili, i když to samozřejmě nebylo totožné, kvůli respirátorům apod., ale i tak si myslím, že ta péče je srovnatelná.*“ Poslední sestru S12 žádné nedostatky nenapadly a souhlasí, že péče byla srovnatelná před pandemií i během ní.

Většina dotazovaných sester vnímala nedostatky různě. Část sester (S1, S2, S6, S11, S15, S16) se shodla, že velkým nedostatkem bylo omezení některých služeb. S1 uvedla: „*U úzkostných a neurotických poruch měla hodně nedostatků. Především psychoterapie nemohla být cíleně zaměřená a jela jen v teoretické rovně s velkými omezeními.*“ S psychoterapií souhlasí i S2 a řekla: „*Omezené terapie byl velký nedostatek v péči. Snažili jsme se ji zastoupit my, jako sestry, ale i tak to nebylo dostačující.*“ Sestry S15 a S16 vnímaly omezení v podobě vyšetření a osobního kontaktu s klientem. S15 odpověděla: „*Myslím si, že velkým nedostatkem bylo omezení osobního kontaktu. Vše jsme řešili pouze posláním léků nebo telefonickou konzultací.*“ S16 souhlasí a dodává, že na vyšetření se brali pouze akutní případy a ostatní klienti se řešili telefonicky.

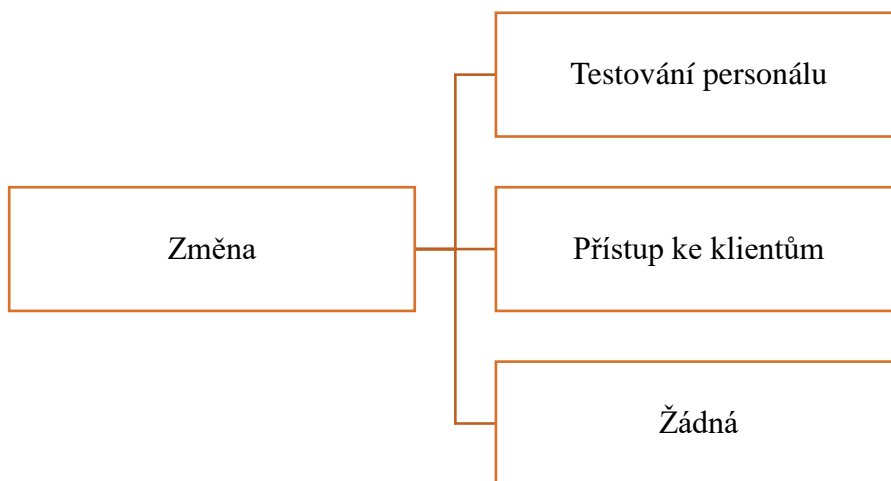
Druhým vážným nedostatkem v ošetrovatelské péči podle sester (S3, S4, S5, S12, S13) byla úplná nedostupnost péče. S3 odpověděla: „*Nedostatek vidím v nedostupnosti péči. Péče se musela přizpůsobit protiepidemickým opatření a některé součásti byly úplně pozastavené. U nás třeba byl problém, pokud bylo podezření, že je klient pozitivní. Ta péče se nedá srovnávat.*“ S4 uvedla: „*Určitě nedostupnost péče, která nemohla být pro všechny. Také to bylo z důvodu nedostatečných informací.*“ S5 i S12 souhlasí, že péče nebyla zcela dostupná, jako v době před pandemií. Poslední sestra S13 ještě uvedla: „*U nás v ambulanci ta péče byla výrazně změněna. Některé věci byly nedostupné z důvodu možného přenosu nákazy.*“

Jako poslední a zásadní nedostatek v péči část dotazovaných sester (S5, S8, S9, S11, S15, S16, S17) viděla v zhoršení kvality péče. Sestry S1 a S2 uvedly, že kvalita péče šla dolů z důvodu omezení ošetrovatelské péče. S1 řekla: „*Také celkově se péče zhoršila v porovnání s péčí před pandemií. Měli jsme omezené možnosti, jak klientům pomoci.*“ Naopak S8 odpověděla: „*Naše péče by byla dostatečná, ale kvůli tomu, jak se řešilo jen covid-19 onemocnění, tak se na to primární onemocnění zapomínalo. Pořád jen covidové příznaky, testování, měření teploty a tomu podstatnému se tolik nevěnovalo. Za mě šla dolů kvalita péče v tom, že se neřešilo samotné onemocnění, ale jen hygienické návyky a covid.*“ Dále sestra S9 viděla problém v nedostatku zdravotnických pomůcek a omezení provozu, což mělo vše za následek zhoršení poskytované péče. Ambulantní sestra S16 naopak vnímala zhoršení kvality z důvodu omezení kontaktu: „*Kvalita šla dolů podle mě také proto, že jsme museli odbourat podávání rukou na pozdrav. Vnímám to jako krok zpátky v důvěře nebo navazování lepších vztahů. Jsou to drobnosti, které ale v naší práci mohou znamenat hodně.*“ Poslední sestra S17 dodává: „*Zhoršila se také kvalita péče, protože klienti neměli v nás takovou důvěru, jako dříve. Měli strach z nákazy a byli netrpěliví.*“

Mezi další nedostatky, kterými se odlišovala ošetrovatelská péče v době pandemie, ještě zmínila S14 málo klientů: „*Myslím si, že péče byla stejná, akorát byl menší počet klientů. Drobné nedostatky by se našly, protože to nebyla úplně běžná situace.*“

Schéma 7 – Podkategorie 4: Změna v poskytování ošetrovatelské péče podle sester

Schéma 7 Změna v poskytování ošetrovatelské péče podle sester



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Pokud by sestry měly možnost cokoliv změnit nebo upravit v rámci ošetrovatelské péče v době pandemie, tak necelá polovina dotazovaných sester (S3, S4, S5, S10, S12, S15, S16, S17) by nezměnila nic. Některým sestrám (S4, S5, S10, S17) takto nastavená pravidla v poskytování péče vyhovovala a společně s dobrým kolektivem to zvládaly. S4 odpověděla: *„Nezměnila bych asi nic, takhle jsme to týmově zvládali.“* S5 odpověděla: *„U nás to fungovalo relativně dobře, jsme sehraný tým. Každý se dostal k lékaři, nikdo nemusel mít negativní test jako vstupenku oproti praktickým lékařům. Myslím si, že klienti byli spokojeni. Nic bych neměnila.“* Pro sestru S10 byl také důležitý tým: *„Podle mě jsme ošetrovatelskou péči poskytovali nejlépe, jak jsme mohli, a to díky tomu, že jsme týmově spolupracovali. Řekla bych, že nás covid spíše stmelil, nenapadá mě nic, co bych změnila.“* Část sester (S3, S12, S15, S16) neměla potřebu něco změnit v poskytování ošetrovatelské péče a respektovala vládní nařízení. S3 odpověděla: *„Bylo to tak dané, tak jsme se přizpůsobili a dál se věnovali klientům, nic bych neměnila.“* A podobný názor sdílí i ostatní. S12 uvedla: *„Asi bych nic neměnila. Jednou to takhle bylo dané, tak jsem to prostě dodržovala.“* S15 řekla: *„Nic mě nenapadá, co bych asi tak změnila. Poskytovali jsme péči tak, abychom dodrželi všechna protiepidemická opatření, a tak to muselo být.“*

Zbytek dotazovaných sester (S1, S2, S6, S7, S8, S9, S11, S13, S14) by rád udělal změnu v poskytování ošetrovatelské péče v době pandemie. Sestry S6, S9 a S13 se shodly, že by udělaly změnu v testování. S6 uvedla: *„Změnu bych udělala v tom, že bych to tak*

nepřeháněla s testováním. Myslím si, že toho bylo zbytečně moc pro personál.“ S9 odpověděla podobně: „Asi bych změnila testování personálu.“

Sestry S2, S11 a S14 stejně uvedly, že jejich změna by spočívala v lepším přístupu ke klientům. S2 řekla: *„Tak za prvé bych chtěla změnit ten samotný přístup ke klientům. Více je informovat a více se jim věnovat. Nejvíce mi vadí, když se staráme o nějakého alkoholika, který je u nás na detoxu 3 týdny a poté vyjde ven a první cesta vede pro flašku, protože odmítal následnou péči v léčbě. Místo něho tam mohl být pacient, který opravdu potřebuje pomoc, ať už kvůli depresi nebo čemukoliv jinému. Právě v pandemii tohle bylo znát, i když to takhle může vyznít špatně, samozřejmě, že všichni klienti potřebují svým způsobem pomoc.“* S11 odpověděla: *„Změnila bych určitě přístup ke klientům. Zlepšila bych ho tím, že bychom měli na ně více času a prostoru se jim věnovat. A během pandemie bych určitě tolik neomezovala psychoterapii.“* S informovaností souhlasí i S14: *„Aktivně bych obvolávala klienty a vysvětlovala jim situaci. Ujišťovala je, že jim nehrozí nebezpečí, že klidně mohou přijít. Vysvětlit jim hygienické podmínky, aby měli o všem dostatek informací.“*

Ostatní sestry (S1, S2, S7, S8) se v odpovědích na změnu v poskytování ošetrovatelské péče nepatrně lišily. Sestra S1 by udělala změnu v nošení respirátorů a byla by v tomto více benevolentní: *„Změnila bych tu nadměrnou a podle mě zbytečnou hysterii všude kolem a byla bych shovívavější v nošení respirátorů. Myslím si, že se to až moc přehánělo.“*

S2 ještě dodala: *„A za další bych udělala změnu i v přístupu k personálu. Sice se netýká přímo klientů, ale jak o ně bude postaráno, s tím souvisí. Za celou tu dobu se nikdo nezajímal, jaký dopad má pandemie na zaměstnance a kolikrát se stalo, že i my sami jsme tu situaci už moc nezvládali.“*

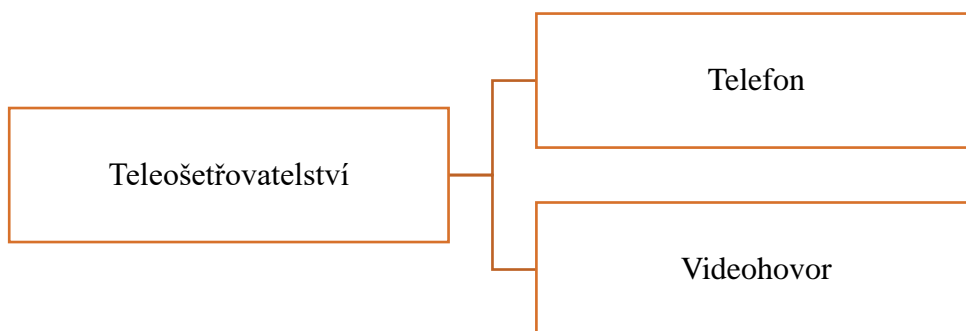
Naopak sestra S7 řekla, že by udělala změnu v přístupu lékařů a psychologů: *„Určitě bych změnila přístup lékařů a psychologů. Měli by více vysvětlovat a zdůvodňovat, proč nelze jezdit na dovolenky a proč nelze mít návštěvy.“*

A poslední sestra S8 odpověděla, že by se více zaměřila na zkvalitnění ošetrovatelské péče: *„Méně bych se zaměřovala na ty dokola stejné věci a příznaky covidu-19, ale zaměřila bych se na zkvalitnění péče jako takové a řešení nemoci, kvůli které u nás*

klienti jsou. Také bych je nenechávala dlouho bez rodiny, ale umožnila bych nějakou formu kontaktu pro zlepšení psychického stavu.“

Schéma 8 - Podkategorie 5: Poskytování oš péče pomocí teleošetřovatelství

Schéma 8 Poskytování oš péče pomocí teleošetřovatelství



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Všechny sestry, tj. S1-S17, uvedly, že se s teleošetřovatelstvím setkaly. Sestry (S1, S2, S4, S6, S7, S8, S9, S11) pracující na lůžkovém oddělení příliš teleošetřovatelství nevyužívají. Jak uvedla S1: *„Moc ne, klienti jsou u nás hospitalizováni, takže nemáme problém je osobně ošetřit, ale využívaly jsme telekomunikaci s rodinou třeba kvůli edukaci.“* S2 zmínila, že u nich převládá telekomunikace, když se chce spojit klient s rodinou: *„Máme na oddělení telefony, které využívají klienti. V době pandemie, když byli v izolaci, tak jim chyběl hodně kontakt s rodinou.“* Jinak my to také používáme převážně pro spojení s rodinou.“ S6 řekla: *„Myslím si, že u nás přímo teleošetřovatelství moc nepoužíváme, protože nemusíme. Maximálně využíváme telefon pro spojení s rodinou, když si potřebujeme vzájemně vyměnit informace nebo tak.“* Podobně odpovídal i zbytek sester.

Komunitní sestry (S3, S10, S12, S17) využívají teleošetřovatelství více. Zmiňovaly, že často hovoří s klientem přes telefon a také využívají videohovory pro poradu s ostatními kolegy. S3 odpověděla: *„Využíváme telefon pro komunikaci s klientem, někdy nebylo potřeba být s ním osobně. A také jsme v pandemii využívaly videohovory, protože jsme měli online porady.“* S10 uvedla: *„Teleošetřovatelství celkem využíváme. V době pandemie jsme byli půl týdne v CDZ, půl týdne na homeoffice, kde probíhaly denně online porady. Pracovníci poté vyjžděli za klienty domů. Zavedli jsme také nové distanční kontakty.“* S17 ještě zmínila, že komunikaci přes telefon hodně využívali při podezření,

že by mohl být klient pozitivní na covid-19: „Když jsme měli být s klientem a on nám sdělil, že má takové a takové příznaky, tak jsme další léčbu řešili po telefonu. Edukovali jsme ho, jak to bude probíhat dál, jaká jsou opatření apod.“

Ambulantní sestry (S5, S13, S14, S15, S16) se s teleošetřovatelstvím setkaly nejvíce, jak uvedla S5: „Ano, hodně. Právě během pandemie jsme to řešili, co nejvíce elektronicky, abychom zamezili kontaktu. Pokud to šlo, tak byly telefonní konzultace nebo jsme zasílali e-recepty.“ E-recepty shodně odpověděly i ostatní sestry. S13 řekla: „Ano, využívali jsme především e-recepty, u kterých nemusí být klient přítomen a zbytečně se vystavovat riziku možné nákazy.“ S14 odpověděla: „Klienti nechtěli chodit, takže to byla velká pomoc, že jsme mohli některé případy vyřizovat po telefonu, nejvíce jsme takhle řešili léky pomocí e-receptů.“

Ačkoliv se všechny sestry s teleošetřovatelstvím setkaly, tak ne všechny zastávají názor, že to bylo vyloženě dobré. Žádná sestra přímo nezmínila, že by ošetřovatelství na dálku mohlo nahradit klasické osobní ošetřovatelství. Komunitní sestry (S3, S10, S12, S17) se shodly, že osobní kontakt se nedá nahradit žádnou online technikou. Jak uvedla S3: „Nelze naši ošetřovatelskou péči nahradit nějakou péčí na dálku. My jezdíme za klienty a je pro to dost dobrý důvod, proč to tak je. Tohle žádný počítač nezvládne.“ S17 souhlasí a ještě dodala: „Nelze nahradit osobní kontakt, ale připouštím, že nějaké své plusy to má. Během pandemie jsme využili třeba telefon pro edukaci, když byl pacient pozitivní apod. Ale celé teleošetřovatelství si neumím představit, obzvlášť tedy v psychiatrii.“

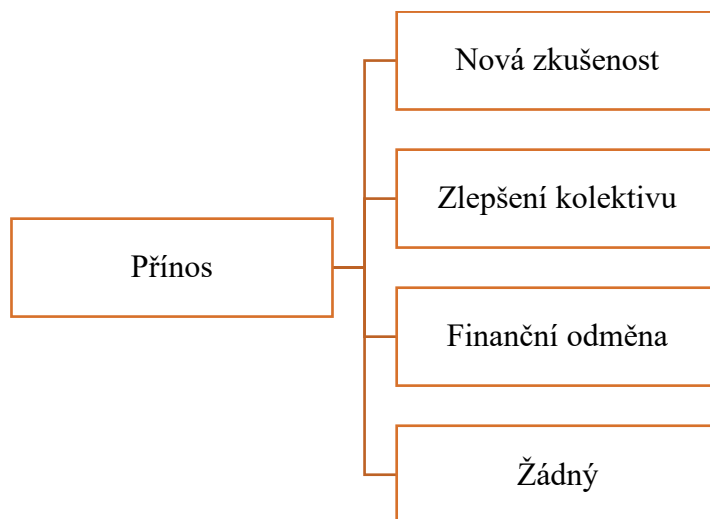
Sestry (S1, S2, S4, S6, S7, S8, S9, S11) pracující na lůžkovém oddělení zastávaly názor, že teleošetřovatelství může svým způsobem určitě přispět do ošetřovatelské péče. Jak uvedla S1: „Myslím si, že do jisté míry to může opravdu pomoci, jak zdravotníkům, tak i klientům.“ S6 odpověděla: „Ano, je to pokrok, který jde s dobou a určitě v době pandemie nastala jeho chvíle. Nevidím na tom nic špatného, i když to nemůže klasické ošetřovatelství nahradit.“ S11 souhlasí a ještě dodala: „Online péče určitě má někde své zastoupení a myslím si, že to i fungovalo, ale nejsem si jistá úrovní kvality.“

Ambulantní sestry (S5, S13, S14, S15, S16) nejvíce využívaly teleošetřovatelství a také se shodly, že tento způsob vnímají velmi pozitivně. S5 odpověděla: „Řešili jsme co nejvíce klientů přes telefon, když to šlo a ono to ve většině případů šlo. Nevidím problém v tom, aby se třeba léky objednávaly online. Nejde to pořád, osobní kontakt, osobní ošetřovatelství nelze nahradit, ale určitě tomu lze pomoci.“ Ostatní sestry odpovídaly

podobně, že v teleošetřovatelství vidí pomoc, ale jen částečnou. Ošetrovatelská péče se nedá v psychiatrii vykonávat pouze online, jak řekla S15: „*Je to velká pomoc, která částečně uleví, ale nemůže nás zbavit veškeré péče. Jsou vyšetření a různé situace, kdy osobní kontakt je nenahraditelný a obzvlášť u nás v psychiatrickém oboru.*“

Schéma 9 – Podkategorie 6: Přínos pandemie pro sestry

Schéma 9 Přínos pandemie pro sestry



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Necelá polovina dotazovaných sester (S1, S3, S6, S8, S14, S15) uvedla, že pro ně neměla pandemie covid-19 žádný přínos. S3 řekla: „*Když se zamyslím, tak neměla.*“ Sestra S1 dokonce uvedla, že ji práce kvůli tomu přestala bavit: „*Vůbec ne, naopak. Práce mě přestala bavit, nemohla jsem využít psychoterapeutický potenciál jak můj, tak celého týmu.*“ S8 zmínila, že i když pandemie pro ni neměla žádný přínos, tak aspoň nebylo oddělení tak vytížené: „*Přínos, ani ne, spíš to bylo na obtíž. Jedině, že na oddělení byl menší ruch a klid, jelikož pacientky byly zavřené na pokoji a nebloudily neustále po oddělení a taky neměly různé požadavky.*“ S14 to nebrala jako výjimečnou situaci a řekla: „*Ne, neměla. Duševní nemoci byly, jsou a pořád budou. Akorát ta péče se lišila, ale v tom žádný přínos nevidím.*“

Pro zbytek sester (S2, S4, S5, S7, S9, S10, S11, S12, S13, S16, S17) pandemie covid-19 přínos měla. Více než polovina sester (S2, S4, S5, S10, S11, S12, S13, S16, S17) odpověděla, že to berou jako cennou zkušenost ve své ošetrovatelské praxi. Jak uvedla S2, tak si tohoto přínosu velmi váží: „*Ano, určitě. Byla to nová zkušenost, cenná lekce, které si vážím. Jsem ráda, že jsem si to mohla zažít a vím, že jsme schopné to zvládnout,*

i když to nebylo vždy jednoduché a mělo to své mouchy.“ S4 řekla: *„Jako první přínos beru novou zkušenost. Nový náhled na zvládání krizové situace.*“ Zbytek sester odpovídal podobně, že hlavním přínosem pro ně byla nová zkušenost a vědomí, že to nakonec zvládly, jak uvedla S11, která ještě dodala zkušenost s online péčí: *„Beru jako přínos, že jsem si zkusila péči v tak tíživé situaci, a nakonec vše zvládla. Také byl zajímavý přesun do online péče, bohužel nevím, jestli byla tak kvalitní jako osobní kontakt.*“

Některé sestry (S4, S7, S9, S10) zmínily, že přínosem pro ně bylo také zlepšení kolektivu. S4 odpověděla: *„A druhý přínos vidím v tom, jak jsme týmově spolupracovali. Snažili jsme si vzájemně vypomocet a více spolu komunikovat. Kolektiv se určitě zlepšil.*“ S7 také uvedla, že mají v kolektivu lepší vztah: *„Přínosem vidím, že se upevnily vztahy v kolektivu a jsme teď ještě lepší parta než před tím.*“ S10 souhlasí: *„Ano, ukázalo se, jak jsme schopni být flexibilní, empatičtí a týmoví hráči. Kolektiv to zlepšilo, ne, že by byl předtím špatný, ale ještě více nás to spojilo.*“

Pouze malá část sester (S9, S7, S16) ještě zmínila jako přínos finanční odměnu od státu. S9 uvedla: *„Asi státní odměna.*“ Kromě nové zkušenosti ještě odpověděla finanční odměnu i S16: *„Beru asi jako přínos kompenzaci ve ztížené situaci covidovými odměnami.*“

5 Diskuse

Cílem diplomové práce bylo zmapovat poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou v době pandemie. První oblastí, kterou jsme během rozhovorů zjišťovali, byly identifikační údaje dotazovaných sester. Zde jsme zjišťovali jejich vzdělání, věk nebo délku praxe. Stejně tak, jak se lišil věk, tak se samozřejmě lišila i délka praxe. Pozastavili jsme se nad tím, že ne všechny dotazované sestry mají vysokoškolské vzdělání. Podle psychiatrické reformy by bylo vhodné, aby sestra měla specializaci pro vykonávání této profese. Je zde snaha o navyšování kompetencí, a to především z důvodu rozvoje komunitní péče. Petr (2021) uvedl, že v celé péči o duševní zdraví jsou buď sestry všeobecné nebo psychiatrické. V souvislosti s rozvojem komunitní péče a akutní psychiatrické péče narůstá význam specializace. Jak uvedl Petr (2021) psychiatrické sestry jsou většinou všeobecné sestry, které dále absolvovaly specializační studium zaměřené na oblast duševního zdraví. Domníváme se, že vzhledem k nedostatku personálu jsou zaměstnané i praktické sestry, ale věříme, že si časem své vzdělání ještě doplní. V našem výzkumu jsme měli ze 17 sester 8 sester se specializací.

Jaký měla vliv pandemie na covid-19 se odpovědi dotazovaných sester odlišovaly, a to především v závislosti na tom, kde pracovaly. Zajímali jsme se, jestli se změnil počet klientů v době pandemie. Skoro všechny ambulantní sestry zaznamenaly menší počet klientů. Kuitunen et al. (2020) také uvádějí, že ve Finsku během covidu-19 došlo ke snížení počtu pacientů na ambulancích. Boserup et al. (2020) rovněž zmiňují, že i v Americe pacientů v ambulancích značně ubylo. Největší pokles byl ve městech New York City a Baton Rouge, kde pokles pacientů dosáhl až 66 %. Podle Melicharové et al. (2021) také u nás v ČR došlo ke snížení počtu nemocných na ambulancích, a to o 1,5 %. Komunitní sestry si nevšimly nějakého rozdílu, oproti sestřám z lůžkové péče, které ve většině naopak uváděly značný přírůstek klientů.

Některé dotazované sestry nám odpověděly, že se zvýšil výskyt depresí a úzkosti. Křížáková (2021) uvedla, že havířovské psychiatrické oddělení zaznamenalo nárůst těžkých depresí až dvojnásobně. Hamplová (2020) také zmiňuje, že dospělá populace trpí trojnásobným nárůstem depresí a rizika sebevraždy a až dvojnásobným výskytem úzkostných poruch. Anders (2021) popisuje, že kromě nárůstu deprese, úzkosti a nespavosti pacienty trápí i postcovidové následky nebo vztahy. Značný problém je i u dětí, které mají problém se zpátky začlenit ve škole po dlouhé pauze. Podle Šindlerové

(2021) vykázali ambulantní psychiatři až o 30 % více nových pacientů s depresí. Kromě toho také uvádí, že všeobecné zdravotní pojišťovně (VZP) se zvedly náklady za léčbu závislostí a poruch v Praze na čtvrt miliardy korun. Častou příčinou byl alkohol a sedativa.

Z našeho výzkumu jsme zjistili, že všechny dotazované sestry pocítily vliv pandemie v ošetrovatelské péči. Některé více a některé méně. Nejvíce viděly zásah v omezení osobního kontaktu, používání ochranných pomůcek a využívání teleošetřovatelství.

Vzhledem k tomu, že pandemie měla vliv na poskytování ošetrovatelské péče, musela se pozměnit, než jaká byla před pandemií. Jak nám sestry uvedly, jejich péče měla jistá specifika, která musely dodržovat. Nejčastěji zmiňovaly nošení ochranných pomůcek, testování personálu a zvýšené desinfikování prostoru. Ministerstvo zdravotnictví vydalo v roce 2020 doporučení k používání osobních prostředků a pomůcek v případě výskytu epidemie infekčního onemocnění. WHO poskytlo v roce 2020 řadu materiálů, ve kterých sdělují informace o používání osobních ochranných prostředků a pomůcek. MZ (2020) zmiňuje, že pro obvyklé podmínky je postačující respirátor FFP2 nebo chirurgická rouška a rukavice. Z našeho výzkumu se sestrami jsme se dozvěděli, že opravdu respirátor a rukavice nosily nejčastěji. Howard et al. (2021) uvedl, že nošení roušek skutečně snižuje přenosnost infikovaných částic a je to i neúčinnější způsob, jak na veřejnosti snížit šíření viru. Bohužel od sester víme, že někteří klienti s duševní poruchou měli velký problém tohle ochranné opatření dodržovat. V některých státech, například ve Španělsku nebo v Anglii, byla možnost výjimky pro pacienty s duševní poruchou, kteří nemuseli nosit roušky, ačkoliv jejich nošení bylo povinné. Tuto výjimku měla i ČR. Ancochea et al. (2021) s tímto přístupem nesouhlasí a naopak zastávají názor, že pacienti s duševní poruchou mají větší riziko nákazy covid-19. Podle Wang et al. (2021) je u lidí s duševní poruchou větší riziko nákazy covid-19 a i úmrtí. Od sester zmíněné testování personálu se začalo uskutečňovat od března 2020. MZ vydalo mimořádné opatření, které ukládá zaměstnavatelům povinnost otestovat zaměstnance jedenkrát za týden. Zaměstnanec absolvuje PCR test nebo antigenní test nebo jiný preventivní test na stanovení přítomnosti viru SARS-CoV-2. V případě, že by zaměstnanec nebyl přítomen u pravidelného testování, tak se vyšetří v den návratu, a to ještě před nástupem k výkonu činnosti. Moolla (2021) souhlasí, že testování zaměstnanců je důležité a mělo by patřit do souboru na ochranu zaměstnanců, stejně tak jako nošení roušek, mytí rukou atd. V březnu 2022 došlo

k ukončení plošného testování zaměstnanců v sociálních a zdravotních službách, a to včetně testování klientů i návštěv v sociálních a zdravotních službách. (MZ, 2022)

Z výzkumu jsme zjistili, že sestry měly během poskytování ošetrovatelské péče komplikace, které jim práci znesnadnily. Mezi nejvíce zmiňované komplikace patřil nedostatek personálu, zhoršená komunikace a strach klientů. Jak uvádí Hamplová (2021), nakonec byl dostatek ochranných pomůcek, sehnaly se i ventilátory, ale limitem byl kvalifikovaný personál. O nedostatku psychiatrických sester se zmiňuje i Petr (2021). Podle Petra (2018) je příčina v nedostatku sester v nezájmu o studium a neochota zaměstnavatelů finančně studium podporovat. Rahmani (2021) uvádí, že nedostatek psychiatrických sester je ze tří důvodů. První příčinou nedostatku sester jsou nedostatečné odborné dovednosti pro psychiatrickou péči, další problém je negativní postoj veřejnosti k psychiatrickým sestřím a poslední důvod je obava z pacientů. Vlivem pandemie začaly školy uvádět vyšší zájem o studium. Němcová (2021) uvedla, že například na Univerzitu Pardubice se přihlásilo o 50 % více uchazečů než v minulých letech, ale problémem je, že školy nemají dostatek financí pro navýšení kapacit. Je obecně známé, že ve zdravotnictví chybí sestry a příjemně nás překvapilo, že na základě pandemie je o toto povolání větší zájem a vzrostla i jeho atraktivita. Otázkou zůstává, kolik absolventů si zvolí psychiatrický obor, ale i tak to vnímáme jako správný krok dopředu.

Další zmíněná komplikace v podobě zhoršené komunikace pro nás byla velmi podstatná. Jak už uvedl Höschl (2019, s. 4): „*Povolání sestry stojí na umění komunikace.*“ Právě v psychiatrii je nesmírně důležité, aby si sestra pomocí komunikace vytvořila s pacientem vztah, ve kterém jí bude důvěřovat. Mílek (2015) zmiňuje, že duševní onemocnění má více než jiné nemoci vliv na komunikační dovednosti. Vzhledem k velkému množství různých klientů je potřeba, aby sestra zvládala nejen skvěle komunikaci, ale také aby empaticky naslouchala. Vitale et al. (2021) uvádějí, že komunikace je složitý proces pro výměnu informací, myšlenek, nálad a chování. Kromě toho je rovněž důležité vzít v úvahu i neverbální komunikaci, protože sestře stejně tak jako komunikace verbální poskytuje mnoho informací o pacientovi. Jak jsme zjistili, sestry mají pocit, že kvůli nošení roušek či respirátorů se výrazně komunikace zhoršila.

Vitale et al. (2021) se zaměřili na kvalitu komunikace mezi pacientem a sestrou před a během covidu-19. Překvapivě podle výsledku pacienti příliš rozdíl v komunikaci nezaznamenali a kvalitu komunikace hodnotili stejně dobrou jako bez roušky. Naopak

sestry vnímaly rozdíl v komunikaci a označily ji za méně kvalitní než před pandemií. Mohli bychom uvést, že v našem případě možná pacienti také nezaznamenali přílišný rozdíl v komunikaci na rozdíl od sester, ale to bychom spekulovali. V každém případě se přikláníme k názoru, že během komunikace je neverbální část nepostradatelná a v psychiatrickém oboru je to nezbytná součást každé komunikace. Rouška nebo respirátor určitě komunikaci zhoršuje, protože sestra hůře vnímá neverbální část. V případě poslední komplikace, kterou uvedlo několik sester, a to strach klientů z možné nákazy, vidíme jako přirozenou reakci. V našem výzkumu nám několik sester odpovědělo, že by klienty více informovaly a my tento názor jednoznačně sdílíme. Foye et al. (2021) zkoumali, jak covid-19 ovlivnil poskytování ošetrovatelské péče v oblasti duševního zdraví. Po porovnání výsledků s našimi máme podobné odpovědi, a to například v komplikacích. Ačkoliv výzkum byl prováděn ve Velké Británii, sestry mezi komplikace shodně uvedly nedostatek ochranných pomůcek a málo personálu. Co musíme vyzdvihnout, naopak britské sestry měly výborné vedení a dostatek informací.

Také jsme se v našem výzkumu zabývali, co sestry během poskytování ošetrovatelské péče postrádaly. Nejčastěji jim chyběly ochranné pomůcky, informace, ale i další personál, podpora vedení nebo osobní kontakt. Zaskočili nás odlišné odpovědi, kdy většina sester postrádala ochranné pomůcky a jedna sestra uvedla, že jich měly hodně, až jimi plýtvaly. Domníváme se, že dodávka ochranných pomůcek měla evidentně problém v organizaci trasování. Především v první vlně byl často zmiňován nedostatek pomůcek. Bezděková a Skoupá (2020) uvádějí, že na počátku pandemie zdravotníci ošetřili tisíce pacientů a přitom měli nedostatek respirátorů, rukavic, ale i menší zásoby dezinfekce nebo brýlí. Stejně tak reagovali i Bumba a Čihák (2020), kteří popisovali, že v celé ČR chyběly zdravotní pomůcky a ochranné prostředky. Naštěstí zásoby byly postupně doplňovány a zdravotníci měli poté pomůcek už dostatek. Některé sestry nám dále uvedly, že jim chyběl osobní kontakt. Nejen kontakt se samotným klientem, ale i s rodinou nebo s ostatními kolegyněmi. Bylo to z důvodu snížení možného rizika nákazy. Ačkoliv izolace a omezený kontakt je psychicky náročná situace, tak to naše dotazované sestry zvládly. Pár komunitních sester mělo ještě svou práci ztíženou během lockdownu, protože byl zákaz opouštět okres, ale i přes drobné zdržování v podobě kontrol dokladů to také zvládly. Nepříjemně nás zaskočila odpověď, že jim chyběla podpora vedení. Myslíme si, že v takové náročné době by mělo být vedení shovívavé

a empatické. Jelikož měla pandemie covid-19 vliv i na duševní zdraví sester, tak jak uvedla Koubová (2021), zdravotníci, kteří si řekli o pomoc a dostali podporu vedení nebo kolegů, tak jim to psychicky výrazně pomohlo. Harrington (2021) souhlasí, že je podpora vedení velmi důležitá a přímo se i zabývala styly vedení a porovnávala, který je vhodný v kontextu s pandemií covid-19.

Podle našeho výzkumu sestry také postrádaly informace. Vidíme to jako velké selhání vlády, která nebyla schopná dostatečně informovat zdravotnická zařízení. Podle nás by měly být sestry maximálně informované, aby mohly informace dále sdílet mezi klienty a ubezpečit je, že i přes různá omezení dostanou adekvátní ošetrovatelskou péči.

Zajímali jsme se také, jestli sestry vidí v poskytování ošetrovatelské péče v době pandemie někde nedostatky nebo lze péči srovnat s tou před pandemií. Odpovědi se lehce odlišovaly, ale v konečném důsledku bylo hlavním nedostatkem zhoršení kvality poskytované péče. Ať už z důvodu jejího omezení nebo úplné nedostupnosti. Skvělou zprávou je, že ne všechny dotazované sestry vnímaly horší kvalitu péče a naopak uváděly, že poskytují péči stále stejnou na vysoké úrovni. Podle Halcomb et al. (2020) se úroveň kvality ošetrovatelské péče také snížila v době pandemie. Kakemam et al. (2021) zmiňují, že syndrom vyhoření u sester způsobuje více nežádoucích událostí a snižuje kvalitu ošetrovatelské péče. Galanis et al. (2021) uvádějí, že syndrom vyhoření byl zásadním problémem během pandemie covid-19 právě u sester. Jak popisují García et al. (2021), rizikovými faktory pro výskyt syndromu vyhoření u sester jsou věk, rodinný stav, pracovní směnnost a oblast zdravotních služeb. Jak nám dotazované sestry sdělily v našem výzkumu, trpěly únavou, vyčerpáním a měly hodně přesčasů. Domníváme se, že i psychiatrické sestry jsou ohroženy syndromem vyhoření v době pandemie covid-19 a díky tomu se mohla snížit úroveň kvality poskytované ošetrovatelské péče. Povzbuzující je, že podle výzkumu neziskového ústavu STEM (2022) občané hodnotili kvalitu zdravotní péče velmi pozitivně.

Další oblastí, kterou jsme se zabývali, bylo teleošetrovatelství. Je to pro nás velmi aktuální téma, které právě v pandemii našlo nejvíce své uplatnění. Slezáková et al. (2022) zmiňuje, že v teleošetrovatelství se používají například telefony, tablety, počítače nebo videohovory. Překvapilo nás, že dotazované sestry využívají pouze mobilní telefony. Jak uvádí Lashkari (2013), telefon je dostupný pro většinu lidí, a proto je nejpoužívanější technologií. Dozvěděli jsme se také, že nejčastěji tuto možnost využívaly

ambulantní sestry, ačkoliv podle Krisch et al. (2015) se nejvíce teleošetřovatelství uplatní v přirozené komunitě a v domově pacienta. Naopak Bokolo (2020) zmiňuje, že teleošetřovatelství je využíváno hlavně pro ambulantní pacienty. Slezáková (2022) uvádí, že v psychiatrii lze používat teleošetřovatelství v primární, sekundární i terciární prevenci. Souhlasíme s tím, že by některé sestry mohly online komunikaci více využívat, i když shledáváme jako možný problém v nedostatku času sester. Jedna sestra se zmínila v rámci našeho výzkumu, že u schizofreniků potřebuje sledovat výraz obličeje, mimiku a kvůli respirátoru to nebylo možné. Například zde vidíme možné uplatnění videohovoru. Uslu et al. (2019) ve své studii sledovali dodržování léků u schizofrenních pacientů přes telekomunikaci a výsledky byly velice kladné. Slezáková (2022) ještě zmiňuje možnosti jako jsou teleterapie, telekonzilium, telemonitoring a telephone triage. V telephone triage sestra především edukuje a poskytuje poradenské služby. Domníváme se, že v psychiatrii by se všechny možnosti daly využít. Dále jsme ve výzkumu také zjistili, že všechny sestry si nejsou jisté, jestli teleošetřovatelství je tak kvalitní jako klasické ošetřovatelství v přímém kontaktu. Gidora (2019) uvádí, že teleošetřovatelství je srovnatelné s klasickou ošetřovatelskou péčí a například telephone triage vede ke snížení nákladů pro zdravotnické poskytovatele. Lake (2017) rovněž zmiňuje, že podle 9 konkrétních ukazatelů, jako je dostupnost péče, spokojenost pacientů, dodržování předpisů, náklady apod., mezi teleošetřovatelstvím a tradiční péčí není žádný zásadní rozdíl. Jak uvádí Lorentz (2008), teleošetřovatelství umožňuje pacientům snadný přístup ke kvalitní péči a eliminuje náklady spojené s cestováním do zdravotnického zařízení. Souhlasíme s tím, že teleošetřovatelství má své benefity, ale domníváme se, že by se neměly opomíjet i možné bariery, které v rámci teleošetřovatelství vznikají. Slezáková (2022) zmiňuje například problematiku informovaného souhlasu, možné selhání techniky, riziko nedostatečného internetového zabezpečení apod.

Poslední oblastí, kterou jsme zkoumali, byl potencionální přínos pro sestry. Některé v pandemii žádný přínos neviděly a naopak odpovídaly, že to byla spíše zátěž. Překvapivě pro více než polovinu dotazovaných sester pandemie přínos měla. Nejčastější odpovědí byla nová zkušenost. Většina dotazovaných sester brala pandemii covid-19, jako výzvu, kterou hrdě překonaly. Souček (2022) zmiňuje, že pandemie přinesla cenné zkušenosti, ze kterých mohou i zdravotnická zařízení do budoucna čerpat. Kromě toho několik sester uvedlo i jako přínos stmelení kolektivu. Jak uvádí Souček (2022), v pandemii docházelo

k nutnosti mezioborové spolupráce, která jistě přispěla k utužení vztahů nemocničního personálu.

Během výzkumu nás zarazilo, že nepadla ani jedna zmínka o vakcinaci proti covidu-19. Jak v souvislosti s péčí o klienty, jelikož jen patří do rizikové skupiny, tak ani od sester samotných. Přitom téma vakcinace bylo velmi často probíráno. Zvažovalo se i povinné očkování zdravotníků, jak uvedl Pintlich (2021), ale někteří zdravotníci byli zásadně proti. Nicméně si myslíme, že téma vakcinace je příliš obsáhlé a hodilo by se pro další výzkumné šetření.

6 Závěr

V diplomové práci jsme měli zmapovat poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou v době pandemie. Stanovili jsme si pro to dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaký měla pandemie vliv na poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou. Druhý cíl byl zaměřen na zkušenosti sester s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou v době pandemie. V rámci stanovených cílů byly položeny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla: Jaký vliv má pandemie na poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou? Druhá výzkumná otázka zněla: Jaké jsou zkušenosti sester s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou během pandemie? Všechny cíle byly splněny.

Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že pandemie měla rozsáhlý vliv na poskytování ošetrovatelské péče. Kvůli protiepidemickým opatřením musela být péče značně omezená, některá oddělení zcela uzavřená a je tu i riziko zhoršené kvality poskytované péče. Podle výsledků se sestry snažily udržovat standard vysoké úrovně kvality péče, i když k tomu měly ztížené podmínky. Pandemie covid-19 měla vliv i na samotné klienty, kteří ze strachu z nákazy omezovali návštěvy ambulantní péče nebo naopak z důvodů zhoršujících se duševních poruch byli více hospitalizováni. Z výsledků také vyplynulo, že se zvýšil výskyt depresí a úzkostných stavů. V neposlední řadě není pochyb, že pandemie měla vliv i na duševní zdraví samotných sester.

Výzkumné šetření dále ukázalo, že sestry mimořádnou situaci skvěle zvládly, a naopak ještě v ní vidí i přínos v podobě nově nabytých zkušeností a ještě více stmeleného kolektivu. Mezi specifika poskytované péče v době pandemie sestry zmiňovaly nošení ochranných pomůcek, omezení kontaktu, testování personálu a zvýšenou dezinfekci prostor. Dále jsme zjistili, že se jejich péče potýkala i s několika komplikacemi a nedostatky. Nejčastěji uváděly neadekvátní množství ochranných pomůcek, nekvalitní komunikaci s klientem, malou podporu od vedení a nedostatek dalšího personálu. V poskytování ošetrovatelské péče využívaly i možnost teleošetrovatelství, a to především sestry v ambulantní péči.

Získané výsledky z výzkumného šetření přispějí ke zmapování specifík v poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševní poruchou během pandemie. Výsledky práce mohou být využity jako studijní materiál pro studenty nelékařských zdravotnických oborů a sestry z praxe.

7 Seznam použité literatury

- 1) ADAMEČEK, D., RADIMECKÝ, J., 2015. Terapeutická komunita v adiktologii. In: KALINA, K. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 446-466. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 2) AKRMANNOVÁ, J., BABIAKOVA, M., 2006. Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami. In: BABIAKOVÁ, M., et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, s. 212-220. ISBN 80-247-1151-6.
- 3) AKRMANNOVÁ, J., MARKOVÁ, E., 2014. Afektivní poruchy. In: PETR, T., et al., *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 220-226. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 4) ANCOCHEA, J. et al., 2021. Face mask exemptions, psychiatric patients, and COVID-19. *European Psychiatry* [online]. 64(1), 6. [cit. 2022-07-18]. Dostupné z: doi:10.1192/j.eurpsy.2020.107
- 5) ANDERS, M., 2017. Malý průvodce reformou psychiatrické péče. *ČLS JEP* [online]. Praha: Galen. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf
- 6) ANDERS, M., 2021. Potvrzeno! Žádná tsunami duševních onemocnění se nekoná – čísla psychiatrů mluví jasně. *Florence* [online]. [cit. 2022-07-14]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/covid-19/potvrzeno-zadna-tsunami-dusevnych-onemocneni-se-nekona-cisla-psychiatru-mluvi-jasne/>
- 7) BABIAKOVÁ, M. et al., 2006. Afektivní poruchy. In: MARKOVÁ, E. et al., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, s. 248-259. ISBN 80-247-1151-6.
- 8) BABIAKOVÁ, M., VENGLÁŘOVÁ, M., 2006. Neurotické poruchy. In: MARKOVÁ, E. et al., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, s. 260-271. ISBN 80-247-1151-6.
- 9) BENEŠ, J., NOVÁKOVÁ, D., 2021. Patogeneze covid-19: principy virové infekce a imunitní odpovědi. *Intervenční a akutní kardiologie* [online]. 20(2), 73–77. [cit. 2022-03-5] Dostupné z: https://www.iakardiologie.cz/incpdfs/kar-202102-0003_10_001.pdf
- 10) BEZDĚKOVÁ, I., SKOUPÁ, A., 2020. Zdravotníkům chybí respirátory i dezinfekce, stát slibuje dodávky. *Deník* [online]. 51(2), 2-3. [cit. 2022-07-18]. ISSN: 2571-1717. Dostupné z: <https://denikn.cz/312339/zdravotnikum-chybi-respiratory-i-dezinfekce-stat-slibuje-pravidelne-dodavky-lekare-ohrozuje-i-jejich-vek/?ref=list>

- 11) BLATNICKÁ, J., MARKOVÁ, E., 2006. Hospitalizace. In: MARKOVÁ, E. et al., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, s. 72-85. ISBN 80-247-1151-6.
- 12) BOČEK, J., 2022. Z nemocnic zpátky do života. *iRozhlas* [online]. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/reforma-psychiatricke-pece-psychiatrie-psychologie-psychoterapie_2201030500_jab
- 13) BORZOVÁ, C. et al., 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2978-7.
- 14) BOSERUP, B. et al., 2020. The impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits and patient safety in the United States. *The American Journal of Emergency Medicine* [online]. 38(9), 1732-1736. [cit. 2022-07-14]. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajem.2020.06.007
- 15) BUMBA, J., ČIHÁK, O., 2020. V absolutním nedostatku ochranných pomůcek ve zdravotnictví vidím flagrantní porušení státu. *PlusRozhlas* [online]. [cit. 2022-07-18]. Dostupné z: <https://plus.rozhlas.cz/v-absolutnim-nedostatku-ochrannych-pomucek-ve-zdravotnictvi-vidim-flagrantni-8164553>
- 16) BUŠKOVÁ, J., 2015. Neorganické poruchy spánku. In: HOSÁK, L. et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 292-299. ISBN 978-80-246-2998-8.
- 17) COWAN, E. et al., 2019. Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers. *Mayo Clinic Proceedings* [online]. 94(12), 2510-2523. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: doi:10.1016/j.mayocp.2019.04.018
- 18) ČABANOVÁ, A. et al., 2018. Když dva resorty spolupracují. *Medical Tribune* [online]. 14(6). [cit. 2022-06-10]. ISSN: 1214. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/kdyz-dva-resorty-spolupracuji/>
- 19) ČABLOVÁ, L. et al., 2015. Časná diagnostika a krátké intervence v adiktologii. In: KALINA, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 286-296. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 20) DEITRICK, K., ADAMS, J. et al. 2020. Emergency Nursing Care of Patients with Novel Coronavirus Disease 2019. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 46(6), 748-759. [cit. 2022-06-10] Dostupné z: doi:10.1016/j.jen.2020.07.010
- 21) DUBEY M., et al., 2020. Covid-19 and addiction. *Diabetes & Metabolic Syndrome*. [online]. 14 (5), 817-823. [cit. 2022-07-22]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.dsx.2020.06.008

- 22) DUDOVÁ, M., 2018. Multidisciplinární týmy v oblasti péče o duševně nemocné. *Fórum sociální práce* [online]. 113-120. [cit. 2022-06-7] Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/103377/Monika_Dudova_113-120.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 23) DUNCAN, C. et al., 2020. Telepsychiatry during the COVID-19 pandemic. *The Nurse Practitioner* [online]. 45(12), 6-9. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: doi:10.1097/01.NPR.0000722356.37937.9a
- 24) DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9.
- 25) ELEXOVÁ, H., PETR, T., 2006. Organizační formy ošetrovatelské péče. In: BABIAKOVÁ, M. et al., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, s. 52-58. ISBN 80-247-1151-6
- 26) FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8
- 27) FERTALOVÁ, T., 2017. *Psychiatrické ošetrovatel'stvo*. Prešov. ISBN 978-80-89721-27-6
- 28) FIŠEROVÁ, Z., HLINOVSKÁ, J., 2009. Ošetrovatelský práce v psychiatrii. *Florence* [online]. [cit. 2022-06-23]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/oseetrovatelsky-proces-v-psychiatrii-spojeni-teorie-a-praxe/>
- 29) FOYE, U. et al., 2021. How has COVID-19 affected mental health nurses and the delivery of mental health nursing care in the UK? Results of a mixed-methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 28(2), 126-137. [cit. 2022-07-19]. Dostupné z: doi:10.1111/jpm.12745
- 30) GALANIS, P. et al., 2021. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 77(8), 3286-3302. [cit. 2022-07-19]. Dostupné z: doi:10.1111/jan.14839
- 31) GIDORA, H. et al., 2019. *Effects of telenursing triage and advice on healthcare costs and resource use* [online]. [cit. 2022-07-19]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30741185/>
- 32) GOLDEN, E., LIPFORD M., 2018. Narcolepsy: Diagnosis and management. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* [online]. 85(12), 959-969. [cit. 2022-01-06]. Dostupné z: doi:10.3949/ccjm.85a.17086

- 33) GUSTAFSSON, R., ERIKSSON, I., 2021. Quality indicators in telephone nursing – An integrative review. *Nursing Open* [online]. 8(3), 1301-1313. [cit. 2022-06-10]. Dostupné z: doi:10.1002/nop2.747
- 34) HAMPLOVÁ, L., 2021. Pandemie covid-19 celosvětově omezila péči o duševní zdraví. Česká psychiatrie se snaží fungovat online. *Zdravotnický deník* [online]. [cit. 2022-07-14]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2020/10/pandemie-covid-19-celosvetove-omezila-peci-dusevni-zdravi-ceska-psychiatrie-se-snazi-fungovat-online/>
- 35) HARRINGTON, A., 2021. Understanding effective nurse leadership styles during the COVID-19 pandemic. *Nursing Standard* [online]. 36(5), 45-50. [cit. 2022-07-19]. Dostupné z: doi:10.7748/ns.2021.e11601
- 36) HOLČÁKOVÁ, M., 2021. Naplňování cílů reformy psychiatrické péče v praxi – z pohledu sociálního. *Ambulantní psychiatrie* [online]. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: <https://ambulantnipsychiatrie.com/2021/03/11/naplnovani-cilu-reformy-psychiatricke-pecce-v-praxi-z-pohledu-socialniho/>
- 37) HOLLÝ, M., 2015. Organizace psychiatrické péče v ČR a připravovaná reforma. In: HOSÁK, L. et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 28-34. ISBN 978-80-246-2998-8.
- 38) HOSÁKOVÁ, J., 2015. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. In: HOSÁK, L. et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 572-580. ISBN 978-80-246-2998-8.
- 39) HOWARD, J. et al., 2021. An evidence review of face masks against COVID-19. *Proceedings of the National Academy of Sciences* [online]. 118(4) [cit. 2022-07-18]. Dostupné z: doi:10.1073/pnas.2014564118
- 40) HÖSCHL, C., 2019. Povolání sestry stojí na umění komunikace s pacientem. *Florence* [online]. 15(4), 4-6. [cit. 2022-03-5] Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/nazory-volny-cas/povolani-sestry-stoji-na-umeni-komunikace-s-pacientem/>
- 41) HÖSCHL, C., WINKLER, P., 2021. Pandemie covid-19 a duševní zdraví. *Vesmír* [online]. [cit. 2022-03-5]. ISSN 1214-4029. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/on-line-clanky/2021/01/pandemie-covid-19-dusevni-zdravi.html>
- 42) HRNČIAROVA, J., 2015. Závislost na návykových látkách. In: HOSÁK, L. et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 142-179. ISBN 978-80-246-2998-8.

- 43) CHAUHAN, Z., ZERGHAM A., 2021. *Somnambulism* [online]. StatPearls Publishing [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644427/>
- 44) CHRTKOVÁ, D., 2019. Multidisciplinarita. *Průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. MZCR. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf
- 45) KAKEMAM, E. et al., 2021. Burnout and its relationship to self-reported quality of patient care and adverse events during COVID-19: A cross-sectional online survey among nurses. *Journal of Nursing Management* [online]. 29(7), 1974-1982. [cit. 2022-07-19]. Dostupné z: doi:10.1111/jonm.13359
- 46) KALINA, K., 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.
- 47) KALINA, K. et al., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 48) KIRSCH, S., 2015. Feasibility of Using a Pediatric Call Center as Part of a Quality Improvement Effort to Prevent Hospital Readmission. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. s. 333-337 [cit. 2022-07-19]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.pedn.2014.08.005
- 49) KOLÁŘOVÁ, Z., 2018. V Česku chybí síť pracovišť pro poruchy spánku. *Medical Tribune* [online]. 14(4) [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/v-cesku-chybi-sit-pracovist-pro-poruchy-spanku/>
- 50) KOLÁŘOVÁ, Z., 2022. Reforma psychiatrie v každodenní praxi. *Medical Tribune* [online]. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/medicina/reforma-psychiatrie-v-kazdodenni-praxi/>
- 51) KOUBOVÁ, M., 2021. Covid se silně podepsal na duševním zdraví sester, ukázal britský průzkum. *Zdravotnický deník* [online]. [cit. 2022-07-18]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2021/05/covid-se-silne-podepsal-na-dusevnim-zdravi-sester-ukazal-britsky-pruzkum/>
- 52) KOVAŘÍKOVÁ, J., 2021. Komunitní sestra. *Komunitní a domácí péče* [online]. [cit. 2022-02-26]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/114/page05.html#heading6>
- 53) KŘIČKA, J., 2006. Komunitní péče. In: BABIAKOVÁ, M. et al., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, s. 155-177. ISBN 80-247-1151-6.
- 54) KŘIŽÁKOVÁ, K., 2021. Moravskoslezský kraj hlásí až dvojnásobný nárůst pacientů psychiatrie. *iROZHLAS* [online]. [cit. 2022-07-14]. Dostupné z:

- https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/psychiatrie-psychicke-zdravi-dospeli-deti-deprese-uzkosti-koronavirus-cesko_2111221828_aur
- 55) KŘUPKA, M. et al., 2021. Možnosti a principy vakcinace proti covidu-19. *Praktické lékárenství* [online]. 17(1), 7–13 [cit. 2022-03-5] Dostupné z: https://www.praktickelekarenstvi.cz/incpdfs/lek-202101-0001_10_001.pdf
- 56) KUBANT, V., 2020. V Česku jsou první tři nakažení koronavirem. Všichni přicestovali ze severní Itálie. *iROZHLAS.cz* [online]. [cit. 2022-03-5] Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/koronavirus-ceska-republika-covid-19-adam-vojtech-prvni-nakaza-tri-pripady_2003011601_vtk
- 57) KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.
- 58) KUČEROVÁ, H., 2021. Covid-19 a duševní poruchy, část I. *Florence* [online]. 17(1), 20-21. [cit. 2022-07-21]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2021/1/covid-19-a-dusevni-poruchy-cast-i/>
- 59) KUDLOVÁ, J., 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace* [online]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7454-600-6. [cit. 2022-06-23]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/36770/Osetrovatelsky_proces_a_dokumentace.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 60) KUITUNEN, I. et al., 2020. The effect of national lockdown due to COVID-19 on emergency department visits. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* [online]. 28(1), 114. [cit. 2022-07-14]. Dostupné z: doi:10.1186/s13049-020-00810-0
- 61) KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- 62) LAKE, R. et al., 2017. The quality, safety and governance of telephone triage and advice services – an overview of evidence from systematic reviews. *BMC Health Services Research* [online]. 17(1), 614. [cit. 2022-07-19]. Dostupné z: doi:10.1186/s12913-017-2564-x
- 63) LANGER, L., 2021. Kde hledat pomoc. *Nevypust' duši* [online]. [cit. 2022-02-25]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/kde-hledat-pomoc/>

- 64) LEUNG, C., LEUNG M. et al., 2020. Sleep Terrors: An Updated Review. *Current Pediatric Reviews* [online]. 16(3), 176-182. [cit. 2022-02-01]. Dostupné z: doi:10.2174/1573396315666191014152136
- 65) LORENTZ, M., 2008. *Telenursing and home health. Home healthcare nurse: The Journal for the home care and hospice professional* [online]. 26(4), 237-243. [cit. 2022-07-19]. Dostupné z: doi:10.1097/01.NHH.0000316702.22633.30
- 66) MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- 67) MELICHAROVÁ, H. et al., 2021. *Psychiatrická péče 2020*. ÚZIS ČR. ISBN 978-80-7472-191-5
- 68) MELICHAROVÁ H. et al., 2021. Situace v ambulantní péči. *Poskytování psychiatrické péče v době pandemie Covid-19 v ambulantních a lůžkových zařízeních psychiatrické péče Analytická zpráva - rok 2020* [online]. ÚZIS. [cit. 2022-07-14]. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/res/file/oborove-statistiky/psychiatricka-pece-pandemie-2020.pdf>
- 69) MINAŘÍK, J., PAVLOVSKÁ, A. et al., 2015. Substituční léčba závislosti. In: KALINA, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 378–387. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 70) MÍLEK, P., 2015. Rozhovor s psychiatrickým pacientem. In: HOSÁK, L. et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 563-572. ISBN 978-80-246-2998-8.
- 71) MOOLLA, M. et al., 2021. Staff testing for COVID-19 via an online pre-registration form. *Southern African Journal of Infectious Diseases* [online]. 36(1), 232 [cit. 2022-07-18]. Dostupné z: doi:10.4102/sajid.v36i1.232
- 72) MRKVIČKA, A., GRYNDEROVÁ, A. et al., 2020. Ošetrovatelská péče. *Příručka pro prevenci a léčbu covid-19* [online]. [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: https://kniha.covid19cz.cz/covid19cz/kapitoly/osetrovatelska_pece
- 73) MZČR, 2021. Jak postupovat, když mám příznaky. *Aktuálně o koronaviru* [online]. [cit. 2022-03-5] Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/jak-postupovat-kdyz-mam-priznaky/>
- 74) MZČR, 2022. *Očkování proti onemocnění covid-19* [online]. [cit. 2022-03-5] Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/ockovani-proti-covid-19/>
- 75) MZČR, 2022. Testování v zařízeních sociální péče a zdravotní služby. *Covid portál* [online]. [cit. 2022-07-23]. Dostupné z:

<https://covid.gov.cz/situace/testovani/testovani-v-zarizenich-socialni-pece-zdravotni-sluzby>

- 76) NANDA., 2020. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0710-0.
- 77) NEŠPOR, K., 2013. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8
- 78) NIMHANS, 2020. *Telenursing Practice Guideline* [online]. [cit. 2022-06-10] Dostupné z: <https://nimhans.ac.in/wp-content/uploads/2020/12/TeleNursing-Practice-Guideline-2020.pdf>
- 79) NOVOTNÁ, B., 2014. Kompetence sester pracujících na psychiatrii. In: PETR, T. et al., *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 37-40. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 80) O'BRIEN, M., MCNICHOLAS, F., 2020. The use of telepsychiatry during COVID-19 and beyond. *Irish Journal of Psychological Medicine* [online]. 37(4), 250-255 [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: doi:10.1017/ipm.2020.54
- 81) OCHANI, R. et al., 2021. COVID-19 pandemic: from origins to outcomes. A comprehensive review of viral pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic evaluation, and management. *Infez med* [online]. 29(1), 20-36. [cit. 2022-03-6] Dostupné z: https://www.infezmed.it/index.php/article?Anno=2021&numero=1&ArticoloDaVisualizzare=Vol_29_1_2021_20
- 82) OREL, M., 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2529-6.
- 83) PALONEN, M., YLILOMA, P., 2020. Telenurses' experiences of interaction with patients and family members: nurse-caller interaction via telephone. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 34(3), 675-683 [cit. 2022-06-27]. Dostupné z: doi:10.1111/scs.12770
- 84) PAPEŽOVÁ, H., 2008. Poruchy spánku. In: RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. et al., *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén, s. 122-128. ISBN 978-80-7262-586-4
- 85) PÁV, M. et al., 2017. Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 18(2), 69-74. [cit. 2022-02-26]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/02/05.pdf>

- 86) PETR, T., 2014. Ošetrovatelský přístup k neklidným a agresivním pacientům. In: PETR, T., et al., *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 171-184. ISBN 978-80-247-4236-
- 87) PETR, T., 2014. Organizace psychiatrické péče v ČR. In: PETR, T., et al., *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 42-48. ISBN 978-80-247-4236-
- 88) PETR, T., 2018. *Zpravodaj reformy péče o duševní zdraví*. Česká psychiatrická společnost, z.s. [online]. [cit. 2022-07-18]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/Zpravodaj-reforma/Zpravodaj_duben.pdf
- 89) PETR, T., 2021. Bez sester to prostě nejde. *Reforma* [online]. [cit. 2022-06-28]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/202108/Reforma_informa%C4%8Dn%C3%AD_magaz%C3%ADn_1%C3%A9to_21_0.pdf
- 90) PĚČ, O., 2014. Komunitní péče. *Psychiatrická společnost ČLS JEP* [online]. Česká psychiatrická společnost z.s. [cit. 2022-02-25]. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/archiv-reforma/200-komunitni-pee>
- 91) PĚČ, O., 2015. Resocializace a komunitní péče u duševních poruch. In: HOSÁK, L. et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 514-525. ISBN 978-80-246-2998-8.
- 92) PĚČ, O., 2021. Denní stacionáře hlásí stopu stále nezavátou. *Česká a Slovenská psychiatrie* [online]. 117(2), 57-59. [cit. 2022-02-25]. Dostupné z: <http://www.csppsychiatr.cz/detail.php?stat=1389>
- 93) PERERA, S. et al., 2020. "Telepsychiatriy" in the time of COVID-19: Overcoming the challenges. *Indian Journal of Psychiatry* [online]. 62(9), 391-394. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_848_20
- 94) PFEIFFER, J., 2019. Centra duševního zdraví (CDZ). *Průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. MZCR. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf
- 95) PINTLICH, J., 2021. ČLK vyzývá politiky: vyhleďte lockdown a zaveďte povinné očkování zdravotníků. *Zdravotnický deník* [online]. [cit. 2022-07-18]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/?s=%C4%8Dlk>
- 96) PINTLICH, J., 2022. Vznikají závazná pravidla pro použití omezovacích prostředků ve zdravotnictví. Do novely zákona se však dosud nedostala. *Zdravotnický deník* [online]. [cit. 2022-06-28]. Dostupné z:

- <https://www.zdravotnickyydenik.cz/2022/02/vznikaji-zavazna-pravidla-pro-pouziti-omezovacich-prostredku-ve-zdravotnictvi-do-novely-zakona-se-vsak-dosud-nedostala/>
- 97) POLACH, P., 2015. Přijetí k hospitalizaci. *U psychiatra.cz* [online]. [cit. 2022-02-25]. Dostupné z: <http://www.upsychiatra.cz/prijeti-k-hospitalizaci/>
- 98) PRACTICUS., 2019. Léčba nespavosti u starších dospělých: Jaké máme možnosti? *Practicus* [online]. 18(3), 25. [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <http://www.practicus.eu/file/7a0865df619763bbc88c8904a5ad85a2/55/Practicus-03-2019.pdf>
- 99) PRAŠKO, J. et al., 2016. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-986-6.
- 100) PRAŠKO, J., OCISKOVÁ, M., 2017. *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5822-0.
- 101) PRETL, M., 2021. Diagnosing major sleep disorders. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 22(1), 25-37. [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: doi:10.36290/psy.2021.013
- 102) PROTOPOPOVÁ, D., 2019. Národní akční plán pro duševní zdraví. *Průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. MZCR. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf
- 103) RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. et al., 2008. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-586-4.
- 104) RABOCH, J. et al., 2012. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-582-4.
- 105) RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. et al., 2014. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.
- 106) RANDÁKOVÁ MODES, M., 2014. Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami. In: PETR, T. et al., *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 201-207. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 107) SCHÖLIN, L. et al., 2021. Limits of remote working: the ethical challenges in conducting Mental Health Act assessments during COVID-19. *Journal of Medical Ethics* [online]. 47(9), 603-607. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: doi:10.1136/medethics-2021-10727

- 108) SLEZÁKOVÁ, Z. et al., 2022. *Teleošetřovatelství*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-271-3175-4.
- 109) SOUČEK, T., 2022. Epidemie covidu zdravotníkům rozšířila obzory, shodují se ředitelé nemocnic. *iDNES.cz* [online]. [cit. 2022-07-18]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/ceske-budejovice/zpravy/covid-pandemie-reditel-nemocnice-houska-holan-lorenc.A220526_123753_budejovice-zpravy_khr
- 110) STEM., 2022. *Vysvědčení společnosti téměř dva roky od vypuknutí pandemie* [online]. [cit. 2022-07-19]. Dostupné z: <https://www.stem.cz/vysvedceni-spolecnosti-temer-dva-roky-od-vypuknuti-pandemie-lide-ocenuji-kvalitu-zdravotni-peceale-kriticky-hodnoti-politickou-reprezentaci/>
- 111) STOLL, J. et al., 2020. The Ethical Use of Telepsychiatry in the Covid-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry* [online]. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: doi:10.3389/fpsy.2020.00665
- 112) SZYMANSKÁ, T., 2015. Úzkostné poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. In: HOSÁK, L. et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 241-275. ISBN 978-80-246-2998-8.
- 113) ŠKVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- 114) ŠONKA, K., PAVLOVSKÝ, P. et al., 2020. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 301-308. ISBN 978-80-246-4604-6
- 115) ŠVARC, J., 2015. Právní problematika v psychiatrii. In: HOSÁK, L. et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 589-611. ISBN 978-80-246-2998-8.
- 116) TLAPÁKOVÁ, J., 2021. Lockdown a poruchy spánku. *Medical Tribune* [online]. 17(5) [cit. 2022-01-02]. ISSN 1214. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/lockdown-a-poruchy-spanku/>
- 117) TŮMA, I., 2015. Afektivní poruchy nálady – poruchy nálady. In: HOSÁK, L. et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 212-236. ISBN 978-80-246-2998-8
- 118) TANCEROVÁ, T., 2020. COVID-19 versus chřipka: čím jsou si nemoci podobné a v čem se liší? *Zdraví.euro.cz* [online]. [cit. 2022-03-5] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/covid-19-a-chripka-rozdily/>

- 119) USLU, E. et al., 2019. A Telenursing Parctice For Care of People with Schizophrenia: Telephone Intervention Problem Solving. *Journal of Psychiatric Nursing* [online]. [cit. 2022-07-19]. Dostupné z: doi:10.14744/phd.2019.75768
- 120) VACULČÍKOVÁ SEDLÁČKOVÁ, Z., PRAŠKO, J., 2019. *Deprese a poruchy osobnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024455907.
- 121) VAN HORN L., STREET M., 2021. Night terrors. *StatPearls* [online]. [cit. 2022-02-01]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493222/>
- 122) VEVERKOVÁ, E. et al., 2019. Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-2099-4.
- 123) VITALE, E. et al., 2021. The quality of patient-nurse communication perceived before and during the COVID-19 pandemic: an Italian pilot study. *Acta Biomed* [online]. 92(2) 221-235. [cit. 2022-07-18]. Dostupné z: doi: 10.23750/abm.v92iS2.11300
- 124) VRÁNOVÁ, L., 2007. Ošetrovatelský proces u poruch spánku. *Zdraví.euro.cz* [online]. [cit. 2022-03-10] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/oseetrovatelsky-proces-u-poruch-spanku-295948>
- 125) Vyhláška č. 98/2012 Sb., Vyhláška o zdravotnické dokumentaci, 2012. [online]. [cit. 2022-06-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>
- 126) Vyhláška č. 252/2019 Sb., o Činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. 2019. [online]. [cit. 2022-02-26] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55/zneni-20191019>
- 127) Vyhláška č. 55/2011 Sb. Činnosti zdravotnických pracovníků po získání specializované způsobilosti. 2019. [online]. [cit. 2022-02-28] Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
- 128) VYMĚTAL, J., 2008. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-x.
- 129) WANG, Q. et al., 2021. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry* [online]. 20(1), 124-130 [cit. 2022-07-18]. Dostupné z: doi:10.1002/wps.20806
- 130) WINKLER, P., 2019. Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb. *Průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. MZCR. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf

- 131) WINKLER, P., 2019. Destigmatizace. *Průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. MZCR. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf
- 132) Zákon č. 372//2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2011. [online]. [cit. 2022-07-18]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 131, s. 4730. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zak
- 133) ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
- 134) ZÍTKOVÁ, P., 2022. Každý třetí dospělý trpí duševním onemocněním. *Naše zdravotnictví* [online]. [cit. 2022-07-21]. Dostupné z: <https://nasezdravotnictvi.cz/aktualita/kazdy-treti-dospely-trpi-dusevnim-onemocnenim-na-odbornika-se-pritom-ceka-i-mesice>
- 135) ŽÁČKOVÁ, M. et al., 2016. Telemedicína v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 17(1), 18-21. [cit. 2022-02-24]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2016/01/05.pdf>

8 Seznam příloh

Příloha 1 Otázky polostrukturovaného rozhovoru se sestrami	85
--	----

Příloha 1 Otázky polostrukturovaného rozhovoru se sestrami

- 1) Jaký je Váš věk?
- 2) Jak dlouhá je Vaše praxe na psychiatrickém oddělení?
- 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání (všeobecná sestra x sestra se specializací)?
- 4) V jakém kraji pracujete?
- 5) Místo Vašeho zaměstnání – ambulantní, lůžková, komunitní péče?
- 6) Myslíte si, že ovlivnila pandemie covid-19 četnost klientů?
- 7) Došlo během pandemie k nárůstu nějaké duševní poruchy?
- 8) Jaký měla podle Vás vliv pandemie na poskytování ošetrovatelské péče?
- 9) Jak probíhala oš. péče během pandemie?
- 10) Měla jste nějaká specifika, která jste dodržovala v poskytování oš. péče během pandemie?
- 11) Měla jste nějaké komplikace v poskytování oš. péče během pandemie?
- 12) Postrádala jste něco během poskytování oš. péče v době pandemie?
- 13) Vidíte rozdíl v poskytování oš. péče během pandemie s předchozí oš. péčí?
- 14) Používala jste při poskytování ošetrovatelské péče teleošetrovatelství?
- 15) Myslíte si, že jednou může nahradit tradiční ošetrovatelství?
- 16) Změnila byste něco nebo upravila v poskytování oš. péče v době pandemie?
- 17) Vnímáte, že poskytovaná oš. péče v době pandemie měla nějaké nedostatky nebo ji lze srovnat s oš. péčí před pandemií?
- 18) Měla pro Vás poskytovaná péče v době pandemie nějaký přínos?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

9 Seznam zkratek

CDZ – Centrum duševního zdraví

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

EMG – Elektromyografie

EEG – Elektroencefalografie

EKG – Elektrokardiogram

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NANDA – North American for Nursing Diagnosis Assotiation – Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy

NIC – Nursing Interventions Classification – Ošetrovatelské intervence

NOC – Nursing Outcomes Classification – Ošetrovatelský výsledek

PCR – Polymerase chain reaction – Polymerázová řetězová reakce

SARS-CoV-2 – Severe acute respirátory syndrome coronavirus – typ koronaviru

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistik

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace