



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Role sestry v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Hana Křípalová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Role sestry v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2022

.....
podpis

Poděkování

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

Role sestry v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním

Abstrakt

Současný stav: V České republice se začíná měnit systém péče a služeb pro lidi s dlouhodobým duševním onemocněním. Centra duševního zdraví jsou od roku 2018 novým nízkoprahovým pilířem pro poskytování zdravotně-sociálních služeb. Centra jsou mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou akutní i specializovanou péčí. Teoretická část se zaměří na psychiatrické sestry, které jsou součástí multidisciplinárních týmů pracujících v tomto typu zařízení.

Cíle práce: Zmapovat činnosti sester pracujících v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v České republice, konkrétně v nově vzniklých Centrech duševního zdraví. Pro dosažení cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky: 1. Jaké činnosti vykonávají sestry pracující v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním? 2. Jakým způsobem je sestrami zajišťována péče o osoby s duševním onemocněním v systému komunitní péče? 3. Jaká probíhá spolupráce s klienty v Centrech duševního zdraví z pohledu sester?

Metodika: Výzkumná část bakalářské práce byla realizována pomocí kvalitativního přístupu, metodou dotazování technikou polostrukturovaného rozhovoru s vybranými sestrami. Rozhovor obsahoval 20 otázek. Analýza získaných dat byla zpracována pomocí metody tzv. kódování.

Výzkumný soubor: Tvořilo devět zdravotních sester pracujících v Centrech duševního zdraví v České republice. Výsledky byly následně rozděleny do kategorií a dále zpracovány.

Výsledky práce: Po analyzování všech výsledků, bylo zjištěno, že sestry pracující v nově vzniklých CDZ, plní svou roli v multidisciplinárním týmu. Sestry poskytují ambulantní i terénní péči klientům s duševním onemocněním. Péče je zaměřena na individuální potřeby a přání jedince s ohledem na jeho zdravotní stav. Sestra se orientuje v problematice duševního zdraví a nemoci, získává od klienta anamnézu, posuzuje a hodnotí pomocí vybraných nástrojů fyzický a psychický stav, podporuje klienta v dodržování léčebného režimu. Sestra zpracovává rehabilitační a krizový plán koordinuje spolupráci se specialisty a vede zdravotnickou dokumentaci v souladu

s platnou legislativou. Ve vybraných oblastech edukuje jednotlivce i rodiny, napomáhá adaptaci klienta na změněné životní podmínky. Spolupráce mezi sestrou a klientem probíhá efektivně, komunikace a důvěra je mezi nimi na dobré úrovni.

Využití v praxi: Výsledky práce přinesou aktuální informace o roli sester a činnostech sester, které pracují v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v České republice, konkrétně v nově vzniklých Centrech duševního zdraví. Tyto informace mohou sloužit jak sestřám z praxe, tak studentům zdravotnických oborů.

Klíčová slova

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

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

Abstract

Current situation: The Czech Republic is beginning to change the system of care and services for people with long-term mental illness. Mental health centers have been a new low-threshold pillar for the provision of health and social services since 2018. The centers are an intermediate link between primary care including outpatient psychiatric care, inpatient acute and specialized care. The theoretical part will focus on psychiatric nurses who are part of multidisciplinary teams working in this type of facility.

Objectives: To map the activities of nurses working in the system of community care for people with mental illness in the Czech Republic, specifically in the newly established Mental Health Centers. To achieve the goal, three research questions were set: 1. What activities do nurses working in the community care system for people with mental illness perform? 2. How do nurses provide care for people with mental illness in the community care system? 3. What is the cooperation with clients in the Mental Health Centers from the point of view of nurses?

Methodology: The research part of the bachelor's thesis was carried out using a qualitative approach, the method of questioning the technique of semi-structured interview with selected nurses. The interview contained 20 questions. The analysis of the obtained data was processed using the so-called coding method.

Research group: It consisted of nine nurses working in Mental Health Centers in the Czech Republic. The results were then divided into categories and further processed.

Results: After analyzing all the results, it was found that the nurses working in the newly formed CDZ, fulfill their role in a multidisciplinary team. Nurses provide outpatient and field care to clients with mental illness. The care is focused on the individual needs and wishes of the individual with regard to his health condition. The nurse is familiar with the issues of mental health and illness, obtains a history from the client, assesses and evaluates the physical and mental condition using selected tools, supports the client in adhering to the treatment regime. The nurse prepares a

rehabilitation and crisis plan, coordinates cooperation with specialists and keeps medical records in accordance with applicable legislation. In selected areas it educates individuals and families, helps the client to adapt to changed living conditions. The cooperation between the nurse and the client is efficient the communication and trust between them is at a good level.

Use in practice: The results of the work will bring current information about the role of nurses and the activities of nurses who work in the system of community care for people with mental illness in the Czech Republic, specifically in the newly established Mental Health Centers. This information can be used by both nurses from practice and students of medical disciplines.

Keywords

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

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	11
1.1 Psychiatrie	11
1.2 Duševní onemocnění	12
1.2.1 Diagnostika onemocnění.....	13
1.2.2 Terapie a prevence duševních onemocnění	13
1.3 Komunitní péče	14
1.4 Reforma psychiatrické péče	15
1.5 Centrum duševního zdraví	16
1.5.1 Charakteristika Centra duševního zdraví:	16
1.5.2 Cílová skupina klientů:	17
1.5.3 Multidisciplinární tým:	17
1.5.4 Složení personálu	17
1.5.5 Kompetence všech členů v multidisciplinárním týmu	20
1.5.6 Kompetence klíčového pracovníka - case managera	20
1.5.7 Služby poskytované v CDZ.....	21
1.6 Vzdělávání psychiatrických sester	23
1.7 Role sestry	23
2 Cíl práce, výzkumné otázky	25
2.1 Cíl práce	25
3 Metodika.....	26
3.1 Použité metody a techniky	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	26
Informace o profesi sestry v CDZ.....	28
Motivace a demotivace při práci v CDZ.....	29
Nejčastější onemocnění v CDZ	29
Pracovní náplň v CDZ	30
Ošetrovatelská péče o klienty v CDZ	31
Spolupráce sestry s klienty při poskytování péče v CDZ	31
Vize profese sestry v CDZ do budoucna	33
4 Diskuze	34
5 Závěr.....	38

6	Seznam použitých zdrojů:	40
	Přílohy.....	43
	Seznam zkratk:	44

Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože se v České republice začíná měnit systém péče a služeb pro lidi s dlouhodobým duševním onemocněním. Centra duševního zdraví jsou od roku 2018 novým nízkoprahovým pilířem pro poskytování zdravotně-sociálních služeb. Centra jsou mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou akutní i specializovanou péčí. V dalších oblastech Reforma péče o duševní zdraví zavádí systémovou změnu v poskytování psychiatrické péče, kde hlavním cílem je zvýšení její kvality, efektivity a zejména zvýšení kvality života a omezení stigmatizace lidí s duševním onemocněním. Komunitní ošetrovatelská péče je složena zdravotními i sociálními službami, které zajišťuje multidisciplinární tým. Zabývá se primární, sekundární i terciální prevencí o jedince, skupiny a rodiny.

V teoretické části se zaměřím na organizační strukturu psychiatrické péče, duševní onemocnění, jeho diagnostiku a léčbu. Na psychiatrické sestry, které jsou součástí multidisciplinárních týmů pracujících v tomto typu zařízení.

Empirická část je zaměřena na zmapování činnosti sester pracujících v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v České republice, konkrétně v nově vzniklých Centrech duševního zdraví. Pro dosažení cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky: 1. Jaké činnosti vykonávají sestry pracující v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním? 2. Jakým způsobem je sestrami zajišťována péče o osoby s duševním onemocněním v systému komunitní péče? 3. Jak probíhá spolupráce s klienty v Centrech duševního zdraví z pohledu sester?

Doufám, že se na území České republiky se komunitní péče rozvine a bude fungovat na vysoké úrovni jako ve východní Evropě, která prošla v 90. letech politickou transformací a vybrané země se oddělily a vydaly se vlastní cestou rozvoje, stejně jako s ohledem na reorganizaci a modernizaci svých systémů duševní péče. Bylo dosaženo mnoha pozitivních změn, ale mnoho výzev zůstává otevřených jako i v jiných zemích Evropské unie (Krupchanka et al., 2016).

1 Současný stav

1.1 *Psychiatrie*

Psychiatrie tvoří jeden ze základních lékařských oborů, je řazena mezi vědní a klinickou disciplínu, která se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou duševních onemocnění (Raboch et al., 2012). Psychiatrická péče v České republice je realizována prostřednictvím sítě lůžkových, ambulantních a komplementárních zařízení (Orel, 2020).

V 19. a 20. století péče o duševně nemocné byla poskytována v psychiatrických léčebnách, které vycházely z koncepce, že duševní nemoci jsou neléčitelné a klienti by měli být od společnosti izolováni. Tento pohled na psychiatrii je v současné době takřka nereálný. A však zrušení lůžkové péče v oboru psychiatrie se v našich současných podmínkách jeví jako zcela nemožné řešení (Hosák, 2015). Dějiny je třeba zohlednit ve specifických charakteristikách, které ovlivňují současnou situaci i budoucí vyhlídky české psychiatrie. (Hoschl et al., 2012). V druhé polovině minulého století se na rozvoji ambulantní péče podílel doc. Josef Prokůpek. Tehdejší ambulantní péče byla součástí ústavů národního zdraví. Rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví od 1. července 2013 psychiatrické léčebny mění název na psychiatrické nemocnice (Hosák, 2015). Medicínský i společensko-ekonomický význam psychiatrie v moderních společnostech významně narůstá, dle expertů Světové banky budou právě ve 21. století představovat největší zdravotní zátěž lidstva tyto okruhy zdravotních problémů (Raboch et al., 2012). Česká republika má oproti Evropě absenci v poskytování komplexních služeb, chybí krizová centra, chráněné bydlení, denní stacionáře a další služby, které jsou součástí komunitní péče o osoby s duševním onemocněním (Hosák, 2015). Celosvětovým trendem, který se aktuálně týká i České republiky, je reorganizace psychiatrické péče. Změny povedou k omezování počtů psychiatrických lůžek a následně k vytváření podpůrné funkční sítě psychiatricko-psychologicko-sociální péče (Orel, 2020). Ministerstvo zdravotnictví od roku 2012 připravuje strategii reformy psychiatrické péče, aby se péče osob s duševním onemocněním zkvalitnila a přiblížila evropskému standardu, jednalo by se o komplexní změnu systému. Obecným cílem reformy je vytvořit nová zařízení, která rozšíří péči o chybějící služby a funkce v systému poskytované psychiatrické péče (Hosák, 2015). Činnosti zaměřené na osvětu veřejnosti

o duševních chorobách jsou zintenzivněny stigmatizací duševních chorob, které jsou některými stále považovány za vážný problém ve společnosti (Alexa et al. 2015).

1.2 Duševní onemocnění

Pro vymezení pojmu duševní onemocnění si pomůžeme vysvětlením termínu duševní zdraví, neboť to je opakem duševní nemoci. Světová zdravotnická organizace WHO, definuje duševní zdraví, jako pocit plné tělesné, psychické a sociální pohody, v němž klade důraz, na uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb jedince, který je schopen vést vlastní produktivní život a přispívá k prospěchu své komunity (WHO, 2001). Mahrová, Venklářová (2008) definuje duševní onemocnění jako specifickou poruchu, která je spolehlivě rozpoznatelná souborem znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu sociálního postavení ve společnosti a pracovní schopnosti v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání.

Vážně duševně nemocní (SMI) jsou skupinou klientů, která je nejvíce ohrožena důsledky vlastní nemoci i okolnostmi s nemocí spojenými. (*Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz*, 2017). Základní rozdělení duševních onemocnění vychází z platného soudobého klasifikačního systému 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí označeno MKN – 10 (Orel, 2020). U jednotlivých kategorií je definován klinický vývoj, diagnostické intervence a kritéria onemocnění. Jednotlivé okruhy duševních onemocnění jsou označeny alfanumerickým kódem. Obecně duševní onemocnění mají značení písmenem F. (Raboch et al., 2012). Duševní onemocnění se rozděluje F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických, F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, F30-F39 Afektivní poruchy - poruchy nálady, F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých, F70-F79 Mentální retardace, F80-F89 Poruchy psychického vývoje, F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání, F99 Neurčená duševní porucha. (MKN – 10., 2020)

1.2.1 Diagnostika onemocnění

Klinický obraz duševních onemocnění je proměnlivý a mnohotvárný, proto se stanovení diagnózy duševních onemocnění řadí mezi nejobtížnější ze všech medicínských oborů (Dušek, 2020).

Kučerová (2013) uvádí, že rozhovor je nejdůležitější součástí celého procesu stanovování diagnózy. Při rozhovoru záleží na osobnosti klienta i lékaře.

Základní diagnózu určuje psychiatr na základě zhodnocení všech údajů o vyšetřované osobě, následně se od toho odvíjí plán dalšího postupu a stanovení terapie. Dnes již často nestačí pouze základní psychiatrické vyšetření, běžnou součástí je, ale i řada pomocných medicínských vyšetřovacích metod, většinou se postupuje od jednodušších, méně invazivních až ke složitějším vyšetřením (Orel, 2020).

1.2.2 Terapie a prevence duševních onemocnění

V určitých fázích života jedince je duševní onemocnění ovlivňováno různými aspekty, které mohou způsobit, jak pozitivní ale i naopak negativní projev nemocného. V léčbě duševních onemocnění a symptomů je nutné postupovat dle soudobých znalostí vědy a poznání (Orel, 2020). Dušek (2015) s Orlem (2020) se shodují, že pro úspěšnou léčbu duševního onemocnění je včasná diagnostika. Anamnéza se nejčastěji odehrává formou rozhovoru s klientem případně i jeho blízkými. Příznaky onemocnění může vyšetřovaný klient zjednodušovat a zatajovat, proto by si měl ošetřující lékař všimnout i celkového obrazu a vedlejších projevů nemocného (Orel, 2020). Léčebné metody zahrnují psychoterapii, psychofarmakoterapii, biologickou terapii, psychiatrickou rehabilitaci, socioterapii, fyzické a omezovací prostředky (Dušek, 2015).

Asertivní komunitní léčba je zařazena mezi evidence based postupy léčby. Asertivní komunitní přístup má napomoci lepší koordinaci poskytování služeb psychiatrické péče a zabránit tak rehospitalizaci dlouhodobě duševně nemocných. Případové vedení zajišťované členem multidisciplinárního týmu se zaměřuje nejčastěji na poskytování kontinuální psychiatrické léčby, řešení sociálních problémů, podporu a nácvik všedních

činností ve vlastním prostředí klienta a jeho rodiny. Pracovníci mají příležitost pozorovat životní situace duševně nemocných a uplatit je při sestavování konkrétních krizových intervencí, které využijí při výskytu relapsu onemocnění (Petr et al., 2014). Základem psychiatrické a psychologické práce s duševně nemocným je psychoedukace. Psychoedukace je součástí prevence duševních onemocnění. Člověk s duševním onemocněním a jeho rodina získává informace proč, a jak potíže vznikly, s cílem eliminace projevů onemocnění a důležitostí spolupráce nemocného s personálem při obnově duševního zdraví. Poskytnutí základních informací o onemocnění, jeho projevech a možnostech léčby je důležitým faktorem při rozpoznání varovných příznaků onemocnění (Práško et al., 2017).

1.3 Komunitní péče

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

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

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

1.4 Reforma psychiatrické péče

V České republice od roku 2012 Ministerstvo zdravotnictví připravuje Strategii reformy psychiatrické péče. To značí transformaci péče o duševně nemocné a přiblížit ji evropskému standardu (*Reforma péče o duševní zdraví*, 2019).

Hlavním motivem reformy je důraz na naplňování, prosazování a uplatňování lidských práv, které souvisí s kvalitou života osob s duševním onemocněním. Strategie reformy byla schválena 7. října 2013 ministrem zdravotnictví a podpořena Evropskými strukturálními a investičními fondy. Reforma je dlouhodobý proces, který se bude rozvíjet 15 až 20 let. Základní změnou bude provázaná a koordinovaná síť služeb poskytovaná multidisciplinárním přístupem na péči zotavení (recovery) lidí s duševní onemocněním (*Malý průvodce reformou psychiatrické péče*, 2017)

Strategické cíle reformy jsou zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování a omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie. Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí a také zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci. Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti i zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb. Humanizovat psychiatrickou péči (*Malý průvodce reformou psychiatrické péče*, 2017).

V souladu se Strategií reformy psychiatrické péče vznikají nové typy služeb - Centra duševního zdraví, která rozšiřují systém péče o duševně nemocné v ČR. Lidé s duševním onemocněním bývají v současné době často stigmatizováni, což vytváří další omezení pro jejich plnohodnotné začlenění do společnosti, při léčbě, vzdělávání, zaměstnání a volnočasových aktivitách. Rozšířená komunitní péče vytváří vyvážený model péče. Tímto procesem má postupně docházet k redukci dlouhodobé lůžkové péče. (*Malý průvodce reformou psychiatrické péče*, 2017).

Klíčovým prvkem celé strategie je vytvoření nového systémového prvku – Center duševního zdraví (CDZ), jejichž úkolem bude zajištění péče a její koordinace zvláště vůči osobám se závažným duševním onemocněním (Hosák et al., 2015).

1.5 Centrum duševního zdraví

Centrum duševního zdraví je mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou akutní i specializovanou péčí. Jeho funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc ke znovuzapojení dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. CDZ vytváří potřebné programy, které mají funkční propojení ambulantní a lůžkové péče. Multidisciplinární tým pracuje formou case managementu a poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem klientům ze spádové oblasti bez čekací doby. Prvky péče jsou odvozeny od praxe založené na důkazech (evidence based practice), řadí se mezi ně krizová intervence s prokazatelným zlepšením klinického stavu. V CDZ se propojují zdravotní a sociální služby. Činnosti se řídí platnou legislativou, zejména Zákonem 372/2011 Sb., o zdravotních službách a Zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách (*Identifikace vzdělávacích potřeb a doporučení vzdělávání pro rozvoj CDZ, 2018*).

1.5.1 Charakteristika Centra duševního zdraví:

CDZ bude poskytovat nepřetržité mobilní, ambulantní, krizové a denní služby. CDZ vytváří mezičlánek mezi ambulantní a lůžkovou, akutní a specializovanou péčí, poskytuje dostupné služby s ohledem na potřeby klientů v jejich přirozeném prostředí. CDZ jsou nízkoprahovým pilířem zdravotně-sociálních služeb, poskytující individualizovanou péči osobám s vážným duševním onemocněním – Sever Mental Illness (SMI). Náplň CDZ pro SMI bude prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných osob s duševním onemocněním do běžné komunity. CDZ je soubor vzájemně propojených lékařských, klinicko-psychologických a navázaných sociálních služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi. Služby CDZ jsou bezplatné a dobrovolné. (*Základní principy péče poskytované v CDZ, 2019*)

1.5.2 Cílová skupina klientů:

CDZ umožňuje dlouhodobou péči zahrnující psychiatrickou a sociální rehabilitaci. CDZ má cíl diagnostikovat onemocnění, zahájit efektivní, krátkodobou léčbu a předat klienta do další péče. Cílovou skupinou jsou pacienti se závažným duševním onemocněním (SMI), konkrétně diagnostické okruhy označené F2, F3, F4 a F6, kde onemocnění trvá déle než 2 roky. Osoby s rizikem rozvoje SMI a občani v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi a jiné akutní stavy nebo dekompenzace chronických psychiatrických onemocnění s výjimkou akutních intoxikací (Fiala et al., 2014).

1.5.3 Multidisciplinární tým:

CDZ je technicky i personálně vybavené zdravotně-sociální zařízení, které zajišťuje služby pro cílovou skupinu klientů s duševním onemocněním ve spádovém regionu. Klienti se závažnými psychickými poruchami mají zejména potíže ve více oblastech, a proto je důležité, aby se každé oblasti věnoval odborník a byl za ni zodpovědný (Petr, Marková 2014)

V konceptu vyvážené péče (balanced care), jsou do organizační struktury začlenění psychiatři, psychologové, psychiatrické sestry, sociální pracovníci, ergoterapeuti a psychoterapeuti (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013). Teoreticky mají lidé s psychickými problémy přímý přístup ke specialistovi, který jim poskytne nejlepší péči (Boyd, 2018).

1.5.4 Složení personálu

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

Pro zajištění péče v CDZ o stále se rozrůstající skupinu osob s duševním onemocněním, využijeme princip multidisciplinární spolupráce. Složení personálu je z lékařských a nelékařských, zdravotních a sociálních povolání, zejména lékařů, psychologů, zdravotních sester a sociálních pracovníků (*Základní principy péče poskytované v CDZ, 2019*)

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

Sestra pro péči v psychiatrii i všeobecná sestra ve Vyhlášce č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků, jsou popsány kompetence a odpovědnosti. Je nutné, aby měla sestra odpovídající vzdělání pro výkon odbornosti 914 nebo vzdělání pro výkon odbornosti 911. Sestra bez lékařského dohledu provádí spolu s klientem vyhodnocování úrovně soběstačnosti a potřeb klientů, projevů a rizikových faktorů duševních onemocnění. Rozpoznává známky zhoršení či zlepšení psychického stavu a vyhodnocuje, zda klient je nebo není nebezpečný vůči sobě a svému okolí, dle standardizované ošetrovatelské měřicí techniky jako je screening rizika agrese a autoagrese, v případě potřeby zajišťuje nezbytná opatření. Spolupracuje s rodinou klienta, vede podpůrné psychotherapeutické rozhovory a využívá s nimi spojenou psychotherapeutickou techniku. Sestra napomáhá při adaptaci na životní podmínky vzniklé důsledkem duševního onemocnění, edukuje nemocné v rámci prevence zdravotních rizik, relaxace, nácviku sociálních dovedností a vede cílené aktivity k zachování fyzických, psychických a kognitivních schopností v rámci psychotherapeutické podpory. (*Základní principy péče poskytované v CDZ, 2019*).

Sociální pracovník – pracovník v sociálních službách v Zákoně č. 108/2006, Sb. o sociálních službách, jsou zaznamenány kompetence a odpovědnosti. Sociální pracovník provádí sociální šetření, sociální poradenství, nácvik sociálních dovedností. Osoby s duševním onemocněním zapojuje do podmínek běžného života. Ve spolupráci s rodinou

a klientem zařizuje pro klienta potřebné sociální zázemí, kam patří finanční příspěvky na bydlení, na péči, invalidní důchod, případně řeší problémy dluhů. Spolu s klientem provádí vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti klienta, zpracovává rizikové faktory a projevy onemocnění v sociální oblasti. Dokáže klientovi poskytovat interpersonální podporu a motivovat klienta při jeho vlastním rozhodování v běžném životě. (*Základní principy péče poskytované v CDZ, 2019*).

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

Peer konzultant je osoba, která má zkušenosti s duševním onemocněním a absolvovala rekvalifikační kurz probíhající v souvislosti s řešenou problematikou v ČR. Osoba peer konzultanta splňuje požadavky Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Obsah práce peer konzultantů se mezi jednotlivými týmy liší. Obsah práce peer konzultantů se mezi jednotlivými multidisciplinárními týmy liší. V některých týmech jsou zaměstnání jako sociální pracovníci a mají i roli klíčových pracovníků. V případě klíčové role dávají multidisciplinárnímu týmu zpětnou vazbu z pohledu uživatelů služeb, a jsou specificky zapojováni do práce s klienty. Využívají své zkušenosti a podporují klienty s duševním onemocněním v hledání jejich osobní cesty k zotavení. V situaci krize mohou být někdy jediným členem týmu, kterému se podaří navázat s klientem kontakt, bezpečný vztah. Jedná se o neformální a asertivní formu práce s klienty. Pokud je peer konzultant v týmu sám, může pro něj být těžké prosazovat svůj úhel pohledu ostatním členům (*Základní principy péče poskytované v CDZ, 2019*).

Pracovní konzultant - IPS pracovník profesně se jedná o sociální pracovníky, které se zabývají problematikou zaměstnávání klientů s duševním onemocněním. Náplň pracovních konzultantů je osobám s duševním onemocněním pomoci, co nejefektivněji získat a udržet práci na normálním trhu případně chráněném trhu práce. Vyhodnocují

pracovní dovednosti klienta, posuzují jeho silné a slabé stránky, pracovní preference a s tím spojená rizika. Součástí jejich práce je podporovat klienty přímo na pracovišti v době jeho adaptace a zapracování v novém zaměstnání. (*Základní principy péče poskytované v CDZ*, 2019).

1.5.5 Kompetence všech členů v multidisciplinárním týmu

Členové multidisciplinárního týmu se orientují v symptomech a projevech vážných duševních onemocnění, dokáží porozumět, jak se osoby s duševním onemocněním mohou cítit a vnímat okolní svět. Neodsuzují klienty při prvním kontaktu. Schopnost vést komunikaci s klienty, dalšími členy multidisciplinárního týmu, dalšími organizacemi a partnery veřejné služby. Schopnost pozorovat stav klienta a rozpoznat stav, kdy je potřeba do péče zapojit další osobu z multidisciplinárního týmu. Schopnost navázat, udržet i ukončit spolupráci s duševně nemocnými. Orientují se v základních farmakologických, psychologických, sociálních léčebných metod a intervencí. Schopnost pracovníků holisticky klasifikovat potřeby klienta. Schopnost flexibilně a efektivně poskytovat potřebnou podporu a pomoc ve všech základních oblastech. Schopnost podporovat klienta a jeho rodinu ve vyjadřování vlastních názorů. Porozumění celkovému systému péče o duševně nemocné, znalost příslušné legislativy v ČR. Znalosti a dovednosti týkající se hodnocení rizika v souvislosti s duševním onemocněním a prevenci spojené s chováním klienta, které je ohrožující pro něj i jeho blízké okolí. Porozumění problematice závislosti a její následné řešení. Zvládání krize včetně základů krizových plánů a intervencí. Používání nástroje pro hodnocení schopností klienta v různých životních rolích, situacích – např. nástroje míry zotavení (Recovery scale), funkčních schopností - GAF (Global Assessment of Functioning). (*Základní principy péče poskytované v CDZ*, 2019).

1.5.6 Kompetence klíčového pracovníka - case managera

Schopnost vytvořit plán zotavení, naplňovat a vyhodnocovat plány ve spolupráci s multidisciplinárním týmem a i s klientem. Schopnost mapování a vytváření spolupráce s dalšími potřebnými organizacemi. Schopnost koordinovat další pomoc od ostatních členů z multidisciplinárního týmu. Vzdělávat se v moderních metodách péče o duševně

nemocné včetně základních informací o trendech v psychofarmakoterapii. Schopnost edukace a reedukace pro klienty a jejich rodinné příslušníky v klíčových otázkách spojených s duševním zdravím. Schopnost zapojovat klienta do všech podstatných rozhodovacích procesů, včetně vytváření a naplňování plánu úzdravy. Schopnost zavádění praxe založené na důkazech (evidence based). (*Základní principy péče poskytované v CDZ, 2019*).

Důležité je, aby pracovníci multidisciplinárního týmu přebírali osobní a profesní odpovědnost za plnění povinností, které vycházejí z profese a za intervence, které v rámci týmu plní. (*Základní principy péče poskytované v CDZ, 2019*).

1.5.7 Služby poskytované v CDZ

V CDZ se poskytují tři základní typy péče. První z nich jsou mobilní služby, denní služby a jako poslední krizové služby.

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

Denní služby - CDZ provozuje centrum denních aktivit pro SMI, které jsou zaměřené na podporu a sociální rehabilitaci. Denní služby jsou k dispozici nejméně 10 hodin denně a zahrnují jak aktivity s psychoterapeutickým programem, tak prostor pro trávení

volnočasových aktivit ve společnosti ostatních duševně nemocných klientů (*Standard péče poskytované v CDZ, 2016*).

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

Centrum duševního zdraví s nepřetržitou krizovou službou - poskytuje služby výše zmíněné shodně s CDZ, dále pak nepřetržité krizové služby určené pro cílové skupiny klientů. Hlavním cílem je poskytnout pomoc osobám, které se nacházejí v psychické krizi a tísní, která je ohrožuje na vlastním životě. U CDZ s nepřetržitou krizovou službou jsou počty personálu navýšeny tak, aby mohla být zajištěn nepřetržitý provoz (*Standard péče poskytované v CDZ, 2016*).

..
-

1.6 Vzdělávání psychiatrických sester

Od dubna roku 2004 je v platnosti zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Cílem je, aby absolventi vyšších odborných a vysokých škol byli odpovídajícím způsobem připraveni k výkonu zdravotnického povolání. Po získání všeobecné kvalifikace se bude sestra moci dále specializovat v oboru, který si sama vybere (Marková, 2006).

Všeobecné sestry pracující s duševně nemocnými mohou absolvováním specializačního oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii získat odbornost Sestra pro péči v psychiatrii (Hosák, 2015).

V roce 2011 vydala Evropská asociace psychiatrických sester dokument pod názvem Deklarace z Turku, který definuje základní požadavky na kvalifikaci a celoživotní vzdělání psychiatrických sester (Petr et al., 2014).

Psychiatrické sestry se mohou dále postgraduálně vzdělávat v kursech, které pořádají: Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET s.r.o. a občansko-právní sdružení ESET, nadace psychosociální pomoci HELP Remedium, RIAPS krizové centrum Fokus Praha a sdružení pro péči o duševně nemocné VIAP s.r.o. (Marková, 2006).

Psychiatrická sestra na základě odborného zhodnocení stavu nemocného poskytuje a organizuje specializovanou komplexní ošetrovatelskou péči a svými činnostmi se podílí na zvyšování kvality života nemocného (Hosák, 2015).

1.7 Role sestry "

Role je společností očekávané chování jedince, které souvisí s jeho profesí. (Špirudová, 2015) Role sestry se vyvíjela společně s ošetrovatelstvím od charitativního působení přes vnímání sestry jako pomocníka lékaře, až k samostatnému a rovnocennému postavení sestry ve zdravotnickém týmu. (Novák, 2009)

Aktuální struktura profesních rolí sestry se odvíjí od proměňujícího se očekávání veřejnosti a od vymezení předmětu a cílů oboru ošetrovatelství. V moderním ošetrovatelství se role sestry vzájemně prolínají (Špirudová, 2015)

V ošetrovatelství sestra zastává tyto role:

Sestra ošetrovatelka je spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče, samostatně pečuje o nemocné jak v nemocniční, tak terénní péči, identifikuje problémy klientů a zajišťuje plán jejich řešení (Plevová, 2018).

Sestra edukátorka je nápomocna nejen klientovi, ale i jeho rodině v upevňování zdraví a prevenci jeho poruch, pomáhá nemocným a jejich rodinám naučit se žít s dlouhodobým onemocněním, podporuje soběstačnost a sebeobsluhu osob s narušeným zdravím a má snahu efektivně předcházet komplikacím (Plevová, 2018).

Sestra obhájkyně nemocného se na základě ošetrovatelského procesu stává mluvčím pacienta v případě, kdy nemocný není schopen vyjádřit své potřeby, přání a problémy. Sestra informuje nemocného o jeho právech a povinnostech a dále předává pacientovi požadavky a postoje, které zaujímá v souvislosti s poskytovanou péčí a onemocněním (Plevová, 2018)

Sestra koordinátorka organizuje a řídí v různých úrovních plánování a realizaci ošetrovatelské péče, spolupracuje s ostatními členy týmu (Plevová, 2018).

Sestra asistentka zajišťuje terapeutické činnosti ordinované lékařem a je součástí diagnosticko – terapeutické lékařské péče, protože připravuje pacienta k vyšetření, případně při něm asistuje. (Plevová, 2018).

Sestra výzkumnice spolupracuje na projektech, získává nové informace, tvoří nové standardy péče a podílí se na využívání nových poznatků v praxi. (Plevová, 2018).

2 Cíl práce, výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat činnosti sester pracujících v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v ČR (konkrétně v nově vzniklých Centrech duševního zdraví).

2.2 Výzkumné otázky

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

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

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

3 Metodika

3.1 *Použité metody a techniky*

Pro získání dat byla výzkumná část zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření, metodou dotazování. Sběr dat byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů a probíhal od měsíce ledna do března roku 2022.

Rozhovory probíhaly se všeobecnými sestrami pracujícími v nově vzniklých Centrech duševního zdraví na území České republiky, které se zabývají problematikou komunitní ošetrovatelské péče. Rozhovory byly provedeny anonymně a dobrovolně. Pro výzkumné šetření bylo vybráno devět zdravotních sester. Klíčovým tématem byla role sestry v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v České republice, přičemž jsem se zabývala systémem nastavení práce v nově vzniklých Centrech duševního zdraví, zmapování činností sestry a spoluprací s klienty.

Každá všeobecná sestra pracující v Centru duševního zdraví podstoupila rozhovor po předem domluveném osobním setkání nebo formou online přes aplikace umožňující videohovor. Tento rozhovor obsahoval dvacet otázek. Otázky byly rozděleny do tří oblastí. První oblast byla zaměřena na identifikační údaje dotazovaných osob, druhá oblast byla směřována k současné práci sester a poslední oblast obsahovala otázky na komunitní péči obecně. Rozhovor se sestrami trval přibližně 15–20 minut.

Polostrukturované rozhovory byly zaznamenávány pomocí metody tužka a papír, a také pomocí IT technologie do předem připraveného dokumentu s připravenými otázkami.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Výzkumný soubor tvořili všeobecné sestry pracující v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v České republice v nově vzniklých Centrech duševního zdraví. Rozhovorů se sestrami bylo provedeno celkem devět. Ve výzkumné části jsou sestry dále označovány jako S1 – S9 kvůli zachování jejich anonymity. U sester jsme zjišťovali jejich věk, dále jaké mají dosažené vzdělání a jak dlouhou praxi ve zdravotnictví mají. Oslovené sestry mají ukončené vysokoškolské vzdělání, pouze sestry S4 a S6 absolvovali vyšší odbornou školu a sestra S3 má středoškolské vzdělání. Specializaci v oboru psychiatrie získali S1, S4 a S6. Respondentka označena S3 zastává pozici staniční sestry v CDZ, S2 je vedoucí zdravotních pracovníků CDZ a S1 pracuje i jako case manager v rámci CDZ. Nejstarší oslovené respondentce S1 je 53 let, nejmladší jsou S8, S9 jejich věk je 25 let. Délka praxe ve zdravotnictví se u jednotlivých respondentů liší. Zaznamenali jsme, že nejdelší praxi má sestra S2 celkem 31 let, nejkratší praxi 2 roky ve zdravotnictví má sestra S8.

Tabulka 1. Identifikační údaje sester

(Zdroj vlastní výzkum 2022)

OZNAČENÍ SESTRY	VĚK	STUPĚŇ VZDĚLÁNÍ	PRACOVNÍ POZICE + ÚVAZEK	DĚLKA PRAXE VE ZDRAVOTNÍCTVÍ
S1	53	VŠ + SPECIALIZACE v oboru psychiatrická sestra	Case manager a psychiatrická sestra CDZ 1,0	28 let
S2	49	VŠ – Mgr.	vedoucí zdravotních pracovníků CDZ 1,0	31 let
S3	45	SŠ	Staniční sestra CDZ 1,0	23 let
S4	40	VOŠ + SPECIALIZACE v oboru psychiatrická sestry	Psychiatrická sestra CDZ 0,5	17 let
S5	31	VŠ – Mgr.	Všeobecná sestra CDZ 0,2	7 let
S6	31	VOŠ + SPECIALIZACE v oboru psychiatrická sestry	Psychiatrická sestra CDZ 0,8	6 let
S7	27	VŠ – Mgr.	Všeobecná sestra CDZ 0,2	4 roky
S8	25	VŠ – Mgr.	Všeobecná sestra CDZ 1,0	2 roky
S9	25	VŠ – Bc.	Všeobecná sestra CDZ 1,0 1,0	3 roky

4.1 Zpracování dat z rozhovoru

Během rozhovoru bylo respondentům položeno několik otevřených otázek, viz příloha č. 1.

4.2 Kategorizace dat

1. Informace o profesi sestry v CDZ
2. Motivace a demotivace při práci v CDZ
3. Nejčastější onemocnění v CDZ
4. Pracovní náplň v CDZ
5. Ošetrovatelská péče o klienty v CDZ
6. Spolupráce sestry s klienty při poskytování péče v CDZ
7. Role sestry při práci s klienty v CDZ a jejich plnění
8. Vize profese sestry v CDZ do budoucna

Informace o profesi sestry v CDZ

Dotazované sestry S1 a S6 se shodují, že informace o nabídce zaměstnání zjistili z inzerátu na internetu. Sestra S2 stejně jako sestry S3, S4 a S7 dostali nabídku od zaměstnavatele, sestra S8 informace získala během magisterského studia a respondentky S5 a S9 o profesi sestry mají informace od rodinných příslušníků. V CDZ na plný úvazek pracují sestry S1, S2, S3, S8 a S9, zkrácený úvazek 0,8 má sestra označena S6, pracovní úvazek 0,5 má sestra S4, S5 a S7 zmiňují nejmenší úvazek 0,2. Nejdelší dobu působení v CDZ uvádí sestra S3 a to 4 roky. S1, S4 pracují v CDZ 3 roky, S6 2 roky, S2 rok a 6 měsíců. Ostatní sestry S5, S7, S8, S9 vykonávají profesi sestry v CDZ prvním rokem. Předchozí praxi získali sestry S1, S3, S4 a S5 v psychiatrické nemocnici na příjmových a interních odděleních, sestry S2 a S7 předchozí praxi získali v odborné psychiatrické ambulanci, praxi z nemocnice konkrétně na interním oddělení zmínila sestra S8 a sestra S6 na chirurgickém oddělení, sestra S9 byla součástí paliativního týmu.

Motivace a demotivace při práci v CDZ

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

Nejčastější onemocnění v CDZ

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

poruchy, afektivní poruchy, duální problematika, poruchy osobnosti, obsedantně kompulzivní onemocnění, poruchy příjmu potravy, sebepoškozování.“

Pracovní náplň v CDZ

S1 uvádí: „Je to jak zdravotní péče o klienty v terénu, tak sociální péče se zaměřením na řešení individuálních potřeb s institucemi jako je ÚP a OSSZ. Vyřizování ID a jiné. Edukace ohledně medikace, dopomoc při přípravě léků, depotní injekce dle ordinace lékaře pro klienty v domácím prostředí. Mnohdy řešení vztahových záležitostí v rodině. Psychosociální rehabilitace.“ S2 uvádí: „ Spolupráce s multidisciplinárním týmem, plnění rehabilitačních plánů, harmonogram práce, kontrola výkonů na pojišťovnu, ale i práce v terénu. “ S3 zmiňuje: „ Z pozice staniční sestry v CDZ mám na starost vedení týmu, koordinaci se sociální částí CDZ, zajištění provozu ambulance CDZ, spolupráci s celým týmem, pracuji s potencionálními zájemci, mám klienty jako casemanager pro oblast zdraví, edukace, práce s krizí, krizové intervence, psychosociální rehabilitace na individuálních schůzkách. “ S4 uvádí: „ Individuální psychiatrické rehabilitace s klienty nejlépe v jejich domácím prostředí, edukace a reedukace, práce s rodinou, zhodnocení psychického stavu klientů, aplikace depotů případně odběr biologického materiálu. “ S5 a S7 se shodují v odpovědích a zmiňují zajištění zdravotní a sociální služby v rámci CDZ, rehabilitaci, edukaci klienta i rodiny v jejich prostředí a stanovení krizových intervencí. S6 a S9 se v odpovědích ztotožňují s respondenty S1 a S2. S8 nejrozsáhleji odpovídá: „Pracuji jako všeobecná sestra i jako case manager, který má na starosti určitý počet klientů, více se orientuji i ve zdravotní oblasti, mohu vidět komplexně zdravotní situaci klienta a mluvit s ním o tom, jaké zdravotní problémy ho trápí. Mohou to být kromě psychických obtíží, také obtíže somatické. V případě somatických obtíží mapuji zdravotní stav, motivuji klienta k návštěvě lékaře, vyjednávám mu prohlídku a případně ho tam i doprovázím. Co se týká psychické stránky, monitoruji celkový psychický stav klienta, snažím se předejít tzv. krizi, vytvářím krizový plán. Individuálně motivuji a edukuji klienty k užívání léků, nabízím doprovod k ambulatnímu psychiatrovi. Aplikuji na základě indikace lékaře depotní medikaci. Klientům poskytují základní sociální poradenství a psychologickou podporu. Mohu pomoci klientovi navázat kontakt s dalšími službami například s psychoterapií a zároveň motivuji k

psychoterapii. Spolupracuji s našimi kolegy psychiatry, s našimi sociálními pracovníky, s našimi psychology, pracovní konzultantkou, prostě obecně s celým týmem v rámci našeho CDZ. Velkou část mé práce také zabere administrativa, musím zapsat, co jsem konkrétně dělala s klientem a vykázat to na pojišťovnu.“

Ošetrovatelská péče o klienty v CDZ

Pátá kategorie zahrnuje odpovědi sester týkající se ošetrovatelské péče. Všechny dotázané se shodují, že poskytují péči ambulantní i terénní formou. U respondentek S1, S3 a S7 je poskytována péče terénní v domácím prostředí, respondentky S6 a S9 doplňují, že jsou více zaměřené na ambulantní ošetrovatelskou péči. S1 uvádí: *„Součástí péče je návštěva klientů v psychiatrické nemocnici, jak stávajících, tak i potencionálních.“* S8 zmiňuje: *„Ošetrovatelské péče v CDZ jako takové v porovnání například s lůžkovým oddělením moc není. Jedná se hlavně o aplikace depotní medikace, monitoring FF, eventuálně ošetření drobných poranění a v ojedinělých případech vydání nouzových léků ze skupiny analgetik nebo anxiolytik.“* S2 a S4 poskytují ošetrovatelskou péči formou individuálního plánování nebo skupinové terapeutické aktivity. S4 odpovídá: *„V domácím prostředí z indikace od lékaře zajišťujeme u klientů i odběry biologického materiálu hlavně krve.“* S5 doplňuje: *„Poskytujeme i telefonické konzultace s klientem a jeho rodinou.“* Všechny respondentky se shodují, že zaznamenané informace vedou v elektronické i papírové podobě. U respondentky S1 převládá elektronická podoba se zásadami uchování dle GDPR.

Spolupráce sestry s klienty při poskytování péče v CDZ

Kategorie zahrnuje odpovědi sester na otázku týkající se spolupráce sestry s klienty v rámci poskytování péče v CDZ. S1 odpovídá: *„Spolupráce by měla být nastavena dle přání a potřeb klienta s přihlédnutím k jeho schopnostem a možností v jednání a rozhodování, avšak v souvislosti s náhledem na jeho vlastní onemocnění. Důležitý je rovnocenný přístup sestry, od toho se odvíjí vztah a také důvěra s klientem.“* Sestra S2 na otázku odpověděla: *„Práce s každým klientem je jiná, individuální, je nutné se*

navzájem respektovat, ale stanovit si určité hranice, obecně vnímám, že klienti oceňují, že na své problémy nejsou sami. “ S3 ve své odpovědi potvrzuje, že v této práci jde o navázání důvěry a vztahu s klientem jako uvedla ve své odpovědi sestra S1, ale upřesňuje: *„Většina klientů spolupracuje dobrovolně a ráda, jsou vděční za pomoc a čas, který jsme jim ochotni věnovat, ale objevují se klienti, kteří odmítají přijmout své onemocnění a s ním spojenou i péči.“* S4, S5 a S7 se shodují, že se v minimálních případech setkávají s klienty, kteří nemají o spolupráci zájem. S8 podotýká: *„Při práci s psychicky nemocnými je základem navázat dobrou spolupráci.“* Respondentka S6 upozornila: *„Z praxe to vnímám jinak, tak i tak je to spolupráce s lidmi, s psychicky nemocnými a o to je to ještě těžší, hodně je to zaměřené i na vzájemném porozumění.“* Dle Townesenda (2015) klient s duševním onemocněním, musí být schopen fungovat nezávisle, pokud má být v rámci méně strukturovaného komunitního prostředí úspěšný.

Role sestry a jejich plnění při práci s klienty v CDZ

Všechny dotazované sestry se vzájemně shodují, že nejčastěji zastávají roli sestry edukátorky. S5 konkrétně uvádí: *„Dobře nastavená edukace, je efektivní ihned po propuštění z hospitalizace a později se odráží v celkovém jednání a vystupování samotného jedince a to nejen při zvládání zátěžových situací.“* S9 odpovídá: *„Edukace se promítá do výsledku, avšak nejdříve je nutné zmapovat deficit v konkrétní oblasti, zejména v dovednostech, návykách a postojích duševně nemocného ve vztahu k jeho zdraví, tyto nedostatky mohou mít brzký i pozdní negativní efekt“* S7 dodává: *„Mám zkušenosti, ale i s negativním postojem klienta v rámci edukace.“* Druhou nejčastější odpovědí, kterou respondentky uvedly, je role case managera. S1 uvádí: *„Spíše je to case managerová práce, obecně je to vztah, důvěra, podpora, bezpečí a přátelství s nemocným.“* S6 zmiňuje: *„Svoji práci mám velmi ráda, je z mého pohledu důležitá, v současné době velmi důležitá. Je to možnost být takový case manager klienta, to znamená možnost být podporou pro člověka v jeho přirozeném prostředí a možnost návratu k běžnému životu. Cítím se více jako přítel, než jako sestra. Úlohu zdravotní sestry vnímám jen jako další bonus, při řešení otázek souvisejících se zdravotním stavem.“* S4 a S8 uvádějí, že důležitým aspektem při práci s duševně nemocným je motivace samostatného klienta. S2 doplňuje: *„Sama za sebe se snažím plnit role*

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

Vize profese sestry v CDZ do budoucna

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

4 Diskuze

Pro tuto bakalářskou práci s názvem „Role sestry v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním“ byl zvolen jeden cíl zmapovat činnosti sester pracujících v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v ČR, konkrétně v nově vzniklých Centrech duševního zdraví. V posledních letech probíhá reforma duševního zdraví, která zahrnuje rozšiřování komunitních služeb a psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic současně se vzdělávacími a destigmatizačními programy (Pec, 2019). Kvalitativní šetření bylo postupně provedeno pomocí polostrukturovaného rozhovoru s devíti všeobecnými sestrami. Rozhovory trvaly okolo 25 minut, při rozhovoru bylo položeno dvacet otázek, které se dále rozvíjely. Zjišťovali jsme, jaké činnosti vykonávají sestry, jakým způsobem je sestrami zajišťována péče o osoby s duševním onemocněním v systému komunitní péče a jak probíhá spolupráce s klienty v Centrech duševního zdraví z pohledu sester. Tento počet sester dostačoval k naplnění výzkumného vzorku. Výsledky z kvalitativního výzkumu, které byly získané, se pokusíme dát do souvislosti s teoretickými poznatky naší práce. Pro zpracování dat z empirické části jsme si vytvořili osm kategorií.

U identifikačních údajů jsme se zaměřili na věk, dosažené vzdělání sester a délku získané praxe. Zjistili jsme, že nejdéle v CDZ pracuje sestra S3, která je zaměstnancem 4 roky. Sestry pracují na plný, ale i zkrácený úvazek. V tabulce číslo 1, jsou přehledně vypsané identifikační údaje.

Co motivuje nebo odrazuje sestry při práci v CDZ, byla položená otázka, která se řadí do druhé kategorie. Respondentky kladně hodnotí smysl práce a chuť pomáhat, možnost dalšího vzdělání. Sestra S3 uvedla individuální přístup ke klientovi a příležitost měnit pohled společnosti k duševně nemocným. Sestra S8 se zmínila o kolektivu, který je zaměřen na kvalitu práce a potřeby klientů. Jako demotivaci některé sestry uvedly, složitost spolupráce s psychiatrickými nemocnicemi. Sestry S3 a S8 se ztotožňují a negativně hodnotí nejasné pravidla v zákoně pro poskytování služeb a práce celého multidisciplinárního týmu CDZ. Mezi dalšími negativními faktory při práci v CDZ je uvedeno nízké platové ohodnocení a finanční nestabilita. Třetí kategorie zjišťovala, s jakými duševními onemocněními se nejčastěji sestry setkávají v CDZ. V odpovědích sester se vyskytovalo často více než jen jedno onemocnění. Všechny dotazované sestry

se shodují, že cílovou skupinou jsou klienti se schizofrenií, konkrétně paranoidní. Sestra S9 zmínila psychotická onemocnění. Sestry S1 a S2 se shodují, že pracují s klienty, kteří mají diagnostikovanou poruchu osobnosti. Dále sestra S1 uvedla, že se setkává s klienty s bipolární poruchou, obsedantně kompulzivními poruchami a duální diagnózou a sestra S8 vyjmenovala psychózy, neurotické a afektivní poruchy, klienty s poruchou příjmu potravy a sebepoškozováním. Vybudované centra jsou zaměřena na dospělé klienty s vážným duševním onemocněním. V další fázi budování budou postupně vznikat služby pro osoby s raným výskytem psychotického onemocnění. (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017)

Po zmapování nejčastějších duševních onemocnění, se kterými se sestry při práci v CDZ setkávají, jsme položili otázku, která se týkala pracovní náplně v CDZ. V této kategorii se jednotlivé sestry liší ve svých odpovědích. Sestra S1 tvrdí: „*Poskytujeme zdravotní i sociální péči v terénu, jsme v kontaktu s dalšími institucemi.*“ Sestra S2 zahrnuje do své pracovní náplně spolupráci s multidisciplinárním týmem, plnění rehabilitačních plánů, administrativní práce, ale i práce v terénu. S3 z pohledu staniční sestry uvádí: „*Mám na starost vedení týmu sester, zajištění ambulantního provozu a spolupráci se sociální částí CDZ, pracuji i s potencionálními zájemci o službu.*“ S4 doplnila: „*Pracovní náplň je různorodá, poskytují individuální psychiatrické rehabilitace s klienty v jejich prostředí, zahajují edukační proces a reedukaci, pracuji i s rodinou klienta, při práci v terénu dle ordinace lékaře zajišťuji odběry a aplikuji depotní injekce.*“ Sestra S8 měla nejrozsáhlejší odpověď, protože pracuje jako všeobecná sestra a i jako casemager. „*Mám na starosti určitý počet klientů, orientuji se ve zdravotní i sociální oblasti, mám náhled na komplexní situaci, mapuji zdravotní stav a monitoruji celkový psychický stav klienta, snažím se předejít tzv. krizi, vytvářím krizový plán. Individuálně pracuji s klienty, poskytují základní sociální poradenství a psychologickou podporu. Mohu pomoci klientovi navázat kontakt s dalšími službami. Spolupracuji s našimi kolegy psychiatry, sociálními pracovníky, psychology, pracovní konzultantkou, a s celým týmem v rámci CDZ. Velkou část mé práce také zabere administrativa, musím zapsat, co jsem konkrétně dělala s klientem a pod kódy vykázat to na pojišťovnu.*“

Pátá kategorie měla za úkol zjistit, jakou formou poskytují sestry ošetrovatelskou péči o klienty v CDZ. Z odpovědí jednotlivých sester vyplývá, že dominuje poskytování ošetrovatelské péči v terénu, sestry S6 a S9 poskytují ošetrovatelskou péči spíše

v ambulanci. Všechny dotazované sestry uvedly, že informace o klientech zaznamenávají v elektronické i papírové formě. Pouze sestra S1 toto tvrzení nepotvrdila. S1 vede záznamy v elektronické podobě se zásadami dle GDPR. Pokud probíhá péče u klienta v jeho přirozeném prostředí, sestry hodnotí celkový stav klienta a jeho prostředí, monitorují fyziologické funkce a případné úkony z indikace lékaře. Sestra S5 doplňuje: *„Klientovi a jeho rodině poskytuje v rámci poradenství a pro zkvalitnění péče telefonické konzultace.“*

Jedním z důležitých faktorů, který hraje velkou roli při poskytování služeb v rámci CDZ je spolupráce mezi sestrou a klientem. Z odpovědí informantů vychází, že spolupráce s klientem je založena na individuálním přístupu a vzájemném porozumění. Sestry mají ve většině případů zkušenost s dobrou spoluprací, ze strany klienta, v ojedinělých případech se objevují klienti, kteří odmítají přijmout své onemocnění a s ním i možnost zajištění potřebné péče. Dotazovaná sestra S8 vyjadřuje: *„Při práci s psychicky nemocným je základem navázat dobrou spolupráci.“* Respondentka S2 doplnila: *„Je nutné se s klientem navzájem respektovat, ale také si stanovit určité hranice, obecně vnímám, že klienti oceňují, když na své problémy nejsou sami.“* a respondentka S1 uvedla: *„Spolupráce by měla být nastavena dle přání a potřeb klienta s přihlédnutím k jeho schopnostem a možností v jednání a rozhodování, avšak v souvislosti s náhledem na jeho vlastní onemocnění. Důležitý je rovnocenný přístup sestry a od toho se odvíjí vztah a také důvěra s klientem.“*

V návaznosti na spolupráci klienta a sestry, jsme se zajímali také o to, jaké zastávají role sestry při práci s klienty v CDZ. Z poznatků, které jsme se od respondentů dověděli společně se znalostmi z literatury, vychází, že nejčastější rolí je role sestry edukátorky. Role edukátorky představuje, že sestra podává nemocnému i jeho rodině informace, aby se klient mohl co nejrychleji adaptovat v dané situaci, aby mohl předcházet onemocnění a zachovávat zdravý životní styl (Kutnohorská, 2016). Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků se uvádí, že všeobecná sestra zajišťující základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu může pacienty nebo případně jiné osoby edukovat o ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály. Sestra S9 se shodla s odpovědí sestry S6: *„Efektivní edukace, se později odráží v celkovém jednání a vystupování jedince, nejen při zvládnání zátěžových situací.“* Sestra S7 se

setkala s negativním postojem klienta v rámci edukace. Druhou nejčastější odpovědí, kterou respondentky uvedly, je role case managera. Respondentka S1 zmiňuje: „Je to spíše case managerová práce, obecně je to vztah, důvěra, podpora, bezpečí a přátelství s nemocným.“ S6 doplnila: „Možnost být case manager klienta, to znamená možnost být podporou pro člověka v jeho přirozeném prostředí a možnost návratu nemocného k běžnému životu. Cítím se jako přítel klienta. Úlohu zdravotní sestry vnímám jako bonus, při řešení otázek souvisejících se zdravotním stavem.“ Sestry S4 a S8 uvádějí motivaci klienta, jako jeden z aspektů při práci s duševně nemocným. S2 tvrdí: „Sama za sebe se snažím plnit role odbornice a komunikátorky.“ S3 zmiňuje: „Zastávání rolí, je něco, co je součástí mého hodnotového systému, nejdůležitější je lidskost, podpora a pomoc klientovi.“ S4 odpověděla: „Role koordinační a podpurná.“ Respondentka S8 dodala: „Jde o roli plnohodnotné vzdělané sestry, která je součástí multidisciplinárního týmu ve zdravotní a sociální problematice.“

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

5 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala zmapováním činnosti sester pracujících v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v ČR, konkrétně v nově vzniklých Centrech duševního zdraví.

K dosažení cíle jsme si položili tři výzkumné otázky. Jaké činnosti vykonávají sestry pracující v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním? Jakým způsobem je sestrami zajišťována péče o osoby s duševním onemocněním v systému komunitní péče? Jaká probíhá spolupráce s klienty v Centrech duševního zdraví z pohledu sester? Stanovený cíl byl splněn. K tomuto závěru jsme došli z kvalitativního šetření, které jsme prováděli formou rozhovorů s devíti sestrami, které pracují v Centrech duševního zdraví. Po analýze získaných výsledků jsme vytvořili kategorie.

Sestry pracující v nově vzniklých Centrech duševního zdraví sestavují na základě získané anamnézy osobní, krizové plány a plány psychiatrické rehabilitace, poskytují krizové intervence v terénní péči. Jsou součástí multidisciplinárního týmu v CDZ. Podporují klienta v dodržování léčebného režimu a adaptaci na změněné životní podmínky. Zajišťují klientům a jejich rodinám edukaci a reedukaci ve vybraných oblastech. Vedou individuální a skupinové terapeutické aktivity. Mapují a následně vyhodnocují somatický a psychický stav pomocí měřících nástrojů. Sestry se postgraduálně vzdělávají ve svém oboru, přinášejí nové podněty do týmu a sledují legislativu a její aktualizaci ve svém oboru. Aktivně se podílí na edukaci veřejnosti a destigmatizaci lidí s duševním onemocněním. Role sestry vychází z aktuálních potřeb nemocného, zajišťuje klientovi pocit jistoty a uspokojuje jeho potřeby a přání. Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že spolupráce mezi sestrou a duševně nemocnými osobami je individuální, závisí na vzájemném vztahu a důvěře mezi nimi. Důležitým nástrojem pro získání informací je komunikace. Sestra by měla být vzdělaná a mít rovnocenný přístup. Klient by měl vyjadřovat svoje potřeby a přání v souvislosti s jeho onemocněním. Case manager z multidisciplinárního týmu, který tvoří individuální plán a vyhodnocuje potřeby, se osvědčil, jako klientův společník, který mu pomáhá zajistit komplexní řešení problémů.

Získané výsledky práce přinesly aktuální informace o roli sester a činnostech sester, které pracují v systému komunitní péče o osoby s duševním onemocněním v České

republice, konkrétně v nově vzniklých Centrech duševního zdraví. Tyto informace mohou sloužit jak sestřám z praxe, tak studentům zdravotnických oborů.

6 Seznam použitých zdrojů:

1. ALEXA, J., REČKA, L., VOTÁPKOVÁ, J., VAN GINNEKEN, E., SPRANGER, A., WITTENBECHER, F., 2015. *Health Systems in Transition* [online]. Czech Republic: *Health system review*. [cit. 2021-06-28]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf
2. Asociace komunitních služeb, 2018 *Identifikace vzdělávacích potřeb a doporučení vzdělávání pro rozvoj CDZ*, Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. Hradec Králové: Acta Medica [cit. 2019-11-01]. Dostupné z: <http://www.askos.cz/storage/app/uploads/public/5c6/294/303/5c62943036097998525148.pdf>
3. BOYD, M., 2018 *Psychiatric nursing: contemporary practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer, 868 s. ISBN 978-1-4511-9243-8.
4. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch II. vydání*. Praha : Grada, 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
5. FIALA et al., 2014 *Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ)*., Praha : Psychiatrická společnost ČLS JEP [cit. 2019-11-01]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Standard-CDZ_final_leden2015.pdf
6. HOSÁKOVÁ, J., HOSÁK, L., 2015. *Needs of Hospitalized Schizophrenic Patients in the North Moravia and the Czech Part of Silesia* [online]. Hradec Králové: Acta Medica [cit. 2019-11-01]. Dostupné z: https://actamedica.lfhk.cuni.cz/media/pdf/am_2015058030104.pdf
7. HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha : Karolinum, 647s. ISBN 978-80-246-2998-8.
8. HÖSCHL, C., WILKLER, P., PEC, O., 2012. *The state of psychiatry in the Czech Republic* [online]. International Review of Psychiatry [cit. 2021-07-05]. Dostupné z: [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6357523/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6357523/)
9. KRUPCHANKA, D., WINKLER, P., 2016. *State of mental healthcare systems in Eastern Europe: do we really understand what is going on?* [online]. BJPsych international [cit. 2021-07-07]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5619493/pdf/BJPI-13-96.pdf>

10. KUČEROVÁ, Helena., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha : Grada, 168s . ISBN 978-80-247-4733-0.
11. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
12. MARKOVÁ, E., et al., 2005. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : Grada, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
13. MKN – 10., 2020. *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. Masarykova univerzita [cit. 2021-07-09]. Dostupné z: <https://mkn10-2020.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>
14. NOVÁK Vlastimil., 2009. *Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu* [online]. [cit. 2022-02-01]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/sestra-jako-poskytovatelka-osetrovatelske-pece-a-jeji-postaveni-ve-zdravotnickem-tymu-448617>
15. OREL Miroslav. A kol., 2012. *Psychopatologie*. Praha : Grada, 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
16. OREL, Miroslav., 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 3., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada). 432 s. ISBN 978-80-271-2529-6.
17. PLEVOVÁ, Ilona., 2018. *Ošetrovatelství I. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 288s. ISBN 978-80-271-0888-6.
18. PEC, Ondrej., 2019. *Mental health reforms in the Czech Republic* [online]. BJPsych Int. [cit. 2021-06-29]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6357523/pdf/S2056474017000277a.pdf>
19. PETR, T., MARKOVÁ, E., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 296s. ISBN 978-80-247-4236-6.
20. PRAŠKO, J., HOLUBOVÁ, M., 2017. *Sociální fobie a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 256s. ISBN 978-80-247-5841-1.
21. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP., 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. Galén, spol. s.r.o. [cit. 2021-06-29]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

22. RABOCH, J. a kol., 2012. *Psychiatrie*. Praha : Karolinum, 468s. ISBN 978-80-46-1985-9.
23. *Reforma péče o duševní zdraví – Průvodce reformou psychiatrické péče 2019*, Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR., [online]. [cit. 2021-11-07]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf
24. *Reforma péče o duševní zdraví - Strategie reformy psychiatrické péče 2013*, Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR., [online]. [cit. 2021-07-01]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf
25. *Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (CDZ)*, 2016. Věstník ČR č. 5/2016, Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. [cit. 2021-06-03]. Dostupné z: http://www.fokusvysocina.cz/Userfiles/standard_cdz_final.pdf
26. TOWNSEND, M., 2015. *Psychiatric nursing: assessment, care plans, and medications*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 704s. ISBN 978-0-8036-4237-9.
27. WHO. 2001., *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope.*©World Health Organization 2001. [cit. 2021-06-07] Dostupné z: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
28. *Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)*, 2017. Verze 1. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2021-06-05]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/12/170425_-Principy-p%C3%A9%C4%8De-v-CDZ_revize.pdf

Přílohy

Příloha 1 – Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Seznam zkratk:

CDZ Centrum duševního zdraví

WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SMI Severe mental illness (Závažné duševní onemocnění)

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

Příloha č. 1 – Otázky

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