



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Role sestry v péči o klienty se schizofrenními  
poruchami**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Aneta Dolejší

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

České Budějovice 2024

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Role sestry v péči o klienty se schizofrenními poruchami*, jsem vypracoval/a 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 3.5.2024

Podpis

### **Poděkování**

Mé poděkování bych patřil hlavně paní Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za poskytování cenných rad a trpělivosti při psaní této bakalářské práce. Dále děkuji své rodině za pevné nervy a podporu, kterou mi během psaní bakalářské práce poskytovali. Nelze vynechat poděkování všem zúčastněným informantům za jejich ochotu a čas.

# **Role sestry v péči o klienty se schizofrenními poruchami**

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zaměřuje na roli sestry v péči o klienty se schizofrenními poruchami, konkrétně v Psychiatrických nemocnicích, Komunitních centrech a Centrech duševního zdraví v kraji Vysočina.

Teoretická část práce se zabývá současným stavem a charakteristikou tohoto onemocnění. Dále je zaměřena na příznaky, kterými se toto onemocnění projevuje, formy a diagnostiku. Pozornost je také v této části práce věnována léčbě, která se dělí na ambulantní, akutní a dlouhodobou lůžkovou, a také komunitní péči. V neposlední řadě je zmíněna komunikace s klientem, který má schizofrenní poruchu, a která je nezbytnou součástí poskytování ošetrovatelské péče. Do poslední části jsme zařadili kapitolu s názvem Role sestry v péči o klienty se schizofrenií, ve které následovaly čtyři podkapitoly, které nesly název: Prevence vzniku relapsu, Specifika ošetrovatelské péče, Krizové intervence v ošetrovatelské péči a Práce s rodinou a sociální podpora.

Empirická část práce je zpracována pomocí kvalitativního výzkumu s technikou polostrukturovaného rozhovoru. Následně vzniklá data byla zpracována pomocí otevřeného kódování, metodou tužka papír, kdy byla data rozdělena do pěti kategorií a osmnácti podkategorií. Výzkumný soubor tvořilo celkem 10 informantů. Byly to sestry poskytující péči osobám se schizofrenními poruchami v zařízeních lůžkové akutní, následné, ale také ambulantní a komunitní psychiatrické péče. Praxe ve zdravotnictví u těchto informantů se pohybovala v rozmezí 2 až 30 let. Výzkumný soubor byl vybrán účelovou metodou.

Výsledná část práce je zaměřena na specifika a vliv sesterské péče na zlepšení klientů, kteří mají schizofrenní onemocnění. Výsledky analýzy dat poskytují cenné poznatky o problematice spojené s poskytováním péče o tyto klienty. Jednou z klíčových oblastí, která byla zkoumána byla komunikace a edukace klienta, kdy se většina dotazovaných informantek ztotožnila s rolí edukátorky.

**Klíčová slova**

Schizofrenie; všeobecná sestra; praktická sestra; ošetrovatelská péče; psychiatrická péče; komunitní péče; role sestry

## **The nurse's role in the care of clients with schizophrenic disorders.**

### **Abstract**

This bachelor thesis focuses on the role of the nurse in the care of clients with schizophrenic disorders, specifically in Psychiatric Hospitals, Community Centres and Mental Health Centres in the Vysočina Region.

The theoretical part of the thesis deals with the current state and characteristics of this disorder. It also focuses on the symptoms, forms and diagnosis of the disease. Attention is also paid in this part of the thesis to treatment, which is divided into outpatient, acute and long-term inpatient, as well as community care. Last but not least, communication with the client who has a schizophrenic disorder is mentioned, which is an essential part of providing nursing care. In the last section, we included a chapter entitled The Role of the Nurse in the Care of Clients with Schizophrenia, followed by four subchapters entitled Prevention of Relapse, Specifics of Nursing Care, Crisis Interventions in Nursing Care, and Working with the Family and Social Support.

The empirical part of the thesis is processed by means of qualitative research with the technique of semi-structured interview. Subsequently, the data generated was processed using open coding, pencil paper method where the data was divided into five categories and eighteen sub-categories. The research population consisted of a total of 10 informants. They were nurses providing care to persons with schizophrenia disorders in inpatient acute, follow-up, as well as outpatient and community psychiatric care settings. The health care experience of these informants ranged from 2 to 30 years. The research population was selected by purposive sampling.

The final part of the thesis focuses on the specifics and impact of nursing care on the improvement of clients who have schizophrenia. The results of the data analysis provide valuable insights into the issues associated with providing care for these clients. One of the key areas that was explored was client communication and education, with the majority of the informants interviewed identifying with the role of the educator.

**Key words**

Schizophrenia; general nurse; nurse practitioner; nursing care; psychiatric care; community care; role of the nurse

## Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav .....	11
1.1 Charakteristika schizofrenie .....	11
1.1.1 Příznaky schizofrenie.....	12
1.1.2 Formy schizofrenie .....	13
1.1.3 Diagnostika schizofrenie.....	15
1.2 Léčba schizofrenie .....	16
1.2.1 Ambulantní péče .....	17
1.2.2 Akutní a dlouhodobá lůžková péče.....	18
1.2.3 Komunitní péče.....	19
1.3 Komunikace s klientem se schizofrenií .....	21
1.4 Role sestry v péči o klienty se schizofrenií.....	23
1.4.1 Prevence vzniku relapsu .....	25
1.4.2 Specifika ošetrovatelské péče .....	26
1.4.3 Krizové intervence v ošetrovatelské péči .....	27
1.4.4 Práce s rodinou a sociální podpora .....	28
2 Cíl práce a výzkumné otázky .....	31
2.1 Cíle práce .....	31
2.2 Výzkumné otázky .....	31
3 Metodika.....	32
3.1 Použité metody .....	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	34
4 Výsledky.....	37
4.1 Výsledky výzkumu .....	37
5 Diskuse .....	48
6 Závěr.....	54



7	Zdroje .....	<b>Chyba! Zložka není definována.</b>
7.1	Seznam literatury a elektronických zdrojů .....	55
8	Seznam příloh.....	63

## Úvod

Schizofrenie je závažné, chronické duševní onemocnění, které způsobuje řadu psychických příznaků a může znamenat, že postižené osoby nemohou vždy odlišit své vlastní myšlenky a představy od reality. Lidé se schizofrenní poruchou se často uzavírají sami do sebe, což kolikrát zapříčiní i to, že ztrácejí kontakt s realitou. Toto uzavírání se do sebe sama poté často vyvolává úzkosti jak u dotyčných jedinců, tak i u jejich rodinných příslušníků a přátel. Schizofrenie je relativně často se objevující onemocnění, které zasahuje zhruba 1% lidské populace mezi 20. a 30. rokem života. V současné době neexistuje lék, který by dokázal schizofrenní poruchu jednoznačně vyléčit. K dispozici je však účinná léčba, která pomáhá jednotlivcům zvládat jejich příznaky, snížit riziko recidivy a lépe si užívat každodenní život.

V teoretické části budu popisovat pojem schizofrenie, jaká je definice tohoto pojmu, jaké jsou hlavní příznaky tohoto onemocnění, diagnostika, formy a také průběh onemocnění. V následující kapitole nastíním léčbu ambulantní, akutní a dlouhodobou lůžkovou, ale také komunitní, jelikož v péči o pacienta se schizofrenií je léčba velice důležitá. Ve třetí podkapitole bych se chtěla zabývat rolí sester v péči o klienty se schizofrenií, a to především na základní péči a krizové intervence sester. Další kapitolou je komunikace, která je velmi klíčová i přes to, že je velice často obtížná jak pro rodiny, tak i pro zdravotnické pracovníky. Jako poslední kapitolu jsem zařadila specifika ošetrovatelské péče v péči o klienty se schizofrenií, neboť péče o pacienty s tímto onemocněním je velice náročná a vyžaduje podporu nejen zdravotnického personálu, ale i rodiny a okolí, ve kterém pacient žije.

Praktická část bude realizována pomocí kvalitativního výzkumu, formou polostrukturovaných rozhovorů, které budou realizovány ve vybraném psychiatrickém zařízení u sester pracujících na akutních lůžkách a ve vybraných komunitních centrech pro pacienty se schizofrenií. Rozhovory budou prováděny s všeobecnými sestrami a praktickými sestrami pracujícími v psychiatrických nemocnicích a komunitních centrech.

Cílem práce je zmapovat specifika ošetrovatelské péče o klienty se schizofrenní poruchou z pohledu zdravotnického personálu ve zdravotnických i komunitních centrech v České republice.

# 1 Současný stav

## 1.1 Charakteristika schizofrenie

Jarolímek et al. (2021) definují schizofrenii, jako onemocnění, které doprovází lidstvo již po několik staletí. Samotné slovo schizofrenie je pak odvozeno od řeckých slov *schizo*=rozštěpit a *frén*=duše. Toto spojení vzniklo, neboť se laici tehdy domnívali, že k tomuto onemocnění dochází opravdu „rozštěpením duše“ nemocného (Jarolímek et al., 2021).

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které je charakterizováno narušením téměř veškerých psychických funkcí. Orel et al. (2009) uvádějí, že osoby s tímto onemocněním mají velmi často narušené chování, jednání, ale také celkové vnímání reality a skutečnosti. Toto duševní onemocnění se řadí do kategorie psychóz, která u postižených osob s tímto onemocněním velmi často narušuje vnímání a rozlišování reality od přeludů a bludů (Jarolímek et al., 2021). Široká veřejnost pak tyto nemocné jedince vnímá jako osoby, kteří reagují velmi nevypočitatelně a v některých případech až agresivně.

Schizofrenní porucha může být často zkombinována i s příznaky afektivních poruch, mezi které patří mánie či deprese (Kučerová et al., 2013). Příčiny tohoto onemocnění však nejsou doposud přesně známy. Peterková (2008) uvádí, že existují spouštěče, které jsou po většinu času zkombinovány s určitými predispozicemi, mezi které mohou patřit nejen dědičné vlivy, ale také biochemické poměry, které se odehrávají uvnitř mozku. Mezi již zmíněné spouštěče poté můžeme zařadit určité halucinogenní látky, užívání marihuany nebo jiných látek. Dále mezi spouštěče můžeme zařadit například určité životní události, mezi které můžeme zařadit nepříznivou rodinnou situaci, úmrtí v blízkém kruhu rodinném nebo ztrátu pracovní pozice. Ke schizofrenii se řadí i komplikace spjaté se sebevražednými rysy a sklony u pacientů s tímto onemocněním (Albayrak et al., 2012). Tyto rysy pak mají za následek časté úmrtí pacientů se schizofrenními poruchami.

První záznamy popisující typické příznaky schizofrenní poruchy se datují až do tzv. Eberského papyru, který pochází z období 2000 př. n. l. (Hell et al., 2008). Ke skutečnému vytyčení schizofrenické poruchy, jako onemocnění, došlo až během 19. století.

Roku 1856 bylo poprvé použito označení „dementiae praecox“ (předčasné zhroupení), toto označení bylo použito k popisu psychického onemocnění (Hell et al., 2008). Během následujících let navázal na jedu francouzskou studii Emil Kraepelin, který převzal označení „dementiae praecox“ a propojil ho s příznaky čtyř různých onemocnění: paranoie, hebefrenie, katatonie a demence (Raboch et al., 2014). Kraepelin příčinu tohoto onemocnění považoval za endogenní, ale zároveň však neznámou.

Raboch et al. (2012) tvrdí, že označení nemoci pojmem „předčasné zhroupení“ bohužel velmi často vedlo k utlačování nemocných se schizofrenní poruchou a následnou izolací těchto pacientů. Tato tendence utlačování a izolace přetrvávala i poté, co se místo výše uvedeného názvu začal v r. 1911 užívat pojem schizofrenie, který zavedl Eugen Bleuler, švýcarský psychiatr. Mylné představy o tom, že toto onemocnění napadá inteligenci člověka, je bohužel v populaci zakořeněna až dodnes (Raboch et al., 2012).

### *1.1.1 Příznaky schizofrenie*

Schizofrenní porucha má velmi širokospektré příznaky týkající se psychické stránky nemocného (Kučerová et al., 2013). Proto je onemocnění velmi obtížné z počátku diagnostikovat.

Orel (2012) uvádí, že příznaky schizofrenie můžeme rozdělit do několika kategorií, a to především na poruchy myšlení, vnímání, emočního prožívání a změny chování.

Dále můžeme příznaky schizofrenní poruchy rozdělit na pozitivní a negativní (Martínková et al., 2007). Mezi ty pozitivní se dají zařadit především halucinace, bludy, nesouvislá stavba řeči nebo také inkoherece. Oproti tomu mezi ty negativní řadí Martínková et al. (2007) takové příznaky, které chybějí, a to zejména ochuzení slovní zásoby, celková inaktivita pacienta, sociální izolace nebo oploštěná emotivita.

V neposlední řadě se mohou příznaky schizofrenie rozdělovat i na nápadné, méně nápadné či nenápadné (Kučerová et al., 2010). Mezi nápadné příznaky se řadí především ty příznaky, které se dají rozpoznat již během prvních konverzací s osobou se schizofrenií, jako je nesouvislé myšlení nebo neologismy.

Mezi prvotní a nejčastěji se vyskytující první varovné příznaky patří především sociální stažení, podezřívavost vůči druhým osobám či dokonce nepřátelskost, dále pak skleslost, převládající spavost nebo i insomnie, zhoršení osobní hygieny, neschopnost vyjádřit

jakékoliv emoce, iracionální myšlení, zapomnětlivost nebo zvláštní projevy řeči (Kučerová et al., 2013).

Mezi poruchy myšlení se řadí nejčastěji se vyskytující bludy, které můžeme charakterizovat jako patologicky vzniklá, nevývratná a paranoidní přesvědčení (Orel et al., 2009). Bludy jsou velmi často zkombinovány se zárazy, neologismy nebo inkoherencí. Zárazy mohou být patrné i na vnějším projevu dotyčných osob, jelikož při nich dochází k úplnému zastavení myšlenkového toku. Neologismy spojují věci do nových, zdánlivě logických spojení, i když věta sama o sobě nedává ve většině případů žádný smysl. V neposlední řadě patří mezi poruchy myšlení i inkoherence, která se projevuje úplným roztržštěním řečového projevu, jenž postrádá logickou i gramatickou stavbu a smysl.

Důležité je také zmínit, že jsou pro schizofrenní poruchu typické poruchy vnímání, a to konkrétně halucinace (Orel et al., 2012). Halucinace jsou popisovány jako šalebné vjemy, které nejsou založeny na vnímání reálných objektů. Halucinující má zkreslené a nereálné sluchové, zrakové i čichové vjemy. Například mezi sluchové halucinace Orel et al. (2012) zařazují tzv. imperativní hlasové halucinace, které nabádají pacienta se schizofrenní poruchou k určitému jednání. Mezi čichovými halucinacemi pacienti často udávají pach spálených gum, masa nebo spálené kůže. V neposlední řadě je třeba zmínit halucinace intrapsychické, které jsou vnímány jako slyšení, vkládání, odnímání a vysílání vlastních myšlenek. Po většinu času se také prolínají s bludy (Orel et al., 2009).

### *1.1.2 Formy schizofrenie*

Dle Svobody et al. (2012), schizofrenii rozdělujeme až do sedmi možných forem podle převažující psychopatologie. Do těchto forem se řadí paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie, pro kterou je typické chování jedince stejně, jako při průběhu pubertálního období, katatonní schizofrenie a nediferencovaná schizofrenie, která je vyčleněna pro postpsychotickou depresi. Dále Svoboda et al. (2012) zmiňují reziduální schizofrenii, což je chronický stav, po ústupu akutních příznaků a simplexní schizofrenie, kdy mezi hlavní příznaky řadíme izolaci pacienta od okolí, vyplývajícího z postupného stahování se do sebe samotného.

Nejčastější formou schizofrenní poruchy je paranoidní schizofrenie (Raboch et al., 2012). Typickými příznaky pro paranoidní schizofrenii jsou přítomnosti bludů, které

doprovázejí halucinace – zejména pak sluchové, které v mnoha případech pacientovi vyhrožují nebo přikazují co má udělat. Svoboda et al. (2012) uvádějí, že v důsledku psychotických prožitků se u většiny klientů můžeme setkat s agresivním chováním, jelikož psychotické prožitky jsou zaměřeny na domnělé nepřátele (Svoboda et al., 2012). S katatonickými symptomy nebo oploštělostí se u toho typu schizofrenní poruchy setkáváme pouze zřídka, a to pouze ve slabé formě.

U hebefrenního typu schizofrenní poruchy je typický počátek onemocnění již v období adolescence (Raboch et al., 2012). Nejčastějšími projevy jsou poruchy chování a poruchy myšlení, dále pak změny v afektivní a emotivní složce osobnosti. Bludy a halucinace nejsou u toho druhu tolik dominantní, jako u paranoidního typu. Pacienti s hebefrenním typem schizofrenie se často projevují necitlivým a nevhodným chováním vůči okolí, což je zprve přisuzováno dospívání a pubertě (Orel et al., 2009). Typickým příznakem a charakteristickým rysem je přežvykování a nelogická, nesrozumitelná mluva.

Mezi další formy schizofrenie můžeme zařadit katatonní typ schizofrenní poruchy, který se vyskytuje zcela zřídka a tím pádem postihuje zhruba setinu z celkového počtu nemocných (Raboch et al., 2012). Svoboda et al. (2012) uvádějí, že katatonní schizofrenii můžeme rozdělit na dva typy. Prvním typem je produktivní forma, pro kterou je charakteristické zvýšená a nekoordinovaná motorická aktivita doprovázená grimasováním. Druhou formu poté označují jako formu neproduktivní, pro kterou je obvyklý svalový stupor, kdy klient zaujímá neobvyklé polohy, ve kterých je přítomen i několik hodin (Svoboda et al., 2012).

Dalším typem, který zmiňují Horáček et al. (2003), je nediferencovaná schizofrenie. Pro výše uvedenou formu je příznačné, že nemocný prožívá symptomy, které jsou charakteristické i pro jiné typy schizofrenií, kdy není jasné, který z příznaků převládají nad ostatními. Zároveň nejsou splněny veškeré podmínky, které slouží k diagnostice postschizofrenní deprese nebo k diagnostice reziduální schizofrenie (Horáček et al., 2003).

Raboch et al. (2012) zmiňují další typ schizofrenie, kterým je postschizofrenní deprese. Je diagnostikována v případě, kdy jsou po odeznění ataky i nadále nejméně dva týdny přítomné depresivní stavy, u kterých platí podmínka, že pacient splňuje v uplynulých dvanácti měsících diagnostická kritéria pro schizofrenii (Raboch et al., 2012). Pozitivní,

či negativní příznaky schizofrenie mohou být i nadále přítomny, jen už nejsou dominantní pro klinický obraz.

Reziduální schizofrenie je takovou formou, která označuje chronickou fázi onemocnění (Raboch et al., 2012). Pro tuto formu je typická přítomnost negativních příznaků jako jsou oploštěná afektivita, pasivita, psychomotorické zpomalení a sociální izolace. U diagnostiky reziduální schizofrenie je nezbytné, aby u pacienta byla přítomna alespoň jedna proběhlá epizoda s přítomnými pozitivními příznaky (Svoboda et al., 2012). Zároveň je také velmi důležité vyloučení jiných onemocnění, jako je demence, chronická deprese, hospitalismus či další mozková poškození.

### *1.1.3 Diagnostika schizofrenie*

Diagnostika schizofrenních poruch se v posledních letech velmi opírá o pozorování a zjišťování jednoznačně charakteristických rysů a příznaků nemoci či určité dysfunkce pacienta (Raboch et al., 2006). Psychiatr musí podrobit pacienta důkladnému vyšetření a ve většině případů musí sledovat i dlouhodobý stav pacienta jak po psychické stránce, tak i po stránce fyzické. Dle vypozerovaných příznaků a jejich dynamiky lze následně stanovit diagnózu, či jí případně vyvrátit.

K celkovému stanovení diagnózy duševního onemocnění lze využít dvě klasifikační metody pro duševní choroby, a to 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), kterou vytvořila Světová zdravotnická organizace (WHO) a dále pak statický manuál (DSM V), který vypracovala Americká psychiatrická asociace r. 1952 (Forgáčová, 2014). Statický manuál je nyní nově doplněn o dalších 14 diagnóz. Obě tyto klasifikace mají jasně a pevně stanovená kritéria (Češková, 2007).

Češková (2007) uvádí, že podle klasifikace MKN-10, musejí symptomy onemocnění trvat alespoň jeden měsíc, přičemž symptomy se dají rozdělit do dvou skupin symptomů. Do první skupiny se řadí narušené myšlenky, a to hned v několika úzce spjatých problémech, jako například slyšení vlastních myšlenek, ozvučování myšlenek, vkládání či odnímání myšlenek (Češková, 2007). Forgáčová (2014), řadí do první skupiny bludy kontrolovatelnosti, sluchové halucinace nebo samomluvu. Mezi bludy mohou převládat ty bludy, které jsou přetrvávající a jedinec díky nim může šířit přesvědčení o nadpřirozených silách a schopnostech. Do druhé skupiny klasifikace řadí především kvalitativní změny chování (sociální izolace, ztráty zájmů, nečinnost), neologismy,

zárazy, halucinace nebo i katatonní příznaky (Forgáčová, 2014). Češková (2007) uvádí, že podle klasifikace DSM V, musejí příznaky přetrvávat minimálně 6 až 7 měsíců, jinak by mohly být definiční znaky schizofrenie velmi podobné.

V neposlední řadě uvádějí Raboch a Pavlovský (2020) simplexní formu schizofrenní poruchy, jejíž výskyt u nemocných pacientů bývá velmi vzácný. Příznaky bývají pozvolné se změnami v chování. Diagnostika bývá velmi obtížná a pozitivní příznaky nebývají u tohoto onemocnění přítomny (Raboch a Pavlovský, 2020).

## **1.2 Léčba schizofrenie**

V léčbě schizofrenie je velmi důležitá dlouhodobá spolupráce pacienta s ambulantním psychiatrem, která navazuje na pacientovu psychiatrickou problematiku (Raboch et al., 2012). Zásadní pak pro léčbu je obeznámení ambulantního psychiatrického lékaře se životní situací, vztahovými poměry a sociálním prostředím konkrétního pacienta.

Za zásadní roli v léčbě schizofrenní poruchy, považuje Forgáčová (2014) kontakt, spolupráci s rodinou a blízkým okolím pacienta, jelikož pacient má často zkreslený pohled na svoje onemocnění nebo ho absolutně nepřijímá, je nutný dohled rodiny i v rámci prevence předejití jakýchkoliv komplikací (Forgáčová, 2014). Při případném relapsu je poté velmi důležité zajistit rodinou sociální interakci s pacientem, neboť pacient se ve většině případů může cítit velmi osamělí a přecitlivělí. Mnoho klientů udává, že případný relaps již dokážou tzv. vycítit nebo blížící se relaps zaregistruje i rodina nemocné osoby, a to díky varovným příznakům a signálům, které klienta doprovázejí. Orel et al. (2012) uvádějí, že za tyto varovné příznaky se považuje insomnie, nechutenství a zhoršená koncentrace. V rámci předejití zhoršení stavu a prohloubení případných komplikací je proto velmi důležité tyto prvotní projevy včas zachytit a věnovat se jim, aby se pacient mohl co nejdříve navrátit do běžného chodu každodenního života a žít opět plnohodnotný život (Orel et al., 2012).

Pro významnou část léčby schizofrenní poruchy je velmi důležitá i krátká hospitalizace. Problém ovšem nastává v nynějších poměrech mezi akutními lůžky a lůžky následné a dlouhodobé péče, jelikož tyto poměry v současné době nejsou optimální (Raboch et al., 2012). V posledních letech převládají počty lůžek následné a dlouhodobé péče nad lůžky akutními, kterých je naopak velký nedostatek.



Pěč (2009) popisuje, že v dnešní době existuje velmi širokospektrá psychoterapie či obecně psychosociální intervence pro klienty se schizofrenní poruchou. Psychosociální intervence je nesmírně důležitá pro léčbu schizofrenie, neboť i přes velmi pokročilou farmakologickou terapii je stále mnoho klientů s přetrvávajícími symptomy, kteří prožívají časté relapsy, selhávají ve svých sociálních rolích nebo mívají napjaté vztahy se svými příbuznými (Raboch et al., 2012). Pěč (2009) udává, že v obecném smyslu psychosociální intervence usilují o posílení vnitřních zdrojů a adaptaci těchto pacientů na zevní vlivy, přičemž se tito pacienti vyznačují zranitelností. Dále se poté psychoterapie snaží o dostatečný stupeň sociální podpory natolik, aby byl pacient schopný odolávat nárokům z vnějšího prostředí.

V rámci léčebných terapií existují i terapie skupinové, které mohou být krátkodobé a probíhají většinou na akutních odděleních nebo poté dlouhodobé, mezi které patří skupinová ambulantní péče či denní stacionáře (Gottdiener et. al., 2002). Cílem těchto skupinových psychoterapií je lepší zařazení duševně nemocného pacienta do běžného života s následnou komunikací s jinými osobami, či zlepšení interpersonálních vztahů mezi jednotlivci s duševními poruchami v těchto psychoterapeutických skupinách (Pěč, 2009).

Dušek et al. (2010) zmiňují léčbu psychicky nemocných lázeňskou terapií, která spočívá ve využití veškerých terapeutických úkonů a postupů směřujících k částečné kompenzaci nebo úplné obnově narušených psychických funkcí v organismu. Péče představuje tradici v léčbě veškerých poruch psychiatrického spektra, takže svou roli hraje právě i v léčbě nemocných s diagnózou schizofrenie (Dušek et al., 2010). Léčba v lázeňském prostředí je úzce spjata se změnou prostředí, která bývá v mnoha případech pro klienty velmi důležitou a osvobozující. Pro dosažení daného, vlastního cíle a pro fixaci na nové prostředí je zapotřebí dle Duška et al. (2010) pobyt v lázeňském prostředí realizovat na minimálně tři až čtyři týdny.

### *1.2.1 Ambulantní péče*

Petr a Marková (2014) zmiňují, že prvotním článkem, který je důležitý v systému péče o psychiatricky nemocné klienty, je ambulantní péče. Ambulantní péče bývá často prvotním kontaktem duševně nemocného s psychiatrickou péčí. Hlavním úkolem ambulantní péče je prevence, diagnostika, léčba, rehabilitace a posuzování duševních

poruch (Marková et al., 2006). Zároveň mohou psychiatrické ambulance regulovat péči v systému zdravotních, ale i sociálních služeb.

Ambulantní péči můžeme členit na ambulance psychiatrické péče pro dospělé pacienty a na specializované psychiatrické ambulance (Marková et al., 2006). Mezi tyto specializované ambulance řadí Petr a Marková (2014) například psychiatrické ambulance pro děti a dorost, ambulance gerontopsychiatrické, ambulance psychiatrické sexuologie nebo ambulance pro léčbu poruch příjmu potravy.

Bouček (2001) uvádí jako výhodu ambulantní psychiatrické péče převážně to, že duševně nemocný není vytržen ze svého běžného denního rytmu tak, jako by tomu bylo u hospitalizace. Pokud je klient v ambulantní péči, může docházet i nadále do svého zaměstnání, může udržovat svoje veškeré denní rituály a zároveň nejsou narušeny ani jeho sociální vztahy (Bouček, 2001). Hosák et al. (2007) o psychiatrických ambulancích udávají, že poskytují základní psychoterapeutickou, ale i farmakologickou péči těm osobám, které neohrožují sebe a ani své okolí. Klienti s jakoukoliv duševní poruchou musí během ambulantní péče dostatečně spolupracovat a mít vyhovující sociální zázemí (Hosák et al., 2007).

Bouček (2001) dále popisuje, že ambulantní péče poskytuje sociálně psychiatrické služby. Sociální služba je určena těm jedincům, kteří po propuštění z hospitalizace do domácího prostředí a kteří vykazují i nadále potřebu léčebné pomoci. Do kruhu této péče řadí Petr a Marková (2014) posthospitalizační péči, krizovou intervenci, práci s příbuznými nebo sociální rehabilitaci.

### *1.2.2 Akutní a dlouhodobá lůžková péče*

Akutní lůžková péče je péče, která je poskytována při bezprostředním zhoršení psychické poruchy (Petr a Marková, 2014). Tato péče funguje nepřetržitě a poskytuje se akutně klientům, kterým již nestačí docházet pouze do ambulantní péče, a je proto nutná hospitalizace, a to podobu nejméně dvaceti čtyř hodin. Jones (2020) uvádí, že na akutním lůžkovém oddělení je provedena diagnostika s následnou rehabilitací a terapií. Dále se během hospitalizace posuzují psychické poruchy klienta.

Akutní lůžková péče se v České republice poskytuje buď dobrovolně nebo nedobrovolně, a to za těch okolností, nastane-li u klienta takové zhoršení psychického stavu, že je v důsledku toho nebezpečný jak sobě, tak i svému okolí (Petr, 2014).

V rámci péče, o dospělé duševně nemocné klienty, zmiňují Petr et al. (2014), že akutní lůžková péče poskytuje diagnostickou, léčebnou, ošetrovatelskou a konziliární péči. Dále pak zajišťují již výše uvedenou sociální péči po propuštění klienta do jeho domácího prostředí. Další náplní, kterou zmiňují Petr et al. (2014), může být péče preventivní, ambulantní a rehabilitační nebo například péče krizová.

Oddělení akutní lůžkové péče poskytuje komplexní a bezpečnou psychiatrickou péči všem duševně nemocným, kteří vyžadují akutní psychiatrickou hospitalizaci (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022). Dále pak Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2022) uvádí, že toto oddělení může být členěno do více částí s různými režimy, které jsou přizpůsobeny potřebám jednotlivých klientů a umožňují tak dobrou prostupnost oddělení. Oddělení akutní lůžkové péče musí být také schopno zajistit sledování stavu pacienta s ohledem na zajištění jeho bezpečnosti a bezpečnosti klientova okolí.

Následná nebo také dlouhodobá péče je určena těm nemocným, u nichž byl dokončen veškerý diagnostický proces a klienti mají nastavenou terapii. V dlouhodobé lůžkové péči se dle Petra (2014) nacházejí ti klienti, kteří vykazují určitou psychopatologii, a z tohoto důvodu nemohou být propuštěni do domácího prostředí, a to i s podporou sociální péče nebo komunitních služeb. V této fázi terapie není možné, aby byl pacient hospitalizovaný bez jeho souhlasu, pokud se nejedná o velmi vážnou duševní poruchu, u které je velmi důležité pokračovat i nadále v léčebné terapii, protože pokud by nedošlo k hospitalizaci, pacient by mohl ohrožovat na zdraví jak sebe, tak i své okolí (Zákon o zdravotních službách, 2011).

### *1.2.3 Komunitní péče*

Pojem „komunitní“ je odvozeno z latinského slova *communitas*, které v překladu znamená společenství. Petr et al. (2014) definují komunitní péči jako tu péči, která se zaměřuje na terapeutické a rehabilitační metody, které jsou využívány převážně v přirozeném prostředí klienta.

Komunitní složka systému péče, je tou složkou, u které není třeba řešit primární zdravotní problémy klienta, ale do popředí se dostávají problémy sociálního charakteru (Höschl et al. 2004). Hlavním záměrem komunitní péče je podporovat osobní rozvoj

klientů v jejich nejpřirozenějším prostředí za pomoci vhodného propojení služeb a komunity (Petr et al., 2014).

Marková et al. (2006) datují počátky komunitní péče již do druhé poloviny 20. století, konkrétně do 80. let. Podstata této složky v systému komunitní péče o duševně nemocné klienty tkví v regionálně cílené dostupnosti komplexu služeb, kdy jejich kombinace je volena a přizpůsobována dle individuálních potřeb daného nemocného s duševním onemocněním (Marková et al., 2006). V komunitních centrech se také rovněž pracuje především se silnými stránkami klienta, díky kterým by mohla být ovlivněna kvalita jejich života. V rámci komunitní péče existuje již mnoho druhů institucí, služeb a podpory (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022). V rámci krizových center je nabízená 24 hodinová péče, včetně telefonní linky, která je dostupná pro osoby v těžkých životních situacích. Výhodou těchto krizových center je především to, že osoby ze závažnými osobními problémy mohou přijít bez objednání, a zároveň tato krizová centra mají k dispozici i lůžkovou část, která slouží nemocným ke krátkodobé hospitalizaci. V těchto centrech je osobám s duševním onemocněním přítomen psychiatr, psychoterapeut, sestry a sociální pracovníce. Již výše zmíněná pomoc na telefonu byla v České republice dostupná od roku 1964 (Marková et al., 2006). Telefonní linky se specializují na různé cílové skupiny, dle věku či daných obtíží, přičemž mají jeden společný aspekt. Tento společný aspekt je zaměřen na náročné životní situace volajících osob. Mezi další součásti komunitní péče řadí Marková et al. (2006) i komunitní péči v domácím prostředí, která je alternativou, jenž by mohla být používána v mnoha případech. Služby domácí léčby mají za hlavní úkol podílet se na kompenzaci duševních poruch v přirozeném prostředí pacienta.

Matoušek et al. (2005) zařazují do komunitní péče i služby, které jsou poskytovány obcí, zařízení podpory bydlení a práce nebo centra denních aktivit. Dále zmiňuje, že existují rehabilitační dílny, které vytvářejí rozmanité pracovní programy pro duševně nemocné.

Stejně jako u rehabilitačních dílen, fungují na podobném principu i tzv. chráněné dílny, zde jsou ovšem pracovní programy, které jsou součástí řetězce komerčního kruhu. V rámci podpory duševně nemocného klienta, může být využito chráněného bydlení, které připravuje klienty na samostatné fungování v běžném životě (Marková et al., 2006).

Bouček (2003) tvrdí, že tato chráněná bydlení mohou být využita i pro ty osoby, s duševním onemocněním, kteří nemají vlastní rodinu a zázemí.

Úlohy sestry hrají zásadní roli při péči o klienta v komunitní péči. Dle Festové (2006) sestra zastupuje funkci manažera, který napomáhá koordinovat a řídit potřebné služby. Sestra by měla spolupracovat s rodinou, ale i s klientem jako konzultantka. Měla by umět zajistit klientovi potřeby v oblastech prevence a léčby. Dále zastává funkci edukátora, který poskytuje zásadní informace rodině i klientovi (Petr, 2014). Festová (2006) uvádí, že sestra může odhalovat rizika, sbírat důležité informace, ohledně stavu svého klienta, nebo provádět mentoring, pokud se správně a precizně seznámí s problematikou daného místa. Sestra ovšem není jediným článkem v komunitní péči, svou roli zde sehrává i multidisciplinární tým, do kterého spadá psychiatr, sociální pracovník, ergoterapeut či klinický psycholog (Petr a Marková, 2014).

V současné době vznikají po celé České republice Centra duševního zdraví, které jsou důležitým mezičlánkem mezi primární péčí a komunitní péčí (Ministerstvo zdravotnictví České republiky., 2022). Jedná se o centra, která poskytují psychiatrickou péči pro pacienty v dlouhodobém časovém úseku a tím zároveň poskytují i sociální rehabilitaci pro tyto klienty. Hosák et al. (2015) uvádějí, že tyto CDZ centra poté nabízejí různá odvětví poskytovaných služeb. Mezi tyto služby patří služby terénního týmu, denní péče, služba krizová, využití klinického psychologa, psychoterapeutická pomoc nebo například podpora svépomocných činností.

### ***1.3 Komunikace s klientem se schizofrenií***

Baštecká a Goldman (2001) definují, že obecně pojem komunikace znamená jakési spojení, předávání informací a sdělování. V širším slova smyslu pojem komunikace znamená určitou interakci, kdy na sebe působí dva a více činitelů (Baštecká a Goldman, 2001). Komunikaci poté můžeme rozdělit na verbální (slovní) a na neverbální (komunikace beze slov).

Schizofrenní porucha v mnoha případech velmi komplikuje či až neumožňuje kontakt klienta, který má schizofrenii, s jeho sociálním okolím (Styx, 2003). Jednání daného jedince bývá totiž zpravidla pro jeho okolí zvláštní, nevysvětlitelné nebo zmatečné. Jak uvádí Styx (2003), základním pravidlem pro komunikaci mezi nemocným a jiným

sociálním, či odborným pracovníkem (psychiatr, terapeut, zdravotnický personál), je ten, že než diskuse začne, je nutné si dopředu zajistit vhodnou místnost, čas i klid.

Bankovská Motlová (2012) popisuje, jak správně hovořit s klientem se schizofrenní poruchou a jaká během rozhovoru dodržovat pravidla. Bankovská Motlová (2012) se domnívá, že je vhodné komunikovat méně. Je velmi důležité s nemocným komunikovat v krátkých a srozumitelných větách tak, aby klient správně pochopil probíhající konverzaci. Doporučuje co nejvíce chválit klienta, a to i za sebemenší pokroky a úspěchy na jeho cestě. Kritizujeme co nejméně a pokud nás ke kritice pobouzí samotná situace, pak kritizujeme pouze konstruktivně a snažíme se hledat, proč tomu tak bylo. Klienta necháváme hovořit, neskáče mu do řeči a zbytečně ho nepřerušujeme. Důležité je nechat prostor i pro emoce nemocného, které necháme volně plynout konverzací (Styx, 2003). Je v pořádku, pokud klient během rozhovoru začne plakat nebo má vztek.

U schizofrenních pacientů je velmi důležité sledovat neverbální komunikaci, neboť tyto klienti mívají velmi často problém o svých problémech hovořit (Raboch et al., 2012). Neverbální komunikace bývá v mnoha případech mnohem efektivnější a přínosnější než komunikace verbálním způsobem. U neverbální komunikace se schizofrenním klientem sledujeme zejména mimiku, gesta, haptiku nebo posturiku, která nám znázorňuje postoj celého těla. Bankovská Motlová, (2012) uvádí, že z očního kontaktu či postoje těla dokáže sociální nebo odborný pracovník vyčíst v mnoha případech více než z neúspěšného rozhovoru.

Autoři Raboch et al. (2012) považují komunikaci se schizofrenním klientem za velmi zásadní. Sociální či odborný pracovník by měl komunikovat tak, že klient pochopí, že na prvním místě je on a jeho problémy. Odborný pracovník by se pak dle Rabocha et al. (2012) neměl klientovi příliš otevírat a komunikovat o jeho osobním životě, rodině, víře či zdravotním stavu. Dbá se dodržování profesionality a vykání, které představuje jakousi „pomyslnou bariéru“ ve vztahu mezi odborným pracovníkem a klientem. Za zásadní neúctu vůči klientovi se považuje, pokud odborník oslovuje pacienta jeho křestním jménem (Raboch et al., 2012).

#### **1.4 Role sestry v péči o klienty se schizofrenií**

Sestra může v rámci péče o klienty se schizofrenními poruchami vykonávat své povolání v zařízeních psychiatrických nemocnicích, komunitních centrech a dále pak v ambulantní péči či péči komunitní (Dušek et al., 2010). V první řadě zmiňuje Petr a Marková (2010) práci na psychiatrickém oddělení, která se výrazně liší oproti péči na standardním oddělení v nemocničních zařízeních. Je mnohem náročnější jak po fyzické, tak i psychické stránce. Klienti v akutní fázi schizofrenie jsou přijati na uzavřené oddělení, většinou proti své vůli, protože mohou být nebezpeční jak sobě, tak i svému okolí (Jarolímek et al., 2021).

Podle Boučka (2001) by měla být sestra, která se stará o klienty se schizofrenními poruchami manuálně zručná a velice pohotová. Udrží si přehled o všech klientech na svém oddělení. Horáček et al. (2003) zase zmiňují, že sestra zaznamenává stavy nálady klientů, příjem stravy a tekutin, postoj k užívání léky, míru neklidu denní aktivitu, dodržování léčebného postupu, chování či kvalitu spánku. Z chování nemocného může sestra vyzorovat přítomnost poruch myšlení, halucinací nebo poruchy vnímání, které se klient bude snažit zamaskovat. Neverbální projevy komunikace mohou v mnoha případech symbolizovat a signalizovat neklid a sklony k agresivnímu jednání nemocného jedince. Tyto agresivní sklony lze včasné rozeznat a vyzorovat a přizpůsobit tak díky tomu komunikaci nebo adekvátně zasáhnout (Bouček, 2001).

Zdravotní personál by měl být pro nemocného se schizofrenní poruchou převážně oporou (Horáček et al., 2003). Důležité je také, aby klient i jeho rodinný příslušníci byli dostatečně informováni nejen o hospitalizaci, ale i o celkovém zdravotním stavu klienta se schizofrenní poruchou. Dále Petr a Marková (2014) poukazují na to, že by sestra měla pokaždé při komunikaci zaujímat klidný otevřený přístup, aby se jí lépe navazoval vztah s klientem získala si tak snáze důvěru jak klienta, tak jeho nejbližší rodiny.

Jedním ze specifíků ošetrovatelské péče v psychiatrii je používání omezovacích postupů za účelem fyzického omezení klienta (Marková et al., 2006). K použití restriktivních prostředků se přistupuje pokaždé, pokud pacient svým chováním a jednáním bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí. K omezení pohybu klienta se může provádět

tzv. fyzické omezení, mezi které patří držení, a dále se do této kategorie omezovacích prostředků řadí i odloučení nebo izolace (Ministerstvo zdravotnictví, 2022). Dále patří k omezovacím prostředkům tzv. mechanické omezení. Do těchto omezovacích prostředků spadá použití pásů, prostěradel, kazajek nebo speciálních spacích pytlů. Mezi omezovací prostředky řadí Marková et al. (2006) i chemické omezení, do kterého patří psychofarmaka a jiné léčivé přípravky, které jsou podávány parenterálně a omezují tak pohyblivost klienta. Používání těchto omezovacích prostředků podléhá povinnému hlášení na soud.

V současné době vznikají po celé České republice Centra duševního zdraví neboli CDZ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022). Tento typ CZD je důležitým mezičlánkem mezi péčí primární, péčí lůžkovou a specializovanou péčí. Centra duševního zdraví vytváří pro své klienty potřebné programy, které jsou propojením ambulantní a lůžkové péče. Hosák et al. (2015) zmiňují, že v Centrech duševního zdraví působí multidisciplinární tým, který se skládá z komunitních týmů, které jsou dále děleny podle typů klientů.

Centra duševního zdraví využívají práce všeobecných sester, které se řídí podle Vyhlášky č. 55/2011 v platném znění, ve které jsou popsány kompetence a odpovědnosti sestry (*Základní principy péče poskytované v CZD*, 2019). Sestra má kompetence pracovat i bez lékařského dohledu a provádí s klientem především vyhodnocování potřeb a soběstačnosti daného klienta, dále pak vyhodnocuje projevy rizikových faktorů duševních onemocnění. Dle Hosáka et al. (2015) by sestra měla rozpoznat progres při zlepšení či zhoršení psychického stavu klienta a vyhodnotit, zda li je klient nebezpečný vůči sobě nebo vůči svému okolí, a to za pomoci standardizované ošetrovatelské měřicí techniky, která se specializuje na screening rizika agrese a autoagrese. Důležitá je pro CZD spolupráce, kterou by měla sestra navázat s klientem a jeho rodinou. Při spolupráci s rodinou využívá všeobecná sestra psychoterapeutické techniky, které propojuje s psychoterapeutickými technikami (*Základní principy péče poskytované v CZD*, 2019). Dále sestra v CZD napomáhá klientovi adaptovat se na změny, které vznikly spojením s jeho duševním onemocněním. Hosák et al. (2015) dále zmiňuje, že sestra funguje i jako edukátor, který edukuje nemocné v rámci prevence zdravotních rizik spojených s duševním onemocněním. Všeobecná sestra dopomáhá klientovi při nácviu sociálních dovedností, provádí s klientem relaxační techniky a vede cílené aktivity, které jsou



určeny k zachování fyzických, psychických i kognitivních schopností, které jsou důležité pro zachování psychické pohody (*Základní principy péče poskytované v CZD*, 2019).

#### *1.4.1 Prevence vzniku relapsu*

Pojem prevence označuje soubor aktivit, opatření nebo procesů, které jsou zaměřené na předejití vzniku nebo snížení důsledku ohrožení narušení nebo postižení (Kroupová, 2016). Bankovská Motlová (2012) uvádí několik rad pro klienty, kterými by se měli řídit tak, aby zabránili vzniku relapsu onemocnění. Mezi rady řadí užívání antipsychotik, vyhnout se užívání drog či jiných návykových látek, vyhýbat se stresovým situacím, udržovat správnou životosprávu a denní režim a v případě počínajících příznaků, se naučit je včas rozpoznat a vyhledat odbornou pomoc.

Relaps schizofrenních poruch je dle Birchwooda et al. (2001) definován jako nové vzplanutí chorobného procesu. Typickými projevy jsou navracející se pozitivní příznaky, které se zdály být vyléčené. Předpoklad je, relapsy u jednoho klienta budou vypadat totožně. Opak je zde v případě relapsů pravdou, jelikož pozitivní příznaky jsou specifické svou heterogenitou (Birchwood et al., 2001). Proto je nesmírně důležité podchytit prvotní příznaky hned od začátku, jelikož mohou být včas ovlivněny.

Riziko vzniku relapsu vzniká při snižování dávek nebo úplném vysazení léků. Farmakologická terapie přitom může dle Praška et al. (2005) snižovat riziko vzniku relapsu o 10 až 15% a při pozorném sledování stavu klienta relaps téměř eliminovat. Důležitou prevencí ve vzniku relapsu je proto pokračování v dlouhodobé léčbě i přes to, že nejsou přítomny žádné příznaky. Nutno je tedy dbát na dostatečnou edukaci klienta v oblasti pravidelného užívání medikace stanovené lékařem.

Role sestry, v případě prevence vzniku relapsu, spočívá především v již výše zmíněné edukaci, a to nejen klienta, ale i jeho rodiny (Bártlová, 2003). Je nutné, aby sestra navázala s klientem dostatečné spojení tak, aby jí mohl klient dostatečně důvěřovat a dodržovat většinu možných podnětů, které zabraňují vzniku relapsu. Bankovská Motlová (2012) uvádí, že sestra edukuje o pravidelném užívání medikace a informuje o omezování, již výše zmíněných, návykových a psychotropních látek.

Šmajsová Buchtová (2002) tvrdí, že významným faktorem, který snižuje riziko vzniku relapsu je nalezení vhodného zaměstnání a setrvat v něm, v co nejdelší možnou dobu. Dále uvádí o zaměstnání to, že „*zaujímá v životě člověka nezastupitelné postavení.*

*Je důležitou podmínkou jeho důstojné existence, přináší mu nejen materiální prospěch, ale současně mu dává pocit seberealizace a společenské užitečnosti. Vřazuje člověka do řádu sociálních vztahů, uspokojuje jeho potřeby ctižádosti, sebeuplatnění a sebeúcty“ (Šmajsová Buchtová., 2012, s. 52-53).*

#### *1.4.2 Specifika ošetrovatelské péče*

V akutní fázi onemocnění je důležité především zajištění bezpečí pacienta a jeho okolí (Malá et al., 2002). Kvůli již zmíněné bezpečnosti klienta i jeho okolí se v některých krajních závažných případech užívají i omezovací prostředky. Důležité je ale klientovi důkladně vysvětlit z jakého důvodu veškeré omezovací prostředky užíváme. Sestra musí během těchto postupů zachovat klid a mít rozhodný přístup k celé situaci. Zásadní roli při uklidnění klienta hraje medikace, neboť tu podáváme pro uklidnění pacienta. Jelikož klienti většinou odmítají spolupracovat, medikaci podáváme zásadně intramuskulárně (Petr a Marková, 2014). Důležité je zajistit bezpečné prostředí pro duševně nemocného i pro jeho okolí. Dodržujeme dostatečně bezpečnou vzdálenost od klienta a pokud to situace nevyžaduje, klienta se nedotýkáme a sledujeme účinnost aplikované medikace. Pokud u klienta užíváme omezovací prostředky, je nutné, aby vše bylo řádně zaznamenáno do zdravotnické dokumentace a probíhala pravidelná kontrola hybnosti a prokrvení končetin. Malá et al. (2002) dále uvádějí, že postup sestry musí být vždy podle standardu. Sestra nikdy nediskutuje s pacientem o jeho bludných představách, naopak však komunikuje konkrétně, jasně a stručně. Snahou lékařů a sester je přenášet zaměření z bludů na diskusi o realitě.

Marková et al. (2006) popisují například katatonní formu schizofrenie, kdy se ošetrovatelská péče zaměřuje především na biologické potřeby klienta, do kterých řadíme výživu, hygienu, spánek a vyprazdňování. Dále Marková et al. (2006) zmiňují, že se setkáváme s klienty, kteří odmítají jídlo i tekutiny, a proto je nutné následně zavedená parenterální výživy, kdy následuje dostatečná péče o intravenózní katetr.

Při následném odeznění akutních příznaků schizofrenního onemocnění, zaměří se sestra v ošetrovatelské péči na kontrolu pravidelného užívání veškeré medikace. Medikaci by si měl klient zapíjet přímo před sestrou, jelikož hrozí, že si klient medikamenty odnese a neužije je (Hátlová et al., 2009). Důležitá je ze strany zdravotnického personálu aktivizace nemocného, zapojovat nemocného do jakýchkoliv denních aktivit a úzce spolupracovat s rodinnými příslušníky klienta se schizofrenií. Marková et al. (2006)

uvádějí, že je důležité dbát na docházku klienta na psychotherapeutická sezení. Sestra se snaží o zařazení klienta zpět do běžného denního chodu v normálním životě. Hátlová et al. (2009) zmiňují kinezioterapii jako jednu z podpůrných terapií, která má v rámci hospitalizace klienta na lůžkovém oddělení dobré výsledky. Cílem ošetrovatelské práce je i zlepšení komunikace, díky které je snažší pro nemocného pozdější sociální fungování v běžném světě.

Edukace klienta a jeho rodiny ze strany sestry je nesmírně důležitou součástí ošetrovatelské péče. V minulých letech se podařilo ve zdravotnictví prosadit dva nové výkony, mezi které patří edukace psychiatrickou sestrou a reedukace psychiatrickou cestou (Petr, 2010). Psychiatrická sekce ČAS vytvořila metodiku, která slouží jako vodítko k tomu, jak správně a efektivně psychoedukaci provádět. V této metodice lze nalézt, obecná doporučení, jak správně komunikovat s klientem se schizofrenií a dále pak praktické techniky pro psychoedukaci a didaktické pomůcky potřebné k vedení edukace klienta a rodiny. Na základě této metodiky, jak uvádí Petr (2010), vznikl komplexní program s názvem Cesta: program pro lepší spolupráci při léčbě. Tento edukační materiál se skládá z několika podkapitol. Mezi tyto podkapitoly patří úvodní zahřívací techniky, kdy cílem je navázání vztahu s klientem, vytvoření příjemné atmosféry, zhodnocení postoje klienta a míry motivovanosti k edukaci a úroveň informovanosti. V podkapitole úvodních zahřívacích technik může sestra klást pacientovi otázky a úkoly, mezi kterými může být například zapsání pozitiv a negativ užívání medikace spojené s daným onemocněním. Mezi další podkapitoly patří například postoje k léčbě a dosavadní zkušenosti s léčbou, základy neurobiologie a vysvětlení mechanismu účinků léků v mozku, anebo varovné příznaky onemocnění a jejich včasné rozpoznání a krizový plán (Petr, 2012).

#### *1.4.3 Krizové intervence v ošetrovatelské péči*

Krizová intervence představuje odbornou metodu s klientem v situacích, které jsou pro tohoto jedince jakýmkoliv způsobem ohrožující nebo zátěžové. Vodáčová (2002) udává, že krizová intervence úzce spolupracuje s prvky v minulosti klienta či na prvky v budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho momentální krizovou situací. Z toho vyplývá, že krizové intervence nepracují s hlubokou minulostí. Krizový pracovník se zaměřuje na podporu klienta, který využívá vlastního potenciálu (Kastová, 2000).

Vodáčová (2002) popisuje, že krizové intervence jsou tvořeny různými složkami pomoci. Nejedná se pouze o první pomoc psychologického charakteru, ale také o pomoc lékařskou, sociální a právní. Dále pak Špatenková et al. (2004) popisují, že intervence ve formě psychické pomoci spočívá v kontaktu mezi interventem a nemocným jedincem, u kterého momentálně probíhá akutní krizový stav, kdy se kontakt mezi těmito dvěma osobami zaměřuje na zjištění vyvolavatele dané krize. Zásah lékařské pomoci zahrnuje především zásah psychiatrického rázu, který ale vyžaduje medikační ovlivnění stavu anebo i krátkodobou hospitalizaci klienta na lůžkovém oddělení. Pokud bychom hovořili o intervenční krizi v souvislosti se sociální pomocí, je krizová intervence činností, která směřuje k okamžitému sociálnímu zásahu směřujícího k osobám, které momentálně procházejí akutní krizovou situací (Kastová, 2000). Krizová intervence proto představuje jak komplexní, tak i intenzivní péči a pomoc pro osoby, které se nacházejí v akutním krizovém stavu (Špatenková et al., 2004).

Pojem krizová intervence bývá často dle Petra a Markové (2014) spojován s různými technikami a teoriemi, které jsou úzce spjaté s krátkodobou psychoterapií. V současné době je ale opak pravdou, jelikož existuje hledisko, dle kterého se krizová intervence nepovažuje za psychoterapeutický zásah, naopak se považuje za intervence spojené se spoluprací s rodinou, intervencí psychiatrickou a oporou sociální (Vodáčová, 2002). Petr (2014) uvádí, že krizová intervence s sebou obvykle přinese účinky změn, jedná se však ale o klientovu schopnost dostatečně svůj prožitek z vyřešené krize integrovat i do budoucna a tím tak preventivně předcházet proti dalším krizím.

#### *1.4.4 Práce s rodinou a sociální podpora*

Ocisková et al. (2015) poukazují na fakt, že podpora nejbližších a rodiny, u klientů se schizofrenní poruchou, má zásadní vliv na kvalitu života lidí, kteří se léčí s tímto duševním onemocněním.

Pro všechny rodiny bývá těžká, pokud se dozví, že jednomu ze členů rodiny bylo diagnostikováno závažné duševní onemocnění (Látalová et al., 2012). Dle Ociskové et al. (2015) každý jedinec na tuto danou situaci reaguje jiným způsobem, sourozenci duševně nemocné mohou přemýšlet nad tím, co schizofrenní porucha nemocnému vzala oproti rodičům, kteří uvažují nad tím, čeho všeho mohl nemocný dosáhnout, kdyby se nemoc neprojevila. Většina členů rodiny si pravděpodobně projde následujícími fázemi přijetí

faktu,

že jejich rodinný příslušník prožívá život se závažným duševním onemocněním. Mezi tyto fáze řadí Látalová et al. (2012) popření nemoci, smutek, vztek a následné smíření se s faktem.

Jak dále uvádí Kurucová (2016), náročnost péče o člena rodiny se schizofrenní poruchou zasahuje především do fyzické, psychické, finanční, sociální, ale i spirituální oblasti. Do oblasti fyzické řadí Látalová et al. (2012) poruchy cirkadiálního rytmu a spánkového rytmu, nedostatečný přísun potravy a tekutin. Do psychické oblasti se řadí ty problémy, které jsou úzce spojeny s neklidem, stresem, strachem a depresí. Pro rodiny bývá v mnoha případech velmi náročné nepřetržité sledování aktuálního zdravotního stavu klienta a přizpůsobování se nastalým změnám (Kurucová, 2016). Nejen schizofrenie, ale i jiná chronická duševní onemocnění zasahují i do sociálních oblastí. Kvůli onemocnění se mění vztahy a role v rodině, jednotliví členové nemusí pocítovat dostatečnou oporu ze strany ostatních členů rodiny. Osoba, která pečuje o nemocného nemusí mít dle Kurucové (2016) dostatek volného času sama pro sebe, což může vést až ke ztrátám zaměstnání. V rodinách dochází díky onemocnění k celkovému narušení určité spirituální pohody a celkové dosavadní spokojenosti se životem.

Burbach (2018) definuje cíl podpory rodiny jako zlepšení dostatečné informovanosti o daném duševním onemocnění, začlenění rodiny i nemocného jedince zpět do společnosti a posílení rodinných rolí. Pro léčbu klienta se schizofrenní poruchou je také nesmírně důležité, aby se rodina zapojila i do psychoedukace a psychoterapie (Burbach, 2018).

Psychoedukační programy vycházejí z pěti hlavních cílů, mezi které řadí Bankovská Motlová (2019) edukaci o nemoci, léčbu a rehabilitaci, výuku dovedností k řešení problémů a zvládání krizí, poskytnutí emoční podpory a zmírnit stigmatizaci s následnou pomocí budovat si podpůrné sociální sítě. V rámci reformy psychiatrické péče, je vyvíjen tlak na psychiatrická oddělení, kvůli omezování počtu lůžek a tím i zkracování léčebných pobytů v psychiatrických nemocnicích. Z toho vyplývá, že z rodinných příslušníků, se díky této reformě, stávají tzv. „neformální pečovatelé“ (Bankovská Motlová, 2018). Cílem psychoedukace je tedy snížit břímě, které je pokládáno na bedra rodin, posilovat pozitivní postoj rodiny k nemoci, vylepšovat dovednosti a jejich zdravotní stav.

Již zmiňovaná psychoterapie je významná a podpůrná terapeutická metoda, která má zastoupení především u léčby osob s duševním onemocněním a jejich rodinných

příslušníků (Petr et al., 2014). Dále Petr et al. (2014) uvádějí, že psychoterapie napomáhá snižovat úzkosti a obavy, pomáhá s adaptací na změnu životních podmínek a vyrovnat se s nemocí člena rodiny. Psychoterapie je uskutečněna za pomoci psychologických prostředků, přičemž jí může vykonávat pouze kvalifikovaný odborník. Bankovská Motlová (2019) udává, že základním principem terapie je především komunikace a navázání vztahu mezi odborníkem a nemocným jedincem nebo rodinou. Terapeutický vztah musí být založen na vzájemné důvěře a porozumění, pocitu bezpečí a blízkosti mezi klientem nebo rodinou a odborníkem.

Při práci s rodinou je velmi žádané, aby sestra byla schopna nejen vykonávat své ošetrovatelské kompetence, ale by být také schopna ovlivňovat prožívání a jednání rodinných příslušníků (Bártlová, 2003). Měla by zvládat unést fyzické nároky v rámci svého povolání. Rodině i nemocnému klientovi, by měla sestra poskytovat oporu a měla by být člověkem, který má pochopení. Jednání ze strany sestry by mělo být především tolerantní, snažit se porozumět a vyhovět přáním klienta i jeho rodiny a v případě potřeby, jim poskytnout oporu nebo odbornou lékařskou pomoc (Bednařík a Andrášiová, 2020). Nemocný klient a jeho rodinní příslušníci vnímají nebo praktickou sestru jako osobu, která upevňuje důvěru nemocného v léčebných proces a zároveň působí jako uklidňující činitel pečující o psychické zdraví nemocného a jeho rodiny (Bártlová, 2003). Všeobecně také sestra zastává roli edukátorky, jelikož edukuje klienta i jeho rodinu především o postupech, které by mohly vést k případným relapsům a může vypomáhat, jako opora, pokud lékař sděluje informace o zdravotním stavu klienta.

V rámci podpory rodinných příslušníků, u nemocných se schizofrenní poruchou, bylo vydáno mnoho publikací a edukačních příruček (Látalová a Praško, 2012). V těchto publikacích a příručkách je odborníky srozumitelně vysvětleno a popsáno, jak mohou rodiny lépe zvládat dopady nemoci. Důležité je taky dle Látalové a Práška (2012) doporučení pro rodinné příslušníky to, aby zvládali komunikovat s nemocným a zároveň si zvládali udržet své duševní zdraví a pohodu. Jednou z těchto příruček jsou například „*Rady pro pečující na každý den*“ (Příloha 1).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o klienty se schizofrenními poruchami

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaká specifika obnáší péče o klienty se schizofrenními poruchami?
2. Jakým způsobem je sestrami zajišťována ošetrovatelská péče o pacienty se schizofrenními poruchami?
3. Jaké činnosti vykonává zdravotnický personál při péči o klienty se schizofrenií?

## 3 Metodika

### 3.1 Použité metody

Výzkumná část práce byla realizována pomocí kvalitativního přístupu, metodou dotazování, a to konkrétně technikou polostrukturovaného rozhovoru, který probíhal s vybranými sestrami. Sběr dat probíhal od měsíce března do dubna roku 2024.

V rámci kvalitativního výzkumu se velmi často používá rozhovor za jeden z hlavních zdrojů dat (Zandlová, 2019). V rámci rozhovorů je pro osobu, která vede rozhovor mnohem jednodušší porozumět hlouběji zkušenostem, názorům a postojům, které dotazovaný může během rozhovoru poskytnout. Rozhovory lze použít ať už samostatně, či jako doplněk v rámci jiných výzkumných metod, jako jsou například pozorování, focus groupy nebo také dokumentování. Kutnohorská (2009) uvádí, že rozhovor jako takový, patří k nejstaršímu a nejčastěji využívanému způsobu, jak získávat informace. Rozhovory bývají zároveň jak nejobtížnější technikou, tak i současně jednou z nejvýhodnějších technik pro získávání kvalitativních dat. Dále dle Kutnohorské (2009) je velmi důležité během rozhovoru klást informantovi takové otázky, kterým dokáže porozumět a zároveň se informanta opakovaně ptát, zdali konkrétně připraveným otázkám rozumí. Při polostrukturovaných rozhovorech si tazající připravuje své otázky, které následně chce informantovi položit, dopředu. Výhodou tedy je, že polostrukturovaný rozhovor získává určitou formu jistoty a to tak, že všechna témata budou zodpovězena.

Kvalitativní výzkum by měl probíhat převážně v místech, která mají pro daný rozhovor ustálený smysl. Mezi tato místa můžeme zařadit oddělení nemocničního zařízení, sociální zařízení či odborné ambulance (Zandlová, 2019). Dotazování či zkoumání informanti bývají vybráni na základě předem stanoveného konceptu. Hendl (2016) uvedl, že výzkumník hraje roli tzv. detektiva, jelikož se během výzkumu táže na své domněnky a díky nim poté přezkoumává své stanovené závěry. Výsledkem výzkumu by poté měla být práce, která obsahuje podrobný popis místa zkoumání, a to včetně citací a poznámek z rozhovorů, které si při výzkumu tazající dělal (Hendl, 2016).

Zandlová (2019) také uvádí výhody i nevýhody, které jsou úzce spjaty s kvalitativním výzkumem, a to konkrétně s polostrukturovanými rozhovory. Jednou z hlavních výhod je to, že rozhovor umožňuje informantovi tzv. rozpovídat se o daném tématu. Zároveň



rozhovory pomáhají tazajíce se osobě navázat lepší vztah s informantem a lépe tak porozumět jeho zkušenostem a názorům na dané téma. Dále také rozhovory umožňují kvalitnější zpětnou vazbu, díky které se může daleko lépe objasnit, co bylo pozorováno během jiných metod, jako například pozorování nebo dokumentování (Zandlová, 2019).

V neposlední řadě je také nutné zmínit, již výše uvedené, nevýhody spojené s polostrukturovanými rozhovory. Jimi podle Zandlové (2019) může být to, že rozhovory mohou být omezované na reprezentativnosti výsledků, z důvodu subjektivních zkušeností a názorů dotazovaných informantů, což může vést ke ztrátě reprezentativnosti pro celou již předem danou cílovou skupinu dotazovaných. Mezi další nevýhody poté Zandlová (2019) řadí například i to, že rozhovor může být do jisté míry zkreslený na podkladě výpovědí informantů, kteří mohou být v dané situaci ovlivnění sociálními či kulturními normami, kdy dotazovaný informant může mít tendenci odpovídat tak, aby se tazajícimu ukázal v tzv. „lepší světlo“.

V úvodu každého rozhovoru byl informantům sdělen význam výzkumného šetření a za jakými účely budou rozhovory a získané informace použity. Informant byl obeznámen s průběhem rozhovoru, který trval 25 až 30 minut. Dále byly informanti poučeni, že účast během výzkumného šetření je zcela dobrovolná, a že toto sezení mohou kdykoliv během rozhovoru a z jakéhokoliv důvodu opustit. Informant byl také obeznámen se zachováním anonymity, a to i během nahrávání audio záznamů na mobilní zařízení. Veškeré informantky s tímto upozorněním a následným zpracováním dat souhlasily.

Pro tyto rozhovory bylo nachystáno 19 předem připravených otázek (Příloha 2). K získání potřebných dat docházelo individuálně, pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami, které pracují v Psychiatrických nemocnicích, Komunitních centrech nebo Centrech duševního zdraví na území kraje Vysočina. Tento fakt byl jediným stanoveným kritériem výběrů informantů, díky kterému byl stanoven počet dotazovaných informantů pro výzkumné šetření na 10 osob.

Výzkumné šetření následně proběhlo společně s již zmíněnými 10 sestrami. Při těchto rozhovorech bylo klíčovým tématem zjistit, jakou roli sestry zastává sestra při práci se schizofrenními klienty, a to buď v Psychiatrických nemocnicích, tak i v Komunitních centrech a CZD. Naší snahou bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o klienty se schizofrenní poruchou, zmapování činnosti sester a jejich spolupráci s klienty, tedy

oblastmi tak, aby bylo možné sečtěle odpovědět na pokládané výzkumné otázky, které byly položeny v rámci tohoto výzkumu.

Každý informant, v tomto případě sestry pracující v Psychiatrických nemocnicích, Komunitních centrech a Centrech duševního zdraví, podstoupil polostrukturovaný rozhovor po předem domluveném osobním setkání či formou online pomocí aplikací, které umožňují provést videohovory. Rozhovor obsahoval již zmiňovaných 19 předem připravených otázek (Příloha 2), které byly předem do zařízení poslány, z důvodu seznámení informantů s těmito otázkami. Tyto otázky byly rozděleny do dvou oblastí. První oblast byla zaměřena na identifikační údaje dotazovaných informantů a druhá oblast byla zaměřena především na specifika a zkušenosti sester v poskytování péče o klienty se schizofrenní poruchou.

Polostrukturované rozhovory s informanty byly zaznamenávány pomocí mobilního zařízení, a to po předchozím souhlasu účastníků výzkumu s nahráváním těchto rozhovorů. Následně byly tyto rozhovory přepsány a analyzovány.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumné šetření bylo realizováno v rámci Psychiatrické nemocnice v kraji Vysočina, Komunitního centra kraje Vysočina a CDZ kraje Vysočina, kdy z důvodu zachování anonymity nejsou tato zařízení blíže specifikována. Cílovou skupinou tedy byly sestry, které pracují v těchto zařízeních na jakýkoliv úvazek, pracující v systému psychiatrické péče a komunitní péče o osoby se schizofrenní poruchou, což bylo jediným kritériem stanoveným pro tento daný výzkum, ale zároveň tedy záměrným kritériem pro výběr informantů. Oslovení informantů probíhalo přes hlavní sestru nebo přes vedoucí dané pobočky zodpovědnou za své podřízené. Samotné rozhovory poté probíhaly po předchozí domluvě buď osobním setkáním nebo v online prostředí.

V rámci výzkumného souboru proběhlo celkem 10 rozhovorů se sestrami. Ve výzkumné části budou tyto zmiňované sestry označovány jako S1 – S10, a to převážně kvůli zachování jejich anonymity.

**Tabulka 1:** Popis výzkumného souboru

<b>Sestra</b>	<b>Věk</b>	<b>Dosažené vzdělání</b>	<b>Pracovní pozice a úvazek</b>	<b>Délka praxe ve zdravotnictví</b>
<b>S1</b>	38 let	VŠ – Bc.	Staniční sestra PN 1,0	15 let
<b>S2</b>	49 let	SŠ – všeobecná sestra bez odborného dohledu.	Všeobecná sestra PN 1,0	22 let
<b>S3</b>	22 let	SŠ – praktická sestra s odborným dohledem	Praktická sestra PN 0,8	2 roky
<b>S4</b>	31 let	VŠ – Mgr.	Staniční sestra PN 1,0	7 let
<b>S5</b>	32 let	VOŠ – specializace v oboru psychiatrické sestry	Psychiatrická sestra CDZ 0,5	8 let
<b>S6</b>	29 let	VŠ – Bc.	Všeobecná sestra CZD 1,0	5 let
<b>S7</b>	54 let	VŠ – Mgr.	Psychiatrická sestra Komunitní centrum 0,8	30 let
<b>S8</b>	30 let	VOŠ – specializace v oboru psychiatrické sestry	Psychiatrická sestra PN 1,0	6 let
<b>S9</b>	40 let	SŠ – všeobecná sestra bez odborného dohledu	Všeobecná sestra Komunitní centrum 1,0	13 let
<b>S10</b>	24 let	SŠ – praktická sestra s odborným dohledem	Praktická sestra PN 0,8	3 roky

*Zdroj: Vlastní výzkum, 2024*

U sester jsem zjišťovala jejich věk, jakého nejvyššího vzdělání kdy dosáhly, jak dlouhou praxi sestry v rámci zdravotnických zařízení mají, na jaký úvazek toto zaměstnání vykonávají a na jaké pozici v rámci svého oddělení či týmu pracují. Sociodemografická data shrnuje tabulka 1, která je uvedena výše.

Z výše uvedené tabulky je zcela jasné, že informanti, kteří se podrobili výzkumu se pohybují ve věkovém rozmezí 22 let (S3) až 54 let (S7), kdy věkový průměr je zhruba okolo 35 let. Většina ze všech oslovených informantů má dosažené vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání, kdy zbylé čtyři dotazované (S2, S3, S9, S10) mají dosažené středoškolské vzdělání. U informantů (S2, S9) se jedná o typ studia z dřívějších dob, kdy jsou tyto sestry definovány systémem jako všeobecné sestry s působností bez odborného dohledu. Z výše uvedené tabulky lze vyčíst i fakt, že dvě z dotazovaných informantů (S5, S8) získaly specializaci zaměřenou na obor psychiatrie. Informantka S1 a S4 působí jako staniční sestry v rámci Psychiatrické nemocnice kraje Vysočina, dále informanti S7 a S9 pracují jako všeobecné sestry v Komunitních centrech kraje Vysočina a informanti S5 a S6 fungují na pozicích sester v CZD. Délka vykonané praxe ve zdravotních zařízeních se u jednotlivých sester liší. Doba vykonané praxe se v rámci dotazovaných osob pohybuje v rozmezí od 2 let (S3) do 30 let (S7).

Dále bylo v rámci výzkumu zjišťováno, na jaké úvazky sestry v PN, Komunitních centrech a CZD pracují (Tabulka 1). Na plný úvazek pracují v rámci Psychiatrické nemocnice kraje Vysočina sestry S1, S2, S4 a S8, na zkrácený úvazek 0,8 zde pracují sestry označené jako S3 a S10. V Centru duševního zdraví pracuje na plný úvazek pouze informantka S6, dále byla do rozhovoru vybrána informantka zaměstnaná na úvazek 0,5 (S5). V rámci komunitního centra Kraje Vysočina byla spolupráce navázaná s informantkou, která pracuje na úvazek 1,0 (S9) a informantka zaměstnaná na úvazek 0,8 (S7). Doptávala jsem se i na předchozí získanou praxi u sester v CZD a Komunitních centrech. S5, S6 a S9 uvedly, že předchozí praxi získaly v rámci psychiatrické nemocnice, a to konkrétně na příjmacích odděleních. S7 uvedla, že svou praxi získala v rámci Nemocnice kraje Vysočina i PN na interním oddělení, poté se ovšem rozhodla pro změnu, a proto začala pracovat v Komunitním centru Kraje Vysočina.

## 4 Výsledky

V této kapitole jsme popsali výsledky našeho výzkumného šetření. Tyto výsledky vznikly na základě analýzy údajů získaných pro naši bakalářskou práci. V této části práce jsme se zabývaly daty z polostrukturovaných rozhovorů se sestrami. V rámci hlubší analýzy a přehlednější vizualizaci jsme výsledky rozdělili na celkem pět kategorií a osmnáct podkategorií. Těchto zmiňovaných pět kategorií jsme nazvali: Komplexní přístup a strategie péče, Vliv sestry na podporu a edukaci rodinných příslušníků, Interprofesionální spolupráce a koordinace v péči o klienty se schizofrenií, Stigmatizace v rámci profesní role a výzvy v péči o klienty. Odpovědi informantů byly doslovně přepsány a jsou v textu označeny kurzívou.

### 4.1 Výsledky výzkumu

#### ***Kategorie 1: Komplexní přístup a strategie péče***

V kategorii komplexního přístupu a strategiích péče jsme se zajišťovali informace o přístupu sestry ke klientovi, případně jaké strategie využívají sestry při práci s klienty se schizofrenní poruchou. Dále nás zajímalo, jestli sestry přistupují k jednotlivým klientům v rámci zachování jejich individuality. Mezi další, námi vytvořené podkategorie jsme zařadili: způsob přispívání k poskytování péče a podpory, komunikaci s klienty, strategie využívané při zvládání symptomů a nejčastější výzvy spojené s výkonem péče.

#### ***Podkategorie 1: Role sestry při práci s klienty se schizofrenií***

V první podkategorii se většina sester, ať už z Psychiatrické nemocnice kraje Vysočina, tak z Komunitního centra či CDZ při dotazu na danou otázku shodovala na stejné odpovědi. Informantka S2 uvedla: „*V rámci své profese hraju klíčového pracovníka, zároveň mám i určitou roli jako sestry edukátorky*“ Obdobnou odpověď jsme zaznamenali i u sester S3, S6 a S8. S1 uvedla: „*Svoji roli vnímám tak, že je potřeba navázat s klientem s tímto onemocněním dostatečný vztah, ale na profesionální úrovni a zároveň tak díky tomu vybudovat důvěru, kterou ke mně klient může během hospitalizace mít.*“ Informantka S10 uvádí, že taktéž hraje roli klíčového pacienta, ovšem udává, že na oddělení, na kterém momentálně pracuje edukaci tolik neprovádějí, nemůže jako svou roli uvést jako edukátor tak, jako uvedli S2, S3, S6 a S8. Informantky S5 a S9 odpověděli téměř stejnou odpovědí, která u S5 zněla: „*Já zastávám roli všeobecné sestry, starám se o klienty, dojíždím k nim domů a nebo je doprovázím na preventivní vyšetření, pokud*

*chtějí můžu díky spolupráci s psychiatrem komunikovat ohledně medikace apod.*“ S4 uvedla, že taktéž zastává roli všeobecné sestry ovšem tak, že dohlíží na pravidelné užívání farmakoterapie, kontroluje pravidelnou docházku v rámci hospitalizace na sezení s psychologem a psychiatrem. V rámci své práce uvedla informantka S7, že se považuje za sestru v komunitní péči, která napomáhá k běžnému dennímu fungování klienta a dohlíží na pravidelné užívání medikace.

### ***Podkategorie 2: Přístup sestry ke klientovi s respektováním jeho individuality***

Druhá podkategorie obsahuje výpovědi sester, kdy hlavním dotazem byl přístup ke klientovi z hlediska individuality. Při této otázce se mnoho informantek shodlo na stejné odpovědi, a to nezávazně na sobě. S8 uvedla: *„Ke každému klientovi přistupuji jednotlivě, jejich individualitu zachovat musím, protože každý klient je jedinečný a má jiné projevy nemoci.*“ Velmi podobné odpovědi uvedly i S2, S3, S6 a také S10, které se shodovaly, že každý klient, ať už se schizofrenií či s jiným duševním onemocněním je jedinečný a je s ním tak nakládáno. Informantky S1 a S4 uvedly, že se jako staniční sestry nedostanou s klienty do kontaktu tolik, jako jejich podřízení zaměstnanci, nicméně je pro ně důležité, aby se ke každému klientovi přistupovalo s respektem a jako k sobě rovnému. S9 vypověděla: *„Každý člověk, ať už nemocný nebo ne, je jedinečný a musíme k němu přistupovat individuálně. U klientů s duševním onemocněním celkově je nutné, aby se k nim přistupovalo, jako k sobě rovným, jinak by vám většina z nich ani nedůvěřovala.*“ Informantka S5 uváděla většinu již zmiňovaných věcí jako jsou: zachování individuality, jednotlivý přístup apod. S7 zmínila fakt, že: *„U nás v Komunitním centru je to hlavně o individualitě, nemůžete všechny házet do jednoho pytle jenom proto, že mají stejné onemocnění, to by nebylo správné. Zároveň je také důležité, abychom s klienty navázali určitý vztah, který zůstane na profesionální úrovni, ale zároveň si díky němu získáme důvěru klienta, a to je to, co si myslím, že je důležité.*“

### ***Podkategorie 3: Způsob přispívání k poskytování péče a podpory***

Následující podkategorie reprezentuje odpovědi informantek na otázku způsobu přispívání k poskytování péče. S6 na položenou otázku odpověděla, že cílem je především zajištění péče, jako komplexního souboru, tj. nabízení podpory psychoterapeuta, docházení s klienty k lékaři, přispívat k naplnění základních potřeb. S7 zase uvedla fakt, že: *„Jak jsem již zmiňovala, každý člověk je jedinečný, a to se týká i poskytování péče, každého podporujete jinak, jeden klient potřebuje pomoc v běžných*

*denních činnostech a ten druhý by spíš potřeboval služby psychoterapeuta, kterému by se svěřil se svými problémy.*“ S4 uvedla: „Každý klient se schizofrenií má tu svoji bublinu a tu my musíme v rámci té podpory narušit a dostat se do ní, protože jinak bychom mu neporozuměli. Podpora a péče je jiná než u třeba závislostí, kterých tu teď máme hodně. Podporujeme je v jejich dobrých rozhodnutích a snažíme se zamezit těm špatným.“ Informantky S2, S8 a S10 se shodují na faktu, že klienty podporují a vedou k pravidelnému užívání medikace a docházení na psychoterapeutické skupiny. Dále také S2 zmínila, že přispívá k edukaci rodinných příslušníků a blízkých osob. S5 uvedla, že přispívá osobním kontaktem s klienty a mluvou tak, aby ji klienti rozuměli. S1 tvrdí, že přispívá tak, aby klienti měli sociální kontakty, ovládali finanční gramotnost a zvládli se o sebe postarat v běžném životě. S6 uvedla: „Pracuju s třemi fázemi, kterými si klient může procházet, jako je stagnace, přijetí onemocnění a pak takový to, že se s tím smíří. S tím pracuju a v tom se snažím klienta nějakým způsobem podporovat, aby tu nemoc přijmul a naučil se s ní žít.“ S9 se svou odpovědí prakticky vyjádřila stejně, jako S2.

#### ***Podkategorie 4: Komunikace s klienty se schizofrenií***

Podkategorie čtyři obsahuje výpovědi sester dotazovaných na komunikaci s klienty a specifika komunikace. Informantky S3 a S10 uvedli, že se snaží s klientem komunikovat jednoduše a hlavně neagresivně, uvádí však také fakt, že ne vždycky se dá takto s klientem komunikovat. S3 konstatuje: „Snažíme se si zachovat profesionalitu, ale někdy to prostě nejde a musíte na klienta zvýšit hlas a být tak trochu hnusní, zároveň to ale dělám nerada“. Obdobnou odpověď na otázku ohledně komunikace jsme zaznamenali i u S8, ta tvrdí: „Já se fakt snažím, ale někdy vám prostě rupnou nervy a pak člověk bouchne. Pokud máme klienta, který prostě nechce a sám tvrdí, že nebude spolupracovat, tak na něj nějaké chlácholení milou komunikací nezabere, a to pak prostě za ty hodný být nemůžete. Ale v té zaléčené fázi už se s nimi člověk domluví, i když často ten klient bývá podezřívaví třeba vůči nastavené medikace, ale to si pak musí vykomunikovat lékař, to my dělat nesmíme.“ S7 a S9 měli velmi podobné odpovědi. Obě informantky S7 a S9 se shodly na faktu, že pokud chcete pracovat v terénních komunitních službách musíte mít tzv. „nervy z ocele“ jak obě tvrdí. Dle S7 je totiž: „Komunikace při práci v terénu klíčová, setkáváme s klienty v jejich přirozeném prostředí doma nebo na neutrální půdě někde v kavárnách. Vaše komunikační schopnosti proto musí být dobré, nechcete způsobit poprask někde v kavárně nebo parku, to by tomu nemocnému ještě víc uškodilo, než pomohlo. Moje snaha, co se komunikace týče je

*především v tom, abych jednala klidně, přátelsky a aby se ze mě klient měl pocit, že mi může důvěřovat.* “ S1, S2 a S6 se při doptávající otázce na to, jak komunikují s klientem se schizofrenií, který je agresivní shodly na tom, že v těchto případech často komunikovat nelze. S2 tvrdí: *„Klienty v tu chvíli nezajímá nic a nikdo, takže komunikace v těchto situacích vážně, hodně vážně. Voláme doktora a řešíme s ním co a jak, to totiž fakt nechcete, aby vás někdo v amoku pomlátil.*“ S5 tvrdí, že komunikace je klíč a prevence toho, aby klient díky svým stavům začal být agresivní. S4 uvedla: *„ Ta komunikace, ta je taky velmi důležitá. Důležitý jsou takový ty jednoduchý otázky spíš jako. Záleží taky na tom stádiu, když je to takový jako akutní a mají halucinace, tak ani komunikovat nechtějí, protože jak jsou pod vlivem, tak poslouchají jenom ty svoje hlasy. Když se ale dostanou z téhle fáze, tak pak už to jde.* “

#### ***Podkategorie 5: Strategie ve zvládnání symptomatických projevů schizofrenie***

Pátá kategorie reprezentuje zvládnání symptomatických projevů, mezi které řadíme halucinace či bludy. V této otázce měly všechny informantky prakticky stejné odpovědi. S1, S2, S3, S4, S8 a S10 se v rámci práce v psychiatrické nemocnici shodovaly v tom, že klientovi schizofrenní poruchou tyto bludy či halucinace nevyvracíme, zároveň je ale důležité mu tyto stavy ani nepotvrzovat. S4 také uvedla: *„Teď vznikl nový trend. Ten trend se jmenuje deeskalace a zvládnání pacienta. Funguje to tak, že když má ten klient nějaký tyhle stavy, tak mu máme poskytnout nějakou místnost, kde ten klient bude sám v místnosti, kde bude třeba jen sedací pytel a ten klient se s tím bude moc vypořádat sám po svém, my ho tam prostě necháme s jeho myšlenkami, ale dáme pozor, aby si nijak neublížil.*“ Pojem deeskalace zmiňují také S5, S6, S7 a S9, které v rámci CZD a Komunitního centra Vysočina podstoupily seminář v Praze týkající se tohoto nového trendu. S7 k deeskalaci klienta uvedla: *„Je to teď nějaká novinka v oblasti poskytování péče klientům s duševními poruchami. Cílem je, aby se klient zvládnul vypořádat se svými vlastními myšlenkami a zároveň se psychicky uklidnil a dal do pohody. Může k tomu docházet za užití určitých antistresových pomůcek nebo pokud má klient u sebe mobilní telefon a sluchátka může poslouchat nějakou oblíbenou nebo relaxační hudbu. Zkrátka mu dopřát to, co má rád. My osobně jsme to prozatím praktikovat nezačaly, z velké části je to také tím, že jsme terénní služba a ke klientům dojíždíme na pouze omezený čas.* “



### ***Podkategorie 6: Nejčastější výzvy spojené s poskytováním péče***

V kategorii nejčastějších výzev jsme se zaměřili na výzvy nejčastěji spojené s péčí poskytovanou klientům se schizofrenií. S2 uvedla: *„Nejčastěji se setkáváme s demotivací. Pacienti jsou zde na psychiatrickém oddělení nedobrovolně, se svými příznaky nechťejí nic dělat a ani nemají tu motivaci a snahu o to, aby se jejich stav, jakkoliv zlepšil. Ti pacienti nám tady pak jenom leží, všechno odmítají, no prakticky zbytečná hospitalizace, když ten člověk nechce pomoc.“* Podobně jsou na tom s otázkou nejčastějších výzev i S3, S6, S8 a také S10, které jako největší problém zmiňují velmi často těžkou demotivaci s tím, že klienta opravdu nejde ničím namotivovat. S7 udává že: *„U většiny těchto klientů bývá problém v rodinných sítích, ty klienti se fakt nemají na koho obrátit, nemají na světě nikoho a mají pouze nás.“* zároveň také zmiňuje případ, kdy klient neměl opravdu nikoho a oblíbil si informantku S7 natolik, že jí začal i pronásledovat a psát na sociálních sítích, kde jí vyznával své city. S7 dodala: *„To se stalo opravdu jenom jednou a dodnes lituji toho, že jsem to nechala zajít takto daleko.“* Na tom, že většina klientů se schizofrenním onemocnění, kteří mají nefunkční rodinný systém se shodují ve svých odpovědích i S1 a S5. S9, která pracuje v Komunitním centru, jako největší výzvu uvedla: *„Největší výzva je pro nás práce s Psychiatrickými nemocnicemi, jelikož o klientech i v komunitní péči stále rozhodují psychiatři, kteří kolikrát klienta ani pořádně neznají, ale o jeho budoucnosti rozhodovat můžou. Oni prostě neznají ty klienty tak, jako je známe my a na naše pocity a rady ohledně klienta taky nedají. Občas se stane, že se setkáme s nespoluprací ze strany klienta, pokud je těchto nespoluprací vícero, pak není důvod ve spolupráci s klientem pokračovat a pracovní vztahy se ukončují.“* S4 pro změnu uvedla, že největší obtíž vnímá v tom, že hospitalizovaní klienti často nemají zázemí, do kterého by se mohli po ukončení hospitalizace vrátit.

### ***Kategorie 2: Vliv sestry na podporu a edukaci rodinných příslušníků***

V kategorii o vlivu sestry na podporu rodinných příslušníků jsme zjišťovali, zdali sestry v rámci své profese napomáhají nejen klientům se schizofrenií, ale také rodinným příslušníkům těchto klientů. Zajímalo nás, jestli sestry edukují tyto rodinné příslušníky nebo je podporují i jinými způsoby.

### ***Podkategorie 1: Role sestry v podpoře a edukaci rodinným příslušníkům***

Podkategorie jedna reprezentuje odpovědi sester na dotaz, zdali zastávají určitou roli (popřípadě jak velká tato role je) při edukaci či podpoře rodinných příslušníků. S2 uvedla: „*Role je velká, rodiny chtějí vědět o nemocném informace, ty jim sice může poskytnout pouze lékař, ale my zas můžeme zajistit pomoc po psychické stránce.*“ S1, S3, S4, S4, S7 a S9 zastávají roli edukátorek, kdy poskytují rodinám informační letáčky o onemocnění nebo je seznamují s danou problematikou onemocnění celkově. S5 napomáhá takovým způsobem, že propojuje rodinu daného klienta s ošetřujícím lékařem nebo psychoterapeutem a S8 a S10 měli podobnou odpověď s tím, že S10 dodala: „*Moje role je hlavně motivační, snažím se ty rodiny motivovat, aby vydrželi a byli trpěliví s jejich nemocným příbuzným.*“

### ***Podkategorie 2: Vliv odborné znalosti při edukaci rodinných příslušníků***

Dále nás zajímalo, zdali odborná znalost hraje určitou roli při edukaci rodinných příslušníků. Na tuto otázku byly pouze dvě odpovědi. Roli edukátorek zastávají dle předešlé otázky S1, S2, S4, S6, S8, S9 a S10, ty tvrdí, že odborné znalosti jsou důležité, jelikož bez nich by dané informace nebyly dostatečně validní a mohly by tak podvědomě zhoršit danou situaci a strach blízkých o klienta se schizofrenií. Naproti tomu, když jsme tento dotaz položili S5 uvedla: „*Já rodiny needukuju, není to v mé kompetenci, proto to dělat nebudu, ale věřím, že odborná znalost je potřeba.*“ informantky S5 a S7 uvedly, že se s rodinnými příslušníky v terénu zas až tolik nesetkávají proto se nemohou považovat za edukátory, zároveň ale tvrdí, že odborná znalost je potřebná, a to nejen při edukaci.

### ***Kategorie 3: Reintegrační péče a strategie pro zapojení klientů do komunity***

Třetí podkategorie obsahovala otázky spojené se začleněním klienta se schizofrenií do komunitní péče. Dále v této kategorii zazněla otázka týkající se toho, jaké zkušenosti mají sestry se začleněním klienta zpět do běžného života. Zajímalo nás, zdali sestry pracující v PN, Komunitních centrech a CDZ využívají určité integrační strategie či nikoliv.

#### ***Podkategorie 1: Zkušenosti s poskytováním péče a podpory při návratu do běžného života***

Podkategorie jedna obsahuje výpovědi sester na již zmiňované strategie a zkušenosti spojené se začleněním klienta zpět do běžného života. S8 uvedla: „*U nás to funguje tak,*

*že když už jsou ty lidi nějakým způsobem zaléčení, zkoušíme je postupně pouštět na propustky, nejdřív je to na odpoledne, pak třeba celý den, pak víkend a podobně, když to pak ale nefunguje, tak se to pak jede zase celý od začátku, a to je pak na nic.*“ Fakt, že klienty propouštějí na propustky zmiňují i S2, S3 a S10. Informantka S6 uvedla, že v rámci své profese může klienty, kteří využívají služby CDZ doprovázet i na různá vyšetření např. na preventivní prohlídky k lékaři, pokud mají pocit, že by to samotní nezvládli. S1 a S4 se odpovědí téměř shodovali, že pokud se u nich vyskytuje klient, který je vhodným adeptem k propuštění a potřebuje ještě služby komunitní péče či CDZ, domluví se s těmito týmy a ty opakovaně klienta navštěvují již během hospitalizace. S5, S7 a S9, které pracují v komunitním centru a CDZ potvrdily, že navštěvují klienty již během hospitalizace a poté jim pomáhají k návratu do běžného sociálního fungování, dále dodaly, že také hodně záleží na motivaci klienta.

#### ***Podkategorie 2: Strategie využívané při integraci klienta do komunitního života***

Na předchozí otázku jsme navázali otázkou, ve které nás zajímalo, jaké strategie využívají sestry při integraci klienta do komunitní péče. S5 uvedla: *„Mezi mojí hlavní strategií, kterou používám patří hlavně to, že podporuji klienta v jeho samostatnosti, od začátku ho podporuji ve zplnomocnění, chceme dosáhnout toho, aby klient nebyl nečinně závislý na sociální podpoře a dokázal samostatně fungovat v běžném životě.*“ Podobnou odpověď uvedla i informantka S6, jelikož pracuje ve stejném zařízení jako S5. S7 a S9 se shodovali v tom, že se snaží co nejvíce osamostatnit klienta. S1 uvedla: *„Mezi strategie řadím využití psychosociální podpory, a to hlavně ze strany rodinných příslušníků pacienta, protože i ta může sehrát hlavní roli v tom znovu navrácení do normálního života.*“ S2 a S3 odpověděli téměř stejně, uvedli, že se snaží v rámci strategie umožnit klientovi pobyt na propustkách, aby si zkusil, jaké to je postupně opět žít tzv. „normální život“. Dále pak od S4, S8 a S10 zaznělo, že se snaží v rámci strategie začlenění do komunitního života začlenit i rodinu nemocného a tím se téměř přiblížili odpovědím informantky S1.

#### ***Kategorie 4: Interprofesionální spolupráce a koordinace v péči o klienty se schizofrenií***

V kategorii čtvrté jsme se soustředili především na pracovní vztahy mezi jednotlivými profesními týmy, které zastávají péči o klienty se schizofrenními poruchami. Z kladených jsme vytvořili dvě podkategorie: koordinace mezi různými profesionálními týmy a spolupráce s ostatními členy profesionálních týmů.

### ***Podkategorie 1: Koordinace mezi různými profesionálními týmy***

Tato podkategorie byla přínosná v rámci zjištění, jakou roli zastávají sestry v oblasti multidisciplinárních týmu a jiných profesionálních týmů. Informantka S1 uvedla: „*Velkou roli, všechny propojujeme, máme pravidelné sedánky s primářkou našeho oddělení, na kterých jako tým můžeme probírat různé klienty a jejich potřeby. Na tyto sedánky chodí sociální pracovník, primářka, psychologka a psychoterapeutka se kterými řešíme veškeré problémy.*“ Velmi podobnou odpověď uvedla i S4, sama dodala, že to takto dělají všechny staniční sestry v PN. S5, S6, S7 a S9 v rámci komunitního centra a CZD uvedli, že zastávají roli koordinátorky ve smyslu propojení klienta s případným psychiatrem, a to zejména při obtížích, popřípadě mohou domluvit i rehospitalizace klienta na psychiatrickém oddělení. S3 uvedla: „*Nejsem tady tak dlouho, abych měla zkušenosti s koordinováním, každopádně klienty i rodinné příslušníky můžeme při různých stavech propojovat ať už s doktorem nebo psychiatrickou, kterou tady máme.*“ S2 a S8 se shodli, že koordinátoři jsou velcí, konkrétně S8 uvedla: „*Já mám pocit, že bez nás by to ty doktoři prostě nedali, jsme tady takový ten stěžejní kámen, co to drží pohromadě a všechno propojuje.*“

### ***Podkategorie 2: Spolupráce s ostatními členy profesionálních týmů***

Na předešlou otázku jsme navázali, a to pomocí otázky, jaká je vaše spolupráce s ostatními členy týmu v rámci komplexní péče pro klienty se schizofrenní poruchou. Na tuto otázku S5 uvedla: „*Naše spolupráce je veliká, úzce pracujeme s multidisciplinárním týmem, chodíme na komunity, provádíme různé metodické postupy a pracujeme uvnitř jako tým, a to je to důležité, někdy jsou ty spolupráce sice těžší, ale nakonec si vždycky nějak vyjdeme vsříc.*“ Odpověď zazněla velmi podobně i u S6, S7 a S8. Informantka S3 uvedla: „*Snažíme se pracovat jako tým, občas to teda vážne, ale to víte, někteří doktoři si prostě myslí, že sestry jsou oproti nim úplněj nic, jinak to ale docela jde.*“ S1 a S4 uvedly, že jejich oddělení také spolupracují s Peer osobami, které se sdílí svoje zkušenosti s duševním onemocněním s hospitalizovanými klienty. S10 udává: „*Spolupráce je dobrá jak mezi lékaři, tak klienty, vím, že na jiných odděleních bývají sem tam problémy, ale u nás dobrý. Spolupracujeme s komunitními centry, Centry duševního zdraví anebo chráněným bydlením, to je taky super. Spolupráce s nimi je fajn, aspoň je pak o ty lidi postaráno.*“ S2 a S9 uvedly, že je spolupráce dobrá a funguje tak jak by měla fungovat.

### ***Kategorie 5: Stigmatizace v rámci profesní role a výzvy v péči o klienty***

V rámci poslední kategorie jsme se zabývali zvládnutím stereotypů a stigmatizace v rámci profesní role a také výzvami, které jsou spojené s péčí o klienty se schizofrenní poruchou. Díky pokládaným otázkám jsme vytvořili čtyři podkategorie, které se zabývali: Způsobem vypořádání sestry se stigmatizací a stereotypy v rámci profesní role či osobního života, obtížnými situacemi, které mohou nastat v rámci poskytování péče klientům se schizofrenií, využitím vzdělávacích a odborných zdrojů a zlepšením podmínek v rámci poskytované péče.

#### ***Podkategorie 1: Způsob vypořádání sestry se stigmatizací a stereotypy v rámci profesní role či v osobním životě***

První podkategorie referuje o způsobech vypořádání se se stereotypy, které jsou spojeny se schizofrenií poruchou a duševními chorobami celkově. Informantka S7 uvedla: „*My v rámci komunitního centra provádíme pro školy a širokou veřejnost různé společenské akce, na kterých edukujeme o veškerých duševních poruchách, včetně schizofrenních poruch. Snažíme se tak těmto onemocněním udělat osvětu a cílem je, aby veřejnost neměla předsudky vůči klientům, kteří mají určitou formou duševního onemocnění.*“ Podobnou výpověď uvedly i S5, S6 a S9. V osobním životě se tyto informantky S5, S6, S7 a S9 včetně S1 a S3 shodli v odpovědích tak, že komentáře od například blízké rodiny a kamarádů ignorují. S4 uvedla: „*V rámci profesní role se snažíme edukací zamezit případným omylným domněnkám, co se týká mého osobního života, tak ať si každý myslí, co chce, já se k tomu nevyjadřuju, lidi vždycky budou na všechno největší odborníci, co je ovšem nejvíce zavádějící jsou ty filmy, co dávají v televizi, to lidem prostě blbne hlavy.*“ S1 také zmiňuje ve svých odpovědích negativní dopad kinematografie z psychiatrického prostředí na lidskou populaci. Na doptávající otázku, proč má tyto pocity odpověděla: „*Lidem to akorát plete hlavu, mají pak představy, že je tady mučíme elektřinou a týráme nebo kdo ví co.*“ Později dodává, že pojmem tzv. „mučení elektřinou“ myslela elektrokonvulzivní terapii. S2 a S8 odpověděli částečně stejnou odpovědí, S2 uvedla: „*V osobním životě tuto věc neřeším, v profesním životě si myslím, že také předsudky nejsou.*“; s totožností jsme se setkali v první části odpovědi, odpověď se ale lišila v druhé části odpovědi, kdy S8 uvedla: „*I na profesní úrovni se stále setkáváme s tím, že některé starší sestry tuto nemoc úplně neuznávají a považují ji za banální věc.*“

### ***Podkategorie 2: Obtížné situace v rámci poskytování péče klientům se schizofrenií***

V podkategorii dvě jsme zkoumali, s jakými obtížnými situacemi se mohou sestry setkat při poskytování péče o klienty se schizofrenní poruchou, a jak se s nimi vyrovnávají. S10 uvedla: *„Za obtížnou situaci považuji agresivitu pacienta. Ten pacient je naštvaný, nechce komunikovat a nejraději by všechno rozmlátil, to pak máte až strach o to, aby vám neublížil. Vyrovnávám se s tím většinou až doma tak, že si jdu třeba zacvičit nebo jdu na procházku se psem, jinak si na to ten člověk už za tolik let praxe tak nějak zvykne.“* Odpověď, že jednou z nejobtížnějších situací může být právě zmiňovaná agrese pacienta uvedly ještě S1, S3, S4, S5, S6, S8 a S9. Další informantky, S2 a S7 považují za obtížnou situaci nespolupracujícího klienta i rodinu. Odpovědi sester na otázku: Jak se s těmito situacemi vyrovnávají byly velmi podobné. S1 chodí na procházky se psem. S3 si doma ráda přečte kvalitní knihu. S6 uvedla: *„Vyrovnávám se s tím tak, že práci si netahám domů, jakmile zavřu dveře, všechno ze mě opadne.“* S8 a S9 tráví čas se svými dětmi. S4 jezdí s přítelem na ryby a poslouchá relaxační muziku.

### ***Podkategorie 3: Využívání vzdělávacích a odborných zdrojů***

V předposlední podkategorii jsme referovali o tom, zdali se sestry podrobují pravidelnému zaškolování, jestli využívají v rámci své praxe i odborné zdroje či literaturu nebo docházejí na určité vzdělávací kurzy a semináře. S5, S6, S7 a S9 uvedly, že v rámci komunitního centra docházejí jednou ročně na pravidelný dvoudenní 12 hodinový seminář, kde se dozvídají novinky v oblasti poskytování zdravotní péče a podobně. S3 a S10 si v rámci pracovních podmínek dodělávají vysokoškolské vzdělání. S3 uvedla: *„Ne že by mě to bavilo, ale jestli to pro tu práci musím mít, tak to prostě udělám.“* Oproti tomu informantka S10 uvedla: *„Dodělávám si teď vysokou, baví mě to, uvažuji i o specializace pro psychiatrii, až dostuduju vysokou školu.“* S1 uvedla, že v rámci školení staničních sester dojíždí na do Prahy na semináře a kurzy ohledně nových trendů při práci s klienty s duševními poruchami. Podobnou odpověď uvedla i staniční sestra S4. S8 si ráda hledá na internetu vzdělávací kurzy ohledně poskytování péče klientům se schizofrenními poruchami. S2 se přiznala, že občas vyhledává informace na internetu, zároveň si ale přečte i odbornou literaturu spojenou s péčí o klienty s veškerými duševními poruchami.

#### ***Podkategorie 4: Zlepšení podmínek v rámci poskytování péče***

V poslední podkategorii jsme se zeptali informantek, zdali by chtěly zlepšit podmínky v rámci poskytování péče o klienty se schizofrenními poruchami. S2 uvedla: „*V rámci péče bych chtěla modernizovat nemocnici pro klienty, přece jenom některé části našeho areálu jsou poněkud zastaralé a klient se v nich nemusí cítit úplně příjemně.*“ S obdobnou odpovědí jsme se setkali i u S4, S8 a S10. S4 také uvedla: „*Chtěla bych, aby se v rámci péče zlepšila i prevence a osvěta, lepší informovanost společnosti o duševním zdraví a prevenci duševních chorob by mohla snížit stigmatizaci spojenou právě s duševním onemocněním.*“ Informantky S6, S8, a S10 uvedly, že by byli rádi, pokud by u klientů docházelo k časné intervenci, která by mohla pomoci včasnému zásahu a zlepšila by následky spojené s pozdní intervencí. S1 by chtěla zlepšit dostupnost služeb stejně jako S3 a S5. S1 se domnívá, že snížení čekacích dob na dostupnou psychiatrickou péči by mohlo pomoci lidem s duševními problémy, a to jak v ambulantní péči, tak i pro hospitalizace. Dále dodala: „*Často se stane, že klienti, kteří nemají dostatečné sociální zázemí dochází opakovaně na rehospitalizace, i když to vlastně tolik nepotřebují, jenom třeba nemají kde spát a tím blokují volná místa pro klienty, kteří by třeba zrovna hospitalizaci potřebovali k tomu, aby neublížili sobě ani svému okolí.*“ S7 se domnívá, že by v rámci komunitní péče mohla být zlepšena podpora sociálního začlenění, kdy by někteří sociální pracovníci mohli lépe napomáhat klientům s duševními poruchami nacházet vhodné aktivity či komunity k začlenění. Podobnou odpovědí odpověděla i S9.

## 5 Diskuse

Podle třech stanovených cílů této bakalářské práce, kterými jsou: *Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o osoby se schizofrenními poruchami, Jakým způsobem je sestrami zajišťována ošetrovatelská péče o osoby se schizofrenními poruchami a Jaké činnosti vykonávají sestry při péči o osoby se schizofrenními poruchami*, jsme provedli analýzu důležitých informací, kterou jsme popsali ve vypracovaných kategoriích a podkategoriích. Námi vytvořené výzkumné otázky se zaměřují především na poskytovanou péči sestrami při práci s klienty s onemocněním schizofrenie, jaká specifika tato práce obnáší a zdali se dotazované sestry podrobují školením a celoživotnímu vzdělávání. Vzhledem k rozmanitosti zařízení, ve kterých dotazované informantky pracují, jsme se v některých částech odpovědí setkali s rozdíly a rozdílnými názory sester z psychiatrických nemocnic oproti sestram z komunitních služeb. Podle našeho názoru tyto rozdílné názory vznikají z důvodu, že psychiatrické nemocnice se zaměřují spíše na akutní problémy klientů oproti komunitním službám, které se zaměřují na problémy dlouhodobého rázu.

První kategorie nám referuje o tom, jakou roli zastává sestra při své práci. V této části jsme se zaměřili na nejčastější specifika, která jsou spojená z výkonem sesterské práce. Podkategorie *role sestry při práci s klienty se schizofrenií* odhalila, že dle informantů S2, S3, S6 a S8 zastávají sestry v rámci péče roli klíčového pracovníka. Jak uvádí Janati et al. (2018), sestra zastává roli „case managera“ pro lepší organizaci péče ve zdravotních zřízeních, dále také vykonává důležitá rozhodnutí, ze kterých následně vyvodí důsledky ke zlepšení péče. Zároveň určité informantky uvedly, že při své pracovní pozici provádějí i edukační činnost, kdy udávaly edukační činnost nedílnou součástí při péči o hospitalizovaného klienta. V tomto směru se shoduje i Svěráková (2012), která dokazuje, že pokud sestra edukuje a pravidelně motivuje jak klienta, tak i jeho rodinné příslušníky, kteří se podílejí na ošetrovatelské péči, je mnohem vyšší míra pravděpodobnosti v dosažení efektního a kvalitního léčebného režimu. S rolí edukátorky se neztotožnily sestry S2, S3, S6, S8 a S10, které uvedly, že při svém povolání tuto činnost nevykonávají z důvodu jiného pracovníka zaměstnaného na zastání této role. Dále jsme se ptali informantek na způsob přístupu ke klientovi, kdy jsme se dozvěděli, že individuální přístup ke každému klientovi je důležitý, jelikož každý klient vyžaduje jiný přístup a má jiné potřeby. Na téma individuálního přístupu se vyjadřuje i Lockwood et al. (2004),



který popisuje, že během zachování klientovi individuality dochází u klienta k lepší adaptaci na prostředí nemocničního zařízení. Je také důležité zmínit, že z hlediska zachování lidské individuality může klient se schizofrenní poruchou docházet pravidelně na individuální psychoterapii, která pro schizofrenního klienta může být daleko nápomocnější na rozdíl od psychoterapeutických skupin (Lockwood et al., 2004). Z našeho úhlu pohledu je individuální přístup ke klientům nesmírně důležitou součástí ošetrovatelské péče, jelikož každý klient má, již výše uvedené, jiné potřeby. Díky lidskému přístupu a zachování lidské individuality totiž můžeme dosáhnout lepší důvěryhodnosti a komunikace s klientem. Jako další nás také zajímalo, jakým způsobem sestry přispívají k poskytování péče, kdy informantka S6 uvedla, že v rámci přispívání péče poskytuje klientům soubor komplexní péče, kdy se snaží zajistit veškeré biopsychosociální oblasti klientova života. S2, S8 a S10 kladou důraz na pravidelné užívání farmakoterapie, ke kterému se snaží klienty vést. S důležitostí ohledně brání medikace se ztotožňuje i Findlay et al. (2015). Ten udává, že pokud pacient se schizofrenií nebude pravidelně užívat medikamentózní léčbu, hrozí mu riziko rozvoje halucinací a bludů s následným ohrožováním sebe i svého okolí (Findlay et al., 2015).

Komunikaci z velké části ovlivňuje konkrétní stav klienta, pokud se klient nachází v akutním stádiu onemocnění, kdy hlasy v jeho hlavě negativně ovlivňují schopnost spolupráce, může být úroveň komunikace, jakkoliv dobrá, a i tak klienta přivede k neklidu až agresivitě (Berry et al., 2015). S touto studií se v několika případech shodovaly výpovědi dotazovaných informantek. Konkrétně s S2, S7, S8 a S9. Dozvěděli jsme se fakt, že se sestry snaží s klienty komunikovat srozumitelně, v jednoduchých větách a neagresivně. To souvisí i s tím, co tvrdí Bankovská Motlová (2012). Ta uvádí, že je vhodné komunikovat méně a je také velmi důležité s nemocným komunikovat v krátkých a srozumitelných větách tak, aby klient správně pochopil probíhající konverzaci. Z našeho pohledu jsou tato tvrzení ze strany informantek logická, chápeme důvody jednoduchosti komunikace a díky našim zkušenostem s péčí o klienty se schizofrenními poruchami se ztotožňujeme s těmito tvrzeními.

Dále nás zajímalo, zdali se sestry potýkají s výzvami, kterým musí v rámci své profese čelit při péči o klienty se schizofrenními poruchami. Informantky S1, S2, S3, S4, S8 a S10 uvedly, že se nejčastěji setkávají s demotivací klienta, kdy je pro celý multidisciplinární tým velmi těžké namotivovat klienta tak, aby měl alespoň určitou vůli ke znovu vylepšení jeho zdravotního stavu a tím pádem i rychlejšímu propuštění

z hospitalizace zpět do běžného života. S tím, že klienti se schizofrenií často mají projevy demotivace, zmiňuje i Alleman et al. (2020). Ten poukazuje na fakt, že klient, který není motivovaný k tomu, aby se zlepšil jeho stav není ano obeznámen se situací, která může díky jeho demotivaci nastat. Sestry pracující v komunitních službách a Centrech duševního zdraví uvedly za jednu z největších výzev spolupráci s psychiatrickými nemocnicemi, jelikož se tyto sestry často setkávají s nespoupráci ze strany ambulantičních psychiatrů. S pomocí těchto psychiatrů by totiž mohlo docházet k včasým zásahům a preventivním opatřením, která by mohla zamezit případným relapsům a díky nim i rehospitalizacím.

V neposlední řadě nás zajímalo, jakými způsoby se sestry vypořádávají s případně vzniklými symptomatickými projevy, které mohou onemocnění schizofrenie doprovázet. Mezi tyto symptomatické příznaky můžeme řadit například halucinace, které jsou popisovány jako šalebné vjemy, které nejsou založeny na vnímání reálných objektů. Klient, který zrovna prožívá halucinace mohou být, ačkoliv nereálné, sluchové, zrakové i čichové (Orel et al., 2012). Během těchto symptomatických projevů uvedly sestry S1, S2, S3, S4, S8 a S10, že tyto „hlasy“ klientovi nepopíráme, ale ani nepotvrzujeme. Dále jsme se setkali během výzkumu s pojmem *deescalace*, který je v rámci péče o klienty s duševními poruchami poměrně nový, ačkoliv je to metoda využívaná při komunikaci s klientem. Tato nová metoda by mohla prakticky zastat název „zklidnění agresivního nebo neklidného pacienta“ (Hallett et al., 2017). Informantky poreferovali na téma *deescalace* způsobem, že se nejedná o zklidnění pouze agresivního klienta, ale také klienta s depresivním či úzkostným stavem. Bowers (2014) uvádí, že v současné době nelze validně popsat pojem *deescalace*, jelikož neexistují žádné systematické popisy toho, co tento pojem vlastně doopravdy znamená.

Druhá kategorie, společně s kategorií třetí referují o tom, jaký vliv hraje role sestry na podporu a edukaci rodinných příslušníků a také o tom, jaké strategie jsou sestrami napříč Českou republikou využívány při reintegraci klienta zpět do běžného prostředí či komunitního života. Podkategorie *role sestry v podpoře a edukaci rodinných příslušníků* přinesla zjištění, že role při podpoře rodinných příslušníků je ve značné míře velmi podstatnou součástí ošetrovatelské péče. Ocisková et al. (2015) poukazují na fakt, že podpora nejbližších a rodiny, u klientů se schizofrenní poruchou, má zásadní vliv na kvalitu života lidí, kteří se léčí s tímto duševním onemocněním. Informantky S1, S3, S4, S7 a S9 uvedli, že zastávají roli edukátorek a ztotožňují se svými odpověďmi s literaturou

od Ociskové et al. (2018), kdy uvedly, že podpora rodiny opravdu ovlivňuje i zdravotní stav klienta. Zbylé sestry zmínily pomoc v rámci psychoterapeutických sezení pro rodinné příslušníky. Foruzandeh et al. (2013) se shodují s touto odpovědí. Podporovat a poskytovat péči rodinnému příslušníkovi se schizofrenní poruchou může být pro ostatní členy rodiny emočně i psychicky náročné. Podpora těchto blízkých osob ze strany zdravotního personálu může být velmi přínosná (Foruzandeh et al., 2013). Během našeho výzkumu jsme se informantek také doptávali, *jaký vliv má odborná znalost na edukaci rodinných příslušníků*, kdy informantky dominovali totožnou odpovědí, kterou bylo, že znalosti při edukaci považují za velmi důležité. I my zastáváme v této diskusi stejný názor, a to hlavně z důvodu, že pokud nebudou sestry dostatečně znalé na edukované téma, mohou díky tomu poskytovat nevalidní informace, které mohou místo přilepšení naopak zhoršit stav nejen klienta, tak i rodinných příslušníků.

Začlenění klienta při návratu zpět do běžného života je pro sestry nedílnou součástí jejich pracovní náplně. Po propuštění z hospitalizace je důležité klienta integrovat zpět do běžného sociálního fungování (Slowík, 2016). Vágnerová (2008) se shoduje v tom, že je důležité klienta integrovat zpět do běžného života a dále přidává, že je důležité podporovat klienta v jeho aktivizaci a samostatnosti. Sestry S2, S3, S8 a S10 také zmiňují osamostatnění klienta. V rozhovorech také zaznělo, že klienti jsou v rámci reintegrace propouštěni na tzv. „propustky“. Tyto terapeutické propustky udělují ošetřující lékaři. S2 dodala: *„Během těchto terapeutických propustek musí klient pravidelně užívat naordinovanou medikaci, dále nesmí konzumovat omamné látky a porušovat dietní zásady stanovené s jeho diagnózou.“* V rámci Center duševního zdraví jsme se dozvěděli, že sestry mohou klienty v případě potřeby doprovázet i na preventivní vyšetření k obvodnímu lékaři apod. V rámci stanovené otázky jsme se doptávali na téma *strategií využívaných při integraci klienta do komunitního života*. Sestry z psychiatrických nemocnic uvedly, že v rámci strategií využívají psychosociální potřeby ze strany rodinných příslušníků. Dále se zmínili o pravidelném docházení Komunitních cen do těchto nemocnic za účelem komunikace s klienty, kteří by potřebovali i po hospitalizaci potřebnou pomoc v běžném fungování. S funkcí komunitních služeb se ztotožňuje i Angelovská (2022), ta zmiňuje, že cílem plánovaného propuštění je bezpečné propuštění rizikového pacienta z akutní péče do péče v jeho přirozeném sociálním prostředí nebo do navazujících zdravotně-sociálních služeb.

Ve čtvrté kategorii jsme s informantkami referovali o koordinaci mezi různými profesionálními týmy v rámci péče o klienty se schizofrenními poruchami. V rámci této otázky jsme se také doptávali na podotázku, jak sestry zvládají spolupracovat s ostatními členy těchto multidisciplinárních týmů. Sestry v těchto případech uvedly, že spolupráci s multidisciplinárními týmy považují za velice přínosnou část péče o klienty se schizofrenií. Taberna (2020) zastává názor, že hlavním cílem multidisciplinárního týmu je přivést dohromady tým zkušených odborníků ze všech oblastí péče tak, aby se co nejlépe dostalo pomoci klientovi, který má určitou duševní poruchu. V rámci multidisciplinárních týmů také může být poskytována asertivní komunitní léčba, tzv. asertivní case management (Hangan, 2006). Tento asertivní case management aktivně a intenzivně oslovuje klienty s duševními chorobami. Zároveň Hangan (2006) popisuje, že model Case managementu Assertive Community treatment (ACT) využívá právě zmínovaných multidisciplinárních týmů, které mají pět a více osob k tomu, aby se většinu služeb snažili poskytovat sami. S5, S6, S7 a S9 uvedly, že v rámci práce v Komunitním centru a CDZ zastávají hlavní roli koordinátorek, jelikož propojují s ostatními poskytovateli péče a jinými službami. Což v kontextu udává fakt, že propojují například klienta se službami psychiatra, psychologa či psychoterapeuta. Informantky S1-S10 zmínily, že v rámci své profese docházejí na pravidelné komunity, supervize nebo také intervize. Supervize označuje Hines (2006) za relevantní a profesionální a priori, neboť díky nim lze dostatečně udržovat kvalitu služeb ve prospěch klienta. Z našeho pohledu je funkčnost multidisciplinárního týmu zásadní v poskytování kvalitních služeb, a to ať už klientům se schizofrenní poruchou, tak i klientův s jinými duševními chorobami.

V rámci poskytování ošetrovatelské péče personálem Psychiatrických nemocnic, Komunitních center a CZD, je nedílnou součástí pravidelné vzdělávání sester v těchto zařízeních. Zde jsme na kladené otázky dostali odpovědi dvou informantek ohledně studování vysokoškolského studia, které je v dnešní době neodmyslitelnou součástí pro samostatnost práce. Informantky S5, S6, S7 a S9 uvedly, že v rámci komunitního centra docházejí jednou ročně na pravidelný dvoudenní 12 hodinový seminář, kde se dozvídají novinky a současné trendy v oblasti poskytování zdravotní péče. V rámci poskytování ošetrovatelské péče by se sestry měly celoživotně vzdělávat, v rámci nových celosvětových trendů lze docházet na pravidelné semináře a workshopy, kde se mohou sestry přiučit a zdokonalovat ve svých teoretických znalostech a praktických činnostech

(Heesung et al., 2016). Sami zastáváme názor, že ošetřující personál by se měl celoživotně vzdělávat v oblastech, ve kterých provádí určitou činnost.

V závěru diskuse lze konstatovat, že se jednalo o kvalitativní šetření, které mělo posloužit jako sonda do poskytování péče o klienty se schizofrenními poruchami a tím pádem nastínit i případné další možné směry hlubšího, navazujícího výzkumu. Touto prací mělo být poukázáno na důležitost práce zdravotních sester v Psychiatrických nemocnicích, Komunitních centrech a Centrech duševního zdraví v rámci poskytování komplexní péče o klienty se schizofrenní poruchou, u kterých by mohlo být budoucí vizí to, aby tito klienti mohli vést kvalitní život i po propuštění z hospitalizace či opuštění komunitních služeb. Na základě výše uvedeného výzkumu lze konstatovat, že se cíle práce podařilo splnit.

Z obecných doporučení pro praxi, které vyplývají, z již výše uvedených zjištění pak lze vyvodit jednotlivá doporučení, které lze směřovat na:

1. Na sestry a pracovníky pracující v Psychiatrických nemocnicích a komunitních službách. V této oblasti bychom chtěli podpořit především i nadále vzdělávání pracovníků, a to v oblasti pracovní. Dále doporučujeme navštěvovat více odborných seminářů a workshopů, podporovat metodu intervizí a supervizí a docházet na pravidelné týmové porady a sezení, které mají za úkol vyřešit problémy na daném pracovišti. Zároveň si uvědomujeme náročnost tohoto povolání, proto bychom rádi připomněli, aby pracovníci v psychiatrických službách či komunitních službách nezapomínali dodržovat osobní psychohygienu, která je částečnou prevencí proti syndromu vyhoření.
2. Na rodinné příslušníky osob, kteří mají v rodině blízkou osobu se schizofrenní poruchou. Zde bychom chtěli tyto rodinné příslušníky podpořit v tom, aby se nebáli se ptát nebo kontaktovat psychiatra, psychologa či poradnu, které by jim mohli pomoci k získání potřebných informací či rovněž s poskytnutím psychické podpory pro tyto rodinné příslušníky.

## 6 Závěr

V této bakalářské práci jsme se zabývali rolí sestry v péči o klienty se schizofrenními poruchami na oddělení akutní a dlouhodobé péče, ale také ambulantní a komunitní péče. Role sestry hraje klíčovou roli v péči o klienty s tímto onemocněním a patří tak k jedním z klíčových momentů, které napomáhají klientovi ve zmírnění dopadu nemoci na psychickou jeho psychickou stránku.

K této práci jsme stanovili tři základní cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaká specifika obnáší práce a péče o klienty se schizofrenními poruchami. Druhým stanoveným cílem bylo prozkoumat, jakým způsobem je na území České republiky sestrami poskytována ošetrovatelská péče o nemocné se schizofrenií a třetím, posledním, cílem bylo analyzovat, zdali sestry při péči o klienty se schizofrenní poruchou vykonávají určité činnosti a zdali tyto činnosti přispívají ke zlepšení péče. Z výsledků této práce můžeme tyto stanovené cíle považovat za splněné.

Výstupem bylo zjištění, že sestry se denně v rámci poskytované služby o klienty se schizofrenními poruchami setkávají s obtížnými situacemi a komplikacemi, které jsou z touto péčí spojeny. Sestry představují koordinátorky v multidisciplinárních týmech. Napomáhají při spolupráci klienta a rodinných příslušníků, zajišťují potřebnou oporu a edukaci klientům i rodinným příslušníkům, kteří mají v rodině klienta se schizofrenií. Mohou vést individuální nebo skupinové terapeutické sezení a komunity. Dbají na dodržování léčebného režimu a pravidelné užívání farmakoterapie. Aktivně se účastní vzdělávacích seminářů a různých workshopů, které později aplikují do péče. Podílí se na edukaci veřejnosti a bourání stereotypů spojených s poskytováním péče o klienty s duševní poruchou. Role sestry vychází z aktuálních přání a prosb klienta, kdy se sestra aktivně snaží naplnit pacientovi jeho veškeré biopsychosociální potřeby. Během kladení otázek v rámci výzkumu byl zjištěn fakt, že sestry přistupují ke klientům individuálně, s respektem a jako k sobě rovným, kdy důležité je, aby si sestra získala důvěru daného klienta.

Z výše zmiňovaných faktů vyplývají i doporučení pro praxi, která poukazují na fakt, že by sestra při výkonu své práce měla být dostatečně vzdělaná v oboru a měla by mít dostatečné komunikační dovednosti. V rámci těchto faktů jsou doporučovány sestram pravidelné návštěvy vzdělávacích kurzů a workshopů, které jim mohou pomoci ve zlepšení a lepšímu porozumění klientovi s duševním onemocněním.

## 6.1 Seznam literatury a elektronických zdrojů

1. ALBAYRAK, Y. et al., 2012. [online]. Temperament and character personality profile in relation to suicide attempts in patients with schizophrenia. *Compr: Psychiatry* 53(8), 1130-6. [cit. 2012-06]. DOI: 10.1016/j.comppsy.2012.04.07
2. ALEMAN, A. et al., 2020. [databáze]. The demotivating effect of social exclusion: An experimental test of a psychosocial model on the development of negative symptoms in psychosis. *Schizophr Res.* 18(233) [cit. 2020-01]. DOI: 10.1016/j.schres.2019.10.006
3. ANGELOVSKÁ, O. et al., 2022. *Sociální práce v mezioborové perspektivě*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-5076-0
4. AUQUIER, P. et al., 2006. [online]. Mortality in schizophrenia. Pharmacoeconomics and Drug safety. *Pharmacoepidemiol Drug saf.* 15(12), 873-9. [cit. 2006-10-23]. DOI: 10.1002/pds.1325
5. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. et al., 2013. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2993-3
6. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., 2012. *Psychoedukace u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. 71s. ISBN 978-80-87142-16-5
7. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., 2019. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 35(2), 221-236. [cit. 2022-12-26]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201903-o>
8. BAŠTECKÁ, B. et al., 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál. 438 s. ISBN 80-7178-550-4.
9. BÁRTLOVÁ, S., 2003. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5.vyd. Brno: NZO NCO. 181s. ISBN 80-7013-391-0.
10. BEDNAŘÍK, A. et al., 2020. Komunikace s nemocným, sdělování nepříznivých informací. 232 s. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-196-60
11. BICKOVÁ, L. et al., 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytování sociálních služeb České republiky. 54 s. ISBN 978-80-904668-1-4

12. BIRCHWOOD, M. et al., 2001. [online]. Early intervention in psychotic relapse. *Clinical Psychology Review*. 21(8), 1211-26. [cit. 2001-11]. DOI: 10.1016/sO272-7358(01)00105-2
13. BOWERS, L., 2014. [online]. A model of de-escalation. *Health Technol Asses*. 20(3), 1-120. [cit 2012-03-08]. Dostupné z: <https://journals.rcni.com/mental-health-practice/a-model-of-deescalation-mhp.17.9.36.e924>
14. BURBACH, F., 2018. [online]. Family therapy and schizophrenia: a brief theoretical overview and framework. *Clinical practice*. 16(7), 225-234. [cit 2018-02]. Dostupné z: [https://www.academia.edu/65540050/Family\\_therapy\\_and\\_schizophrenia\\_a\\_brief\\_theoretical\\_overview\\_and\\_a\\_framework\\_for\\_clinical\\_practice](https://www.academia.edu/65540050/Family_therapy_and_schizophrenia_a_brief_theoretical_overview_and_a_framework_for_clinical_practice)
15. ČEŠKOVÁ, E., 2007. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf. 99 s. ISBN 978-80-7345-114-1
16. DUŠEK, K. et al., 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6
17. DUŠEK, K. et al., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch, 2., přepracované vydání*. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9
18. FINDLAY, J. et al., 2015. [online]. Strategies to improve medication adherence in patients with schizophrenia: the role of support services. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 15(11), 1077-1090. [cit 2015-11]. DOI: 10.2147/NDT.S56107
19. FORGÁČOVÁ, L., 2014. [online]. Nové diagnózy v klasifikácii DSM-5. *Solen*. 15(4), 140-142. [cit 2016-12-14]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/5773044e0723d1b52f58eb2234059d49.pdf>.
20. FORUZANDEH, N. et al., 2013. [online]. Family functioning in families of patients with schizophrenia and mood disorders. *Indian J Psychiatry*. 52(2). 145-149. [cit 2013-11-17]. Dostupné z: <https://core.ac.uk/reader/267920600>
21. GOTTDIENER, W. et al., 2002. [online]. The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: A meta-analytic review. *JBILibr System Rev*. 2(2), 1-44. [cit 2002-04-03]. DOI: 10.11124/01938924-200402020-00001



22. HALLETT, N. et al., 2017. [online]. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Nursing studies*. 75(21), 10-20. [cit 2017-07]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003
23. HÁTLOVÁ, B. et al., 2009. *Psychologie sportu*. Praha: Karolinum. 242 s. ISBN 978-80-246-4774-9
24. HEESEUNG, CH. et al., 2016. [online]. Clinical education in psychiatric mental health nursing. *Nurse education today*. 39(19), 109-15. [cit 2016-01]. DOI: 10.1016/j.nedt.2016.01.021
25. HELL, D. et al., 2008. *Schizophrenien: in Ratgeber für Patient enund Angehörige*. 4. Deutsch: Springer. ISBN 978-3540752578.
26. HORÁČEK, J., 2003. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensis – Amepra. 263 s. ISBN 80-86694-01-1.
27. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. 438 s. ISBN 978-80-262-0982-9
28. HOSÁK, L. et al., 2007. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě. 158 s. ISBN 978-80-7248-442-3.
29. HOSÁKOVÁ, J. et al., 2015. [online] Role sestry v péči o tělesné zdraví nemocných se schizofrenií. *Psychiatrie pro praxi*. 16(1e), e22-e26. [cit 2015-12 ]. Dostupné z: [https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201588-0003\\_Role\\_sestry\\_pri\\_peci\\_o\\_telesne\\_zdravi\\_nemocnych\\_schizofrenii.php](https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201588-0003_Role_sestry_pri_peci_o_telesne_zdravi_nemocnych_schizofrenii.php).
30. HÖSCHL, C. et al., 2004. *Psychiatrie*. Praha: TIGIS. 883s. ISBN 80-900-1307-4.
31. HUANG, CH. et al., 2021. [online]. Comparison of Long Acting Injectable Antipsychotics with Oral Antipsychotics and Suicide and all cause mortality in patients with newly diagnosed. *JAMA Netw Open*. 3:4(5), e218810. [cit. 2021-10]. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.8810
32. JANATI, A. et al., 2018. [online]. Evidence-based-managment-healthcare manager viewpoints. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 28(5), 665-680. [cit. 2018-08]. DOI: 10.1108/IJHCQA-08-2017-0143
33. JAROLÍMEK, M., 2021. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie*. Praha: Vyšehrad. 96 s. ISBN 978-80-7601-428-2

34. JONES, J., 2020. [online]. Brána k odborné pomoci. *Lůžková psychiatrická péče*. 48(sup1), 63-67. [cit. 2020-12-06]. Dostupné z: <https://psychoportal.cz/luzkova-psychiatricka-pece/>
35. KASTOVÁ, V., 2000. *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 1. vyd. Praha : Portál. 167 s. ISBN 80-7178-365-X.
36. KOLÁŘOVÁ, Z., 2022. [online]. Multidisciplinární model psychiatrické péče již úspěšně funguje. *Medical Tribune*. 262(1), 340-343. [cit. 2022-02-24]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/multidisciplinari-model-psychiatricke-pece-jiz-uspesne-funguje-zatim-ale-ne-vsude/>.
37. KOPEČEK, M., 2015. [online]. Depotní a dlouhodobě působící intramuskulární injekční antipsychotika – aktuální možnosti, výhody a nástrahy farmakoterapie. *Remedia*. 33(4), 30-34. [cit. 2022-12-30]. Dostupné z: <https://www.remédia.cz/rubriky/prehledy-nazory-diskuse/depotni-a-dlouhodobepusobici-intramuskularni-injekcni-antipsychotika-aktualni-moznosti-vyhody-a-nastrahy-farmakoterapie-7583/>
38. KUČEROVÁ, H., 2010. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-2045-6.
39. KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0.
40. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
41. KROUPOVÁ, K., 2016. *Slovník speciálně pedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5264-8
42. LÁTALOVÁ, K. et al., 2012. *Nemoc zvaná schizofrenie: příručka pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Mladá fronta. 50 s. ISBN 978-80-204-2666-6.
43. LÁTALOVÁ, K. et al., 2015. *Suicidalita u psychických poruch*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4305-9.

44. LOCKWOOD, C. et al., 2004. [online]. Effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia. *Medical tribune*. 10(3), 485-500. [cit. 2004-02]. DOI: 10.11124/01938924-200402020-00001
45. MALÁ, E. et al., 2002. *Psychiatrie*. 1 vyd. Praha: Portál. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
46. MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
47. MARTÍNKOVÁ, J. et al., 2007. *Farmakologie*. Praha: Grada. 380 s. ISBN 978-80-247-1356-4.
48. MATOUŠEK, O. et al., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
49. MOHR, P., 2012. [online]. Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti. *Medicína pro praxi*. [cit 2012-09]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/09/07.pdf>
50. MZČR., 2022. [online]. Doporučené postupy pro vznik nových CDZ, program podpory center duševního zdraví. *Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR* [cit 2022-06]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/06/DOPORUCENE-POSTUPY\\_final.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/06/DOPORUCENE-POSTUPY_final.pdf)
51. MZČR., 2022. [online]. Právní pohled na používání omezovacích prostředků. *Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR* [cit 2022-03]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40096/06a\\_Priloha%206a\\_pravni%20pohled%20na%20pouzivani%20OP.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40096/06a_Priloha%206a_pravni%20pohled%20na%20pouzivani%20OP.pdf)
52. MZČR., 2017. [online]. Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz. *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](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/12/170425_-Principy-p%C3%A9%C4%8De-v-CDZ_revize.pdf)
53. OCISKOVÁ, M. et al., 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.
54. OREL, M. et al., 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2617-5.

55. OREL, M. et al., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978–80–247–3737–9.
56. PETERKOVÁ, M., 2008. [online]. Schizofrenie – Vše o schizofrenii podrobně a srozumitelně pro každého. *Schizofrenie*. 48(3), 337-346. [cit 2018–12-14]. Dostupné z: <https://www.schizofrenie.psychoweb.cz>
57. PETR, T., 2010. [online]. Nové výkony pro psychiatrické sestry. *Časopis Florence*. 33(4), 30-34. [cit 2010-06]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2010/06/jak-ziskat-pacienty-se-schizofrenii-k-lepsi-spolupraci-pri-lecbe/>
58. PETR, T., 2012. [online]. Jak získat pacienty se schizofrenií k lepší spolupráci při léčbě?. *Časopis Florence*. 31(8), 32-38. [cit 2012-12]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2012/12/jak-ziskat-pacienty-se-schizofrenii-k-lepsi-spolupraci-pri-lecbe/>
59. PETR, T., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 115 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
60. PETR, T. et al., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. 295 s. ISBN 978-80-247-4236-8
61. PĚČ, O., 2009. Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. 3(19), 14-15. [cit 2009-10]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/05.pdf>
62. PRAŠKO, J. et al., 2005. *Léčíme se s psychózou: Co byste měli vědět o 32 schizofrenii a jiných psychózách*. Praha: Medical Tribune. 96 s. ISBN 80–239-5482-2
63. PROBSTOVÁ, V. et al., 2014 *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
64. PROBSTOVÁ, V. et al., 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál. s. 162. ISBN 978-80-7367-818-0.
65. RABOCH, J. et al., 2006. *Psychiatrie: Minimum pro praxi*. 4. vydání. Praha: TRITON. 212 s. ISBN 80-7254-746-1
66. RABOCH, J. et al., 2012. *Psychiatrie: Minimum pro praxi*. 5.vydání. Praha: TRITON. 240 s. ISBN 978-80-7387-582-4

67. RABOCH, J. et al., 2012. [online]. Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. *Praha: Česká psychiatrická společnost*. 18(233), 12-16. [cit 2012-12-14]. Dostupné z: [http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ\\_zkr\\_komplet.pdf](http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf).
68. RABOCH, J. et al., 2014. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
69. RABOCH, J. et al., 2020. *Psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 468 s. ISBN 978-80-246-4604-6
70. SHER, L. et al., 2019. [online]. Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina*. 88 s. [cit. 2019-03]. DOI: 10.3390/medicina55070361
71. SCHMIDT, L. et al., 2011. [online]. The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia a 15-year follow up study: dual diagnosis over 15 years. *Schizophr*. 6(19), 36-38. [cit. 2011-04]. DOI: 10.1016/j.schres.2011.04.011
72. SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8.
73. STYX, P., 2003. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: ComputerPress. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
74. SVĚŘÁKOVÁ, M. 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
75. SVOBODA, M. et al., 2012. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 2. vydání. Praha: Portál. 317 s. ISBN 978-80-262-0216-5
76. ŠMAJSOVÁ BUCHTOVÁ, B., 2002. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4282-3
77. ŠPATENKOVÁ, N. et al., 2004. *Krize psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha : Grada. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.
78. ŠPATENKOVÁ, N. et al., 2004. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha : Grada. 197 s. ISBN 80-247-0586-9.
79. ŠVIHOVEC, J., et al., 2018. *Farmakologie*. Praha: Grada. 1088 s. ISBN 978-80-247-5558-8.

80. TABERNA, M. et al., 2020. [online]. The multidisciplinary team approach and quality of care. *Multidisciplinary coordination*. 15(3), 1-16. [cit. 2020-08]. DOI: 10.3389/fonc.2020.00085
81. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
82. VODÁČOVÁ, D., 2002. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha : Portál. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.
83. WESTMAN, J., et al., 2018. [online]. Increased cardiovascular mortality in people with schizophrenia: a 24-year national register study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 4(8), 27-29. [cit. 2022-11-26]. DOI: 10.1017/S2045796017000166
84. ZANDLOVÁ, M., 2019. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK, 496 s. ISBN: 978-80-7571-052-9.

## **7 Seznam příloh**

Příloha 1: Rady pro pečující na každý den

Příloha 2: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

## Příloha 1 – Rady pro pečující na každý den

- Pokud cítíte ze strany vašeho blízkého zášť, je to pravděpodobně proto, že se snažíte až moc.
- Bludy nejsou vyvratitelné logickou argumentací, proto o nich diskutovat nemá valného smyslu.
- Oddělte osobnost vašeho blízkého od nemoci, milujte jej jako člověka, i když jeho nemoc nenávidíte.
- Naučte se rozlišovat nežádoucí účinky léků od projevů nemoci a od povahových vlastností vašeho blízkého.
- Za nemoc člena vaší rodiny se nestyděte (někdy se můžete setkat s diskriminací).
- Nikdo za to nemůže, není to ničí vina.
- Zachovejte si svůj smysl pro humor.
- Váš příbuzný má nárok na vlastní životní cestu, stejně tak, jako vy.
- Nevzdávejte se svých citových vazeb k jiným lidem, i když budete muset řešit náročné situace.
- Snažte se mluvit o svých pocitech, jinak se vystavujete nebezpečí, že ustrnete na místě a ztratíte schopnost věci řešit.
- Psychická nemoc je jako jiné nemoci součástí života.
- Stanovení diagnózy a další informace byste měli vždy vyžadovat pouze od profesionálů.
- Podivné chování je součástí nemoci, neberte si ho osobně.
- Neberte na sebe veškerou odpovědnost za vašeho psychicky nemocného.
- Nejste placenými ošetřovateli, jednejte podle svých možností.
- Chyby odpouštějte sobě i jiným.
- Pokud se nemůžete starat sami o sebe, nemůžete se starat ani o jiné.
- Potřeby nemocného člověka nemusí být vždy na prvním místě.
- Skutečnost, že chápete, že nemocný má omezené schopnosti, neznamená, že byste od něj neměli nic vyžadovat.
- Nechte ostatní členy rodiny popírat nemoc, jestliže to potřebují, najděte si někoho jiného, s kým můžete mluvit.

*Zdroj: Látalová a Praško, 2012 (str. 36).*



## Příloha 2: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

1. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Jak dlouho pracujete na psychiatrickém oddělení/v sociálních službách, které pracují s klienty se schizofrenií?
3. Jaká je vaše hlavní role jako sestry ve vaší práci s klienty se schizofrenií?
4. Jak se liší vaše role ve vztahu ke klientům s diagnózou schizofrenie ve srovnání s jinými diagnózami v psychiatrické péči?
5. Jaký je váš přístup k péči o klienty se schizofrenií z hlediska lidského přístupu a respektu k jejich individualitě?
6. Jakými způsoby přispíváte k poskytování péče a podpory klientům s touto poruchou?
7. Jakým způsobem komunikujete s klienty se schizofrenními poruchami a jaký vliv má tato komunikace na jejich léčbu?
8. Jaké strategie využíváte k podpoře klientů při zvládnání symptomatických projevů schizofrenie (halucinace, bludy, změny nálad apod.)?
9. Jaké jsou nejčastější výzvy, se kterými se setkáváte při péči o klienty se schizofrenií, a jak se s nimi vyrovnáváte?
10. Jaký vliv má vaše role na podporu rodinných příslušníků a blízkých osob klientů s touto diagnózou?
11. Jakou roli hraje vaše odborná znalost při edukaci a podpoře rodinných příslušníků klientů se schizofrenií?
12. Jaká je vaše role při koordinaci péče mezi různými profesionálními týmy ve prospěch klientů se schizofrenií (př. lékaři, terapeuti)?
13. Jaká je vaše spolupráce s ostatními členy týmu v rámci komplexní péče pro klienty se schizofrenní poruchou?
14. Jaké jsou vaše zkušenosti s poskytováním podpory a pomoci klientům se schizofrenií při jejich návratu do běžného života po hospitalizaci?
15. Jaké strategie používáte k podpoře klientů při integraci do komunitního života a zlepšení jejich sociálního fungování?

16. Jakým způsobem se vypořádáváte se stigmatizací a stereotypy spojenými se schizofrenií, jak v rámci profesní role, tak ve vašem osobním životě?
17. Jak se vyrovnáváte s obtížnými situacemi, které mohou vzniknout při poskytování péče klientům se schizofrenií?
18. Jaké vzdělávací a odborné zdroje využíváte k posílení svých schopností v péči o klienty se schizofrenními poruchami?
19. Jak by podle vás mohly být zlepšeny podmínky pro péči o klienty se schizofrenií v rámci psychiatrických nemocnic/komunitních center?

*Zdroj: Vlastní výzkum, 2024*