

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Sestra v komunitní psychiatrické péči

Simona Jónová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Simona Jónová**  
Osobní číslo: **Z14328**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Sestra v komunitní psychiatrické péči**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
2. JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetřovatelství. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.
3. HOSÁKOVÁ, Jiřina. Ošetřovatelská péče v psychiatrii. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2007. ISBN 978-80-7248-442-3.
4. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. Psychiatrická ošetřovatelská péče. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
5. PETR, Tomáš. Reforma péče o duševní zdraví v ČR. Sestra. 2013, 23(7-8), 12-13. ISSN 1210-0404.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Linda Říhová**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **21. července 2017**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DiSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017

## Prohlášení autora

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 21.7.2017

.....

Simona Jónová

## PODĚKOVÁNÍ

Poděkovat bych chtěla především Mgr. Lindě Říhové, za pomoc, rady, odborné vedení a trpělivost, kterou se mnou měla při psaní této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým přátelům za velikou podporu a pevné nervy, které semnou měli. Velký dík patří i sestřám z oboru komunitní psychiatrické péče, které byly ochotné semnou spolupracovat.

## ANOTACE

Bakalářská práce pojednává o psychiatrické péči se zaměřením na komunitní péči. Práce je zaměřena na motivaci sester k vykonávání tohoto povolání v komunitní psychiatrické péči s přihlédnutím k osobním cílům, ideálům a ambicím. Jsou zde přiblížena témata o historii péče o duševně nemocné, komunitě, komunitní péči jako celku, komunitní péči v psychiatrii a motivaci. Práce je dělena na teoretickou a výzkumnou část. Výzkumná část se věnuje kvalitativnímu šetření v podobě rozhovorů vedených se sestrami z komunitní psychiatrické péče.

## KLÍČOVÁ SLOVA

Komunita, sestra, motivace, psychiatrická péče

## TITLE

The Nurse in community psychiatric care

## ANNOTATION

The bachelor thesis deals with psychiatric care with focus on community care. The thesis is focused on motivation of nurses administering their profession in psychiatric community care with taking into account personal goals, ideals and ambitions. Topics about history of psychiatric care for persons with mental illness, the community, the community care itself, and psychiatric community care and motivation are expounded. The thesis is divided into theoretical and empirical part. Empiric part is devoted to qualitative research in form of interview with nurses from psychiatric care.

## KEYWORDS

Community, nurse, motivation, psychiatric care

# Obsah

ÚVOD.....	9
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
1 HISTORIE.....	10
1.1 Historie péče o duševně nemocné .....	10
1.2 Vývoj péče o duševně nemocné v Čechách .....	11
2 KOMUNITNÍ PÉČE .....	12
2.1 Komunita.....	12
2.2 Komunitní ošetrovatelství .....	12
2.3 Kompetence sester pracujících na psychiatrii .....	13
2.4 Komunitní péče v psychiatrii .....	13
2.5 Psychosociální rehabilitace .....	14
2.5.1 Krizová intervence .....	15
2.5.1.1 Příčiny a průběh krize .....	15
2.5.1.2 Typologie krizí .....	16
2.5.1.3 Krizová pomoc .....	17
2.6 Nejčastější diagnózy v psychiatrické komunitní péči .....	18
2.6.1 Psychotické poruchy .....	18
2.7 Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) .....	19
2.8 Poruchy nálad.....	20
2.8.1 Depresivní epizoda.....	20
2.8.2 Manická epizoda .....	21
2.8.3 Bipolární afektivní porucha.....	21
3 MOTIVACE .....	21
3.1 Motivační teorie .....	23
3.2 Motivační přístupy .....	23
3.3 Motivace sester.....	24
3.4 Syndrom vyhoření .....	24
3.4.1 Příčiny .....	25
<b>II. VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>27</b>
4 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	27
5 METODOLOGIE .....	27
5.1 Charakteristika kvalitativního výzkumu .....	27
5.2 Použitá metoda .....	28
5.3 Výběr zkoumaného souboru .....	29
5.4 Charakteristika zkoumaného souboru .....	29
6 VÝSLEDKY .....	30
6.1 Kategorizace.....	30
6.2 Kategorie motivace sester v komunitní psychiatrické péči.....	30
6.3 Demotivace sester v komunitní psychiatrické péči .....	32
6.4 Specifika práce komunitní psychiatrické sestry .....	34
6.5 Budoucnost komunitní psychiatrické péče z pohledu sester.....	36
7 DISKUZE.....	38
8 ZÁVĚR.....	41

<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>42</b>
<b>INTERNETOVÉ ZDROJE .....</b>	<b>44</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>45</b>
PŘÍLOHA A – OTÁZKY K ROZHOVORU.....	45
PŘÍLOHA B – ROZHOVOR 1.....	46
PŘÍLOHA C – ROZHOVOR 2.....	49
PŘÍLOHA D – ROZHOVOR 3 .....	54
PŘÍLOHA E – ROZHOVOR 4.....	60
PŘÍLOHA F – ROZHOVOR 5 .....	64
PŘÍLOHA G – ANALÝZA ROZHOVORU.....	67
<b>SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ .....</b>	<b>68</b>



## Úvod

Bakalářská práce se zabývá tématem sestry v psychiatrické komunitní péči s bližším zaměřením na to, co ji k této profesi vede, co ji na této práci uspokojuje a jaké jsou její cíle.

Práce sestry v komunitní psychiatrické péči je u nás stále poměrně novou a nerozšířenou profesí, která má v zahraničí dobré výsledky. Dle mého názoru, ale i sestry pracujících v tomto oboru by bylo dobré ji rozšířit i u nás. Jedná se o péči, která by měla mít smysl pro soudržnost a vlídnost. Odvrací se od trendů hospitalizace a zaměřuje se na péči o nemocného v domácím prostředí a prostředí pro něj přirozeném. Tato péče se objevuje i v jiných oborech a nejen v oboru psychiatrickém. Využívá terapeutický a rehabilitační potenciál.

Cíl teoretické části představuje shrnutí dosavadních poznatků týkajících se komunitní psychiatrické péče. Mezi ně patří vysvětlení a popis pojmu komunitní psychiatrická péče, historie psychiatrické péče, popis psychiatrických diagnóz, se kterými se v této profesi setkávají, uvedení motivace a některých činitelů, které je vedou k vykonávání tohoto povolání.

Praktická část využívá kvalitativní výzkum, který je postaven na základě polostrukturovaného rozhovoru. Šetření si klade za cíl objasnit, které činitele mají vliv na motivaci k vykonávání práce v psychiatrické komunitní péči. Výzkumný soubor představují sestry, které v psychiatrické komunitní péči pracují. Tato část obsahuje použitou metodologii, postupy zpracování bakalářské práce i informace o výzkumu a jeho průběhu.

# I. Teoretická část

## 1 Historie

### 1.1 Historie péče o duševně nemocné

První zmínky o péči o duševně nemocné lze najít ve starém Egyptě (15. století př. n. l.) a v Babylonii. Lidé neměli vysvětlení pro základní přírodní jevy, proto se jim přisuzovala magická moc. Tu doprovázel typický strach z hněvu a zloby nadpřirozených bytostí, které byly považovány za příčinu onemocnění. Péče o nemocné spočívala v nošení amuletů, provádění rituálů a různých obřadů, úkolem bylo vyhnání zlých démonů. (Vencovský, 1983 in Petr 2014, s 24,)

Další formu léčby představovaly prostředky, jež předcházely využití v dnešní psychofarmakologii. Používaly se různé byliny a přírodní produkty, jako je například konopí, rauwolfia, plody kaktusů a mnoho dalších. Účinkem těchto bylin bylo dosaženo změny chování a psychiky, což bylo považováno za účinné.

Za prvního, kdo se odpoutal od mystického pojetí duševních chorob, je považován Hippokrates (5. století př. n. l.), který se snažil choroby vysvětlit přirozeně a ne je vysvětlovat nadpřirozenými schopnostmi démonů. Objevují se první zmínky o šokových metodách léčby.

Jelikož se lidé nemocných báli, snažili se je izolovat. Tyto postupy nelze považovat za náležitou péči.

O první péči lze hovořit až v 15. století, kdy se tvořily první neklášterní azyly pro nemocné. První zařízení vzniklo roku 1403 v Bethlehemu u Londýna.

*„Přibývalo lékařů, kteří z vlastních zkušeností usuzovali na somatogenní podklad duševních chorob a svou pozornost upírali na funkce mozku.“* (Petr, Marková a kolektiv, 2014, s. 26)

„Sedmnácté století však přineslo duševně chorým další nebezpečí, které spočívalo v provádění celé řady terapeutických intervencí, mnohdy velmi bizarních, založených na spekulacích a končících často tragicky. Pouštění žilou, hladovky, žíznění, podávání projímadel a dávidel, rotační stroje, vystavování psychicky šokujícím zážitkům (např. hození do vody) – to jsou jen příklady „terapeutických“

metod, které měly vést ke zklidnění nemocných.“ (Petr, Marková a kolektiv, 2014, s. 26)

Teprve v 18. století vznikají podmínky pro vznik psychiatrických léčeben.

## 1.2 Vývoj péče o duševně nemocné v Čechách

Péče v Čechách byla až do 18. století na úrovni středověku. Nemocní byli izolováni a trestáni za činy, které provedli v důsledku svého duševního onemocnění.

Počátek péče o duševně nemocné v Čechách se připisuje k roku 1783, kdy císař Josef II. nařídil zařízení oddělení pro duševně nemocné kněze při Nemocnici Milosrdných bratří v Praze. (Petr, Marková a kolektiv, 2014, s. 32)

Další rozvoj psychiatrické péče po roce 1947 byl ovlivněn stavem Sovětského svazu. Péče obecně trpěla nedostatkem zájmu a financí. Začala vznikat také malá psychiatrická oddělení v rámci všeobecných nemocnic s důrazem na lůžková zařízení.

Až 70. léta 20. století přinesla zvýšený počet specialistů – lékařů, psychologů, pedagogů. Zdravotnická zařízení se snažila o poskytování především moderní léčby (biologické, farmakologické, psychoterapeutické a rehabilitační). Začala také organizace protialkoholní, protitoxikomanické, sexuologické, pedopsychiatrické a gerontopsychiatrické péče. (Petr, Marková a kolektiv, 2014, s. 34)

Víme tedy, že psychiatrická péče byla izolována od jiných medicínských oborů, jelikož převážná část byla poskytována v lůžkových zařízeních, často v ústavech na odlehlých místech. Zlomem byl rok 1989, který vyvolal obrat nejen v celém zdravotnictví, ale i v psychiatrii. To znamená, že se začalo více hovořit o psychických poruchách na veřejnosti i v médiích, což mělo za následek změnu postojů společnosti k psychiatrii.

Dle Petra (2014) bylo největší změnou po roce 1989 omezení izolace psychiatrie od jiných medicínských oborů. Smazala se vyloučenost tématu a začala být aktuální komunikace s nemocnými a jejich blízkými.

Po roce 1989 došlo k mírnému poklesu počtu lůžek v psychiatrických léčebnách, kdy začala vznikat centra nabízející komunitní služby duševně nemocným.

## 2 Komunitní péče

Roku 1965 se ve státě Massachusetts sešla skupina psychologů, kteří ustanovili a potvrdili psychologii jako hlavní obor v komunitním hnutí duševního zdraví. Vznik nové komunitní psychologie se spolu s hnutím duševního zdraví stal výrazem širokého komunitního hnutí. Pojmem komunitní psychologie je myšlena primární prevence a předcházení vzniku poruch, komunitní hnutí duševního zdraví se zaměřuje spíše na prevenci terciární, zmírňování následků poruch. (Baštecká, 2015, s. 164)

Baštecká (2015) dále popisuje historickou situaci i v České republice, kde se příchod komunitní péče zpozdil vlivem komunismu na straně jedné a předstíráním dobrého životního prostředí na straně druhé.

### 2.1 Komunita

*„Komunita, společenství; ze sociologického hlediska jde o souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity; obyvatelé tvoří autonomní jednotku. Z psychologického hlediska je komunita typ organizace (např. mezi personálem a pacienty), kdy jsou odstraněny vztahy nadřazenosti a podřízenosti, čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce.“* (Encyklopedický slovník, 1993, s. 534)

Dle World Health Organization (dále WHO) je komunita sociální skupina determinovaná geografickými hranicemi a/nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se vzájemně znají a vzájemně se ovlivňují. Toto je realizováno uvnitř dílčích sociálních struktur a projevuje se normami, hodnotami a sociálními institucemi, které vytváří (WHO, 1974, s. 7).

Komunitu tvoří lidé, kteří spolu komunikují stejným jazykem a formou. Mezi její specifické rysy patří pocit komunitní sounáležitosti.

### 2.2 Komunitní ošetřovatelství

Komunitní ošetřovatelství není novým trendem. Již v historii zdravotnická péče probíhala spíše v domácím prostředí a k tomuto přístupu se vracíme, snažíme se léčit ve zdravotnických zařízeních pokud možno co nejkratší dobu.

Komunitní péče se zabývá převážně ochranou zdraví, prevencí, výchovou ke zdraví, také péčí o nemocné a o jejich rehabilitaci, včetně edukace rodiny a blízkých

nemocného při provádění ošetrovatelské péče. Dále poskytuje péči i chronicky a nevyлéčitelně nemocným. Zdravotník pracující v komunitních službách úzce spolupracuje s lékaři, orgány státní správy a samosprávy, občanskými sdruženími apod. (Jarošová, 2007, s. 39)

Dle Jarošové (2007) se ošetrovatelská péče ve většině zemí západní Evropy, USA, Kanady a Austrálie poskytuje podle dvou základních modelů:

- Ošetrovatelství orientované na zdraví komunity (community health nursing)
- Ošetrovatelství orientované na komunitu (community based nursing)

V praxi často nebývá rozlišován pojem komunitní ošetrovatelská péče od primární péče. Primární péče je péče zakládající se na prvním kontaktu nemocného se zdravotnickým systémem, zatímco komunitní ošetrovatelství se zabývá komunitou a má mít užitek pro celou komunitu.

### 2.3 Kompetence sester pracujících na psychiatrii

Sestra pracující v oboru komunitní psychiatrické péči je u nás relativně novou součástí psychiatrie, kdy v roce 2006 byla této práci přiřazena odbornost 914 – psychiatrická sestra. V zahraničí je takováto sestra významnou částí odborného personálu.

Mezi kompetence psychiatrické sestry patří psychiatrická rehabilitace, individuální krizová intervence v domácím prostředí pacienta a psychoedukace. Na základě ordinace lékaře je možnost podávání perorální medikace a imtramuskulárních antipsychotik. (Petr, Marková a kolektiv, 2014, s. 130)

### 2.4 Komunitní péče v psychiatrii

Z latinského slova *communitas*, znamenající společenství, obec, ale i smysl pro pospolitost nebo vlídnost, je odvozen pojem komunita. Nejedná se pouze o význam společenství a obce, ale zahrnuje i pocit sounáležitosti a dosažení společných cílů.

Komunitní péče není poskytována pouze s psychiatrickým zaměřením, ale i na jiné zdravotní potíže. Jedná se o péči, která je opakem nemocniční péče s hospitalizací, kde je jedinec vzdálen od jeho přirozeného prostředí včetně svých blízkých.

Od poloviny 20. století je komunitní péče upřednostňována ve vyspělých zemích před psychiatrickými nemocnicemi a léčebnami. V Evropské unii se jedná například

o státy jako Finsko, Velká Británie, Dánsko, ale i Řecko, Itálie, Španělsko a Portugalsko.

Komunitní péče nepracuje pouze na odstranění největších problémů, symptomů nemoci, ale i na posílení stránek osobnosti. Stává se zastáncem propojení péče lékařů a dalšího zdravotnického personálu. Péče je individualizovaná pro jednotlivé pacienty. (Foitová, 2009; Hejzlar a kol., 2005 in Petr, Marková a kol., 2014, s. 124)

Ke kratší hospitalizaci dle Petra (2014) může vést i užívání psychofarmak a zároveň přispívá ke snížení množství rehospitalizací.

## 2.5 Psychosociální rehabilitace

Pojem rehabilitace vychází z latinských slov „re“ – znovu a „habilis“ – schopný, jde tedy o navrácení stavu a schopností nemocného. Psychosociální rehabilitace je zaměřena především na psychický a sociální stav.

Její počátky můžeme sledovat ve Velké Británii a USA po druhé světové válce, kde byla poskytována v psychiatrických nemocnicích.

Základní kameny dnešní psychosociální rehabilitace představuje vznik komunitních center péče o duševní zdraví a klubových center, jejichž budovatelé sami podstoupili psychiatrickou léčbu.

*„Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.“* (Anthony et al., 2002, s. 101)

Cíl rehabilitace, poskytování péče a nápomoc profesionálů v rámci psychosociální rehabilitace v běžném životě, se postupně zužuje s ohledem na duševní stav nemocného. Přihlíží se na postupné zvyšování soběstačnosti a spokojenosti jedince. Péči lze využívat i v místě bydliště, které si vybírá sám klient, není možné mu její nijak určit.

Toto poslání, které vychází z teoretické koncepce rehabilitace, zmiňuje také to, že současná psychiatrická léčba může zmírnit nebo zajistit trvalé vymizení nežádoucích projevů nemoci, ale nedokáže zmírnit dopady psychiatrického onemocnění na jedince. (Petr, Marková a kol., 2014, s.132)

Před zahájením psychosociální rehabilitace je nutné zvážit, zda je na ni nemocný pacient dostatečně připraven, případně zajistit jiný postup.

Vytváření plánu rehabilitace je individualizované a konkretizované na jednotlivé domény, kterými jsou bydlení, vzdělávání, práce a volný čas.

### 2.5.1 Krizová intervence

V životě se setkáváme se situacemi, které přichází nečekaně a přimějí nás jednat jinak než obvykle. Tyto situace můžeme nazývat krizí.

Z řeckého slovesa „krino“, znamenajícího vybírat, posuzovat, měřit mezi dvěma opačnými variantami, odvozujeme podstatné jméno „krisis“ – rozhodná chvíle, rozsudek, vyvrcholení.

Medicína tento termín vymezuje jako rozhodující fázi nemoci, kdy dochází k uzdravení nebo ke smrti. Avšak tento termín může být popisován i v krizích manželských, ekonomických, vládních atp. Vždy je očekáván buď příznivý, nebo nepříznivý vývoj.

Konkrétně krizová situace je považována za situaci ohrožující člověka – vyznačující se nejistotou, zmatek, strach, bezradnost a bezmoc. Pro člověka se takovéto situace mohou stávat nezvládnutelnými, může přicházet pocit nedostatku sil nebo možností jak se s problémem vypořádat. Tento odhad je do určité míry subjektivní záležitostí jedince. Závisí na mnoha faktorech, například na osobnosti, zralosti, zkušenostech jedince a na souvislostech s dosavadním životem. (Petr, Marková a kolektiv, 2014, s. 143)

#### 2.5.1.1 Příčiny a průběh krize

Krize je moment, kdy se nacházíme v nečekané situaci vyvolané určitým nepříjemným podnětem. Nezvládneme se s danou situací vyrovnat ani ji zvládnout v rámci našich možností.

Tuto situaci zahajují tzv. precipitující faktory (spouštěče). (Petr, Marková a kolektiv, 2014, s. 143)

Dle Petra a Markové (2014) se precipitující faktory dělí na:

- vnější:
  - ztráta objektu – úmrtí, rozchod, zklamání, zranění s následkem hybnosti,
  - změna – změna zaměstnání, stěhování, odchod dítěte z domova,
  - volba – zejména mezi dvěma rovnocennými variantami,
- vnitřní:
  - vývoj – jedná se o změny např. životních rolí, kdy je nutno se vyrovnat s touto změnou,
  - náhradní opatření – problémy, které nejsou příjemné řešit, se schovají za jiný příznivější podnět, ale postupem času se problémy vyplynou opět na povrch.

#### 2.5.1.2 *Typologie krizí*

Krizi zaznamenáváme jako akutní a chronické. Mezi akutní krize patří situace, které se objeví nečekaně a náhle jako například nevěra partnera. Do chronické krize patří to, co trvá již dlouho a stav se nelepší. Může tím být například nefunkční vztah matky s dcerou a podobně.

Vodáčková (2007) uvádí Baldwinovu klasifikaci, kde jsou krize rozděleny do šesti tříd podle závažnosti:

- a) situační krize – jsou vyvolány nepředvídatelným stresem, především ztrátou, hrozbou ztráty (zdraví, blízké osoby, stěhování, dovolená) či nutností volby,
- b) krize z očekávaných životních změn (tranzitorní krize) – můžeme definovat jako předvídatelné procesy růstu a vývoje jednotlivce či rodiny. Patří sem např. puberta, klimakterium, svatba, narození prvního dítěte a podobně,
- c) krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru – jsou vyvolány silnými vnějšími stresory, které člověk nemůže očekávat, nad nimiž nemá téměř žádnou kontrolu a které ho ochromují. Jsou to situace hromadného neštěstí, přírodních katastrof, válečných konfliktů, ale také úmrtí blízké osoby, přepadení nebo znásilnění,
- d) krize zrání – objevují se zpravidla tam, kde nemohla úspěšně proběhnout krize tranzitorní, něco bylo nedořešeno, přeskočeno či vyřešeno náhradním způsobem. Jsou spojeny především s takovými tématy, jako je důvěra,



bezpečí, moc – bezmoc, symbióza – separace, sexualita, vztahy, rodičovství apod.,

- e) krize pramenící z psychopatologie – jde o destabilizaci dosavadního fungování vlivem stresu, se kterým se duševně nemocný člověk vyrovnává s většími obtížemi než člověk zdravý.

### 2.5.1.3 Krizová pomoc

Pomoc v krizových situacích může být různá, ale dle Novotné (2014) by měly obecně platit tyto zásady:

- a) dostupnost – krizová pomoc je veřejně známá, informace o ní jsou zpřístupněny občanům i spolupracujícím organizacím. Služba umožňuje okamžitý kontakt s odbornou pomocí, ideálně v nepřetržitém provozu. Není vyžadováno žádné předchozí doporučení, objednání ani jiné podmínky pro poskytnutí krizové pomoci. Je žádoucí, aby zařízení krizové pomoci mělo také propracovanou strategii terénní práce,
- b) komplexnost – v rámci krizové pomoci by zařízení mělo být schopno zajistit rozhovor s jedincem či rodinou, konzultaci sociálního pracovníka, psychologa, psychiatra či somatického lékaře,
- c) vnitřní bezbariérovost – vnitřní bariéry představují např. bílé pláště personálu, neosobní nebo příliš zanedbaný interiér, neosobní přístup personálu, chaos a hluk nebo naopak mrtvé ticho a nepřítomnost personálu, špatně přístupné toalety, nedostatek tekutin,
- d) návaznost – krizové pracoviště by mělo mít zmapované možnosti navazující péče, mít k dispozici kontakty na další odborníky či organizace, základní informace o službách, které poskytují. Mělo by mít vypracované postupy při doporučení či předávání klienta do další péče.

Moderní a stále žádanější je terénní krizová pomoc, která může být poskytnuta v domácím prostředí daného jedince. Je velice důležitá a přínosná pro ty, kteří se nachází v situaci, která jim nedovoluje navštívit krizové centrum. Tyto týmy mohou být uplatňovány i v situacích, jako jsou přírodní katastrofy, hromadná neštěstí a podobně.

## 2.6 Nejčastější diagnózy v psychiatrické komunitní péči

Z osobních zkušeností sester, které pracují v komunitní psychiatrické péči, vyplývá, že se setkávají s diagnózami psychóz, obsedantně kompulzivních poruch a poruch nálad.

### 2.6.1 Psychotické poruchy

Petr (2014) popisuje psychózu jako závažnou duševní poruchu, která narušuje schopnost nemocného adekvátně a přiměřeně reagovat na realitu a orientaci v ní. Mezi psychotické poruchy patří schizofrenie, toxická psychóza, schizoformní porucha, akutní přechodná psychotická porucha, trvalá porucha s bludy, schizotypní porucha a schizoafektivní porucha.

Nejčastěji popisovanou psychotickou poruchou v odborné literatuře je schizofrenie. Pro diagnostikování poruchy, jako je schizofrenie, je nutné, aby alespoň jeden z níže uvedených symptomů trval nejméně po dobu šesti měsíců (dle Petra 2014). Pavel Pavlovský (2012) uvádí tuto dobu trvání jako dobu delší jednoho měsíce.

Pavlovský (2012) uvádí tyto symptomy:

- a) slyšení vlastních myšlenek a intrapsychické halucinace (odnímání nebo vkládání myšlenek a jejich vysílání,
- b) bludy kontrolovanosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity a přesvědčení o tom, že je subjekt ovládán psychotickými prožitky,
- c) halucinované hlasy, které komentují chování pacienta, popř. o něm rozmlouvají,
- d) bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře.

Dále je uvedeno, že není-li přítomen jeden z předchozích symptomů, je nutné, aby byly přítomny alespoň dva následující:

- e) přetrvávající halucinace,
- f) formální poruchy myšlení (inkoherece, zárazy, neologismy),
- g) katatonní projevy,
- h) negativní příznaky v podobě apatie, ochuzení řeči, alogie, autismu a emočního oploštění až vyhaslosti,
- i) nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost, ...).

U mužů se toto onemocnění projevuje dříve než u žen, obvykle mezi 15. - 25. rokem. U žen se projevuje okolo 25. - 30. roku života. Jedná se o období, kdy se člověk nachází ve složitější fázi života a musí se naučit samostatnosti, hledá si zaměstnání, partnera a prožívá podobné náročné situace.

Jedná se o onemocnění, které je kolísavé. Má období, které je nazýváno relapsy. Jde o ataku onemocnění, která má prodromy (příznaky), jako je úzkost, deprese, sociální stažení, změny spánku, chuti k jídlu a podobně. Prodromy jsou velice důležité a mohou být i užitečné, jelikož je jedinec může rozpoznat a dá se tak předejít relapsové fázi. Remisi je označováno období, kdy je stav jedince bezproblémový a zvládá každodenní život. (Petr, 2014, s. 211)

Ataka psychózy je období obsahující pozitivní (halucinace, bludy, poruchy myšlení), negativní (apatie, ochuzení řeči, ztráta zájmů, citových vztahů, nečinnost) i kognitivní příznaky (zhoršení pozornosti, poruchy paměti, zhoršené soustředění) trvající šest měsíců. Prvotními varovnými příznaky mohou být bludy a halucinace. Tyto pozitivní příznaky zpravidla po několika týdnech léčby ustupují. (Petr, 2014, s. 211)

Nejdůležitější složkou léčby psychóz jsou léky skupiny antipsychotik s kombinací psychosociální léčby psychoterapie (skupinová, rodinná). Dále můžeme jmenovat například nácvik sociálních dovedností nebo psychiatrickou rehabilitaci. U pacientů rezistentních na farmakoterapii se využívá elektrokonvulzivní terapie.

## 2.7 Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)

Již z názvu poruchy je zřejmé, že porucha má dvě fáze, a to obsesi a kompulzi. Obsese je opakující se vtíravá myšlenka nemocného ze znečištění či nákazy. Obava pramení také z nějaké katastrofy. Kompulze je opakující se úkon zdánlivě účelného charakteru a jedná se například o dlouhé opakované mytí rukou a podobně. Kompulze snižuje následek obsese, jako jsou úzkosti, na přijatelnou úroveň.

Průběh tohoto onemocnění je dlouhodobý a chronický. Počátky onemocnění se objevují již v dětství nebo rané dospělosti. Výskyt této nemoci není závislý na pohlaví. (Petr, 2014, s. 232)

Pro diagnostikování této poruchy je nutné, aby příznaky trvaly alespoň dva týdny. Vtíravé myšlenky musí být považovány za vlastní, ne jako u schizofrenie, kdy

vtíravé myšlenky jsou vnímány jako cizí. Nemocný jedinec vnímá obsesi nebo kompulzi jako nevhodnou a často i nesmyslnou, ale nedokáže se jí bránit. (Polách, 2015)

*„Stejně jako u jiných úzkostných poruch diagnostika OKP vyžaduje od lékaře otevřený a solidární postoj (zúčastněné chování). Při prvním pohovoru se postižení velmi pravděpodobně nezminí o svých obsedantně – kompulzivních tendencích. Daleko častěji ukrywají v tajnosti své obtíže po mnoho let. V jedné studii bylo prokázáno, že první kontakt pacientů s OKP s lékařem byl v průměru až po 8 letech trvání poruchy“ (Raboch, 2012, s. 136)*

Raboch (2012) také uvádí, že u dvou třetin lidí s OCD se objevují depresivní poruchy a je nutné při diagnostickém interview pátrat po jejich přítomnosti a opačně.

Léčba tohoto onemocnění spočívá v tréninku, kdy se snažíme o to, aby pacient vydržel nepříjemný stav při vynechání kompulze (neprovede zabezpečující rituál). Farmakologická léčba je možná a může být stejná s farmakologickou léčbou deprese. Jedná se o serotoninergní antidepresiva, kdy se účinek dostaví přibližně po 5 týdnech.

## 2.8 Poruchy nálad

Raboch (2012) uvádí, že poruchy nálad (afektivní poruchy) jsou třetí nejčastější duševní poruchou a postihují z celoživotního hlediska téměř pětinu populace.

Rozlišujeme dvě základní změny poruchy nálad – ve smyslu snížení nebo zvýšení. Jedná se o deprese se současnou úzkostí, mánie a hypománie. Důsledkem toho je změna aktivity jedince.

Akrmannová, Marková (2014) uvádějí dva typy teorií, které vysvětlují vznik afektivních poruch. Jedná se o biologické a psychosociální teorie. Biologické teorie tvrdí, že příčinou poruch nálad je biochemické, imunitní, endokrinologické narušení biorytmů. Psychosociální teorie tvrdí, že možnou příčinou jsou nepříznivé životní události. Z genetického hlediska mají větší predispozici k poruchám nálad spíše ženy, jelikož jsou ovlivněny hormonální nerovnováhou.

### 2.8.1 Depresivní epizoda

Je to onemocnění mající různé stupně – mírné, střední a těžké. Depresivní epizoda trvá alespoň dva týdny. Jde se o stav, kdy nelze prožívat radost, dochází k poklesu

energie, zpomalenému myšlení a vnímání. Dále dochází ke snížení psychomotoriky a objevují se somatické příznaky. Existují těžké deprese s psychotickými příznaky, jedná se o psychotickou depresi, při níž jsou přítomny bludy a halucinace. Depresivní epizoda se vyznačuje rizikem spáchání suicida.

Při depresivní epizodě je velice důležité její rozpoznání a zahájení včasné léčby. Léčba deprese spočívá v psychoterapii, užívání antidepresiv a u těžkých depresí lze využít i elektrokonvulzivní terapii. (Akrmannová, Marková, 2014, s. 221)

### 2.8.2 Manická epizoda

Jedná se o zvýšení energie, která se projevuje nespavostí, zvýšeným optimismem, zrychlením myšlenek, čímž se sníží koncentrace. Nemocný je neklidný, roztržitý, nadměrně výpravný, může se objevit i agresivní chování, zvýšená sexuální aktivita. Psychotická mánie je doprovázena bludy a halucinacemi.

Časově je manická epizoda rozdělena na hypománii, která trvá alespoň čtyři dny, a mánií, která trvá týden.

Léčba této epizody je založena na podávání léčiv antipsychotických s benzodiazepiny.

### 2.8.3 Bipolární afektivní porucha

Při této poruše dochází ke střídání dvou fází – hypomanické nebo manické epizody. Následně přichází depresivní epizoda. Nemocní s touto poruchou jsou často uživatelé drog a alkoholu. Léčba je stejná jako u mánie či deprese.

## 3 Motivace

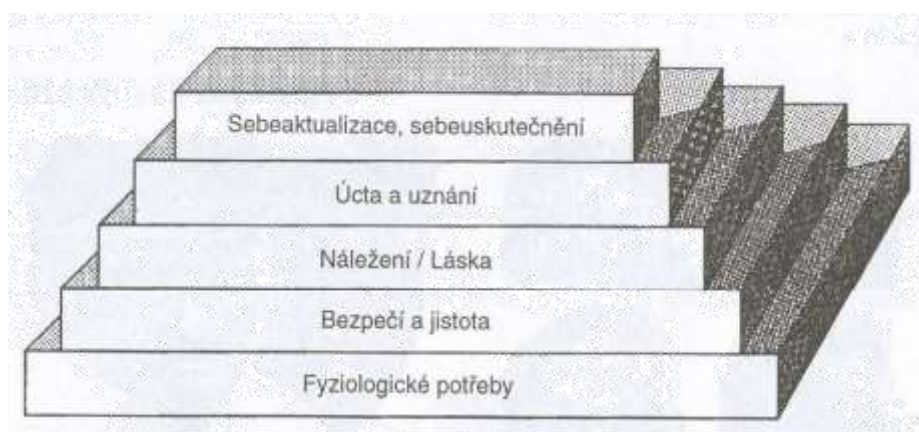
*„Všechno, co způsobuje nějaké chování, jednání nebo reakci, označujeme jako motivaci nebo popud. Příčiny chování jsou různé.“ (Kern, 2006, s. 53)*

Slovo motivace je dnes často používáno ve věcech spojených s pracovním nasazením. Firmy si vybírají za své zaměstnance vysoce motivované jedince, kteří by měli dokázat zefektivnit činnost a chod firmy, společnosti nebo týmu atp. V těchto pozicích je očekávána nejen schopnost motivovat sebe sama, ale i schopnost motivovat ostatní v týmu k vykonání společných cílů.

V posledních letech můžeme pozorovat nárůst zájmu o tzv. kompetenční motivaci, která by měla být přesnější a ucelenější alternativou k tzv. výkonové motivaci.

V dnešní době můžeme pozorovat vysoký nárůst výskytu literatury k tématu výkonové motivace, ale zastánci kompetenční motivace tvrdí, že má dvě slabiny. Jedná se o nejasné vymezení pojmu „výkon“. Není nikde přesně zmíněno, co je takovým výkonem myšleno. Druhou slabinou je nepřilíš rozsáhlé zaměření. Dnes většina západních psychologů vnímá motivaci jako motivaci zaměřenou na jedince, na pokroky v oblasti vzdělávání, práce a sportu. (Blatný a kolektiv, 2010)

Člověk je schopen si své motivy uvědomovat a přemýšlet o nich. Díky tomu je schopen přemýšlet o následcích svého jednání a vyvarovat se chyb. Porozumění základním lidským motivům se snažil popsat Abraham H. Maslow a sestavil tak svoji pyramidu potřeb.



**Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb (Kern, 2006, s. 56)**

Kern (2006) tvrdí, že pokud nejsou uspokojeny jednoduché fyziologické potřeby jako hlad a odpočinek, potom lidé neusilují o výsledky ve sférách společenského postavení nebo o výsledky, které by jim přinesly všeobecnou slávu atp.

Motivace tedy vychází z nějakých základních vnitřních motivů (pohnutek). Dalo by se mluvit i o pracovní motivaci, která může definovat jisté postoje člověka k práci – obecně i konkrétně k určitému typu práce.

Vévoda a kol. (2013) vymezuje dvě skupiny motivů v práci vycházejících z anglo-americké literatury:

- intrinsické (vnitřní) – související s prací samotnou, nemusí být podněcovány z vnějšku, jsou uspokojující samy o sobě,
- extrinsické (vnější) – „leží“ mimo oblast vlastní práce, jsou vyvolávány vnějšími stimuly.

### 3.1 Motivační teorie

Jedná se o teorie, které se snaží zjednodušit pohled na důvody, motivy a způsoby chování. Adair (2004) píše, že důvody a motivy jsou často používány jako synonyma, která popisují, co nás k činu stimuluje. Důvod však vyjadřuje konkrétněji logickou nebo rozumovou oprávněnost k určitému jednání, ať už pro nás, nebo pro druhé.

Slovo motivovat vyjadřuje činnost, kterou vyvíjíme k druhému člověku. Tím se u něj vytvářejí určité podněty, stimuly, které člověku určují, aby udělal určitou věc. Takto Adair (2004) pohlíží na nejstarší teorii o „cukru a biči“. Jedná se o ilustraci těch nejhlubších, podvědomých teorií nebo domněnek o motivování druhých. Jedná se o klasickou představu odměny a trestu.

Další z motivačních teorií je Herzbergova dvoufaktorová-hygienická teorie, kdy z výsledků výzkumů vyplývá, že pracovní podmínky samy o sobě nemotivují, ale jsou-li nevhodné, mohou pracovníka odradit nebo dokonce demotivovat. Tato teorie je rozdělena do dvou skupin, podmínky práce a obsah práce. (Kolman a kol., 2012, s. 51)

### 3.2 Motivační přístupy

Armstrong (2008) popisuje tři větve motivačních přístupů - finanční ohodnocení, nefinanční ohodnocení a hodnocení lidí. Pokud jsou tyto tři části splněny, motivace jedince se zvýší. Finanční hodnocení je sice účinné, ale ne vždy dlouhodobě dostačující z hlediska spokojenosti. Pokud nastane situace, že finanční ohodnocení je v profesi jediný motivační faktor, nebude jej dlouhodobě uspokojovat. Nefinanční odměny zahrnují osobní uznání, pracovní úspěch, příležitost růstu a podobně.

Motivačním přístupem můžeme chápat i pracovní spokojenost, kdy Štikař (2003) zmiňuje Luthanse, který popisuje tři rozměry tohoto pojmu. První jako „emocionální odpověď na pracovní situaci, druhou jako reakci „na splněné nebo nesplněné očekávání ve vztahu k práci a pracovním podmínkám“ a třetí jako jev, „který vyjadřuje některé vzájemné postoje“.

Bedrnová a Nový (1998) uvádí blízký vztah mezi motivací a pracovní spokojeností. „*Ve vztahu mezi pracovní spokojeností a motivací platí, že dobré pracovní podmínky ve většině případů alespoň nepřímo stimulují motivaci k práci*“. (Vévoda a kol, 2013, s. 14)

Prostřednictvím práce získává jedinec uspokojení v rámci vlastních hodnot či vlastních cílů. Může se jednat o finanční odměnu nebo kariérní postup. Toto můžeme chápat jako pracovní motivaci, která souvisí s pojmem uspokojení z práce. (Nakonečný, 2005, s 111)

### 3.3 Motivace sester

Podle výzkumu *Pracovní spokojenost efektivně aneb peníze nejsou všechno*, který zpracoval Vévoda, Ivanová (2006 in Vévoda a kol., 2013), vyplývá, že sestry zůstávají v zaměstnání na základě těchto faktorů – prestiž povolání, nefinanční odměny a péče o pacienty.

Ve výše zmíněném výzkumu jsou zmiňovány další faktory, které ovlivňují setrvání sester v zaměstnání. Mezi tyto faktory patří mzda/plat, klima na pracovišti, sociální výhody a kariérní postup. Pokud některý z těchto faktorů není naplněn, dochází ke snížení touhy v zaměstnání setrvat.

Sestry v komunitní psychiatrické péči uvádějí i to, že se mohou ve své práci realizovat a dokonce se věnovat s pacienty svým koníčkům. Dalším vlivem je i skutečnost, že jsou do jisté míry pánem svého času.

### 3.4 Syndrom vyhoření

Pojem vyhoření vychází z technické terminologie, kdy se jednalo o prohoření kabelů, žárovek, pojistek a o opotřebením a namáhání. V kontextu s psychickým stavem či procesem jej poprvé použil americký klinický psycholog Herbert Freudenberger v polovině 70. let 20. století.

Jednotná definice vyhoření stále neexistuje. Vzniklo mnoho pokusů, kdy většina autorů se shoduje na tom, že vyšší riziko vzniká u osob pracujících v oblastech s intenzivními sociálními kontakty. U vyhoření se jedná o postupnou ztrátu energie a idealismu jako následku zažívaných pracovních podmínek, zklamání a vystřízlivění po počátečním velkém nadšení. (Poschkamp, 2013. s. 11)

Syndrom vyhoření vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné. „Objevuje se při práci s lidmi v tzv. „pomáhajících profesích“. Souvisí jednak se zátěží ale také je důsledkem selhání osobních „coping mechanismů“ (mechanismů zvládnání nároků).“ (Bartošíková, 2006, s. 21)



Ulrichová (2012) uvádí, že nezvládnání stresu může vyvolat právě tento jev. Je tedy zřejmé, že stres je jedním ze spouštěčů syndromu vyhoření. Projevuje se nezvládnutím nastavených cílů, upuštěním od vlastních hodnot, ztrátou vlastních zájmů, potřeb a sil v rámci náročné práce. To vše je výrazným stresovým zatížením, které může vést k tomuto jevu. „*Syndrom vyhoření není jen prostým vyčerpáním, i když vyčerpání fyzické, psychické a emocionální je při něm popisováno.*“ (Bartošíková, 2006, s. 21)

#### 3.4.1 Příčiny

Je mnoho přístupů, které se tímto tématem zabývají. Každý kdo popisuje syndrom vyhoření má jiný úhel pohledu. Někteří vidí příčinu vyhoření v osobnosti, jiní ve způsobu organizace práce. (Poschkamp, 2013, s. 14)

Bartošíková (2006) popisuje čtyři fáze, které popisují syndrom vyhoření:

- a) emocionální vyčerpání – projevuje se tím, že člověk nemá náladu na lidi kolem sebe, cítí se citově vysátý, nechce slyšet další trápení, starosti, zažívá pocit, že nemůže pomoci, neví jak. Nemá sílu se vžívat do pocitů jiných lidí, ohrožuje ho to, začíná se emočně distancovat. U vyhořelého zdravotníka to má za následek neschopnost reagovat na záporné a kladné emocionální podněty,
- b) psychické vyčerpání – přicházejí negativní postoje k sobě, k jiným a dochází ke změně životních postojů. Život je vnímám jen jako seskupení nároků, problémů a hrozících katastrof. U takového člověka můžeme sledovat cynismus, negativismus, pesimismus, nechut' něco měnit, ztrácí důvěru v sebe sama. Objevuje se snaha uhýbat před dalšími úkoly, snaží se obrnit vůči světu. Činnost je redukována na rutinní postupy. Vytrácí se smysl života, to může vést až k sebevražedným myšlenkám,
- c) tělesné vyčerpání – chronická únava, nedostatek energie, svalová bolest, pocit tělesné slabosti. Dostavuje se i rychlá unavitelnost spojená s pocitem viny a selháváním. Tato zátěž se projevuje bolestí celého těla i přes to, že zátěž přes den byla malá. Zvyšuje se potřeba spánku, který je nekvalitní, ráno se člověk cítí nevyspaný, neodpočatý,
- d) změny v sociálních vztazích – stahování se ze sociálního kontaktu. U lékařských pracovníků se jedná o vyhýbání se pacientům, postupné izolování

se od spolupracovníků. V důsledku psychické zátěže se zvyšuje podrážděnost, mohou narůstat konflikty, hostilní postoje, odmítání ve vztazích. Dochází k celkovému útlumu sociability, převažuje lhostejnost, apatie, nezájem o hodnocení druhými.

Častými symptomy jsou také rezignace při neúspěchu (vysoké požadavky na sebe sama), chybějící schopnost distancovat se od pracovních problémů, chybějící ofenzivní překonávání problémů, velká ochota vydat se/vyčerpat se, chybějící úspěch v zaměstnání, chybějící spokojenost se životem. (Poschkamp, 2013, s. 18)

Podle Poschkampa (2013) jsou ohroženými osobami jedinci, kteří se vyznačují snahou o dokonalost a v závislosti na tom neumějí dobře zacházet s neúspěchem. Navíc mývají neforemný systém hodnot a norem. Vyhoření tedy vzniká s konečnou platností souhrou určitých osobnostních vlastností, motivů a norem, dále nevhodnými pracovními podmínkami a tlakem ze strany jedinců, kteří jsou na nich závislí.

## II. Výzkumná část

### 4 Cíle a výzkumné otázky

Zjistit specifika práce sestry a její motivy k vykonávání profese sestry v komunitní psychiatrické péči.

Výzkumné otázky:

1. Jak vypadá práce komunitní psychiatrické sestry a co obnáší?
2. Jaká je vize do budoucna o komunitní psychiatrické péči z pohledu sester pracujících v tomto oboru?
3. Kterí činitelé ovlivňují práci sestry v komunitní psychiatrické péči?

### 5 Metodologie

Výzkum v ošetrovatelství může zpravidla využívat dvou typů strategií – kvalitativní a kvantitativní. Z toho vychází, že se jedná o jistou metodologii jak postupovat při provádění výzkumu. Metodologii definuje Hendl (2016) jako disciplínu zabývající se systematizací, posuzováním a navrhováním strategií a metod výzkumu. Předmětem metodologie jsou nástroje vědy.

„Kvalitativní výzkum je v ošetrovatelství relativně nový – výzkumnice v ošetrovatelství se o kvalitativní výzkum začaly zajímat až na konci 70. let a na začátku 80. let minulého století.“ (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005, s. 14)

Jedná se tedy o proces, který řeší konkrétní problematiku od její specifikace až po konečné řešení. V tomto procesu se využívá mnoha obecných aktivit, které jsou například: sběr dat, měření, studium literatury, identifikaci problému, formulování závěrů, analýzu dat, formulování hypotéz, testování hypotéz, interpretaci jevů aj. (Maňák, Š. Švec, V. Švec, 2005)

#### 5.1 Charakteristika kvalitativního výzkumu

„Kvalitativní výzkum představuje systematický proces a subjektivní přístup k popisu a interpretaci životních zkušeností, resp. přístup a zevšeobecnování podle subjektivního pojetí a interpretování lidské činnosti, analýza narativních informací neorganizovaným, ale intuitivním způsobem. Někteří autoři považují za kvalitativní výzkum jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických

procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.“ (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005, s. 15)

Není to však pohled jediný. Někteří autoři dokonce považovali kvalitativní výzkum jako pouhý doplněk kvantitativního výzkumu. Jiní jej zase vnímaly jako adekvátní protipól. V současnosti je již vnímán jako rovnocenný výzkum ke všem ostatním formám.

Bártlová (2005) uvádí zásady, které hrají v kvantitativním výzkumu důležitou roli:

- otevřenost – vůči zkoumaným osobám,
- subjektivita – musí zde dojít k částečné identifikaci se zkoumaným jevem, zkoumanému jedinci by mělo být umožněno ukončit svojí činnost,
- procesualnost,
- reflexivita - připravenost zkoumajícího reagovat na nečekané události,
- zaměření na případ – podrobný popis jednotlivých případů,
- historicit a kontextuálnost,
- problematizace determinovanosti,
- iterativní heuristika – celý plán bývá zpočátku poznamenán nejistotou o směrech možného zkoumání. Analytický proces je ovlivněn při sběru dat a výsledky jsou tak ovlivněny dalším sběrem dat.

## 5.2 Použitá metoda

V této práci bylo využito kvalitativního výzkumu. Byl zvolen polostrukturovaný rozhovor (Příloha A), který byl nahráván na audio zařízení.

Rozhovory byly uskutečněny v období měsíců květen-červen 2017, kdy termíny rozhovorů byly domlouvány telefonicky s ohledem na osobní přání sester a hlavně s ohledem na jejich pracovní vytíženost. Před rozhovorem byly sestry seznámeny s tématem, cíli a celkovým konceptem výzkumu. Tyto rozhovory byly následně zpracovány do textové podoby v programu Microsoft Word za pomoci přímé transkripce. Po zpracování do textové podoby byly rozhovory vytištěny a za pomoci metody otevřeného kódování analyzovány.

Po rozkódování, kdy se v textu barevně rozlišily jednotlivé segmenty, které se následně dále rozpracovaly na kategorie a podkategorie tak, aby vystihovaly

jednotlivé významy celků. Takto byly identifikovány celkem čtyři kategorie uvedených v kapitole 6.1.

### 5.3 Výběr zkoumaného souboru

Výběr respondentů byl cílený na sestry, které pracují v komunitní psychiatrické péči.

Byly kontaktovány vedoucí sestry, které následně poskytly kontakt na konkrétní sestry. Tyto sestry byly ochotné rozhovor uskutečnit a nabídly termíny dle jejich časových možností. Pro získání potřebných dat byly osloveny celkem čtyři pracoviště, z kterých se zpět ozvaly pouze dvě. Tato pracoviště se nachází v Praze, kde poskytují svojí péči.

### 5.4 Charakteristika zkoumaného souboru

Oslovenými pracovišti poskytující komunitní psychiatrickou péči bylo Centrum duševního zdraví pro Prahu 8 a Komunitní psychiatrický tým ÚVN. V rámci těchto pracovišť bylo osloveno pět sester, které svolily k uskutečnění a nahrávání rozhovoru.

Oslovené sestry mají praxi v tomto oboru od 2 do 5 let. Všechny oslovení respondenti mají specializované vzdělání v oboru psychiatrie.

**Tabulka 1** přehled respondentů

<b>Respondenti</b>	<b>Sestra 1</b>	<b>Sestra 2</b>	<b>Sestra 3</b>	<b>Sestra 4</b>	<b>Sestra 5</b>
<b>Specializace</b>	Specializovaná psychiatrická sestra	Titulovaná sestra pro psychiatrii	Specializovaná psychiatrická sestra	Specializovaná psychiatrická sestra	Specializovaná psychiatrická sestra
<b>Délka praxe v komunitní psychiatrické péči</b>	5 let	5 let	2 roky	2 roky	3 roky
<b>Pracoviště</b>	CDZ	CDZ	ÚVN – komunitní psychiatrický tým	ÚVN – komunitní psychiatrický tým	ÚVN – komunitní psychiatrický tým

## 6 Výsledky

### 6.1 Kategorizace

Na základě otevřeného kódování byly určeny 4 kategorie:

- Motivace sester v komunitní psychiatrické péči
- Demotivace sester v komunitní psychiatrické péči
- Specifika práce komunitní psychiatrické sestry
- Budoucnost komunitní psychiatrické péče z pohledu sester

V každé z kategorií jsou dotazované sestry citovány. Tyto citace jsou uskupeny tak, aby jejich význam korespondoval s konkrétní kategorií. Nejsou využity vždy plné citace, ale v některých případech pouze částečná citace vzhledem k více zmíněnému významu.

### 6.2 Kategorie motivace sester v komunitní psychiatrické péči

Kategorie, která popisuje motivační činitele v práci komunitní psychiatrické sestry. Dále je popsána těmito podkategoriemi: zájem o psychiatrii, práce s pacienty, komunikace s kolegy, možnost rozložení práce, domácí prostředí, poloviční úvazek, malé děti, seberealizace, zlepšení stavu pacienta, vztah s kolegy, nesměnný provoz, zabránění hospitalizace pacienta, zvědavost, přivýdělek.

Motivace sester v komunitní psychiatrické péči	Zájem o psychiatrii
	Práce s pacienty
	Komunikace s kolegy
	Možnost rozložení práce
	Domácí prostředí
	Poloviční úvazek
	Malé děti
	Seberealizace
	Zlepšení stavu pacienta
	Vztah s kolegy
	Nesměnný provoz
	Zabránění hospitalizace pacienta
	Zvědavost
	Přivýdělek

Obrázek 2 Motivační činitelé u sester v komunitní psychiatrické péči

S1: „Já jsem v podstatě byla vždycky v psychiatrický nemocnici, kde jsem měnila oddělení ...Ta psychiatrie mě vždycky zajímala a bavila ...klienti nás mají rádi a chodí sem rádi, jsou rádi, že nás vidí a ta práce je taková hezká. ...Hovořím o tom s kolegy. To mě uklidní, že v tom nejsem sama. ...Když navštěvujeme ty lidi v domácí péči, tak si myslím, že když mají nějakou krizi, tak je udržíme déle doma bez hospitalizace.“

S2: „Je tady asi větší svoboda, že si ty věci můžeme dělat víc podle svého. Jak si to naplánuju, tak to mám. Nedělám slepě to, co mi naordinuje doktor a můžu si sama vést ty lidi, jak chci, jak potřebuju nebo jak si myslím, že ty lidi potřebují. Můžu si to sama přizpůsobit časově podle sebe a je to úplně jiné, než u lůžka. ...mám poloviční úvazek. Mám malé děti, takže já se těším do práce a stejně tak se těším zase z práce domů. ...poloviční úvazek a to, že moje priority jsou v mojí rodině a ne v mojí práci ...Já mám ráda sport...tak se na mě hodně obracejí třeba se sportovními aktivitami. ...To je jedna z věcí, co je na téhle práci strašně fajn, že si tady každý můžeme najít to, co nás baví a nějak to promítnout do práce s klienty. ...se tu člověk může realizovat...Je to taky super, když pacient, který má za sebou 54 hospitalizací v naší nemocnici, je mu asi 35 a od té doby, co je v naší péči, tam nebyl tři roky a ani nefetuje. Tak to je také moc hezké, že se drží...ty výsledky jsou určitě motivující. Taky se mi líbí ten kolektiv, že to není čistě taková slepičárna a i vztah k lékařům, že jsou takový empatictější, vlídnější a lidštější oproti somatice.“

S3: „Já jsem si tu práci našla, protože mě ta psychiatrie baví...,... bylo jasné, že nechci dělat ve směnách...,...mám malé děti, které musím obstarat. ...To byla taková druhá věc, že by šlo s nimi pracovat v jejich domácím prostředí mimo tu nemocnici. ...umožňuje i to, když už je ten tlak velký, tak zvolnit. Trochu to sesumírovat a říknu si, že tenhle člověk to teď beze mě vydrží, když se uvidíme za týden jednou a ne dvakrát. ...jak si to přes den naorganizuju, je moje věc. ...Samozřejmě, že mě nejvíce těší to, když ten člověk funguje a nezhoršuje se to. V první fázi je to o tom, že cítím, že ten člověk mi opravdu věří.“

S4: „Připadala mi ta hospitalizace zbytečná...,...domluvím schůzky s klienty tak, aby to vyhovovalo především jim, ale i přizpůsobím to i sobě a své rodině. ...Nejvíce mě naplňuje to, když vidím ten úspěch psychiatrické rehabilitace. Když vidím, to zlepšení. ...udržet toho klienta v domácím prostředí, v kompenzovaném stavu a

*zabránit hospitalizaci. ...se na mě klienti těší...,...nebo si během dne zajít k lékaři, aniž bych si musela brát volno.“*

*S5: „Zajímalo mě, jak se bude takhle pracovat...chci pomáhat lidem...,...finanční motivace, přivydělat si a baví mě to... Nejvíce mě naplňuje třeba i to, že se ty klienti zlepší a že jim mohu pomoci...mě naplňuje každý úspěch, protože nemůžete čekat, že se to zlepší úplně...,...když vám klient řekne, že tak, jak s ním mluvím já, s ním ještě nikdo jiný nikdy nemluvil, že mě má rád. To je ta největší odměna, plat je druhotný. ...Organizuji si schůzky tak, abych měla volno.“*

### 6.3 Demotivace sester v komunitní psychiatrické péči

Tato kategorie poukazuje na demotivující prvky při vykonávání profese komunitní psychiatrické sestry. Je spojena s těmito podkategoriemi: nedostatek času pro sebe, nedostatečná prevence syndromu vyhoření, finanční ohodnocení, špatné zprávy od pacientů, manipulativní chování pacientů, nedoceněná práce, špatná komunikace složek, neochota pečujících (rodina), pocit nenaplnění, frustrace z práce, administrativa, opožděné řešení problémů, množství práce, samostatnost, větší zodpovědnost, nedostatek somatických výkonů, profesionalita.

Demotivace sester v komunitní psychiatrické péči	Nedostatek času pro sebe
	Nedostatečná prevence syndromu vyhoření
	Finanční ohodnocení
	Špatné zprávy od pacientů
	Manipulativní chování pacientů
	Nedoceněná práce
	Špatná komunikace složek
	Neochota pečujících (rodina)
	Pocit nenaplnění
	Frustrace z práce
	Administrativa
	Opožděné řešení problémů
	Množství práce
	Samostatnost, větší zodpovědnost
Nedostatek somatických výkonů	
Profesionalita	

**Obrázek 3 Demotivující prvky u sester v komunitní psychiatrické péči**

*S1: „...kdyby sem musela dát výpověď v nemocnici, která zaštiťuje jakoby náš plat...,...kdybychom třeba měli být soukromí, tak do toho bych prostě nešla. ...Vím*



*třeba, že mu není dobře a přenáší se to na mě...,...ale to jenom v období, kdy se těm lidem nedaří, kdy jsou hodně špatní a jejich víc špatných...Nejhorší je, když vám ten klient úplně nesesedne a přesto si s ním musíte povídat a řešit ho...,...když vám ten člověk úplně neseďí, musíte se tvářit jako profík.“*

*S2: „Je to daleko větší zodpovědnost...Nejhorší je asi spolupráce se sociálními pracovníky. ...Každý máme nějaké představy o tom, co kdo dělá a co by dělat měl a myslím, že jsme je stále ještě nesladili a že tam jsou velké nerovnosti mezi námi a asi i hodně ve financích...Myslím, že tady by to mělo být vyrovnané, ty hranice, kdo je doktor, kdo je sestra a kdo je sociální pracovník...Také mě mrzí, že tu děláme málo somatických věcí.“*

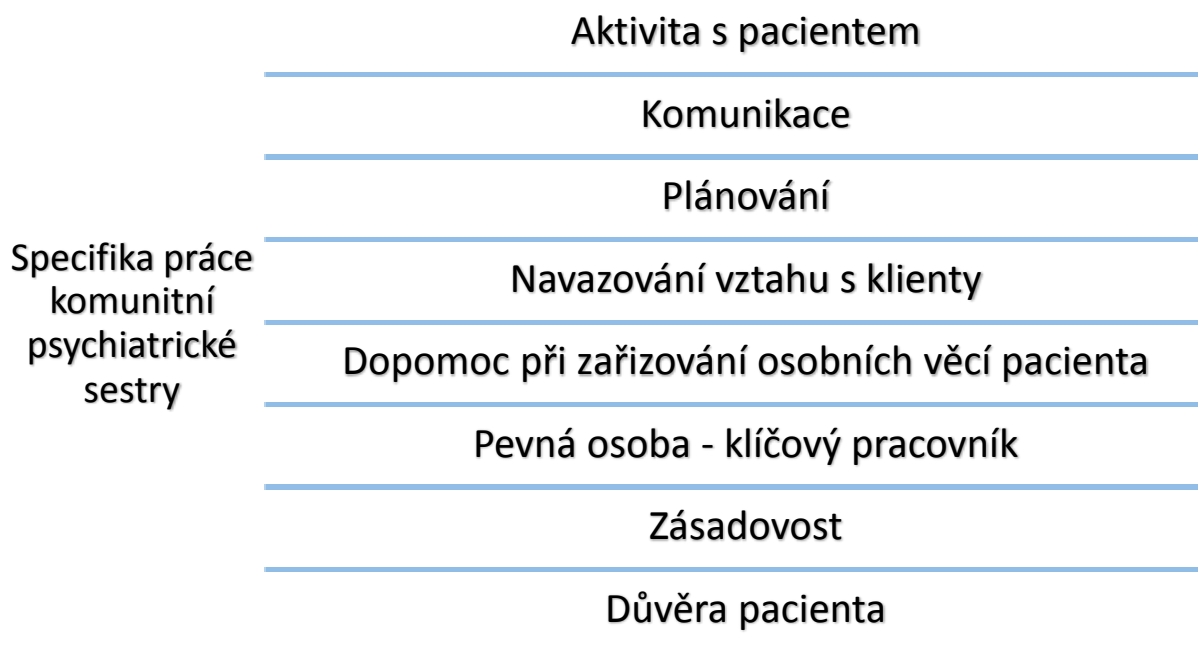
*S3: „Od této profese mě odrazuje systém, který je tu nastavený a vůbec ta komunikace mezi jednotlivými složkami péče. ...nemáme svého sociálního pracovníka...,...si musím složitě domlouvat schůzku se sociálním pracovníkem...,...trvá to dlouho. Tedy když je třeba něco řešit a než se to promele těmi lejsky a různými státními organizacemi a tak, tak to trvá dlouho a mezitím třeba ta akutní věc pomine a už je třeba řešit něco, co by na to mělo navazovat. Také mě odrazuje ta administrativa, protože kdyby člověk chtěl obstarávat ty lidi, jak nejlépe by mohl, tak samozřejmě všechny ty kroky musí zapisovat a řídit se podle toho, co je jeho pravomoc a co není. ...aby to mělo tu vypovídající hodnotu, jelikož by to možná překročovalo ty hranice pravomoci, kterou máme danou. ...Syndrom vyhoření jako takový, to nevím, ale jsou takové chvíle, podle toho, kolik té práce je a jestli je třeba víc akutních stavů najednou ...je to náročný...nejhorší, že je na to člověk sám a to předpokládá to, že se musí spolehnout na sebe, na svoje rozhodnutí...Jsou i situace, kdy se musí člověk rozhodnout i pro něco, co mu vnitřně není příjemný ale je to prostě nutný. Například zavolat sanitku a pak to tomu člověku vysvětlovat a to je pro mě hodně nepříjemný, protože to jsou přesně ty chvíle, kdy se bojím, že ztratím to, na čem jsem pracovala třeba i několik měsíců. ...jsme jenom sestry, bez ničeho okolo...,...je velký problém se spoluprací s těmi ambulantními psychiatry těch pacientů...,...potřebujete, aby vám lékař napsal doporučení nebo napsat medikaci, tak najednou to nemáte a pátráte co můžete dělat...,...jakékoliv zpoždění předání informace sebou přinese i prodloužení v řešení té situace.“*

S4: „Jsou samozřejmě okamžiky, které nejsou úplně jednoduché...kdy na sebe ty pomáhající složky úplně nenavazují nebo že setkávám s neochotou ze strany některých pečujících. ...když sama pociťuju, že už ta práce mě třeba tolik nenaplňuje...,...nebo se cítím být frustrovaná určitým způsobem, tak se snažím posunout někam dál. ...ta administrativa...je taková obtěžující, té je taky dost.“

S5: „...vystudovala jsem ještě homeopatii a nemůžu se věnovat prostě všemu dohromady. Na to bych neměla čas. ...pocítila jsem takové možná profesionální zoufalství. Prevence nevím, protože jediný co jsme mohly dělat je to, že jsme si mohly s kolegyněmi popovídat...Myslím, že jsme všichni špatně ošetřeni dlouhodobě. Nemáme moc šancí se opečovávat víc. ...dělat jenom v komunitní péči, na to by mi nestačily peníze, to si prostě nemůžu dovolit...Mám spoustu koníčků, ráda čtu, hudba, cvičím jógu...ale nemám na to čas. ...Někdy opravdu v podstatě vůbec neodpočívám. ...Nejhorší je, když vám někdo řekne, že se zabije a vy ho máte na telefonu...Paní tohle používala jako způsob manipulace...Myslím, že ta práce sama o sobě je moc těžká a málo doceněná, a to teď nemyslím ani ty peníze. Příkladem může být to okolí, které nechce pomoci a já to musím přijmout. No a taky ty peníze“

#### 6.4 Specifika práce komunitní psychiatrické sestry

Kategorie popisující specifické vlastnosti a výkony u sestry v komunitní psychiatrické péči. Konkrétně to jsou tyto podkategorie: aktivita s pacientem, komunikace, plánování, navazování vztahu s klienty, dopomoc při zařizování osobních věcí pacienta, pevná osoba – klíčový pracovník, zásadovost, důvěra pacienta.



**Obrázek 4** Specifika práce komunitní psychiatrické sestry

S1: „Je to o tom, že ráno přijdu do práce, máme tzv. služby v obýváku, což je místnost, kam klienti chodí posedět, popít si kávičku, popovídat si...plánuji schůzky s klientem sama podle potřeby a podle toho, jak to zrovna on potřebuje...Děláme s nimi plány péče podle care...Hlavně nám věří. Samozřejmě musí nejdřív získat tu důvěru ale ve chvíli, kdy oni získají tu důvěru, tak je to hrozně důležitý. Jak pro ně, tak i pro nás.“

S2: „ Od 8.30-9.30 je porada celého týmu včetně sociálních pracovníků a lékařů a projíždíme tzv. Fact-board, což je naše tabulka klientů, které je potřeba více sledovat, jsou ve zhoršeném stavu nebo jsou hospitalizovaní, což trvá tak hodinku. Řekneme si, kdo si vezme auto a kdo co bude dělat přes den...Po desáté hodině si plánuju schůzky s klienty a to je různé podle potřeb klientů...Dost často беру klienty na kolo nebo do bazénu, s někým chodím běhat....,...když je potřeba s někým něco zařídit, tak jdeme...O víkendu většinou organizuji nějaké hromadné sportovní akce pro naše klienty, protože oni sami se moc často nikam nedostanou...Jsem také v kontaktu s nutriční terapeutkou u nás v nemocnici...,...někdy i odběry, což samozřejmě také pícháme depotní injekce a tak podobně.“

S3: „...jdeme zařizovat nějaké věci i ven, aby to proběhlo a aby se dostali třeba k penězům, nebo i nakoupit s nimi jdu...,...s rodinou komunikuji, například si všimnu, že by bylo potřeba něco zařídit a tak podobně...skupina lidí, kteří k sobě

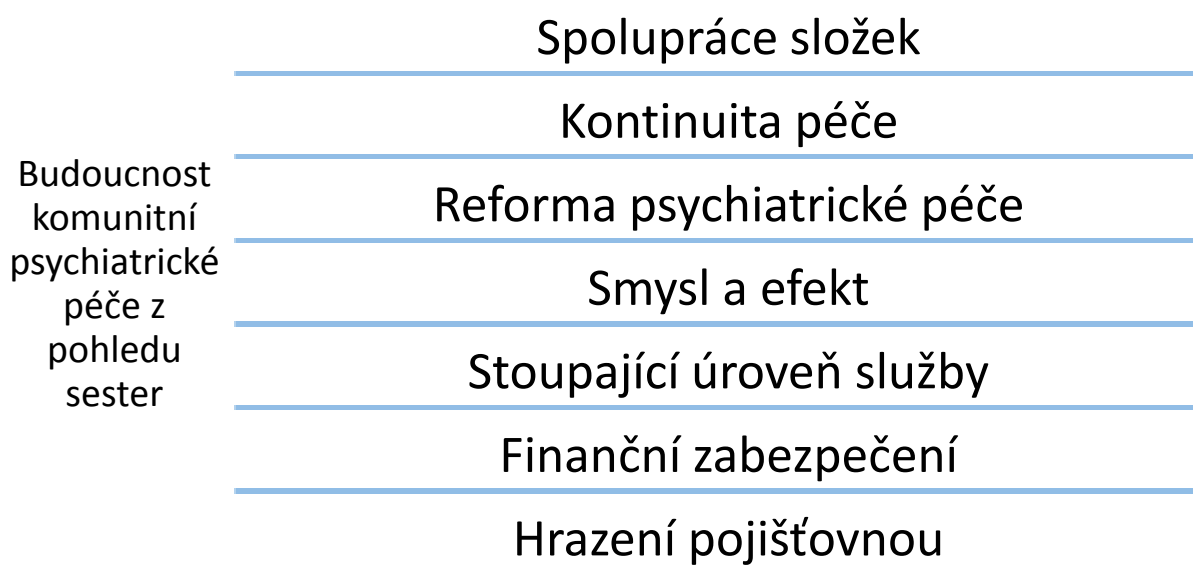
*nikoho nepouští, tudíž ten klíčový pracovník je opravdu klíčový...se potřebují vypovídat, postěžovat si nebo se projít ven, protože sami by nešli...kamarádský pokec, ale pro mě to jsou informace, které potřebuji, a kdybych seděla někde za stole, tak to z nich nedostanu...netroufnou si, a když s nimi jdete, tak se ty ledy pomalu prolamují...Jednou za měsíc máme poradu a jednou za šest týdnů máme supervizi a také si voláme samozřejmě.“*

*S4: „...si domluví schůzky s klienty tak, aby to vyhovovalo především jim, ale přizpůsobím to i sobě a své rodině...eventuálně třeba máme v nemocnici nějakou poradou týmu. Většinou se snažím, aby mi to navazovalo...ten vztah může být i takový přátelský ale je nutné dodržovat mantinely, například si s klientem nikdy netykat!... Člověk si mnohem lépe získá důvěru klienta, když vidí, že ten člověk k němu má úctu. Dodržování těch mantinelů musí mít člověk tak nějak v sobě a pak je získá tou praxí, jinak to nejde.“*

*S5: „ Organizuj si schůzky tak, abych měla volno...rozumově se rozhodnout a prostě dost!“*

#### 6.5 Budoucnost komunitní psychiatrické péče z pohledu sester

Tato kategorie přibližuje pohled sester, pracujících v komunitní psychiatrické péči, na téma budoucnosti této péče. Je charakterizována těmito podkategoriemi: spolupráce složek, kontinuita péče, reforma psychiatrické péče, smysl a efekt, stoupající úroveň služby, finanční zabezpečení, hrazení pojišťovnou.



**Obrázek 5** Budoucnost komunitní psychiatrické péče z pohledu sester

S1: „Uvidíme, jestli to vůbec budou chtít pojišťovny hradit...Jestli uznají, že je tahle profese důležitá...i na reformě psychiatrické péče.“

S2: „...vidím, že ta práce má smysl a efekt“

S3: „Ideální stav by asi byl, kdyby každé centrum mělo své psychiatry...lékař předal s celou tou agendou...aby mohla fungovat ta kontinuita péče. Byl tam doktor, který o ně pečuje, bude tam terénní sestra, která může zareagovat v tom domácím prostředí, bude tam sociální pracovník.“

S4: „Od toho roku 1998 vidím, že se toho hodně změnilo, určitě k lepšímu a dělá mi to radost.“

S5: „Myslím, že ty sestřičky by měly mít víc peněz a nemusely si shánět další práci, která je uživí.“

## 7 Diskuze

V této kapitole budou shrnuty informace, které byly získány na základě kvalitativního výzkumu, zaměřeného na práci sester a jejich motivaci k vykonávání profese sestry v komunitní péči.

Ze zjištěných výsledků vyplývá, že sestry jsou motivovány k vykonávání profese komunitní psychiatrické sestry převážně sociálními faktory. Velká část sester uvádí, že hlavním důvodem je práce s pacienty a to v jejich přirozeném domácím prostředí. Sestra 3 dokonce tvrdí, že v jejich přirozeném prostředí se dá získat mnohem více informací o pacientovi, které jsou důležité, než v prostředí, které pro něj není vlastní. Dále je pro ně motivující, zlepšující se stav pacienta nebo alespoň to, že jejich péče dokáže předejít hospitalizaci. Další výhodou sestry spatřují v tom, že si mohou pracovní den, v rámci možností, časově přizpůsobit dle svého a mají prostor na zařízení věcí, na které si mnoho ostatních zaměstnaných lidí musí brát volno. K tomu se pojí i fakt, že některé z dotazovaných sester, mají malé děti a mohou jim věnovat čas, ve smyslu odvést je do školy k doktorovi atp. Sestra 2 tvrdí, že pozitivním a motivujícím faktorem na její profesi je možnost seberealizace a promítnutí se do své práce. Sestry tráví s pacienty čas, kdy o nich získávají informace a pomáhají jim s nejrůznějšími problémy. Tento čas se dá využít i k tomu, že sestry se se svými pacienty věnují svým koníčkům, jako je například sport, ruční práce, což je přínosné i pro samotné pacienty.

Demotivujících faktorů bylo zjištěno o minimální množství více. To může být způsobeno tím, že toto povolání u nás není pevně zakořeněno a je stále ve vývoji. Dalším vysvětlením na základě mé získané praxe v kontextu této práce je to, že každá sestra je jiná a demotivující je pro ni něco, co jiná nemusí pokládat za překážku. Příkladem je uvedení nízkého finančního ohodnocení, což uvedla pouze jedna sestra. Některé z dalších sester pracují pouze na poloviční úvazek a o této problematice se nezmínili. Stavby nemocných se mohou i změnit k horšímu, jsou náročnější a je velice obtížné je zvládat a umět si v takovéto chvíli poradit. Sestry uvádějí toto jako další faktor v případě, že takovýchto pacientů je v daném období více. Jelikož sestry mají k pacientům jistý profesionální vztah, tak i špatné zprávy o pacientovi je mohou zasáhnout. Jako další odrazující fakt shledávají administrativu a také to, že v oboru psychiatrie a zvláště v komunitní psychiatrické péči je nedostatek somatických výkonů a mají strach, kdyby jednou obor psychiatrie opustily, že

spoustu odborných výkonů pozapomněly. Dalším demotivujícím prvkem je i skutečnost, že sestry mají mnohem více zodpovědností a musí si umět poradit sami, jelikož ve chvíli, kdy jsou u pacienta, jsou tam sami. Některé sestry toto uvádějí i jako motivující faktor. Tvrdí, že neplní slepě rozkazy lékaře. Rozdílné bylo i například to, že některé sestry uváděly, že je odrazuje nedostatečná nebo špatná komunikace složek, jelikož sestry, které pracují pod Vojenskou nemocnicí, nemají ve svém komunitním týmu sociálního pracovníka, psychologa a v týmu jsou sami. Uvádí obtížnější spolupráci s ambulantními psychiatry nemocného a také složitou domluvu schůzky nemocného se sociálním pracovníkem, což vede ke zdržení řešení problému. Sestry, které pracují v centru duševního zdraví, sice sociálního pracovníka mají, ale i spolupráce s nimi byla uvedena jako nejnepříjemnější na jejich povolání.

Jedna z výzkumných otázek se ptá na specifika práce sestry v komunitní psychiatrické péči. Na základě analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že největší část této profese spočívá v komunikaci s pacientem, kdy sestry musí zjistit a zdokumentovat aktuální stav pacienta, jaká je jeho nálada, chování, jestli mají nějaké příznaky onemocnění jako halucinace a podobně. Také aktivita s ním na schůzce a především navazování vztahu, kdy je velice důležité získání důvěry. Další velkou část tvoří plánování. Sestry si musí naplánovat schůzky s pacienty nebo i schůzku se sociálním pracovníkem a podobně. Do plánování spadá i různé organizování aktivit pro pacienty, jako například sportovní akce a podobně. Sestra v tomto oboru napomáhá pacientovi i s běžnými věcmi, které pro zdravého člověka nepředstavuje žádnou hrozbu. Jedná se například o výběr peněz z bankomatu, kdy se nemocný může obávat, že ho někdo sleduje a má strach si peníze vybrat sám. Bylo zjištěno, že sestra se takovýmito činnostmi stává velice důležitou a klíčovou osobou v životě psychiatricky nemocného jedince. Další složkou specifík tohoto povolání tvoří komunikace s kolegy a schůzky s nimi.

Dále byl zjišťován pohled sestry pracující v komunitní psychiatrické péči na budoucnost této profese. Bylo zjištěno, že sestry by si přály, aby tato profese měla budoucnost, jelikož vidí, že má smysl a efekt. Dále bylo uvedeno sestrou 5, že by bylo vhodné, aby sestry pracující v tomto oboru měly více peněz a mohly si dovolit tuto práci vykonávat bez obav, že budou mít nedostatek financí. Zjištěno bylo i to, že nejvíce záleží z pohledu sester na reformě psychiatrické péče a na faktu, zdali budou chtít pojišťovny tuto péči hradit. Sestra 3 uvedla jasnou představu o tom, jak by měla

psychiatrická komunitní péče fungovat a jednou ze součástí je i důležitost kontinuity péče o pacienta.

Tyto výsledky mohou být ovlivněny faktem, že sestry, které se tohoto výzkumného šetření účastnily, byly pouze ze dvou zařízení a to Centrum duševního zdraví pro Prahu 8 a Komunitní psychiatrický tým ÚVN.



## 8 Závěr

V teoretické části práce byla přiblížena historie péče o duševně nemocné, popsána komunitní péče a přiblížení komunitní péče se zaměřením na obor psychiatrie. Byly popsány diagnózy, se kterými se setkáváme v komunitní psychiatrické péči, kterými jsou psychózy, poruchy nálad a obsedantně kompulzivní porucha. Dále jsem se věnovala pojmu motivace a syndromu vyhoření, které byly rozebrány z teoretického hlediska

Cílem této bakalářské práce bylo přiblížit specifika práce sestry a zjistit motivy sester vedoucích k vykonávání práce.

Na základě zvolených cílů bylo zvoleno kvalitativního šetření, kdy bylo využito polostrukturovaných rozhovorů, které byly nahrávány na audio zařízení. Tyto rozhovory byly dále přímou transkripcí převedeny do textové podoby a dále zpracovány metodou otevřeného kódování, kdy byly stanoveny čtyři kategorie.

Bylo zjištěno, že největším motivem pro vykonávání profese sestry v komunitní psychiatrické péči je práce s pacientem v domácím prostředí, zlepšení jeho stavu a možnost předejít jeho hospitalizaci. Naopak nejvíce demotivujícími prvky se stala administrativa a situace, kdy se zhorší stav několika pacientů ve stejném časovém úseku. Nejčastěji v této kategorii byla zmíněna špatná nebo nedostatečná komunikace mezi jednotlivými složkami péče (ambulantní lékaři, sociální pracovníci).

Součástí této práce bylo i poukázání na charakteristiku tohoto povolání. Z rozhovorů vyplynulo, že největší část tvoří práce s pacienty, navazování kontaktu s nimi a získávání důvěry. Další složku tvoří plánování a komunikace s kolegy. Další otázkou práce byla zaměřena na pohled sester pracujících v komunitní psychiatrické péči na budoucnost této péče. Z výsledku vyplývá, že sestry tuto péči považují za důležitou a přejí si, aby se dále vyvíjela. Dle sester závisí především na reformě psychiatrické péče a na pojišťovnách. Jejich přáním by bylo, aby byla lépe ošetřena spolupráce mezi složkami, byla více doceněna a lépe placena.

## Seznam literatury

ADAIR, J. E. *Efektivní motivace*. Praha: Alfa Publishing, 2004. Management (Alfa Publishing). ISBN 80-86851-00-1.

ANTHONY. W. [ET AL.]. *Psychiatric rehabilitation*. 2nd ed. Boston, Mass: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University, 2002. ISBN 9781878512116.

ARMSTRONG, M. *How to manage people*. Philadelphia: Kogan Page, 2008. Creating success. ISBN 978-0-7494-5241-4.

BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

BAŠTECKÁ, B., MACH J. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0617-0.

BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK P. a TÓTHOVÁ V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-416-x.

BEDRNOVÁ, E., NOVÝ I. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press, 1998. ISBN 80-85943-57-3.

BLATNÝ, M. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3434-7.

BRADNOVÁ, H. *Encyklopedický slovník*. Praha: Odeon, 1993. Klub čtenářů (Odeon). ISBN 80-207-0438-8.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOSÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2007. ISBN 978-80-7248-442-3.

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.

KERN, H. *Přehled psychologie*. Vyd. 3. Přeložil Magdalena VALÁŠKOVÁ. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-121-2.

KOLMAN, L. *Motivace, produktivita a způsob života*. Praha: Linde Praha, 2012. ISBN 978-80-7201-892-5.

MAŇÁK, J., ŠVEC Š., ŠVEC V. (eds.). *Slovník pedagogické metodologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. Pedagogický výzkum v teorii a praxi. ISBN 80-7315-102-2.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ M., a BABIAKOVÁ M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.

- NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0577-x.
- PETR, T. *Reforma péče o duševní zdraví v ČR*. Sestra. 2013, 23(7-8), 12-13. ISSN 1210-0404.
- PETR, T., MARKOVÁ E. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
- POSCHKAMP, T. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika, 2013. Rádce pro pedagogy. ISBN 978-80-266-0161-6.
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ P., JANOTOVÁ D. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.
- ŠTIKAR, J. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0448-5.
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- ULRICOVÁ, M. *Člověk, stres a osobnostní předpoklady: souvislost osobnostních rysů a odolnosti vůči stresu*. Ústí nad Orlicí: Oftis ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Hradec Králové, 2012. ISBN 978-80-7405-186-9.
- VÉVODA, J. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.
- VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.

## **Internetové zdroje**

Myšlení, myšlenkové operace, řešení problémů. *Studium psychologie* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.studium-psychologie.cz/obecna-psychologie/11-mysleni-myslenkove-operace.html>

POLÁCH, Ladislav. *Obsedantně kompulzivní porucha* [online]. 2015 [cit. 2017-07-11]. Dostupné z: <http://www.upsychiatra.cz/obsedantne-kompulzivni-porucha/>

## Seznam příloh

### Příloha A – Otázky k rozhovoru

1. Jaké je vaše vzdělání?
2. Na jakých klinikách/oddělení jste pracovala?
3. Jak jste se dozvěděla o profesi komunitní psychiatrické sestry?
4. Které podněty vás vedou k vykonávání této profese? Které by vás naopak odradily/odrazují?
5. Jak dlouho se této profesi věnujete?
6. Pocítila jste při této profesi syndrom vyhoření? Pokud ano, jak se projevoval? Jaká je Vaše prevence?
7. Jak vypadá Váš pracovní den? Jaká je jeho organizace? Jste pánem svého času?
8. Jakým způsobem zaznamenáváte informace o pacientovi? Jak vyhodnocujete ošetrovatelskou péči?
9. Co vše Vás naplňuje ve vztahu k této profesi?
10. Co vše je na této profesi pro Vás omezující? Co vše Vám vadí? S čím jste nespokojená?
11. Jak si udržujete zdravý odstup od pacientů? (sympatie-antipatie)
12. Jaká je Vaše vize této profese do budoucna? Jak myslíte, že se bude vyvíjet do budoucna?
13. S jakými diagnózami se nejčastěji setkáváte?

## **Příloha B – Rozhovor 1**

### **1. Jaké je vaše vzdělání?**

Mam specializaci psychiatrický sestry

### **2. Na jakých klinikách/oddělení jste pracovala?**

Takže já jsem začínala po škole na interním oddělení psychiatrické nemocnice. Já jsem v podstatě byla vždycky v psychiatrický nemocnici, kde jsem měnila oddělení a po interně jsem nastoupila na geronto oddělení po mateřské, potom jsem byla na neklidu, takže akutní příjmové, potom jsem byla na dětským, taky na psychiatrii, potom jsem úplně odešla z nemocnice a pracovala jsem chvíli na dětské ambulanci, kde jsem teda byla asi rok a pak jsem se vrátila zpátky do nemocnice kde jsem byla na chronickém oddělení na pavilonu 30 a potom jsem z pavilonu 30 odešla do centra duševního zdraví. Ta psychiatrie mě vždycky zajímala a bavila

### **3. Jak jste se dozvěděla o profesi komunitní psychiatrické sestry?**

Bylo mi to nabídnuto, jestli to nechci dělat mým šéfem. Ono vlastně jsem sice měnila zaměstnání ale v rámci jedné organizace takže... On mi řekl, jestli to prostě nechci zkusit a já co by to obnášelo ta práce a já jsem řekla, že to prostě zkusím.

### **4. Které podněty vás vedou k vykonávání této profese? Které by vás naopak odradily/odrazují?**

No v podstatě odradilo by mě to, kdyby sem musela dát výpověď v nemocnici, která zaštiťuje jakoby náš plat, protože v tuhle chvíli jsme jakoby prodělečná organizace, takže bychom na sebe nebyly schopni si vydělat. Takže to jednoznačně by mě odradilo. Víím, že jako kdybychom třeba měli být soukromí, tak do toho bych prostě nešla. A asi nic jiného. Vede mě k tomu to, že mě ta práce prostě baví, že se mi líbí. Že ty klienti nás mají rádi a chodí sem rádi, jsou rádi, že nás vidí a ta práce je taková hezká.

### **5. Jak dlouho se této profesi věnujete?**

Teď fungujeme nějakým čtvrtým rokem? Dokonce už pátým rokem vlastně.

**6. Pocítala jste při této profesi syndrom vyhoření? Pokud ano, jak se projevoval? Jaká je Vaše prevence?**

Syndrom vyhoření určitě ne. To jako spíš pocítuju občas nějaký napnilismi, kdy nevím jak dál. Nevím, co prostě s tím člověkem udělat. Vím třeba, že mu není dobře a přenáší se to na mě a tak. Občas jsem z toho v koncích a říkám si, jestli jako vůbec na tu práci mam a jestli jsem schopná to dělat ale to je jenom v období, kdy se těm lidem nedaří, kdy jsou hodně špatní a je jich víc špatných. Pak jsou období, kdy jsou klienti v pohodě a není to tak náročný s nimi a potom jsem zase spokojená. Takže nemůžu říct, že bych byla někdy vyhořelá. Hovořím o tom s kolegy. To mě uklidní, že v tom nejsem sama.

**7. Jak vypadá Váš pracovní den? Jaká je jeho organizace? Jste pánem svého času?**

Jsem pánem svého času. To my si to tady organizujeme sami. Je to o tom, že ráno přijdu do práce, máme tzv. služby v obýváku, což je místnost, kam klienti chodí posedět, popít si kávičku, popovídat si. Můžou přijít kdykoliv chtějí, takže to mam vždycky v kalendáři napsaný. Je to třeba od rána od 7 do 10 a někdy v průběhu dne a tohle je jediný, co máme daný pevně. A když to v kalendáři nemám, tak si plánuji schůzky s klientem sama podle potřeby a podle toho, jak to zrovna on potřebuje a jak to já potřebuju.

**8. Jakým způsobem zaznamenáváte informace o pacientovi? Jak vyhodnocujete ošetrovatelskou péči?**

Děláme zápisy normálně do informačního systému, který má nemocnice, což znamená u nás Hippo. A co se týče ošetrovatelských procesů, to my tady neděláme. Děláme s nimi plány péče podle care. Podle Care plánujeme péči.

**9. Co vše Vás naplňuje ve vztahu k této profesi?**

No nevím. Ta práce mě baví. Naplňuje mě možná to, že jsou ty lidi spokojení, že se jim tu líbí, že sem chodí rádi.

**10. Co vše je na této profesi pro Vás omezující? Co vše Vám Vaší? S čím jste nespokojená?**

Nejhorší je, když vám ten klient úplně nesedne a přes to si s ním musíte povídat a řešit ho. To je úplně běžný jako v nemocnici. Je třeba, že i když vám ten člověk úplně nesedí, musíte se tvářit jako profík.

**11. Jak si udržujete zdravý odstup od pacientů? (sympatie-antipatie)**

Musí být člověk profesionální. Ne vždy se to samozřejmě daří. To mám asi nějak v sobě. To já prostě umím, ten zdravý odstup si udržet. Ale jak to dělám, to úplně nevím. Když mi je někdo jako sympatický, aby mi jako moc nepřiřostl k srdci, jestli o tom můžeme mluvit, tak mi to problém nedělá. Protože to já si umím udržet hranici ale problém je spíš jako ta druhá strana. Když mi někdo není úplně sympatický tak, to mi vždycky dá víc práce, aby to na mě bylo znát. Takže to je spíš pro mě složitější.

**12. Jaká je Vaše vize této profese do budoucna? Jak myslíte, že se bude vyvíjet do budoucna?**

Tak uvidíme, jestli to vůbec budou chtít pojišťovny hradit a jestli vůbec tahle profese bude chtěná. Jestli uznají, že je tahle profese důležitá. Takže vlastně závisí i na reformě psychiatrické péče, jak to bude dál, jak se dál bude rozvíjet. Takže vlastně asi i na poslancích a tak. Jako za mě je tohle asi důležitý. Když navštěvujeme ty lidi v domácí péči, tak si myslím, že když mají nějakou krizi, tak je udržíme déle doma bez nutnosti hospitalizace. Hlavně nám věří. Samozřejmě musí nejdřív získat tu důvěru ale ve chvíli, kdy oni získají tu důvěru, tak je to hrozně důležitý. Jak pro ně tak i pro nás.

**13. S jakými diagnózami se nejčastěji setkáváte?**

My jsme hlavně okleštěný pojišťovnou, takže my máme jenom diagnózy F200 a F300, což znamená hlavně nějaký schizofreniky nebo psychotiky nebo máme bipolární afektivní poruchy i těžký deprese a obsedantně kompulzivní a to je v podstatě všechno. Co se týče neurotických poruch, tak ty moc nemáme. Ne moc ale ty nemůžeme mít, protože by nám to nezaplátila pojišťovna.



## **Příloha C – Rozhovor 2**

### **1. Jaké je vaše vzdělání**

Střední škola zdravotnická, pak Vyšší odborná škola, titulovaná sestra pro psychiatrii

### **2. Na jakých klinikách/oddělení jste pracovala?**

Pracovala jsem v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích na oddělení akutního neklidu osm let, pak jsem pracovala asi devět měsíců na soukromé klinice GHC v Praze a pak jsem pracovala rok a půl při mateřské na oddělení následné péče v psychiatrické nemocnici. Od října 2012 jsem v komunitním centru.

### **3. Jak jste se dozvěděla o profesi komunitní psychiatrické sestry?**

Já jsem byla na mateřské dovolené a dozvěděla jsem se o tom v restauraci od kolegyně.

### **4. Které podněty vás vedou k vykonávání této profese? Které by vás naopak odradily/odrazují?**

Je tady asi větší svoboda, že si ty věci můžeme dělat víc podle svého. Jak si to naplánuju, tak to mám. Nedělám slepě to, co mi naordinuje doktor a můžu si sama vést ty lidi, jak chci, jak potřebuju nebo jak si myslím, že ty lidi potřebují. Můžu si to sama přizpůsobit časově podle sebe a je to úplně jiné, než u lůžka. A co mě odrazuje? Je to daleko větší zodpovědnost, tím že si to sama vedu, sama si určuju, co budu dělat, je to větší zodpovědnost i za toho klienta, rozhodnout se, jestli to je třeba k hospitalizaci nebo není a co dělat v krizi a jak v ní postupovat.

### **5. Jak dlouho se této profesi věnujete?**

Od října 2012, když to vlastně v naší nemocnici začalo.

### **6. Pocítila jste při této profesi syndrom vyhoření? Pokud ano, jak se projevoval? Jaká je Vaše prevence?**

Já rozhodně netrpím syndromem vyhoření, protože já mám poloviční úvazek. Mám malé děti, takže já se těším do práce a stejně tak se těším zase z práce domů. Navštěvuji přednášky o syndromu vyhoření. U mě to nehrozí, protože já mám protektivní faktory, které bych měla mít a ten poloviční úvazek a to, že moje priority jsou v mojí rodině a ne v mojí práci, tak si myslím, že mě to dost chrání.

## **7. Jak vypadá Váš pracovní den? Jaká je jeho organizace? Jste pánem svého času?**

Máme dvanácti hodinové služby od 7 - 19 (19 - 7), ráno si klasicky předáváme službu, co se dělo, kdo z klientů je zhoršený a to si předáváme jenom mezi sestrami. Potom si dělám nejrůznější přípravu, tisknu si nejrůznější mapky, když je potřeba, nebo nějaký letáky na nástěnku, když nabízím nějakou formu aktivity pro klienty. Od 8.30 - 9.30 je porada celého týmu včetně sociálních pracovníků a lékařů a projíždíme tzv. Fact board, což je naše tabulka klientů, které je potřeba více sledovat, jsou ve zhoršeném stavu nebo jsou hospitalizovaní, což trvá tak hodinku. Řekneme si, kdo si vezme auto a kdo co bude dělat přes den. Já většinou mám od 7 do 10 „obývák“. To je taková místnost tady, kam si klienti můžou nízkoprahově přijít, a mám na starost kontaktní telefon. To mám do 10hodin současně s tou poradou. Po desáté hodině si plánuju schůzky s klienty a to je různé podle potřeb klientů. Já mám ráda sport a tak asi docela zdravě vypadám, tak se na mě hodně obracejí třeba se sportovními aktivitami. Dost často beru klienty na kolo nebo do bazénu, s někým chodím běhat, někdo přichází jen plánovaně na pohovory, někdo procházky. To je individuální. Samozřejmě, když je potřeba s někým něco zařídit, tak jdeme. Odráží se to od potřeb klientů. O víkendu většinou organizuji nějaké hromadné sportovní akce pro naše klienty, protože oni sami se moc často nikam nedostanou. Máme domluvené v nejbližší posilovně, že tam můžeme chodit zadarmo nebo do bazénu chodíme za opravdu snížené vstupné. Takže já se nejvíce věnuji sportu, protože je to něco, co mě baví. Jsem také v kontaktu s nutriční terapeutkou u nás v nemocnici, takže ještě dělám takové poradenství pro naše klienty, protože samozřejmě řada z nich ne jen tím, že berou léky ale i tím, že jsou nemocní, tak jejich váha je jiná oproti tomu, než když byli zdraví. Chtějí s tím něco dělat, takže já lidi vedu spíše tímhle směrem. To je jedna z věcí, co je na téhle práci strašně fajn, že si tady každý můžeme najít to, co nás baví a nějak to promítnout do práce s klienty. Kolegyně například ráda vaří, jedna kolegyně je zase zručná na nejrůznější ruční práce, takže ta tady má skupinku lidí, kteří chodí na manuální činnosti, trénují jemnou motoriku, někdo má zase rád deskové hry. Myslím, že nabídka je tady široká a pestrá, klienti si mohou vybrat i vlastně s kým chtějí být v kontaktu a každý se tu může realizovat po svém, což je také jedna z pozitivních věcí. O noční máme vlastně ten kontaktní telefon, který funguje 24 hodin denně a je určený výhradně pro naše klienty ale

samozřejmě ho využívají i lidé, kteří si nás najdou na internetu a mají problém třeba se sousedem nebo s někým z rodiny, tak se na nás také obrací. V podstatě jsme tu určený jako krizová linka pro naše klienty a samozřejmě já tím, že mám poloviční úvazek, tak mám právě domluvené že, klienti, kteří chodí přes týden do práce, za mnou chodí třeba večer. Takže já mám večer domluvený jeden nebo dva pohovory. Samozřejmě děláme nějaké papíry pro pojišťovnu, takovou tu administrativu v noci a plus přípravu na víkendové akce jako různé plánky, protože ráno se to ne vždy stihne, protože jsou někdy i odběry, což samozřejmě také pícháme depotní injekce a tak podobně, takže někdy dělám ty přípravy v noci. Také máme asi 14 dní nově čtyři lůžka, která jsou určená výhradně pro naše klienty ke krátkodobému pobytu. Na týden plus minus. Většinou ke stabilizaci stavu, ne pro lidi, kteří jsou v nějakém akutním stavu neklidu. Přijetí je plánované předem, které projde ranní poradou.

#### **8. Jakým způsobem zaznamenáváte informace o pacientovi? Jak vyhodnocujete ošetrovatelskou péči?**

Naštěstí tady nemáme žádné ošetrovatelské procesy a máme tablety. Tím, že jsme zdravotníci a sociální pracovníci a u některých klientů se podílejí obě dvě složky na péči, tak potřebujeme mít sdílenou dokumentaci. Tu zaznamenáváme do tabletů nebo klasicky do počítače přes HIPPO, odkud to tiskneme a zakládáme do kartotéky. Pracujeme podle metodiky Recovery, vypracováváme nějaké pozitivní hodnocení a tak. Myslím, že u nás ty pracovní nástroje nejsou ještě tak vykrystalizované, podle kterých by se pak i vyhodnocovala ta péče.

#### **9. Co vše Vás naplňuje ve vztahu k této profesi?**

Asi mě nejvíce baví to, že se tu člověk může realizovat. Také to, že to má evidentně i přínos pro ty klienty a asi, že se člověk realizuje a nedělá jen to, co chce doktor. Asi i to, že jsem byla z neklidu zvyklá, že tam přišli ty lidi neklidný a odcházeli výrazně zklidněný a ten efekt tam byl hned. Tady už jsem se naučila, že to nějakou dobu trvá, než je vidět nějaký výsledek práce. Je to taky super, když pacient, který má za sebou 54 hospitalizací v naší nemocnici, je mu asi 35 a od té doby, co je v naší péči, tam nebyl tři roky a ani nefetuje. Tak to je také moc hezké, že se drží a pracuje a tak. Výhodou pro mě i bylo, že spoustu lidí, jsem znala již z nemocnice a oni znali mě. Tohoto klienta jsem znala také již z nemocnice. Asi od 15 let fetoval a byl na ulici a všechno. Jelikož jsme se znali z té nemocnice z neklidu, tak jsem měla nápad, že by

mohl jít bydlet do chráněného bydlení a všichni se mi vysmáli, že si myslím, že by mohl být na chráněném bydlení, protože ho všichni znají a teď v březnu to byly tři roky, kdy je čistý a chodí do práce každý den. Nejdříve tedy bydlel na chráněném bydlení, pak si našel podnájem a je samostatný. To je úžasný! Takže ty výsledky jsou určitě motivující. Taky se mi líbí ten kolektiv, že to není čistě taková slepičárna a i vztah k lékařům, že jsou tady takový empatictější, vlídnější a lidštější oproti somatice.

#### **10. Co vše je na této profesi pro Vás omezující? Co vše Vám vadí? S čím jste nespokojená?**

Nejhorší je asi spolupráce se sociálními pracovníky. Každý jsme jiný, každý má jinou představu. Nevím, jestli ta komunikace, sdílení, prostě ta spolupráce no. Každý máme nějaké představy o tom, co kdo dělá a co by dělat měl a myslím, že jsme je stále ještě nesladili a že tam jsou velké nerovnosti mezi námi a asi i hodně ve financích. Jelikož jsou vysokoškolsky vzdělaní a mají menší plat než my i když v mnoha věcech dělají dost podobnou práci jako my, sestry. Je to nevyrovnaný ve spoustě věcech a myslím, že to mě nejvíc dře tady. Ačkoliv uznávám, že spolupráce s nimi je velice přínosná pro klienty, protože pod jednou střešou mají i sociální pracovníky, zdravotníky a mohou zde řešit všechno ale pro mě je to ta nejsložitější část práce. Myslím, že tady by to mělo být vyrovnané, ty hranice, kdo je doktor, kdo je sestra a kdo je sociální pracovník, kdo je psycholog. Myslím, že bychom si v tom týmu měli být rovni, ačkoliv to tak zažité ještě úplně nemáme a je to jedna z věcí, která tu dělá neplechu. Také mě mrzí, že tu děláme málo somatických věcí. Já se tady peru o každou injekci a odběr. Občas se bojím, že kdybych tady skončila a nastoupila jinam, tak jsem zapoměla hodně odborných věcí, jako například infúze a tak.

#### **11. Jak si udržujete zdravý odstup od pacientů? (sympatie-antipatie)**

Na psychiatrii jsem od roku 2000 a myslím, že to je o nějaké zkušenosti. Dokážu se od toho odprostit. Tím, jak mám poloviční úvazek a jsem vlastně jednou nohou doma, tak s tímhle nemám problém. Taky si to vyventiluju sportem určitě. Třeba po denní si jdu zaplavat a tak. Plus to tady samozřejmě sdílíme v týmu a máme supervize, což je také moc fajn a přínosné pro mě.

**12. Jaká je Vaše vize této profese do budoucna? Jak myslíte, že se bude vyvíjet do budoucna?**

Já doufám, že se to bude vyvíjet slibně a že budou otevřeny další centra, protože když vidím, že ta práce má smysl a má efekt, tak doufám, že se to rozvine. Myslím, že se počítá, že nějakých 35 CDZ (centrum duševního zdraví) by mělo vzniknout, tak doufám, že vzniknou a budou fungovat.

**13. S jakými diagnózami se nejčastěji setkáváte?**

Máme to jasně dané od pojišťovny a máme vysloveně poruchy nálad, psychotické poruchy a máme obsedantně kompulzivní poruchy, ale ty máme pouze u klientů, u kterých to výrazně zasahuje do jejich běžného života. Jsou to klienti, kteří mají většinou invalidní důchod a většinou to nebývají prvozáchyty. Někdy ano ale je jich méně. Takže psychózy, poruchy nálad a OCD.

## **Příloha D – Rozhovor 3**

### **1. Jaké je vaše vzdělání?**

Já mám všeobecné gymnázium s maturitou a potom Vyšší odbornou se specializací psychiatrie.

### **2. Na jakých klinikách/oddělení jste pracovala?**

Na psychiatrické léčebně v nemocnici Bohnice, na následné péči ženy, na ambulanci psychiatrického centra Praha a potom ve vojenské nemocnici.

### **3. Jak jste se dozvěděla o profesi komunitní psychiatrické sestry?**

Já jsem se po mateřské vracela na psychiatrické centrum, a jelikož se stěhovaly, tak jsem koukala, jaké jsou psychiatrické oddělení na Praze 6, kde bydlím. A tam jsem si přečetla, že ta Vojenská nemocnice má komunitní tým terénních sester, takže jsem tam potom napsala, jestli někoho neshánějí do terénu. Když jsem dělala na ambulanci psychiatrického centra, tak tím, že jsme tam dělali veškeré objednávky lidí na všechny ty oddělení, tak nám volaly i terénní sestřičky z Esetu na jižním městě. Měla jsem lehkou povědomost, ale nic konkrétního o tom jak to funguje, to nebylo. Ono se to i teprve jakoby rozbíhalo, takže jsem toho moc nevěděla.

### **4. Které podněty vás vedou k vykonávání této profese a které by vás naopak odradily/odrazují?**

Já jsem si tu práci našla, protože mě ta psychiatrie baví, takže jsem u ní chtěla zůstat. Od začátku, co jsem nastoupila na tu Vyšší školu zdravotní, tak mi bylo jasné, že nechci dělat ve směnách, takže jsem vždycky hledala ambulantní provozy. Také mám malé děti, které musím obstarat. Není úplně jednoduché si najít poloviční úvazek, a aby to nebyl směnný provoz. Tak jsem si říkala, jak fungují agentury domácí péče, tak tam ty nabídky byly takové, že by šel poloviční úvazek, že si to člověk může alespoň trochu uspořádat sám, podle sebe. Tak jsem to směřovala na tu psychiatrii. Tohle byl takový první bodík a priorita malé děti, tak tohle byla taková možnost, že by to šlo docela dobře skloubit. To byl takový první impulz. Potom jsme si řekla, že je fajn i ta práce s pacienty, protože když jsem dělala v léčebně, následné péči ženy, tak tam jsem byla na denních a viděla jsem ty pacientky každý den a s psychologkou a psychoterapeutkou jsme připravovala různé aktivity jako vánoční

besídky, doprovázela jsem je na různé vyšetření, když bylo potřeba a ta práce s lidmi mi přišla zajímavá. To byla taková druhá věc, že by šlo s nimi pracovat v jejich domácím prostředí mimo tu nemocnici.

Od téhle profese mě odrazuje systém, který je tu nastavený a vůbec ta komunikace mezi jednotlivými složkami péče. My to máme trošku jakoby jinak, než to mají například CDZ, protože my nemáme svého sociálního pracovníka a ani nejsme spojeni s jinou organizací. Sice spolupracujeme s pokusem Březnov, ale každý máme svůj dům a pravidelně se nepotkáváme. Já teď chodím na nějaké porady k nim, ale není to tak, že by to byl tým jako takový. Takže když je potřeba něco vyřídit, tak si musím složitě domlout se sociálním pracovníkem, pak to musíme nějak nakombinovat, abychom toho klienta připravili, a vyřídit další věci okolo a jak se o tom nemůžeme nějak pružně domlout, tak to trvá dlouho. Tedy když je třeba něco řešit a než se to promele těmi lejstry a různými státními organizacemi a tak, tak to trvá dlouho a mezi tím třeba ta akutní věc pomine a už je třeba řešit něco, co by na to mělo navazovat. Také mě odrazuje administrativa, protože, kdyby člověk chtěl obstarávat ty lidi, jak nejlépe by mohl, tak samozřejmě všechny ty kroky musí zapisovat a řídit se podle toho, co je jeho pravomoc a co není. Kolikrát se to přesahuje a není možný všechno v těch zápisech sdílet, aby to mělo tu vypovídající hodnotu, jelikož by to možná překračovalo ty hranice pravomoci, kterou máme danou.

##### **5. Jak dlouho se této profesi věnujete?**

V březnu 2015, takže dva roky.

##### **6. Pocítila jste při této profesi syndrom vyhoření? Pokud ano, jak se projevoval?**

###### **Jaká je Vaše prevence?**

Syndrom vyhoření jako takový, to nevím, ale jsou takové chvíle, podle toho, kolik té práce je a jestli je víc akutních stavů najednou nebo ne, jestli se víc těch klientů horší třeba najednou a je třeba řešit ty hospitalizace nebo jestli je to spíš než psychiatricky tak sociálně náročný, což v první chvíli musíme taky zjistit my, ale nejsme na to kovaný, tak je to náročný. Nevím, třeba jednou za dva měsíce je takový týden, kdy toho mám už plný zuby. Máme supervizi jednou za šest týdnů nebo zavolám někomu z kolegů a trošku to vypustím a tak, ale že by to byl úplně nějaký propad, to ne. Už jsem se naučila s tím i pracovat a na té práci je dobré, že umožňuje i to, když už je

ten tlak velký, tak zvolnit. Trochu to sesumírovat a řeknu si, že tenhle člověk to teď beze mě vydrží, když se uvidíme za týden jednou a ne dvakrát. Rozložím si týden tak, abych si dodělala administrativu a podobně.

## **7. Jak vypadá Váš pracovní den? Jaká je jeho organizace? Jste pánem svého času?**

Pánem svého času jsem do určitých mezí. To jak si to přes den naorganizuju, je moje věc. Jde o to, jak s tím člověk umí pracovat. Takže já ráno vyjždím přímo k pacientovi, nezastavuju se v nemocnici a jedu rovnou k němu a pak od něj k dalšímu pacientovi a tak dále. U těch lidí, je to různé, jde o to, co on potřebuje. Je několik skupin těch pacientů. Jsou skupiny, které potřebují zprostředkovat nějaké služby a tím, že se obávají nových lidí, nových situací tak jsem jejich taková pevná osoba, kterou znají a důvěřují jí, když se to dobře nastaví, tak jdeme zařizovat nějaké věci i ven, aby to proběhlo a aby se dostali třeba k penězům, nebo i nakoupit s nimi jdu nebo shlédnu byt a řeknu dobrý, tak dneska se pokusíme společně poklidit byt. Nebo když nechodí na kontroly tak i injekce jim píchnu, když tam přijdu. I s rodinou komunikuji, například si všimnu, že by bylo potřeba něco zařídit a tak podobně. To by byla jedna skupina lidí, kteří k sobě nikoho nepouští, tudíž ten klíčový pracovník je opravdu klíčový. Další skupinka jsou lidi, kteří jsou schopní nebo mají někoho, kdo se stará v těch základních věcech a jde o to, že se potřebují vypovídat, postěžovat si nebo se projít ven, protože sami by nešli. Hodně lidí, tahám ven kolem domu, protože jsou uvolněnější a i já mohu zjistit více informací o tom, jak uvažují, o čem přemýšlí, jaké mají plány do budoucna a tak. Myslím, že kdyby nás někdo viděl, tak by si řekl, že to je spíš kamarádský pokec, ale pro mě to jsou informace, které potřebuji, a kdybych seděla někde za stolem, tak to z nich nedostanu. Třetí skupina je ta, kde se ten vztah teprve navazuje a to je taková ta nejtěžší práce, protože nevíte, jak ten člověk přemýšlí, jak uvažuje, co od něj očekávat. Historii znáte spíš povrchně. Ten člověk vás také nezná a je z toho nervózní, že mu někdo vkročí do toho života, což on kolikrát ani sám nechtěl a teď mu tam začne říkat, co bude v plánu a tak podobně, takže tam je to spíš takové ořukávání a tam hodně pomáhají takové ty praktické věci. Když vidí, že jim pomůžete vyřešit třeba to, že musí zaplatit něco na poště a netroufnou si, a když s nimi jdete, tak se ty ledy pomalu prolamují. To je takový základ a potom se k tomu doplňují takové věci jako zjistit, kdy byly na kontrole u praktického lékaře, jestli má nějaké odběry krve,



kontaktování těch jejich ošetřujících lékařů, jak se ten člověk má, jestli by nebylo vhodné udělat něco jinak a tak podobě.

### **8. Jakým způsobem zaznamenáváte informace o pacientovi a jak vyhodnocujete ošetrovatelskou péči?**

Z každé schůzky děláme zápisy. Snažíme se to dělat tak, aby to bylo rozdělené na objektivní a subjektivní pohled. Je to trochu složité v těch zápisech, aspoň pro mě, proto tím, že to není nějak strukturovaný a spíše funguju podle toho, jak se mi zdá a jak ten člověk reaguje, tak se to blbě konkretizuje. Do toho objektivního samozřejmě zhodnotím, jestli se projevují nějaké příznaky toho základního onemocnění, jestli semnou komunikuje, jestli reaguje na moje otázky, jestli odpovídá přiměřeně. Já i často popisuju, jak na mě působí z vnějšku, že třeba mám podezření, že hlasy má, ačkoliv mi to neříká, protože hýbe mluvidly, kouká do země, opožděně reaguje. Snažím se tu situaci nějak popsat, protože kolikrát nemluví a vy nemáte ani jinou šanci. A co se týče toho subjektivního tak většinou to je něco ve smyslu „mám se dobře, nic mi nechybí“ a potom takové ty potíže, jako například „bojím se si jít vybrat peníze, protože mě sledují, ale nevím, z čeho si koupím jídlo“, tak tam tuhle obavu prostě napíšu, s tím, že to zrovna doplním o to, že je na příště domluveno tam zajít společně. Zakládáme to do dokumentace a potom máme jednou za měsíc s kolegy porady. Společný kontakt nemáme moc častý, protože na úvazek jako přímo do terénu jsme dvě sestřičky a u nás jde hodně o to, že jsme venku u těch lidí a ostatní kolegové to dělají vedle toho hlavního pracovního zařízení, že dělají na oddělení jako staniční, vrchní a dělají to tak jako vedle, takže nemáme ani moc čas se potkávat. Jednou za měsíc máme radu a jednou za šest týdnů máme supervizi a také si voláme samozřejmě.

### **9. Co vše Vás naplňuje ve vztahu k této profesi?**

Samozřejmě, že mě nejvíce těší to, když ten člověk funguje a nezhoršuje se to. V první fázi je to o tom, že cítím, že ten člověk mi opravdu věří, že ta spolupráce tam funguje, a že i když je třeba řešit nějaké nepříjemné věci, tak spolupracuje, nezastaví se a nezačne couvat pryč.

## **10. Co vše je na této profesi pro Vás omezující? Co vše Vám vadí? S čím jste nespokojená?**

Z mého pohledu je na tom nejhorší, že je na to člověk sám a to předpokládá to, že se musí spolehnout na sebe, na svoje rozhodnutí a úvahu a taky musí umět odhadnout toho člověka, protože kolikrát za námi zamknou dveře a prostě jste tam. Jsou i situace, kdy se musí člověk rozhodnout i pro něco, co mu vnitřně není příjemný ale je to prostě nutný. Například zavolat sanitku a pak to tomu člověku vysvětlovat a to je pro mě hodně nepříjemný, protože to jsou přesně ty chvíle, kdy se bojím, že ztratím to, na čem jsem pracovala třeba několik měsíců.

## **11. Jak si udržujete zdravý odstup od pacientů? (sympatie-antipatie)**

Nikdy jsem nad tím hluboce nepřemýšlela. Když jsem začínala, tak to pro mě bylo hodně těžký, ale za ty dva roky si říkám, dobře, tak nefunguje to, tak zpět, něco bylo špatně, příště to zkusím jinak. Nemám člověka, ke kterému bych měla dlouhodobě nějakou antipatii. Kdyby se to vyskytlo, tak si myslím, že v tu chvíli bych se asi domluvila s některým z kolegů, ať si ho převezmou, nebo to zkusí na nějakou přechodnou dobu, což je taky řešení toho, že když to skřípe, tak nemusíte být jediný pracovník. Když na něj nefunguju já, tak to neznamena, že na něj nebude fungovat někdo mladší, starší, ostřejší nebo milejší. Vždycky mi chvíli trvá, když přijdu z práce, než ze sebe dostanu ten den. Naštěstí mám tolerantního manžela, jmenovitě nic ale vždycky nějaký příběh vypustím, co se mi přihodilo a on si to vždycky vyslechne a pak je to dobrý. Také myslím, že to je o zkušenosti a když přejíždím mezi pacienty, poslouchám hudbu, která mi taky pomůže to ze sebe dostat.

## **12. Jaká je Vaše vize této profese do budoucna? Jak myslíte, že se bude vyvíjet do budoucna?**

Těžko říct. Bylo by prima, kdyby to nějak dobře fungovalo. Nevím, jestli tak, jak to funguje teď, je ten správný směr. Nevím, jak to mají třeba CDZ, který jsou takový spíš multidisciplinárně založený, ty to mají možná trochu výhodnější. My děláme pod psychiatrickým oddělením a jsem jenom sestry, bez ničeho okolo, tak mi přijde, že je velký problém ve spolupráci s těmi ambulantními psychiatry těch pacientů, i když se to už taky lepší. Některý jsou prima, očekávají, že se jim ozve během dne, nebo se ozvou i zpátky, když vědí, že je nějaký průšvih a je třeba ho řešit. Někteří to tak nemají. Řeknou si, že si vzal komunitní tým a já tím pádem mám postaráno, což

je blbý, protože když se něco opravdu děje, a potřebujete, aby vám lékař napsal doporučení nebo napsal medikaci, tak najednou to nemáte a pátráte, co můžete udělat. Myslím, že rozvíjet se tato péče bude a myslím, že to je i žádoucí, akorát bude asi potřeba vyřešit, jakým způsobem budou přesně fungovat. Ideální stav by asi byl, kdyby každé centrum mělo své psychiatry, a vytipované lidi z ambulancí a hospitalizací by lékař předal s celou tou agendou do toho centra duševního zdraví, aby mohla fungovat ta kontinuita péče. Byl by tam doktor, který o ně pečuje, bude tam terénní sestra, která může zareagovat v tom domácím prostředí, bude tam sociální pracovník, který bude mít také informace o pacientovi, protože ten tím se tam sejde a předá si to. Pokud by byl někdo zhoršený, tak pojedou lékař se sestrou k němu domů a tu situaci bude řešit na tom místě, jestli ano, do léčby nebo ne. To by bylo asi ideální, aby ty informace a pružnost prostě byla, protože jakékoliv zpoždění předání informace sebou přinese i prodloužení v řešení té situace.

### **13. S jakými diagnózami se nejčastěji setkáváte?**

Máme to jasně dané od pojišťovny. Takže my máme vlastně F2 a dál. Vlastně to schizofrenní spektrum. Máme afektivní poruchy a OCD. Takže nejčastěji máme povětšinou ty schizofreniky.

## **Příloha E – Rozhovor 4**

### **1. Jaké je vaše vzdělání?**

Mám střední zdravotnickou školu, jsem diplomovaná všeobecná sestra, mám specializační vzdělání v oboru psychiatrie a nemám dokončené vysokoškolské vzdělání v oboru ošetrovatelství

### **2. Na jakých klinikách/oddělení jste pracovala?**

Pracovala jsem po maturitě, který byla v roce 1991, ve fakultní nemocnici v Motole, kde jsem pracovala na otorinolaryngologickém oddělení, potom jsem pracovala od roku 1998 jako všeobecná sestra v psychiatrické léčebně Bohnice, posléze jsem pracovala v psychiatrické nemocnici Bohnice, kde jsem pracovala až do roku 2015, pak jsem ukončila pracovní poměr dohodou a šla jsem pracovat do Ústřední vojenské nemocnici v komunitním psychiatrickém týmu jako psychiatrická sestra, kde jsem teda do teď. V Bohnicích, než jsem nastoupila na mateřskou, jsem pracovala dlouho jako staniční sestra na příjmovém oddělení mužů na akutní péči.

### **3. Jak jste se dozvěděla o profesi komunitní psychiatrické sestry?**

Na psychiatrii jsem od roku 1998, kdy jsem pracovala v Bohnicích, tak jak se ta psychiatrie postupně vyvíjela. Tím, že nějak v rámci reformy psychiatrie došlo k těm komunitním péčím. Ten vývoj psychiatrie sleduju postupně v rámci mé profese.

### **4. Které podněty vás vedou k vykonávání této profese? Které by vás naopak odradily/odrazují?**

Vedlo mě k tomu to, že když jsem dlouho pracovala na psychiatrii na oddělení chronických pacientů, tzv. oddělení druhé následné péče, kdy jsem se vlastně setkávala s klienty, kteří byly z mého pohledu v takovém kompenzovaném stavu, kdy by mohli být v domácím prostředí a pořád jsem nechápala, proč jsou hospitalizováni. Pro mě to bylo takové nesrozumitelné a měla jsem pro ně soucit a pochopení. Připadala mi ta hospitalizace zbytečná, takže jsem uvítala, že s vývojem psychiatrie docházelo ke vzniku center duševního zdraví a komunitní péče. Proto jsem se po mateřské dovolené ucházela o místo v komunitním týmu. Neodrazuje mě nic, naopak to stále vítám. Jsou samozřejmě okamžiky, které nejsou úplně jednoduché v komunitní péči, kdy na sebe ty pomáhající složky úplně nenavazují nebo že se setkávám s neochotou ze strany některých pečujících. Vidím, že třeba ty

opatrovnice toho mají hodně, to samozřejmě chápu ale třeba ta pomoc nebo vstřícnost, kterou bych od nich očekávala, kolikrát není taková, jakou bych ji očekávala.

### **5. Jak dlouho se této profesi věnujete?**

Přímo v tomhle terénním týmu pracuju od tohoto roku, takže necelý rok. Ale o tu komunitní péči se zajímám už delší dobu, sleduju ji vlastně od jejího vzniku.

### **6. Pocítila jste při této profesi syndrom vyhoření? Pokud ano, jak se projevoval? Jaká je Vaše prevence?**

Já myslím, že na sobě jsem ho nikdy nepocítila a vždycky, když sama pocítuju, že už ta práce mě třeba tolik nenaplňuje, tak se snažím nějakým způsobem posunout dál, třeba když jsem dlouho, několik let pracovala v té funkci staniční sestry, kdy ta práce byla opravdu náročná, měla jsem hodně podřízených – asi 25 lidí, kterým jsem musela tu práci rozdělovat a kontrolovat po nich, tak když jsem se po mateřský měla vrátit, tak už jsem věděla, že už znovu nechci nastoupit do takové hodně zodpovědné funkce, tak jsem dala po měsíci výpověď a ucházela jsem se právě o místo ve Vojenské nemocnici, přímo v tom terénním psychiatrickém týmu. Takže vždycky, když pocítuju, že už mě ta práce nenaplňuje, nebo se cítím být frustrovaná určitým způsobem, tak se snažím posunout někam dál.

### **7. Jak vypadá Váš pracovní den a jaká je jeho organizace? Jste pánem svého času?**

Určitě. Já si myslím, že do značné míry ano. Ta organizace spočívá především v tom, že si domluví schůzky s klienty tak, aby to vyhovovalo především jim, ale přizpůsobím to i sobě a své rodině. Většinou ráno vstanu, odvedu syna do školy a potom už mám domluvené schůzky s klienty, eventuálně třeba máme v nemocnici nějakou poradou týmu. Většinou se snažím, aby mi to navazovalo. Začínám službou v tom terénu u těch klientů. Na ráno si dávám schůzky s těmi, kteří jdou poté do zaměstnání a na dopoledne nebo odpoledne si vyjednávám schůzky s klienty, kteří jsou v invalidním důchodu a do práce nechodí.

### **8. Jakým způsobem zaznamenáváte informace o pacientovi? Jak vyhodnocujete ošetřovatelskou péči?**

Z každé té schůzky dělám zápis. Zapišu tam den, čas, jestli to byla schůzka plánovaná nebo jestli byla nějakým způsobem mimořádná nebo vyžádaná pacientem.

Popíšu celou tu schůzku, popíšu, co mi ten klient řekl. Poté hodnocení subjektivní toho klienta, kdy shrnu, jak se cítil, jak popsal svůj psychický i duševní stav, ty psychické potíže, jestli má nebo nemá halucinace, hlasy a tak podobně. Potom objektivně ohodnotím stav toho klienta, což znamená, jestli byl orientovaný, jestli byl klidný, spolupracující, zhodnotím psychomotorický tempo, náladu, řeč eventuálně všechno, co mi připadá patologický. Když je kompenzovaný, tak napíšu třeba, že je kompenzovaný třeba z dlouhodobého hlediska. Hodnotím tam, jestli pravidelně dochází ke svému ambulantnímu psychiatrovi, jestli užívá léky. Prakticky čerpám informace od toho pacienta, případně si je ověřím u toho ambulantního psychiatra. A to je součástí zdravotnické dokumentace

### **9. Co vše Vás naplňuje ve vztahu k této profesi?**

Nejvíce mě naplňuje to, když vidím ten úspěch psychiatrické rehabilitace. Když vidím, to zlepšení. Když vidím, že se daří, třeba v porovnání předchozích let nebo měsíců, udržet toho klienta v domácím prostředí, v kompenzovaném stavu a zabránit hospitalizaci. Pokud jsou hospitalizováni, jsou poměrně uzavřený a nedokážou se projevit a to ani svoje emoce. Dělá mi radost, když vidím, že se chovají jinak, zapojit se třeba d pracovního procesu, společnosti a tak. Příjemné je také to, že se na mě klienti těší. Jeden říká, jak se mu naše schůzky líbí, protože mě to vše říci může, kdyžto rodině se stydí, takže u mě to vyventiluje, že má ty nadpřirozený schopnosti a pak to drží na uzdě. Dále se mi líbí to, že si to mohu do jisté míry přizpůsobit časově tak, aby to vyhovovalo mě i mé rodině. Mohu například syna bez problémů odvést do školy, nebo si během dne zajít k lékaři, aniž bych si musela brát volno.

### **10. Co vše je na této profesi pro Vás omezující? Co vše Vám vadí? S čím jste nespokojená?**

Tak asi ta administrativa. Ta je taková obtěžující, té je taky dost. Jinak asi nic.

### **11. Jak si udržujete zdravý odstup od pacientů? (sympatie-antipatie)**

Zvládám to velmi dobře po té dlouholeté praxi na psychiatrii. Také máme supervizi, která může být nápomocná. Líbí se mi, že ten vztah může být i takový přátelský ale je nutné dodržovat mantinely, například s klientem nikdy netykat! Někdy jsem si všimla, že to někdo dělá a to mi přijde docela neprofesionální. Člověk si mnohem

lépe získá důvěru klienta, když vidí, že ten člověk má k němu úctu. Dodržování těchto mantinelů musí mít člověk tak nějak v sobě a pak je získá tou praxí, jinak to nejde.

**12. Jaká je Vaše vize této profese do budoucna? Jak myslíte, že se bude vyvíjet do budoucna?**

Moc věřím, že se ty komunitní týmy a centra duševního zdraví budou rozrůstat, protože si myslím, že je to mnohem přínosnější a to duševní onemocnění je pro ně zvládnutelnější v tom domácím prostředí, které je pro mě přirozené. Od toho roku 1998 vidím, že se toho hodně změnilo, určitě k lepšímu a dělá mi to radost.

**13. S jakými diagnózami se nejčastěji setkáváte?**

My se setkáváme s diagnózami schizofrenního okruhu, takže psychotici.

## **Příloha F – Rozhovor 5**

### **1. Jaké je vaše vzdělání?**

Mám dvě střední školy. Gymnázium a střední zdravotnickou školu a specializační psychiatrická sestra.

### **2. Na jakých klinikách/oddělení jste pracovala?**

Na klinikách jsem nepracovala žádných. Pracovala jsem na interně, na dětském oddělení, na léčebně dlouhodobě nemocných, domov důchodců a ještě jsem chodila na lékařskou službu první pomoci na brigádu.

### **3. Jak jste se dozvěděla o profesi komunitní psychiatrické sestry?**

Pracuji také na psychiatrii lůžkové. Tam ji nelze přehlédnout. Když se spustila ta psychiatrická reforma, tak jsme byly informovány jako první od našeho vrchního.

### **4. Které podněty vás vedou k vykonávání této profese? Které by vás naopak odradily/odrazují?**

Zajímalo mě, jak se bude takhle pracovat. Jak to bude vypadat v tom terénu, takže jsem si to chtěla vyzkoušet. Jsme zdravotník a chci pomáhat lidem, tak to že jim můžu pomoci ke zlepšení jejich stavu, tak finanční motivace, přivydělat si a baví mě to ale budu to dělat už jenom dva měsíce, protože od 1.9.2017 končím. Rozhodnutí to bylo rozumové, protože emocionálně bych pokračovala dál. Neodradilo mě nic, ale vystudovala jsem ještě homeopatii a nemůžu se věnovat prostě všemu dohromady. Na to bych neměla čas.

### **5. Jak dlouho se této profesi věnujete?**

Tři roky.

### **6. Pocítila jste při této profesi syndrom vyhoření? Pokud ano, jak se projevoval? Jaká je Vaše prevence?**

Já Vám to řeknu takhle. Syndrom vyhoření jsem nepocítila, ale pocítila jsem takové možná profesionální zoufalství. Prevence nevím, protože jediný co jsme mohly dělat je to, že jsme si mohly s kolegyněmi popovídat. To asi moc není. Myslím, že jsme všichni špatně ošetřeni dlouhodobě. Nemáme moc šancí se opečovávat víc. Já mimo to ještě chodím normálně do práce, pracuji na lůžkové psychiatrii a vlastně časově to



vůbec nebylo možné skloubit. Protože dělat jenom v komunitní péči, na to by mi nestačily peníze, to si prstě nemůžu dovolit, takže vyhoření ne ale takové zoufalství. Sama bych ráda něco dělala, ale nemám na to čas. Mám spoustu koníčků, ráda čtu, hudba, cvičím jógu, přátelé, rodina, ale nemám na to čas. Není den, kdy bych si mohla říct, dneska nemusím nic.

### **7. Jak vypadá Váš pracovní den a jaká je jeho organizace? Jste pánem svého času?**

Protože také pracuji normálně na lůžkovém oddělení, tak mám služby. Takže já takový den, že ráno vstanu a večer jdu spát, nemám. Organizuji si schůzky tak, abych měla volno. Někdy opravdu v podstatě vůbec neodpočívám. Takže já když vím, že jdu na noční, tak vím, že to musím stihnout do té a té doby, pak přilítnu z práce domů, najím se, seberu věci a běží na noční. V případě že nestíhám, tak první co vynechám je jídlo, což je špatně a jsem si toho vědoma.

### **8. Jakým způsobem zaznamenáváte informace o pacientovi? Jak vyhodnocujete ošetrovatelskou péči?**

My to zatím takhle neděláme, že bychom měly ty ošetrovatelské diagnózy a tak dále. Zaznamenávám informace normálně do sešitu, když s těmi lidmi mluvím, pak si to přepíšu do záznamu v našem počítačovém programu, protože se to všechno musí zaznamenat a máme takový vzor, jak to musíme psát, tak ten dodržuju. Ošetrovatelské diagnózy jsou jasné, protože pracujeme jen s určitou diagnózou, to je sledování nějakých projevů psychotických a vlastně sebepéče, prevence proti nějakému předávkování medikací, sledování vedlejších účinků, hlavně zamezit krizi, předejít jí.

### **9. Co vše Vás naplňuje ve vztahu k této profesi?**

Nejvíce mě naplňuje třeba i to, že se ti klienti zlepší a že jim mohu pomoci. Já jsem měla docela hodně těžký pacienty. Jsou to pacienti s duální diagnózou, kde je schizofrenie v kombinaci se závislostí. Není to vůbec lehké, tak mě naplňuje každý úspěch, protože nemůžete čekat, že se to zlepší úplně, tak se raduji i z malého úspěchu, který je krok za krokem. Také když vám klient řekne, že tak jak s nimi mluvím já, s ním ještě nikdo jiný nikdy nemluvil, že mě má rád. To je ta největší odměna, plat je druhotný. Je to to nejdůležitější a proto to děláme.

**10. Co vše je na této profesi pro Vás omezující? Co vše Vám vadí? S čím jste nespokojená?**

Nejhorší je, když vám někdo řekne, že se zabije a vy ho máte na telefonu. To je asi to nejtěžší. Stalo se mi to několikrát. Paní tohle používala jako způsob manipulace, ale jelikož to nikdy nemůžete odhadnout, navíc měla za sebou několik vážných sebevražedných pokusů, tak tam nevím. Musíte si určit nějakou hranici, kam to k sobě pustíte a co uděláte, co můžete udělat a pak už to pustíte, protože jinak by vás to semlelo. Myslím, že ta práce sama o sobě je moc těžká a málo doceněná, a to teď nemyslím ani ty peníze. Příkladem může být to okolí, které nechce pomoci a já to musím přijmout. No a taky ty peníze.

**11. Jak si udržujete zdravý odstup od pacientů? (sympatie-antipatie)**

Prostě si to musím nařídit a utnout! To je jediný, co můžete, rozumově se rozhodnout a prostě dost! Běž dělat něco jiného.

**12. Jaká je Vaše vize této profese do budoucna? Jak myslíte, že se bude vyvíjet do budoucna?**

Myslím, že to je úžasný. Myslím, že ty sestřičky by měly mít víc peněz a nemusely si shánět další práci, která je uživí. Někdo to má tak, že mu to stačí, někdo ne. Myslím, že to je úžasná věc ale jsou i lidé, kteří potřebují být v nemocnici v určité chvíli. Myslím, že tato péče pomůže hodně lidem a jsem ráda, že jsem se toho mohla účastnit.

**13. S jakými diagnózami se nejčastěji setkáváte?**

Máme to jasně dané, takže psychózy a poruchy nálad.

## Příloha G – Analýza rozhovoru

nějak strukturovaný a spíše funguju podle toho, jak se mi zdá a jak ten člověk reaguje, tak se to libě konkretizuje. Do toho objektivního samozřejmě zhodnotím, jestli se projevují nějaké příznaky toho základního onemocnění, <sup>KOMUNIKACE</sup> jestli semnou komunikuje, jestli reaguje na moje otázky, jestli odpovídá přiměřeně. Já i často popisuju, jak na mě působí z vnějšku, že třeba mám podezření, že hlasy má, ačkoliv mi to nefiká, protože hýbe mluvidly, kouká do země, opožděně reaguje. Snažím se tu situaci nějak popsat, protože kolikrát nemluví a vy nemáte ani jinou šanci. A co se týče toho subjektivního tak většinou to je něco ve smyslu „mám se dobře, nic mi nechybí“ a potom takové ty potíže, jako například „bojím se si jít vybrat peníze, protože mě sledují, ale nevím, z čeho si koupím jídlo“, tak tam tuhle obavu prostě napíšu, s tím, že to zrovna doplním o to, že je na příště domluveno tam zajít společně. Zakládáme to do dokumentace a <sup>KOMUNIKACE</sup> potom máme jednou za měsíc s kolegy porady. Společný kontakt nemáme moc častý, protože na úvazek jako přímo do terénu jsme dvě sestřičky a u nás jde hodně o to, že jsme venku u těch lidí a ostatní kolegové to dělají vedle toho hlavního pracovního zařazení, že dělají na oddělení jako staniční, vrchní a dělají to tak jako vedle, <sup>JEJÍMA NEKONSTATOVANÁ JAKO SLEZBY</sup> takže nemáme ani moc čas <sup>KOMUNIKACE</sup> se potkávat. Jednou za měsíc máme poradu a jednou za šest týdnů máme supervizi a také si voláme samozřejmě.

9. Co vše Vás naplňuje ve vztahu k této profesi?

<sup>ZLEPŠENÍ STAVU PACIENTA</sup> Samozřejmě, že mě nejvíce těší to, když ten člověk funguje a nezhoršuje se to. V první fázi je to o tom, že cítím, že ten člověk mi opravdu věří, že ta spolupráce tam funguje, a že i když je třeba řešit nějaké nepříjemné věci, <sup>PRÁCE S PACIENTY</sup> <sup>ZLEPŠENÍ STAVU PACIENTA</sup> tak spolupracuje, nezastaví se a nezačne couvat pryč.

10. Co vše je na této profesi pro Vás omezující? Co vše Vám vadí? S čím jste nespokojená?

Z mého pohledu je na tom nejhorší, <sup>SAHOSATLIVOST UČENÍ BEZPEČNOST</sup> že je na to člověk sám a to předpokládá to, že se musí <sup>SAHOSATLIVOST</sup> spolehnout na sebe, na svoje rozhodnutí a úvahu a taky musí umět odhadnout toho člověka, protože kolikrát za námi zamknou dveře a prostě jste tam. Jsou i situace, kdy se musí člověk <sup>SAHOSATLIVOST UČENÍ BEZPEČNOST</sup> rozhodnout i pro něco, co mu vnitřně není příjemný ale je to prostě nutný. Například zavolat sanitku a pak to tomu člověku vysvětlovat a to je pro mě hodně nepříjemný, protože to jsou přesně ty chvíle, kdy se bojím, že ztratím to, na čem jsem pracovala třeba několik měsíců.

11. Jak si udržujete zdravý odstup od pacientů? (sympatie-antipatie)

Nikdy jsem nad tím hluboce nepřemýšlela. Když jsem začínala, tak to pro mě bylo hodně těžký, ale za ty dva roky si říkám, dobře, tak nefunguje to, tak zpět, něco bylo špatně, příště to zkusím

## **Seznam tabulek a obrázků**

<b>Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb (Kern, 2006, s. 56) .....</b>	<b>22</b>
<b>Obrázek 2 Motivační činitelé u sester v komunitní psychiatrické péči.....</b>	<b>30</b>
<b>Obrázek 3 Demotivující prvky u sester v komunitní psychiatrické péči .....</b>	<b>32</b>
<b>Obrázek 4 Specifika práce komunitní psychiatrické sestry .....</b>	<b>35</b>
<b>Obrázek 5 Budoucnost komunitní psychiatrické péče z pohledu sester .....</b>	<b>36</b>
<b>Tabulka 1 přehled respondentů.....</b>	<b>29</b>