

Kvalita života psychiatrických a všeobecných sester pečujících o duševně nemocné

Simona Miklíková

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Simona Miklíková**
Osobní číslo: **H21381**
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Kvalita života psychiatrických a všeobecných sester pečujících o duševně nemocné**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality života psychiatrických a všeobecných sester.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace kvantitativního výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků kvantitativního šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

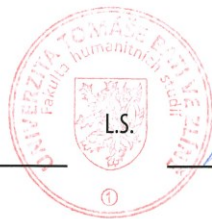
Seznam doporučené literatury:

- HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
- O'DWYER, L. M. & J. A. BERNAUER. *Quantitative Research for the Qualitative Researcher*. Los Angeles: SAGE, 2014. 299 p. ISBN 978-1412997799.
- OREL, M. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3. vyd. Praha: Grada, 2020. Psyché. 30 s. ISBN 978-80-271-2529-6.
- PETR, T., E. MARKOVÁ a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra. 295 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
- RABOCH, J. a kol. *Duševní zdraví a životní styl: psychiatrie životním stylem*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice postgraduální medicíny. 295 s. ISBN 978-80-204-5501-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marcela Dolejšová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávající zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, o písy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zaměřuje na zkoumání kvality života psychiatrických a všeobecných sester pečujících o duševně nemocné pacienty. Praktická část výzkumu je provedena formou kvantitativního šetření pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, na který anonymně odpovídají sestry pracující na odděleních psychiatrie. Hlavním cílem je zjistit kvalitu života sester pečujících o duševně nemocné.

Teoretická část práce poskytuje přehled konceptu kvality života, duševního zdraví a psychiatrie. Zahrnuje historii a definici kvality života, determinanty duševního zdraví, profesní aspekty péče v psychiatrii apod. Cílem je porozumět kontextu, ve kterém se sestry pohybují. Výsledky kvantitativního výzkumu budou analyzovány a diskutovány s důrazem na identifikaci klíčových oblastí, ve kterých lze zlepšit kvalitu života sester. Na základě zjištění budou formulována doporučení pro praxi, která by mohla přispět k zvýšení kvality života sester, a tím k lepší péči o duševně nemocné pacienty.

Klíčová slova: kvalita života, psychiatrické sestry, všeobecné sestry, duševní zdraví, psychiatrie, WHOQOL-BREF, zdraví.

ABSTRACT

This bachelor thesis focuses on examining the quality of life of psychiatric and general nurses caring for mentally ill patients. The practical part of the research is conducted in the form of a quantitative survey using the standardized WHOQOL-BREF questionnaire, anonymously answered by nurses working in psychiatric departments. The main objective is to determine the quality of life of nurses caring for the mentally ill.

The theoretical part of the thesis provides an overview of the concept of quality of life, mental health, and psychiatry. It includes the history and definition of quality of life, determinants of mental health, professional aspects of care in psychiatry, and so on. The aim is to understand the context in which nurses operate. The results of the quantitative research will be analyzed and discussed with an emphasis on identifying key areas where the quality of life of nurses can be improved. Based on the findings, recommendations for practice will

be formulated, which could contribute to enhancing the quality of life of nurses and thus better care for mentally ill patients.

Keywords: quality of life, psychiatric nurses, general nurses, mental health, psychiatry, WHOQOL-BREF, health.

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Marcelě Dolejšové, jakožto mému vedoucímu práce, za její cenné rady, odborné vedení a trpělivost během celého procesu psaní práce. Dále bych ráda vyjádřila svou vděčnost vůči personálu psychiatrické nemocnice za bezproblémovou a vstřícnou komunikaci a za umožnění provedení výzkumu. Nakonec bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří ochotně a anonymně odpověděli na dotazníky a umožnili mi získat cenná data pro analýzu a závěry této práce.

Dále děkuji celé rodině a přátelům za jejich podporu, která mi pomohla překonat náročné momenty psaní bakalářské práce a přispěla k jejímu úspěšnému dokončení.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KVALITA ŽIVOTA	12
1.1 HISTORIE KVALITY ŽIVOTA	12
1.2 POJEM KVALITA ŽIVOTA	13
1.3 KVALITA ŽIVOTA V SOUVISLOSTI S PROFESÍ PSYCHIATRICKÝCH A VŠEOBECNÝCH SESTER	18
2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	20
2.1 DETERMINANTY DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ	20
2.2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍ STYL	21
2.3 STRES	21
3 PSYCHIATRIE	23
3.1 HISTORIE PSYCHIATRIE	23
3.2 PSYCHIATRICKÁ PÉČE V ČR	24
3.3 VYŠETŘENÍ V PSYCHIATRII	27
3.4 LÉČBA V PSYCHIATRII	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 VÝZKUM A METODIKA	35
4.1 CÍL VÝZKUMU	35
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	38
5.1 SOCIODEMOGRAFICKÁ ČÁST.....	38
5.2 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ WHOQOL-BREF.....	40
5.3 DISKUSE	45
ZÁVĚR	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	48
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	53
Č. - ČÍSLO SEZNAM OBRÁZKŮ	54
SEZNAM PŘÍLOH	55

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku kvality života psychiatrických a všeobecných sester, které pečují o duševně nemocné pacienty. Toto téma bylo vybráno z důvodu praxí v psychiatrické nemocnici, kde měly sestry náročnou komunikaci a práci s duševně nemocnými pacienty. Lidé trpící duševními poruchami čelí vlastním výzvám, ale často i potřebují podporu a péči ze strany zdravotnických pracovníků. Kvůli náročnosti práce se snažíme zjistit kvalitu života takto pečujících sester. Při průzkumu již vzniklých studií, se práce zabývaly kvalitou života všeobecných sester v běžných nemocnicích, či na specializovaných odděleních, ale nikoli u sester pečujících o duševně nemocné.

V teoretické části se zabýváme širokým spektrem témat souvisejících s kvalitou života a péčí o duševní zdraví. Zahrnuje historii kvality života, koncept duševního zdraví, determinanty duševního zdraví, profesní aspekty péče v psychiatrii a další relevantní témata. Pojem *kvalita života* lze obtížně uchopit a definovat, jelikož je velmi individuální. Můžeme ho však popsat slovy jako sociální pohoda, lidský rozvoj, životní úroveň, zdraví, bohatství apod.

Praktická část práce je realizována pomocí kvantitativního výzkumu za použití standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, který je doplněný o 3 položky k upřesnění výzkumu. Respondenti, tedy všeobecné a psychiatrické sestry pracující na odděleních psychiatrie, anonymně odpovídají na dotazník, který mapuje jejich vnímání kvality života v oblastech fyzického zdraví, prožívání, sociální vztahy a životní prostředí. Na závěr je uvedena diskuse o získaných výsledcích a doporučení pro praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

1.1 Historie kvality života

Počátek výzkumů týkajících se kvality života není jasně daný. Již v řecké a římské mytologii je koncepce kvality života spojována se jmény Ascelepia, Ausculapa aj. Profesor Krivohlavý uvádí jako první práci zabývající se kvalitou života, Aristotelovu práci Etika Nikomachova. První zmínění o kvalitě života jako pojmu pochází z 20. let 20. století. V těchto letech šlo však o spojitost s ekonomickým rozvojem státu a o život lidí z nižších sociálních vrstev. Až koncem 30. let 20. století se pojem kvalita života spojoval s psychologií, a to díky profesoru Torndikeovi. Tento pojem byl v USA v 50. letech minulého století součástí politiky a byl využíván v politických kampaních. Rozdíl nastal mezi 60. a 70. lety minulého století. V 60. letech je pojem chápán v širším pojetí, a to především jako nemateriální dimenze života. V Evropě se pojem kvalita života ukázal v roce 1968 v programu Římského klubu. Tento program mimo jiné usiloval o humanizaci světa a zvyšování životní úrovně lidí. V 70. letech 20. století byl jeden z důležitých bodů výzkumu materiální bohatství v nejvyspělejších státech světa. I v Německu zasahoval pojem kvalita života do politické sféry. Německý politik Willy Brandt postavil politický program na dosahování lepší kvality života pro občany (Heřmanová, 2012).

Dle Murgaše byl proveden první celostátní výzkum kvality života ve Spojených státech amerických v 70. letech 20. století. Výzkum s názvem *The Quality of American Life* obsahoval 2160 respondentů a cílem tohoto výzkumu bylo identifikovat subjektivní indikátory, kterými lidé popisují svůj život a jeho kvalitu. O stejném výzkumu diskutuje i Hnilicová, která došla k závěru, že pokud dojde ke zlepšení socioekonomických podmínek a pokud má dotyčný splněné základní biologické předpoklady existence, tak jsou tyto podmínky významné jen do určité míry, „*a to, pokud uspokojení relevantních potřeb nedosáhne určité minimální hranice*“, které definujeme jako hranice chudoby (Heřmanová, 2012).

V 70. letech byla kvalita života brána jako *žít jinak* a nikoli jako *žít lépe*. Dle Gallowaye je přelomovým rokem ve výzkumu kvality života rok 1974. V tomto roce Alex Michalos založil vědecký časopis s názvem *Social Indicators Research* (Heřmanová, 2012).

Až v 80. letech 20. století se kvalitou života začíná intenzivněji zabývat i sociální psychiatrie. V těchto letech byl tento pojem chápán a využíván hlavně jako kritérium pro hodnocení životní úrovně (Heřmanová, 2012).

V roce 2007 na evropském kongresu psychologie v Praze představili E. Oleary a M. A. Garcia-Martin „*holistický dynamický model kvality života*“, který zahrnuje čtyři základní hodnocené oblasti existence člověka ve společnosti. Patří zde:

- *„Kontext a zázemí*
- *prostředí*
- *osobnostní charakteristiky*
- *zpracování informací a regulace“* (Heřmanová, 2012).

1.2 Pojem kvalita života

Pojem kvalita života je dnes běžně používán v laickém i politickém slovníku a je součástí několika vědních disciplín, jako je například psychologie, etika, politologie, sociologie, teologie, ale i medicína. Dále se dá tento pojem popsat jako interdisciplinární, multidimenzionální i kontroverzní, a tedy těžce uchopitelný. Mezi interdisciplinární pojetí kvality života patří již zmíněné vědní disciplíny. Ovšem tyto disciplíny se pojmem kvalita života zabývají obvykle individuálně, a tedy jen ve svém oboru. Multidimenzionální pojem znamená pojem s mnoha různými významovými dimenzemi. Řadíme zde například materiální pojetí, psychologické pojetí nebo třeba pojetí sociologické. Z pohledu multidimenzionálního pojetí lze například do medicínské dimenze zařadit fyzické i duševní zdraví. Kvalita života je zároveň kontroverzní, a tudíž ji nelze jednoznačně definovat. Můžeme však popsat jeho synonymy jako je sociální pohoda, lidský rozvoj, životní úroveň, zdraví, bohatství apod. (Heřmanová, 2012; nzip.cz, 2024).

Tento pojem není snadno definovatelný, jelikož není stanovena jasně daná norma pro dostatečnou kvalitu života. Jedinec ve společnosti nejčastěji hodnotí svoji kvalitu života dle svého okolí a druhých lidí (Gurková, 2011).

Světová zdravotnická organizace definuje pojem kvalita života jako „*individuální vnímání své pozice v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům*“ (WHO, 2024). Každý člověk si tedy sám zhodnotí, jaká je jeho kvalita života v tělesné, duševní a sociální oblasti (WHO, 2024).

Dle WHO lze zjistit úroveň kvality života dotazníkem WHOQOL-100 nebo jeho zkrácenou verzí WHOQOL-BREF. Verze WHOQOL-100 se skládá ze 100 otázek, které jsou rozděleny do 6 domén. Zkrácená verze se skládá z 26 otázek a dělí se do 4 domén: fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů, prostředí, a navíc do dalších 2 samostatných kategorií, kde respondent hodnotí svou kvalitu života a spokojenost se zdravím (adiktologie.cz, 2019).



Zdroj: Převzato a upraveno dle Heřmanová 2012 (vlastní zpracování)

Kvalita života – zdraví

Každý má pohled na zdraví a nemoc jiný, kvůli odlišnostem populace z biologického, psychického a sociálního hlediska. Tento pohled však může ovlivňovat i kultura jedince, která určuje jeho hodnoty. Pojem zdraví nelze jednoznačně uchopit, a tudíž nemá jednotnou definici. Zdraví ať už fyzické či duševní je důležité pro kvalitu života. Tento pojem je zároveň i součástí Ústavy České republiky, jako jedno ze základních lidských práv (Heřmanová, 2012; Marková, 2014; Palová, Jochmannová, 2022).

Definice zdraví se shoduje s ošetrovatelskou péčí Florence Nightingale, která již v roce 1874 napsala, že zdraví souvisí s prostředím a odstraňováním negativních vlivů v prostředí na zdraví. Dle Nightingale by se měly dodržovat tyto podmínky k udržení správného prostředí pro zdraví:

- „Čistý vzduch
- čistá voda
- dobré stoky
- čistota

- *světlo*“ (Marková, 2014)

Definice zdraví se v průběhu let měnily a vyvíjely se. V roce 1946 popsala světová zdravotnická organizace zdraví jako „stav pohody, ve kterém si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, dokáže se vyrovnat s normálními stresy života, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispět ke své komunitě“ (Palová, Jochmannová, 2022). Následně v roce 1948 došlo k posunu v definici zdraví, která zahrnovala holistickou stránku a nebrala zdraví pouze jako nepřítomnost nemoci. Dle Světové zdravotnické organizace je zdraví momentálně definováno jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (Marková, 2014). V roce 1977 určila definici zdraví kampaň „Zdraví pro všechny“, která se bere za realističtější a definuje zdraví jako „schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život“ (Marková, 2014; Palová, Jochmannová, 2022; Hamplová, 2019).

Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou faktory, které pozitivně či negativně ovlivňují zdraví. Mezi tyto faktory patří sociální a ekonomické prostředí, fyzické prostředí, individuální vlastnosti a chování jedince, které ovlivňují kvalitu života. Dle WHO není vhodné dotyčného obviňovat ze svého neúplného zdraví, protože jedinec není schopen přímo ovládat determinanty zdraví (hyg.praha.cz, 2024; WHO, 2017; Hamplová, 2019).

Součástí determinantů zdraví dle WHO jsou:

Příjem a sociální status

Příjem jedince může ovlivňovat, do jaké míry mu jsou například poskytovány zdravotnické služby, a to hlavně v zemích chudoby. Sociální status je dle slovníku cizích slov popsán jako úroveň prestiže, kterou má jedinec v určité komunitě. Jedná se například o pohlaví, věk, rasu a kapitál. Dle Světové zdravotnické organizace je zjištěno, že čím vyšší příjem a sociální status jedince má, tím lepší má zdraví (scs.abz.cz, 2024; WHO, 2017).

Vzdělání/výchova

Úroveň vzdělání může souviset se stresem, nižším sebevědomím a tím i s nižší kvalitou zdraví. Například výzkum Univerzity Leed ve spolupráci s WHO uvádějí, že vyšší vzdělání a informovanost populace o výživě, nejspíš snižuje požívání nekvalitní stravy, a tím se snižuje riziko vzniku onemocnění (leeds.ac.uk, 2020; WHO, 2017).

Fyzické prostředí

Za fyzické prostředí považujeme místo, kde žijeme a kde konáme své denní aktivity. Tím je myšleno např. ovzduší, voda nebo potraviny, které by měly být bez chemických látek,

bez hluku a bez záření, které mohou škodit našemu zdraví. Zároveň však částečně můžeme ovlivnit naše zaměstnání, aby bylo bezpečné, nebo si zajistit bezpečnost domu (WHO, 2017).

Sociální podpora

Principem sociální podpory je rodina, okruh nejbližších nebo komunita, která je schopna být jedinci oporou a tím podpořit jeho zdraví. Tento faktor ovlivňuje také kultura, která určuje zvyky, tradice a přesvědčení rodiny, které také mohou působit na zdraví jedince (WHO, 2017).

Genetika a pohlaví

Genetika neboli dědičné faktory určují predispozici pro vznik určitého onemocnění. Některé onemocnění jsou typická pro dané pohlaví, případně je výskyt u daného pohlaví pravděpodobnější. U některých dědičných onemocnění můžeme snížit riziko výskytu dobrou a vyváženou stravou, pravidelným pohybem, abstinencí návykových látek a schopností se vypořádat se stresem. Mezi genetické onemocnění řadíme například diabetes mellitus, rakovinu, Alzheimerovu nemoc a cystickou fibrózu (my.clevelandclinic.org, 2021; WHO, 2017, Hamplová, 2019).

Zdravotnické služby

Zdravotnické služby ovlivňují kvalitu zdravotnictví v daném státě, a tedy zdraví populace/jedinců. Jde o zdravotní politiku, ale i o úroveň samotného zdravotnictví a organizaci financování zdravotnictví. Důležitá je také dostupnost zdravotní péče, a zda mají lidé možnost tyto služby využívat. Následně do tohoto typu determinantu řadíme rozvoj medicíny a lékařské techniky a samotný zdravotnický systém (Hamplová, 2019; WHO, 2017).

Kvalita života – rodina a sociální život

Pojem rodina znamená „*skupina lidí spojená pouty pokrevního příbuzenství nebo právních svazků (sňatek, adopce)*“ (Matoušek, 2016). Za rodinu však lze považovat i skupinu lidí, kteří se za rodinu navzájem považují díky vzájemné náklonosti, i když nejsou vzájemně spjati biologicky či právně (Matoušek, 2016).

Slovo socializace znamená začleňování jedince do společnosti a utváření si vzájemných vztahů. Zároveň utváří osobnost daného člověka. Primární socializace nastává právě v rodině nebo prostředí, kterou jí nahrazuje. Psychickou kvalitu určuje například sociální interakce, díky které se jedinec dostane do sociální skupiny osob, kteří následně mohou utvářet jeho postoje, hodnoty nebo emocionální stavy (Matoušek, 2016; Urban, 2017).

Kvalita života – bydliště, komunita a okolí

Kvalitu života a zároveň i zdraví určuje bydliště, kde dotyčný člověk pobývá. Toto téma souvisí s klimatickými a demografickými změnami, či s ekonomikou. Na bydliště se tedy můžeme dívat z hlediska prostoru, kde se nachází. Na podnebí, kulturu, ze sociálního hlediska, ekonomického apod. (Heřmanová, 2012; WHO, 2018).

WHO dělí špatné podmínky bydlení do 4 oblastí:

- „*Nedostatečný životní prostor (přeplněnost);*
- *nízké a vysoké vnitřní teploty;*
- *nebezpečí zranění v domácnosti;*
- *dostupnost bydlení pro osoby s funkčním postižením“* (WHO, 2018).

Obecně je obtížné definovat pojem komunita, protože každý může mít odlišný pohled na tuto problematiku. Dle slovníku sociální práce je komunita „*společenství lidí žijících či kooperujících v jedné instituci nebo v jedné lokalitě*“ (Matoušek, 2016). Jde tedy o skupinu lidí, kteří spolu mají určitý vztah, společné zájmy, cíle nebo hodnoty. V dnešní době moderních technologií není nutné se v komunitě setkávat tváří v tvář. „*Komunita má svou atmosféru, své způsoby komunikace, svou hranici, která je více nebo méně propustná vůči okolí*“ (Matoušek, 2016). Tato definice vysvětluje, že se lidé v komunitě cítí bezpečně, že je každá komunita jiná a může být v jiném prostředí. Jako komunita může být například sousedství nebo zaměstnanci (Matoušek, 2016; Hanáková, 2023; Hartl, 2004).

Kvalita života – práce a pracovní rozvoj

„*Kvalita pracovního života je nejen specifickou, ale i velmi významnou součástí celkové kvality života. S prací souvisí nejen finanční zajištění sloužící k uspokojování materiálních potřeb živobytí, ale i zakotvení a postavení člověka ve společnosti, pocit seberealizace a užitečnosti, uspokojení z možnosti sociálních kontaktů. Práce tak představuje v žebříčku životních priorit jednu z nepřehlédnutelných položek*“ (Heřmanová, 2012). Z této definice lze usoudit, že práce a priorita práce je v životě pro člověka velice důležitá. S prací souvisí většina času našeho života a je nutné, aby byl jedinec za svou práci nejen dobře finančně ohodnocen, ale i aby se cítil dobře ve společnosti a sám se sebou (Heřmanová, 2012).

Pracovní rozvoj proto úzce souvisí se spokojeností v pracovním poměru či s hodnotami daného člověka. Pracovní rozvoj je také důležitý, pokud jedinec není ve své práci motivovaný nebo je nespokojený. Zaměstnavatel podporuje pracovní rozvoj svých zaměstnanců a může jim dávat prostředky k seberozvoji, protože je pro něj výhoda kvalita

práce pracovníka. Vzdělávání a rozvoj pracovníka je důležitý nejen pro něj samého, ale hlavně pro zaměstnavatele (Urbancová, 2018; HK ČR, 2019).

Kvalita života – volný čas a osobní rozvoj

Volný čas byl definován již v historii. Jako první ho definoval Platón, který ho nazval jako čas k úvahám a ke vzdělávání. Pojem volného času se v průběhu historie vyvíjel, ale dle Pospíšila je nejpřesněji pojem popsán dle Kaplana. Ten uvádí, že vyplnění volného času je dáno okolnostmi a není tak závislý na svobodné vůli jedince. Může být ovlivněn rodinou nebo povinnostmi. Jako další příklad uvádí, že volný čas by měl jedinci dopřát určitou stránku potěšení a sebe rozvíjení. Nynější definice stručně popisuje pojem volného času jako „*aktivní prožívání doby mimo zaměstnání*“ (Pospíšil, 2023). Je tedy na každém člověku, jak vyplní svůj volný čas a zda se v něm bude sebe rozvíjet (Pospíšil, 2023).

1.3 Kvalita života v souvislosti s profesí psychiatrických a všeobecných sester

V této podkapitole bychom chtěli stručně popsat kompetence všeobecné sestry a psychiatrické sestry a zároveň tak poukázat na rozdílnost v jejich práci. Přehled vyhlášek je přiložen v seznamu příloh.

Kompetence všeobecné sestry se nachází ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. § 4. Vyhláška poukazuje na činnosti, které může vykonávat bez dohledu lékaře a bez indikace, v souladu s diagnózou zvolenou lékařem. Všechny tyto kompetence jsou zaměřeny spíše na obecné odborné výkony spojené se základní ošetrovatelskou péčí a procesem. Jsou to např. hodnocení stavu pacienta, sledování a hodnocení fyziologických funkcí, provádění péče a zavedení permanentního močového katetru apod. (viz příloha I), (ČR, 2022).

Kompetence psychiatrické sestry se řídí vyhláškou č. 55/2011 Sb. § 64 - Sestra pro péči v psychiatrii. Jde o všeobecnou sestru se specializovanou způsobilostí, a tedy má stejné kompetence jako všeobecná sestra, ale jsou rozšířené o speciální výkony. Je to např. bez odborného dohledu a bez indikace lékaře sestra může provádět psychiatrickou rehabilitaci, provádět edukaci v oblasti prevence duševního zdraví, sledovat stav pacienta k podchycení nastupující krize apod. Dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře může použít omezovací prostředky při ohrožení života pacienta (viz příloha I), (ČR, 2022). Rozdíl je tedy, že všeobecná sestra bez specializace může pacienta edukovat např. pouze o vyšetřeních a ošetrovatelském procesu a může tvořit informační materiály, zatímco sestra

se specializací na psychiatrii může edukovat pacienta kromě těchto náležitostí i edukaci a prevenci k duševním poruchám (ČR, 2022).

2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Duševní zdraví je stav duševní pohody, nikoli jen stav bez duševní poruchy. Dotyčný by dle definice duševního zdraví, měl být schopný zvládat stres v životě a řešit své problémy, být schopen využívat své schopnosti, plánovat, adaptovat se na změny a nové věci, logicky přemýšlet apod. Duševní a fyzické zdraví jsou propojené. Dle WHO není zdraví bez duševního zdraví (WHO, 2022; Marková, 2014).

V Evropě sleduje Světová zdravotnická organizace čtyři základní priority v oblasti duševního zdraví:

- *„Poskytování vysoce kvalitních informací, které často chybí*
- *zlepšení poskytovaných služeb, tak aby se zaměřovali na přímé potřeby a zkušenosti uživatelů*
- *rozvoj poskytovaných služeb – ve velkých psychiatrických léčebnách, v ústavech sociální péče v Evropě*
- *rozvoj podpory rodiny a sociálních služeb“* (Marková, 2014).

Dle globálních metaanalýz trpí jedna třetina populace jednou z duševních poruch, jako jsou například poruchy nálady, nadužívání návykových látek, demence nebo úzkostné poruchy (Raboch, 2019).

2.1 Determinanty duševního zdraví

Kombinace individuálních, strukturálních a sociálních determinantů ovlivňují naše duševní zdraví v průběhu celého života. Náchylnost k poruchám duševního zdraví podmiňují například biologické a psychologické faktory. Determinanty duševního zdraví lze rozdělit na rizikové a ochranné faktory (WHO, 2022).

Mezi rizikové faktory řadíme schopnost emoční zdatnosti, ale i genetiku a užívání návykových látek. Stejně jako u determinantů obecného zdraví se i do tohoto typu řadí sociální a ekonomická situace jedince, ale i okolnosti z životního prostředí nebo geopolitika, součástí které je chudoba, násilí i nerovnoprávnost. Duševní poruchy také nejčastěji vznikají ve vývojově citlivém období života. Nejvíce citlivé období nastává v raném dětství, a to hlavně pokud trpí šikanu či zažívají kruté rodičovství (WHO, 2022).

Ochranné faktory se objevují v průběhu celého života a slouží k lepší odolnosti. Součástí ochranných faktorů jsou sociální a emocionální vlastnosti a mimo jiné i vzdělání, dobré zaměstnání, bezpečná komunita apod. (WHO, 2022).

2.2 Duševní zdraví a životní styl

Životní styl je definován jako „systém významných činností, a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických pro určitý živý subjekt“ (Raboch, 2019). Z této definice tedy můžeme usoudit, že se jedná o určitý druh systému činností během dne, které každý člověk prožívá jinak. Životní styl souvisí s mnoha faktory, které ho ovlivňují, jako jsou mezilidské vztahy, své chování a samotný výběr každodenních činností (Raboch, 2019).

Zdravý životní styl je základem pro zdraví jedince. Díky němu můžeme předcházet mnoha nemocím, nebo slouží ke zlepšení již stávající nemoci. Státní zdravotní ústav vytvořil deset kroků ke zlepšení životního stylu. V tomto dokumentu se jedná nejen o duševní zdraví, ale i o předcházení jiným nemocem. Součástí těchto doporučení je přestat kouřit. Kouření podporuje vznik rakoviny a je zde větší riziko vzniku infarktu myokardu. Stres člověka podporuje nutkání ke kouření. Dalším krokem je pohyb, který jedinci může pomoci nejen s obezitou nebo s onemocněním srdce, ale i předchází depresím a Alzheimerově chorobě. Dalším doporučením pro zdravý životní styl je jíst zdravě. O tomto doporučení pojednává i Kunešová, která hovoří o větším množství jídla během dne, i když dotyčný mezi hlavními jídly nemá hlad. Je potvrzeno, že delší časové rozmezí mezi jídly je největším problémem zdravého životního stylu. Naše psychika může být ovlivňována i příjmem lipidů ve stravě, jelikož lipidy neboli tuky jsou potřeba pro buněčnou membránu, která je součástí buněk mozku. Mezi další kroky k lepšímu životnímu stylu řadíme např. dostatečný spánek, omezení příjmu alkoholu nebo zbavení se stresu (Macourek, 2019; Jandlová, Bischofová, Ruprich, 2021; Kunešová, 2019).

2.3 Stres

„Stres lze definovat jako stav úzkosti nebo stav psychického napětí způsobený obtížnou situací. Stres je přirozenou lidskou reakcí, která nás nutí řešit výzvy a hrozby v našich životech“ (WHO, 2023). Lze tedy chápat, že stres nás ovlivňuje na úrovni naší celkové pohody a ovlivňuje tak náš život (WHO, 2023).

Stres je vyvolaný stresorem neboli podnětem, který má vnější či vnitřní podnět. V dnešním světě chce většina lidí vypadat dobře, jíst zdravě a vyrovnat se úrovni života ostatním lidem, což je pro nás dalším možným stresorem. Naš vnitřní svět může také ovlivňovat vývoj stresu, například při přemýšlení, zda jsme dobrými lidmi, hledáme smysl života nebo máme snahu najít boha. Dále rozlišujeme negativní stres neboli distres, který lze charakterizovat jako negativně působící stres, který přesahuje naše možnosti zvládnutí stresu. Může souviset

s různými životními situacemi, spojen s minulostí či s budoucností, se strachem i s obavami. Dále máme pozitivní stres neboli eustres. Tento typ stresu je brán jako pozitivní, protože nás vede k lepším výsledkům. Eustres však musí být v množství pro nás únosném, jelikož kdyby přerostl mimo naši hranici, byl by stres pro nás neúnosný a spíše by nám přitížil. Každý stres však může mít v přiměřeném množství i kladné účinky pro náš každodenní život. Velké množství stresu však ovlivňuje naše fyzické a psychické zdraví. Každý člověk zvládá stres na odlišné škále, a nelze se tedy přesně řídit tabulkami průměrných hodnot (Matoušek, 2016; WHO, 2023; Kožinová, 2022).

3 PSYCHIATRIE

Slovo psychiatrie vzniklo z řeckého *psyché*, česky duše a ze slova *iatreia* neboli lékařství. Psychiatrie je vědní a medicínský obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou, průběhem a léčbou duševních onemocnění (Raboch, 2012).

3.1 Historie psychiatrie

Historie psychiatrie a duševních poruch vznikla již v době starověku, ve starém Egyptě. Zde byla duševní nemoc i jiné nemoci brány jako vyšší moc z hlediska magického myšlení. Léčba nebo prevence zde byla v nošení amuletů nebo magických obřadů, které měly odhánět zlé duchy před posednutím člověka. Tato doba byla pro duševně nemocné jedince těžká, z důvodu izolování od ostatních osob, aby zlý duch nešel i na ostatní lidi. Jiná léčba v této době spočívala v užívání zdravých bylin např. konopí, čemeřice nebo plodů kaktusů, které měnily stav psychiky, a člověk se tak cítil lépe. První, kdo zmínil, že duševní poruchy souvisí s onemocněním mozku, byl Pythagoras. Dalším známým filosofem této doby byl Hippokrates, který duševní poruchy nepřisouval mystickému pojetí, ale somatické poruše (Tomáš, 2014; Dušek, Večeřová - Procházková, 2015).

Velký vliv na duševně nemocné mělo náboženství a víra ve středověku. Ti opět přisuzovali nemoc démonům a nadpřirozenu. Ovšem léčba mohla být pouze božím smířením. Někteří ve středověku nepřisouvali duševní poruchy pouze k posednutí ďáblem, ale např. k velké míře zamilovanosti, k přejídání se jídlem nebo k vyčerpání se bujarým životem (Tomáš, 2014; Dušek, Večeřová - Procházková, 2015).

Mezi jednoho z představitelů psychiatrie patří Johanneus Wierus, který spolu s dalšími spolupracovníky nesouhlasil s náboženským názorem o duševně nemocných (přisuzoval nemoc démonům) a zavedl tak farmakologickou léčbu opiem a rostlinami jako kozlík. Dalším průkopníkem při léčbě duševních poruch byl Felix Plater, který k léčbě využíval vodoléčbu, masáže a tělesná cvičení. Dalším představitelem je Avicenna, který upozorňoval na zacházení s duševně nemocnými a na pravidelný pracovní režim. V období renesance začaly fungovat lodě bláznů, které zamezovaly přístup nemocných k ostatním lidem a tím je chránily (Tomáš, 2014; Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Ve druhé polovině 18. století se Filip Pinel snažil prosadit nové techniky k léčbě duševně chorých. V této době se nezacházelo s duševně nemocnými příliš dobře. Nemocní byli mučeni nebo uvězněni v hladomorně. Techniky, které se snažil, Pinel prosadit byly: lepší a lidské jednání s nemocnými, nové léčebné postupy a zavést terapii zaměstnáním.

V jeho stopách pokračovali i další. V české zemi se ve stejných letech nejvíce zasloužil řád Milosrdných bratří, který začal budovat nemocnice. Bylo vystavěno i samostatné oddělení v nemocnici u sv. Alžběty (Tomáš, 2014; Dušek, Večeřová - Procházková, 2015).

V 19. století se na univerzitě v Praze začalo studovat „choromyslnictví“. Významnou osobností psychiatrie v 19. století se stal Josef Riedl, který byl ředitelem ústavu sv. Kateřiny a zavedl léčbu prací, rehabilitační a lázeňské metody. Jeho myšlenky se dostaly do celé Evropy a psychiatři se od něj učili. Na konci 19. století se začínají v českých zemích budovat psychiatrické ústavy. Po druhé světové válce se provozování psychiatrických ústavů ještě rozšířilo (Dušek, Večeřová - Procházková, 2015).

3.2 Psychiatrická péče v ČR

V roce 2008 společnost ČSL JEP schválila revidovanou Koncepti oboru psychiatrie, která popisuje strukturu služeb pro duševně nemocné. Je zde i popsáno, jak by měla spolupracovat oblast psychiatrie s oblastí komunitní péče. Koncepte v praxi však nebyla uplatněna. V roce 2012 nastala změna, kterou vytvořilo Ministerstvo zdravotnictví ČR, aby došlo k reformě psychiatrické péče. V roce 2018 byl zahájen projekt o rozšíření možností a zlepšení psychiatrické péče v České republice (Tomáš, 2014; mzcr.cz, 2019).

Psychiatrická péče je v ČR poskytována formou lůžkového zařízení, psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance a zařízením systému komunitní péče. Oddělení v psychiatrické nemocnici se dále dělí na otevřené a uzavřené a dále na mužské, ženské či smíšené. Existují dva typy možností k hospitalizaci: dobrovolné a nedobrovolné. Dobrovolné znamená, když se jedinec přihlásí k léčbě sám a souhlasí s hospitalizací. O nedobrovolné hospitalizaci pojednává zákon č. 372/2011 Sb. § 38 s názvem *Hospitalizace pacienta a poskytování zdravotních služeb bez souhlasu a použití omezovacích prostředků*. Tento zákon může být v psychiatrické péči využit, pokud například „ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak“ nebo „byl pravomocným rozhodnutím soudu uložen do ochranného léčení formou lůžkové péče“ (Tomáš, 2014; ČR, 2024; Orel, 2020).

Ambulantní péče

Převážně se jedná o první místo setkání se pacienta s psychiatrickou péčí. Ambulantní péče poskytovaná psychiatrem je často dlouhodobá, kontinuální a psychiatr se stává koordinátorem jeho péče. V České republice se k roku 2020 nachází okolo 1000 zařízení poskytující ambulantní psychiatrickou péči. Ambulance mohou mít i svou specifikaci

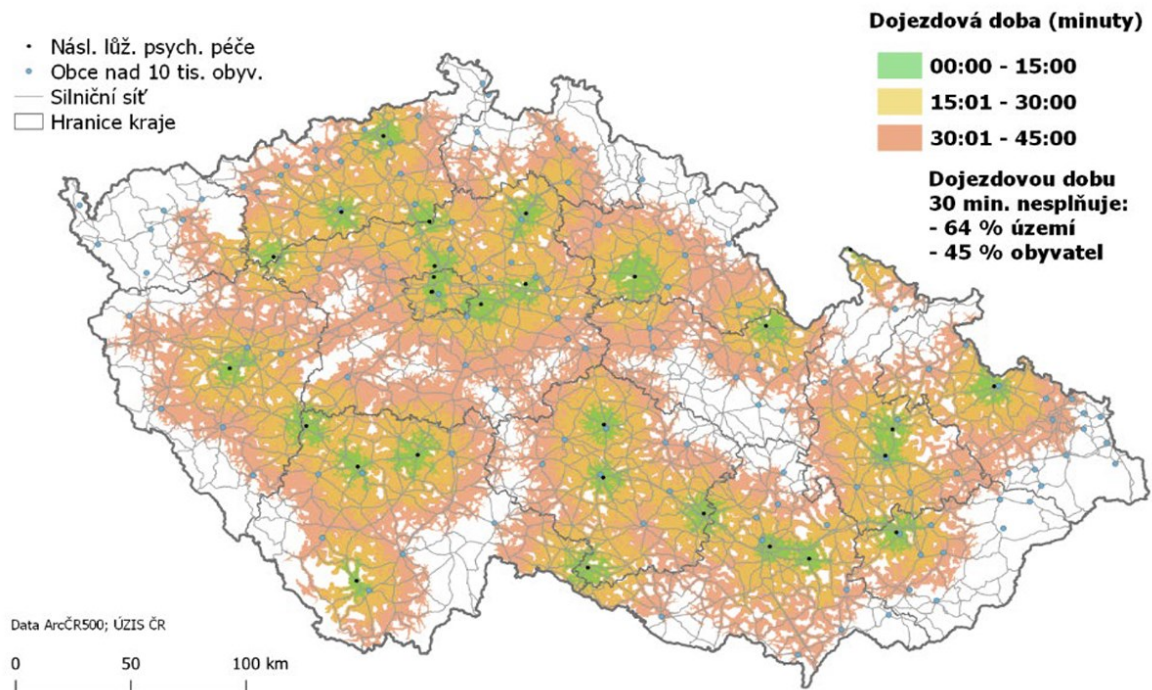
jako je gerontopsychiatrie, ambulance pro děti nebo pro léčbu závislostí (Tomáš, 2014; uzis.cz, 2024).

Lůžková péče

Lůžkovou péči můžeme dělit na akutní a následnou. Akutní lůžková péče by měla být poskytována na psychiatrických odděleních ve všeobecných nemocnicích a poté by tito pacienti měli pokračovat v následné péči v psychiatrické nemocnici. Nyní je však akutní lůžková péče poskytována i v psychiatrických nemocnicích. Ambulantní i následná lůžková péče má své specializace dle diagnóz, věku či způsobu léčby pacientů zde pobývajících. Může to být například léčba závislostí, gerontopsychiatrie nebo léčba poruch příjmu potravy. Dostupnost lůžkové psychiatrické péče se rok od roku zlepšuje (viz obrázek 1), (Tomáš, 2014; uzis.cz, 2024).

Podstatou akutní lůžkové péče je ošetření, které je poskytováno ihned po vzniku nebo při zhoršení stavu psychické poruchy. Pracovníci musí být schopni jednat s pacientem s libovolnou psychopatií z celého diagnostického spektra oboru psychiatrie, provést nezbytné vyšetření, stanovit diagnózu a poskytnout adekvátní léčbu. Zároveň je nutné nemocnému jedinci pomoci se zajištěním následné péče, což může pro pacienta znamenat zajištění ambulantní péče, předání pacienta do péče komunitních týmů nebo jeho přeložení na oddělení následné péče (Tomáš, 2014).

Následná lůžková péče je pro pacienty, kteří již mají nastavenou léčbu, jejich onemocnění je správně diagnostikováno, ale kteří zároveň nejsou schopni odebrat se do svého domácího prostředí, komunitní péče nebo do zařízení sociální péče (Tomáš, 2014).



Obrázek 1: Dostupnost následné lůžkové péče v roce 2021(uzis.cz, 2024)

Komunitní péče

„Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce naplněny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby“ (Tomáš, 2014). Jedná se o péči, která je poskytována mimo nemocniční prostředí, kde se odborníci multidisciplinárního týmu snaží pomoci lidem s duševním onemocněním a začleněním se do běžného života. Tato péče je tedy propojena a sociální a psychologické oblasti. Zároveň napomáhá lidem v nalezení si práce, bydlení nebo s rodinnými vztahy. Součástí komunitní péče jsou i psychiatrické rehabilitace, které spadají do sociálních služeb. Můžeme zde zařadit komunitní bydlení, chráněné dílny nebo centra denních aktivit (Tomáš, 2014; psychiatrie.cz, 2010).

Otevřené psychiatrické oddělení

Na tomto typu oddělení jsou pacienti, kteří nepotřebují stálou kontrolu pracovníků. To znamená, že se mohou pohybovat bez omezení, pokud dodržují základní pravidla, řád a program daného oddělení (Orel, 2020).

Uzavřené psychiatrické oddělení

Pacienti hospitalizováni na tomto oddělení nemohou volně odcházet z oddělení. Bývá to u pacientů, kteří jsou dezorientovaní, zmatení, pokud nejsou v kontaktu s realitou nebo jsou nebezpeční pro sebe či okolí (Orel, 2020).

3.3 Vyšetření v psychiatrii

Vyšetření slouží k přesné diagnostice psychiatrického onemocnění, ke kterému se využívá psychiatrické i psychologické vyšetření. Součástí diagnostiky v psychiatrii je základní (komplexní) psychiatrické vyšetření, vyšetření psychologické a pomocné vyšetřovací metody (Orel, Facová, Heřman, Koranda, 2020).

Základní (komplexní) psychiatrické vyšetření

Jedná se o vstupní psychiatrické vyšetření, kde jsou využívány techniky pozorování a rozhovoru. Na tomto vyšetření se podílí nejvíce lékaři, ale sestry mohou být nápomocné z hlediska pozorování. Je důležité, aby se pacient cítil komfortně, a proto musí být vymezeno dostatečné množství času, vhodné prostředí a je vhodné nepodcenit význam prvního kontaktu s pacientem. To znamená, že pokud jedinec přijde s příbuzným, snažíme se i tak první hovořit s pacientem (pokud je to možné), podáme pacientu ruku a představíme se mu (Orel, 2020; Běhounek, 2014).

Mezi části psychiatrického vyšetření patří:

Základní identifikační údaje

Ptáme se pacienta na datum narození, jméno a příjmení, rodné číslo, bydliště, národnost, rodinný stav apod. Pokud je to možné, zapojíme rodinu. Součástí tohoto vyšetření je i informace, jak se pacient dostal na psychiatrii z hlediska doporučení. Jedná se o praktického lékaře, přivezení záchrannou službou, nebo pokud pacient přišel bez doporučení a sám (Orel, 2020; Běhounek, 2014).

Anamnéza

Při získávání anamnézy lékař využívá systematického rozhovoru s pacientem nebo s jeho blízkými, aby o pacientovi zjistil co nejvíce informací. Zejména se ptá na informace spojené s jeho osobním a rodinným životem. Jedná se o rodinnou anamnézu, kde lékaře zajímají spojitosti s rodinným výskytem neuropsychických a jiných onemocnění. Případně se snaží najít příčinu vzniku onemocnění související s rodinnou událostí, sociálním statutem člověka nebo sociální prostředí, kde pacient vyrůstal. Další vyšetřující anamnézou je osobní, kde se lékař snaží porozumět milníkům pacienta od narození po současnost. Součástí osobní anamnézy je sexuální anamnéza, dětství, sociální anamnéza, užívání návykových látek, somatická anamnéza nebo psychiatrická anamnéza. Jako poslední anamnéza, kterou lékař nejvíce zjišťuje je objektivní anamnéza. Tento druh anamnézy využívá příbuzné,

spolupracovníky nebo přátele, kteří mohou potvrdit či vyvrátit pohled pacienta na sebe samého. S odebráním této anamnézy musí pacient souhlasit. Využíváme i jiné druhy anamnéz jako je sociální, pracovní aj. (nzip.cz, 2024; Orel, 2020; Běhounek, 2014).

Nynější onemocnění

Popis nynějšího onemocnění ukazuje na potíže či problémy, se kterými jedinec přichází nebo byl přivezen. Popisuje počátek problémů, kdy začaly a jak se projevovaly, až po současnost a nynější projevy. Lékař si musí zároveň všimnout, zda nemocný své problémy nezveličuje, nesimuluje či naopak jim neubírá na hodnotě (Běhounek, 2014; Orel, 2020).

Přítomný psychický stav

Přítomný stav psychický neboli *status praesens psychicus* se zabývá podrobným popisem psychiky pacienta, který zjišťujeme pomocí rozhovoru nebo pozorování. Jedná se o dopodrobna vysvětlující popis, který poukazuje na psychické funkce a jejich projevy. Aspekty, na které se toto vyšetření zaměřuje, jsou např. postoj k vyšetření a okolnosti, které k tomu vedly. Zahrnuje tedy, zda byl pacient přivezen policií, nebo přišel sám. Dalším aspektem je zevnějšek a celkový dojem, který poukazuje, zda se jedinec o sebe umí postarat, zda nedošlo k sebepoškozování (čerstvé jizvy) apod. Dále vyšetření zjišťuje myšlení, paměť, soustředění i intelekt, kterými posuzujeme bludy, myšlenky na sebevraždu, případně orientační posouzení např. úrovně slovní zásoby. Zároveň však pohlédneme na řeč, její rychlost a intenzitu (Orel, 2020).

Přítomný somatický stav

Přítomný stav somatický neboli *status praesens somaticus* musí být také součástí psychiatrického vyšetření. Zahrnuje základní somatická vyšetření jako je zjištění výšky, váhy, krevního tlaku, pulzu, tělesné teploty apod. Lékař provádí i částečné neurologické a interní vyšetření, např. základní reflexy a prohmatání břicha. Je nutné provést kontrolu kůže, kde můžeme vidět známky sebepoškozování, poranění nebo jiné kožní léze (Orel, 2020; Běhounek, 2014).

Psychodynamický rozbor

Tento rozbor shrnuje doposud zjištěné poznatky o pacientovi. Jde o třídění jednotlivých projevů, symptomů a diagnóz, které se stanovily. Nesmíme zapomenout na popis nárůstu nebo ústupu příznaků (Běhounek, 2014).

Diagnóza a diferenciatní diagnóza

Po zjištění všech symptomů a syndromů, lze stanovit diagnostickou rozvahu, která je určena dle dominujícího syndromu. Tomuto stavu říkáme diferenciatní diagnóza. Jelikož má většinou pacient více symptomů či syndromů, nelze hned při vyšetření určit přesně danou diagnózu, a tedy je zvažováno více poruch. K určení přesné diagnózy je potřeba další sledování stavu pacienta a přihlédnout k výsledkům dalších vyšetření (Orel, 2020; Běhounek, 2014).

Terapeutický plán

Prostřednictvím nástroje terapeutického plánu určujeme hlavní směr léčby a vyšetření. Díky vyšetřením lze určit a zpřesnit další plán léčby. Mezi vyšetření můžeme řadit psychologické nebo laboratorní vyšetření (Orel, 2020; Běhounek, 2014).

Psychologické vyšetření v psychiatrii

Psychologie úzce souvisí s psychiatrií a napomáhá s vyšetřením pacienta z psychologické stránky. Vyšetření je prováděno klinickým psychologem, který spolupracuje s psychiatrem a společně se snaží přijít na přesnou diagnózu, a zároveň i poodhalit pacientovi trvalé vlastnosti, které nemusí být patologické. Jakmile pacient zodpoví na základní otázky, psycholog si na základě odpovědí přizpůsobí další postup jako psychodiagnostické testy apod. Nesmíme však zapomenout na proměnné, které také mohou ovlivnit výsledky, jako je věk nebo tělesná onemocnění. U dětí je vyšetření zaměřeno např. na strukturu mentálních schopností, problematiku vývojových poruch učení apod. U adolescentů se může vyšetření zaměřit na sebepojetí a sebepoznávání. U dospělých se pak zaměřujeme na hlavní motivy určující současné jednání jedince a u starších osob se jedná o zjištění případného zhoršování kognitivních funkcí. Psycholog napomáhá nejen v diagnostice, ale je přínosem i v léčbě, kterou nazýváme psychoterapie (Orel, Facová, 2020; Běhounek, 2014).

Psycholog zjišťuje informace pomocí pozorování, rozhovoru, anamnézy nebo analýzy spontánních výtvorů, jako jsou kresby. Další formou získávání informací je pomocí testů a dotazníků. Testy dělíme do 2 kategorií: výkonové a testy osobnosti. Mezi testy výkonové řadíme testy inteligence nebo testy speciálních schopností. Mezi testy osobnosti lze zařadit projektivní testy, posuzovací stupnice nebo dotazníky. Psycholog však může využít také testy neuropsychologické (Orel, Facová, 2020; Běhounek, 2014).

Pomocné vyšetřovací metody v psychiatrii

Kromě již zmíněných vyšetřovacích nástrojů jako je rozhovor či pozorování, které jsou v psychiatrii považovány za nejdůležitější, se přesná diagnostika neobejde

bez dalších pomocných vyšetřovacích metod. Tyto metody lze také nazvat jako pomocné medicínské vyšetřovací metody, do kterých řadíme zobrazovací metody a laboratorní vyšetření (Orel, Heřman, Koranda, 2020; Běhounek, 2014).

Zobrazovací metody

Prostřednictvím zobrazovacích metod zjišťujeme informace o stavbě a funkci mozku. Zobrazovací metody dělíme na strukturální a funkční vyšetřovací metody (Orel, Heřman, Koranda, 2020).

„Strukturální vyšetřovací metody zobrazují stavbu mozku a jeho jednotlivých částí“ (Orel, Heřman, Koranda, 2020). Může nám zároveň ukázat možnou patologii, nerovnoměrnost tkáně nebo změny mozkové tkáně. Do této skupiny řadíme zobrazovací metody jako počítačová tomografie, magnetická rezonance a rentgenografické vyšetření (Běhounek, 2014; Orel, Heřman, Koranda, 2020).

„Funkční vyšetřovací metody zobrazují aktivitu mozkové tkáně, prokrvení nebo okysličení mozkové tkáně, metabolismus glukózy apod.“. Mezi tyto metody patří EEG (Elektroencefalografie), SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie) nebo PET (Pozitronová emisní tomografie) a fMR (funkční magnetická rezonance), (Běhounek, 2014; Orel, Heřman, Koranda, 2020).

Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření napomáhá k určení přesnější diagnózy. První se odebírá běžné laboratorní vyšetření krve jako je krevní obraz, diferenciální rozpočet, jaterní testy, hladina minerálů a krevní cukr, poté se provádí i základní vyšetření moči. Pokud je jedinci indikováno speciální laboratorní vyšetření, jedná se o koncentraci hormonů, psychofarmak nebo třeba návykových látek. Příkladem speciálních odběrů s přidaným onemocněním je například stanovení hodnot kyseliny močové u alkoholismu nebo stanovení hodnot tyreoidálních hormonů a toxických látek u atypických psychóz či depresí. Dále se však mohou vyšetřovat i jiné biologické materiály jako je sputum, sliny, vlasy či mozkomíšni mok aj. (Běhounek, 2014; Orel, 2020).

Způsob odběru biologického materiálu se nijak neliší od osob duševně zdravých. Jedinci je odběr nejčastěji prováděn v ranních hodinách nalačno. Pacient je sestrou dobře informován nejčastěji večer před ranním odběrem. Při odběru moči na toxikologii je nutné, aby byla sestra přítomna u pacienta, aby nedošlo k záměně vzorku (Běhounek, 2014).

Ošetřovatelské vyšetření

Ošetřovatelské vyšetření je velmi podobné již zmíněnému lékařskému vyšetření. Rozdíl je však v tom, že sestra s pacientem tráví 24 hodin jeho času a pobytu v zařízení. Sleduje

tak jeho chování při běžných výkonech jako je odpočinek či stravování. Sestra jako první musí posoudit stav pacienta, odebrat ošetřovatelskou anamnézu, provést vyšetření základních psychických a fyziologických funkcí a zhodnotit stav výživy, hydratace a soběstačnosti. Sestra tedy nejčastěji využívá rozhovor a pozorování, díky kterému vidí reakce a chování pacienta na mimořádné události (Běhounek, 2014).

Do ošetřovatelské anamnézy lze zařadit údaje o pacientovi jako je jméno, příjmení, datum narození, bydliště, praktický lékař apod. Dále je jeho součástí výživa, spánek a odpočinek, sexualita, mezilidské vztahy, aktivita a cvičení, víra nebo třeba stres (Běhounek, 2014).

Sestra také využívá několika hodnotících škál k určení již zmíněných vlastností, jako je soběstačnost nebo stav nutrice. Mezi tyto škály řadíme test ADL, základní nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku, ale také hodnocení rizika sebevražedného jednání, vyhodnocení rizika agrese, hodnocení psychického zdraví nebo geriatrická škála deprese (Běhounek, 2014).

3.4 Léčba v psychiatrii

Dle Orla a Facové bereme terapii v psychiatrii jako tzv. „dvojkolejnou“. To znamená, že pohlížíme na léčbu z biologického hlediska, která je zaměřována k působení na mozek a jeho procesy. Co se týká tzv. druhé koleje, ta je zaměřena na léčbu psychologickou. Dále je nutno zmínit i léčbu, která zohledňuje rovinu sociální a spirituální a nazýváme ji léčbou komplexní – celostní. Terapie v psychiatrii se skládá nejen z psychofarmak nebo psychoterapie, ale obnáší i běžné biologické léčebné metody, které je nutno provádět *lege artis*. Je tedy postupováno dle medicínských poznatků, které jsou v souladu s výsledky lékařské vědy a medicínskou etikou. Dle Běhouneka dělíme terapii v psychiatrii do 3 skupin: biologické léčebné metody, psychofarmaka a psychoterapie (Běhounek, 2014; Orel, Facová, 2020).

Biologické léčebné metody v psychiatrii

Tento druh léčby je zaměřen na tělesnou stránku člověka. Biologická léčba využívána v psychiatrii se zaměřuje především na mozek a jeho procesy. Do této léčebné metody můžeme zařadit např. EKT neboli elektrokonvulzivní terapii, která však nemá přesně dané indikace, které by vedly k jeho využití. Lékař k určení této léčby musí zhodnotit celkový stav pacienta, rozebrat anamnézu a zaměřit se na další faktory ovlivňující podstoupení této terapie. Nejčastěji se elektrokonvulzivní terapie využívá u pacientů se všemi podtypy depresí, případně pokud se u pacienta vyskytují bludy, sebevražednost, schizofrenie nebo Parkinsonova choroba. Kontraindikací k využití této léčby může

být infarkt myokardu v předchozích 3 měsících, velké zlomeniny, srdeční selhávání nebo závažné onemocnění štítné žlázy. Dalším typem biologické léčby je rTMS neboli repetitivně transkraniální magnetická stimulace. Jedná se o léčbu neinvazivní, která je poměrně bezbolestná a zároveň lokálně stimuluje CNS. Dalším příkladem biologické léčby je např. vagová stimulace nebo fototerapie (Orel, 2020; Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Farmakoterapie

Farmakoterapie je nejčastější léčbou v psychiatrii. Léky, které se v psychiatrii využívají nejvíce, se nazývají psychofarmaka, zaměřují se na CNS a ovlivňují psychické funkce. Jejich úkolem je tedy „*chemickou cestou optimalizovat psychický stav*“ (Orel, 2020). Psychofarmaka se dělí do skupin dle ovlivnění 3 základních psychických funkcí: vigilita vědomí a další kognitivní funkce, afektivitu a emotivitu, myšlení a vnímání. Na vigilitu vědomí a další kognitivní funkce se využívají léčiva jako psychostimulancia a neuroprotektiva. Na afektivitu a emotivitu využíváme léky jako anxiolytika a antidepresiva. Na myšlení a vnímání se používají pouze antipsychotika. (Běhounek, 2014; Orel, 2020)

Při počátku podávání psychofarmak se doporučuje tzv. monoterapie, což znamená podávání pouze jednoho efektivního léčiva dané skupiny. Pokud léčivo nebude fungovat, začne se pacientovi podávat léčivo s jinou účinnou látkou. Pokud nefunguje ani tato účinná látka, začínají se léčiva kombinovat (Orel, 2020).

Z pohledu ošetrovatelského, má podávání léků na psychiatrii své zásady a specifika. V zásadě se jedná o stejné základní pravidla jako v jiných medicínských oborech, je to např. bezkontaktní příprava předepsaných léků, dokumentování podaného léku, podání léků sestrou, která je sama připravovala. U specifika podávání léků v psychiatrii je nejdůležitější dohled nad samotným užitím. Na lůžkovém psychiatrickém oddělení si pacient musí připravené léky užít před sestrou, která si může pacienta nechat pod dohledem dalších 15–20 minut. Je však stále nutné dodržovat pacientovu důstojnost a pocit samostatnosti (Běhounek, 2014).

Psychoterapie

Dle Kratochvíla lze psychoterapii rozdělit na obor a činnost. Oborem se myslí vědní disciplína, kterou lze dělit do jednotlivých psychoterapeutických směrů a škol. Činnost můžeme chápat jako plán léčby, která je prostřednictvím psychologických prostředků. Psychoterapie dokáže ovlivnit nejen nemoc, poruchu, duševní stavy a funkce, ale působí také na osobnost a její vztahy. Cílem je minimalizovat či eliminovat potíže klienta.

Například jde o jejich příznaky, řešení jejich problému, či jak změnit jeho chování a prožívání, aby jedinec cítil pohodu a zlepšilo se mu sebevědomí. Psychoterapie lze provádět individuálně nebo skupinově. Obě z forem terapie jsou nezbytné. MUDr. Orel uvádí, že skupinová terapie poskytuje jednotlivci vzájemnou podporu, zpětnou vazbu nebo tvorbu vztahů, které v individuální terapii nelze napodobit. Psychoterapii provádí vzdělaný a zkušený pracovník, který musí absolvovat několik let přípravy. Komunikace s pacientem by měla být empatická i edukativní (Dušek, Večeřová - Procházková, 2015; Orel, 2020).

V psychoterapii máme několik směrů, které lze využít. Jeden z mladších směrů je kognitivně-behaviorální terapie. Na začátku tohoto směru terapie je základem diagnostika způsobu myšlení a chování jedince. Pro tento typ je důležitý aktivně zapojující se pacient, nastavení vysoké motivace pacienta a dobrá spolupráce mezi terapeutem a pacientem. Dalším směrem je psychoanalýza a psychoanalytická terapie, která se zabývá minulostí pacienta, nebo také jeho dětstvím a konflikty. Terapie funguje na principu, kdy pacient na terapeuta přenáší své dřívější zkušenosti či city. Mezi další směry patří např. analytická psychoterapie nebo individuální psychologie (Orel, 2020).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM A METODIKA

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu této bakalářské práce je zjistit, do jaké míry ovlivňuje práce s duševně nemocnými pacienty kvalitu života psychiatrických a všeobecných sester.

Dílčí cíle:

- Zjistit kvalitu života na různých typech oddělení pomocí domén.
- Zjistit kvalitu života u sester s rozdílnou dobou praxe pomocí domén.
- Zjistit rozdíl kvality života u psychiatrických a všeobecných sester pomocí domén.

4.2 Metodika výzkumu

Výzkum je prováděn formou kvantitativního šetření pomocí standardizovaného dotazníku od WHO na téma kvality života. Kvantitativní výzkum jako takový, může zjišťovat vlastnosti nebo chování velké skupiny (O'dwyer, Bernauer, 2014). Dotazník s názvem WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. WHOQOL-BREF je složen z 26 položek, které jsou doplněny o 3 specifikující sociodemografické položky. Dotazník je rozdělen do 4 domén, které se nachází ve 24 otázkách, zaměřující se na fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Zbylé 2 otázky určují spokojenost se zdravím a pohled na kvalitu života. Doplnující 3 položky, se zaměřují na specifikaci respondentů, a to na délku praxe, zda se jedná o psychiatrickou či všeobecnou sestru a na jakém oddělení pracují. Otázky v dotazníku WHOQOL-BREFF jsou hodnoceny na Likertově škále od 1 do 5, kdy hodnota 5 vypovídá o nejvyšším a nejlepším skóre dané problematiky a naopak hodnota 1 o nejmenším skóre. V každém bloku otázek jsou odpovědi seskládány trochu jinak, jako např. velmi dobrá (5), dobrá, ani špatná ani dobrá špatná a velmi špatná (1). Položky 3, 4 a 26 jsou také seskládány od 1 do 5, tady se ale nachází pod hodnotou 1 vysoká kvalita a pod hodnotou 5 nízká kvalita. Ve výpočtech jsou tyto hodnoty odečítány od čísla 6, aby nezkrášlovaly výsledky výzkumu.

Struktura výzkumného souboru

Oslovené byly psychiatrické a všeobecné sestry pečující o duševně nemocné. Tyto sestry pracují v psychiatrické nemocnici ve Zlínském kraji. Kritériem pro výběr respondentů daného dotazníku bylo stanovení, že se jedná o všeobecnou či psychiatrickou sestru a nikoli o sestru praktickou, či o jiného zdravotnického pracovníka. Sestry jsou z různých typů

oddělení: akutní oddělení, pedopsychiatrie, toxikorehabilitační a chronické oddělení. Respondenti byli obeznámeni s cílem výzkumu, anonymitou dotazníku a s délkou 5-10 minut, kterou jim dotazník zabere. Bylo rozdáno celkem 140 dotazníků s návratností 124 dotazníků, kdy 4 dotazníky nebylo možné posoudit, tudíž byly vyřazeny. Potvrzené žádosti o výzkum jsou k dispozici u autora práce.

Způsob vyhodnocení výsledků

Výsledky jsou rozděleny na základě typů oddělení, dle délky praxe a dle typu dané sestry a dále je toto rozdělení přiřazeno do domén. Celkový počet respondentů byl 120 sester z psychiatrické nemocnice ve zlínském kraji. K výzkumu byl použit standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace s názvem WHOQOL-BREF, který je rozdělen do domén. Zpracování výsledků bylo provedeno v programu Microsoft Excel, za pomoci příručky od autorek Bartoňová a Dragomirecká. Výsledky uvádí hrubou skóru, ve které je nejmenší hodnotou 4 a nejvyšší hodnotou 20. Vyšší číslo na této stupnici značí vyšší kvalitu života daných respondentů. Ve výsledcích jsou tato hrubá skóre zaokrouhlena na 2 desetinná místa. V přílohách uvádíme přesnější vyhodnocení dotazníku z daných typů oddělení, které jsou zároveň rozděleny dle délky praxe a do domén, za použití sečtení přímo daných odpovědí ze získaných dotazníků (viz přílohy P II, III, IV, V), (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

První 2 položky dotazníku pojednávají o samostatném **zhodnocení kvality života** (otázka č. 1) a o **spokojenosti se zdravím** (otázka č. 2). K výpočtu těchto položek byl =PRŮMĚR (q1)*4 a =PRŮMĚR (q2)*4.

Doména 1 **Fyzické zdraví** se skládá ze 7 položek, které se zaměřují na bolest, nepříjemné pocity, na energii a únavu, na spánek, každodenní aktivity, pohyblivost apod. (otázky č. 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18). Vyhodnocení proběhlo dle vzorce = PRŮMĚR, (6 - q3); (6 - q4); q10; q15; q1; q17; q18)*4. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Doména 2 s názvem **Prožívání** se skládá z 6 položek týkajících se např. radosti ze života, soustředěnosti, přijmutí svého vzhledu, spokojenosti sami se sebou a špatných nálad, úzkostí či depresí (otázky č. 5, 6, 7, 11, 19, 26). Výsledek byl s využitím = PRŮMĚR (q5; q6; q7; q11; q19; (6 - q26))*4 (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Doména 3 pojednává o **Sociálních vztazích** a skládá se, z 3 položek. Tyto položky se zabývají sexuálním životem, spokojeností s osobními vztahy a podporou od přátel (otázky č. 20, 21, 22). Výsledek za využití = PRŮMĚR (q20; q21; q22)*4 (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Poslední doménou je **Prostředí**, která pojednává o bezpečnosti, zdravém prostředí, dostatku financí k uspokojení potřeb, o spokojenosti s bydlením, s dostupnou zdravotní péčí apod.

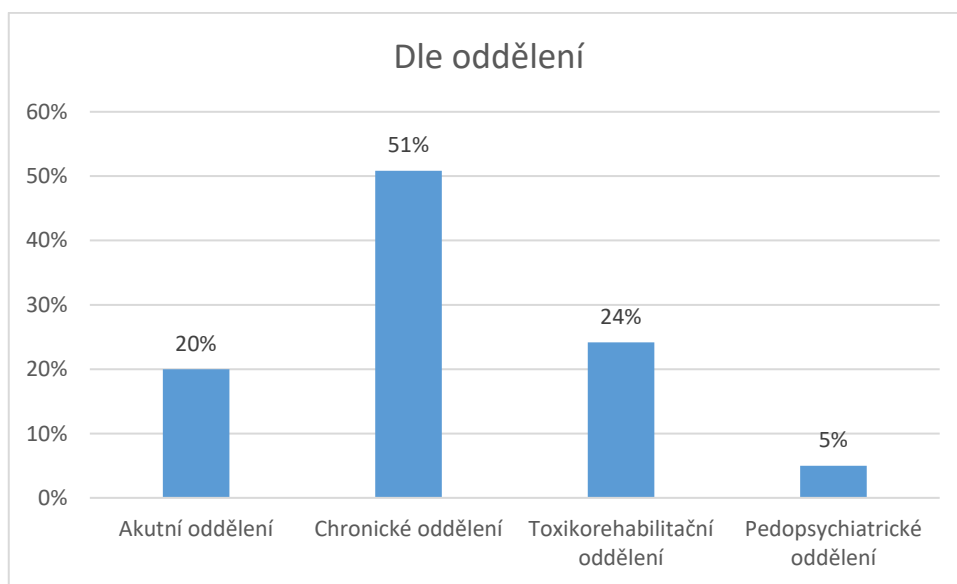
(otázky č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). Výsledek byl vypočítán s využitím = PRŮMĚR (q8; q9; q12; q13; q14; q23; q24; q25)*4 (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Kapitola obnáší výsledky z výzkumného šetření v psychiatrické nemocnici ve Zlínském kraji. V první podkapitole je uvedena sociodemografická část, která ukazuje rozdělení dle typů oddělení, dle délky praxe a množství psychiatrických a všeobecných sester. Druhá podkapitola obnáší výsledky dotazníku dle dílčích cílů.

5.1 Sociodemografická část

Doplňující položka č. 1 zjišťuje, na jakém oddělení sestra pracuje.

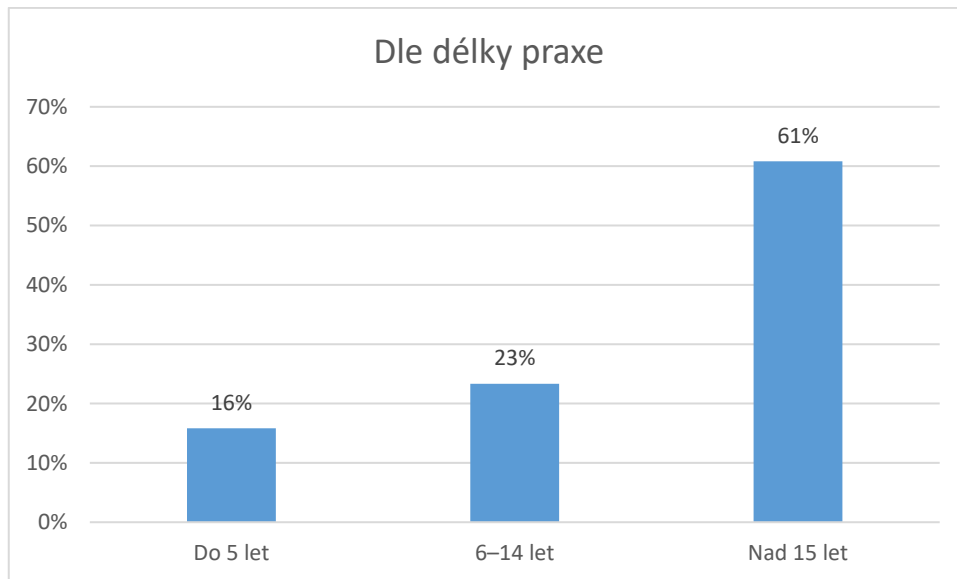


Obrázek 2: Podíl respondentů dle oddělení, uveden v procentech.

Komentář:

Graf č. 1 ukazuje počet respondentů z typů psychiatrických oddělení uvedený v procentech. Souhrnný počet uvádí 120 respondentů. Největší množství respondentů je z chronických psychiatrických oddělení (51 % = 61 respondentů). Nejmenší počet respondentů je z pedopsychiatrického oddělení (5 %). Následné typy oddělení jako akutní (20 % = 24 respondentů) a toxikorehabilitační (24 % = 29 respondentů) se nacházejí ve středním pomezí grafu.

Doplňující položka č. 2 zjišťuje, jaká je délka praxe sestry pečující o duševně nemocné.

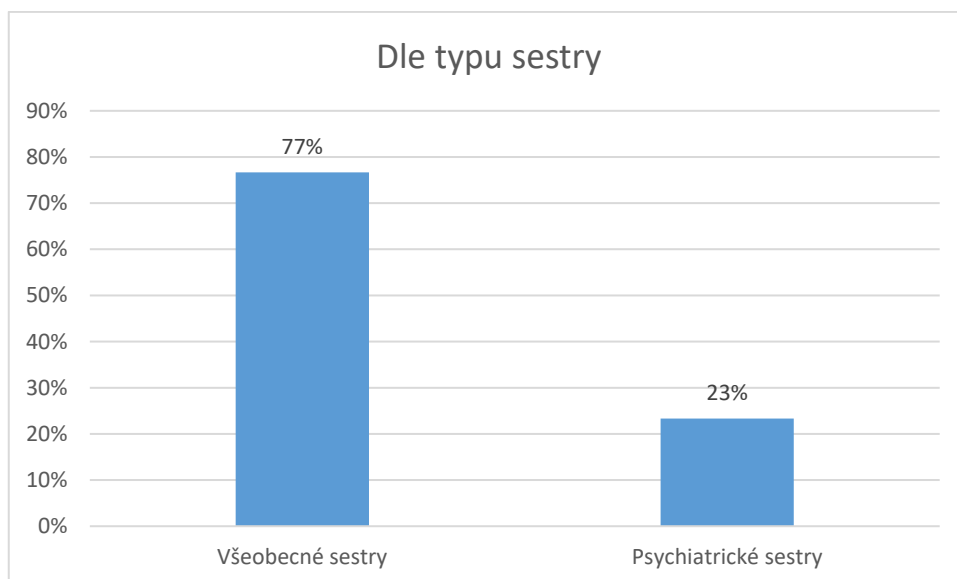


Obrázek 3: Podíl respondentů dle délky praxe, uveden v procentech.

Komentář:

Graf č. 2 obsahuje množství vyplněných dotazníků dle délky praxe jednotlivých sester, uvedený v procentech. Nejvíce respondentů pracuje s duševně nemocnými více než 15 let (61 % = 73 respondentů). Nejméně respondentů uvedlo délku své praxe do 5 let (16 % = 19 respondentů). Poslední uvedenou délkou praxe je od 6-14 let (23 % = 28 respondentů).

Doplňující položka č. 3 určuje, zda se jedná o psychiatrickou či všeobecnou sestru.



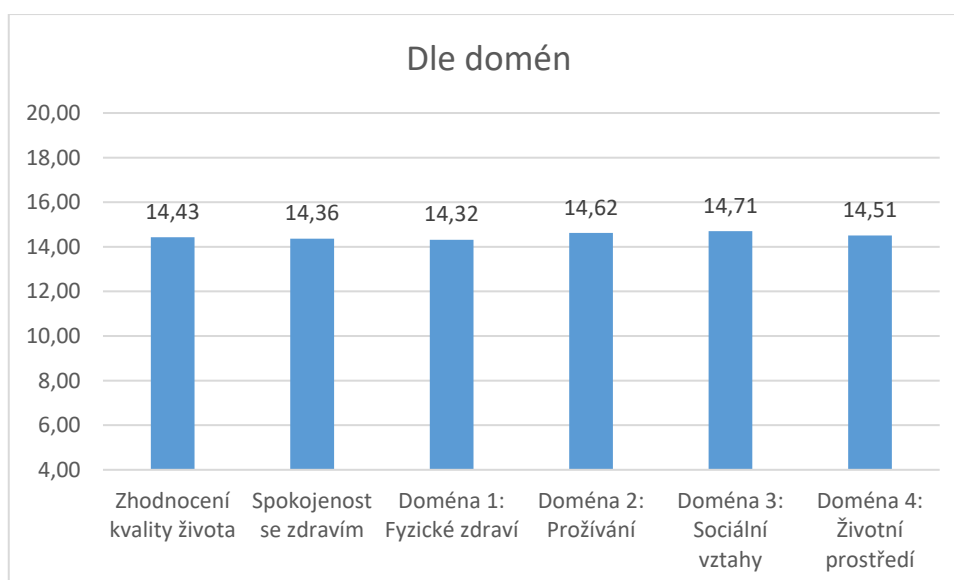
Obrázek 4: Podíl psychiatrických a všeobecných sester, uveden v procentech.

Komentář:

Graf č. 3 uvádí procentuální počet respondentů rozdělený na všeobecné a psychiatrické sestry. Větší množství respondentů jsou všeobecné sestry (77 % = 92 respondentů). Méně respondentů jsou psychiatrické sestry (23 % = 28 respondentů).

5.2 Vyhodnocení dotazníků WHOQOL-BREF

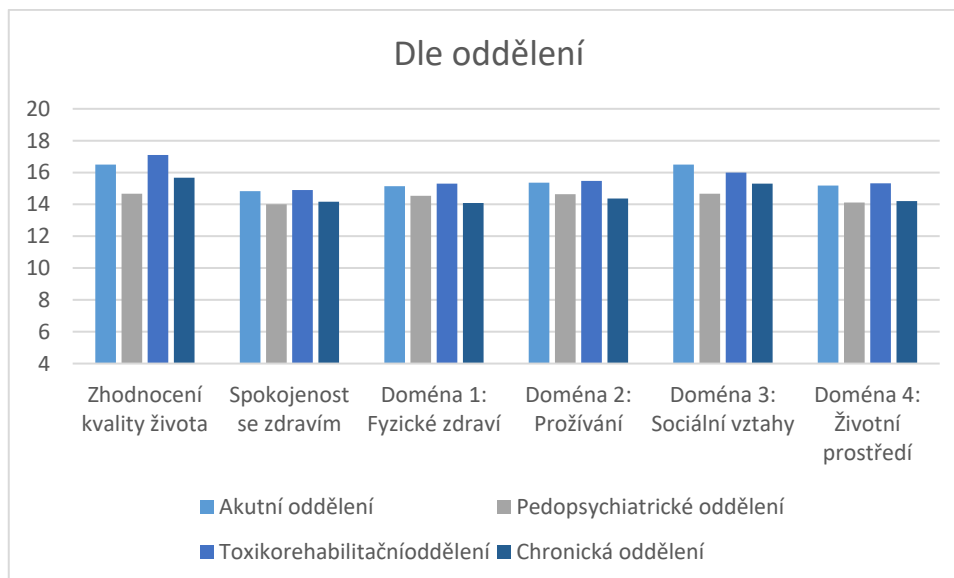
V této kapitole se nacházejí výsledky dílčích cílů, které jsou rozděleny do daných domén. Domény a popis výpočtů výsledků je uveden výše. Výsledky jsou hodnoceny v hrubém skóru, kdy nejmenší hodnotou je 4 a nejvyšší 20. Vyšší hodnota vypovídá o vyšší kvalitě života.



Obrázek 5: Odpovědi respondentů rozděleny do domén.

Komentář:

Graf je sestaven z výsledků všech sesbíraných dotazníků, které jsou rozděleny a vyhodnoceny v doménách. Lze vidět, že všechny výsledky se od sebe nijak extra neliší. Výsledky ukazují, že nejlepší kvalitu vykazují sociální vztahy respondentů. Hodnota se od ostatních neliší ve velkém rozsahu. Hodnota hrubého skóre v doméně sociálních vztazích je 14,71. Druhou doménou v pořadí hodnot je prožívání respondentů (hodnota 14,62). Třetí položkou v pořadí je životní prostředí, které ukazuje hodnotu hrubého skóre 14,51. Jako další je hodnota hrubého skóre 14,43 u položky 1 (q1) s názvem zhodnocení kvality života. Další z položek jsou z prostředí zdraví. S hodnotou odpovědí spokojenosti se svým zdravím (14,36), můžeme vidět, že se příliš neliší se získanými výsledky zodpovězenými na jejich fyzického zdraví (hodnota 14,32).



Obrázek 6: Kvalita života dle oddělení.

Komentář:

Graf ukazuje kvalitu života na odděleních, kde probíhal výzkum, zobrazující se v doménách.

Z výchozího grafu lze usoudit, že zhodnocení své kvality života (q1) určují respondenti jako nejlepší na toxikorehabilitačními odděleními s hodnotou 17,10. Oproti pedopsychiatrickému oddělení, kde je míra zhodnocení kvality života nejmenší s hodnotou 14,67. Na středních pozicích se umístila chronická oddělení s hodnotou 15,67 a akutní oddělení s hodnotou 16,50.

Druhá položka – spokojenost se zdravím (q2) má oproti 1. položce (q1) nižší hodnoty na všech z oddělení. Spokojenost se zdravím je však nejvyšší opět na toxikorehabilitačních odděleních s hodnotou 14,90. S o něco málo nižší hodnotou jsou spokojeni se zdravím na akutních odděleních, kde hodnota určuje 14,83. Další v pořadí jsou chronická oddělení s hodnotou 14,16 a nakonec opět pedopsychiatrické oddělení s hodnotou 14,00.

Doména 1, určující fyzické zdraví vyhodnocuje jako nejlepší opět toxikorehabilitační oddělení (hodnota 15,30). Akutní oddělení je výsledkem fyzického zdraví hodnota 15,15 a je tak opět za toxikorehabilitačními odděleními. Následně je pedopsychiatrické oddělení s hodnotou 14,54 a poslední chronická oddělení s hodnotou 14,09.

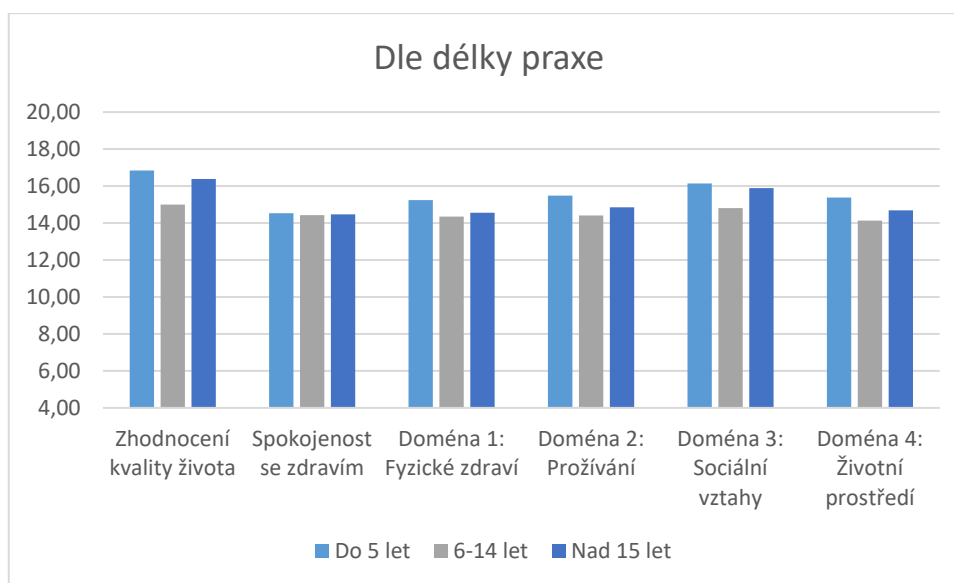
Z domény 2 – prožívání vychází s nejlepšími výsledky oddělení toxikorehabilitační s hodnotou 15,47. Dále opět oddělení akutní s hodnotou 15,36. Pokračuje oddělení pedopsychiatrické s hodnotou 14,64 a chronická oddělení s hodnotou 14,37.

V doméně 3 vyšlo akutní oddělení (hodnota 16,5) jako nejlepší v souvislosti se sociálními vztahy. Toxikorehabilitační oddělení vypovídají hodnotu 16,00 a chronická oddělení 15,30. S nejnižšími sociálními vztahy ukazují výsledky z pedopsychiatrie s hodnotou 14,67.

Doména 4 ukazující na životní prostředí uvádí nejvyšší hodnoty opět na toxikorehabilitačním oddělení (hodnota 15,32). Výsledky z akutního oddělení vykazují hodnotu 15,19. Oddělením s nejnižší hodnotou je pedopsychiatrické (14,11) a nakonec chronická oddělení s hodnotou 14,20.

Závěr:

Z těchto komentářů lze určit, že nejvyšší kvalita života je na toxikorehabilitačních odděleních, nýbrž z 6 položek (4 domény a 2 položky) vyšly u 5 z nich nejvyšší hodnoty. Naopak u pedopsychiatrického oddělení lze říct, že z vybraných oddělení vykazuje nejnižší míru kvality života, jelikož z 6 položek mělo nejnižší hodnocení ve 4 případech. Jako 2. nejvyšší kvalitu vykazují akutní oddělení, u kterých se hodnoty přibližují hodnotám toxikorehabilitačních odděleních. Chronická oddělení měli podobné výsledky jako u pedopsychiatrického oddělení.



Obrázek 7: Kvalita života dle délky praxe.

Komentář:

Při hodnocení kvality svého života (q1) ukazuje nejvyšší míru hodnot u sester s délkou praxe do 5 let (hodnota 16,84). Na rozdíl od sester s délkou praxe mezi 6-14 let, která ukazuje na nejnižší míru zhodnocení kvality života (hodnota 15,00). Hodnota 16,38 vykazuje míru zhodnocení kvality života u sester s délkou praxe nad 15 let.

Položka č. 2 (q2) ukazuje na spokojenost respondentů se svým zdravím. Míry spokojenosti lze dle grafu srovnat na cca stejné. Přesto však nejvyšší spokojenost se zdravím hodnotí sestry s délkou praxe do 5 let (hodnota 14,53). U sester s délkou praxe nad 15 let je hodnota hrubých skóre 14,47. Nejmenší hrubé skóre mají opět sestry s délkou praxe mezi 6-14 let s hodnotou 14,43.

Doména 1 hodnotící fyzické zdraví ukazuje na nejvyšší hrubé skóre u délky praxe do 5 let (hodnota 15,24). Střední hodnotu vykazují sestry s délkou praxe nad 15 let s hodnotou 14,55. Nejnížší hodnota je u sester s praxí mezi 6-14 lety, kterých hodnota odpovídá 14,35.

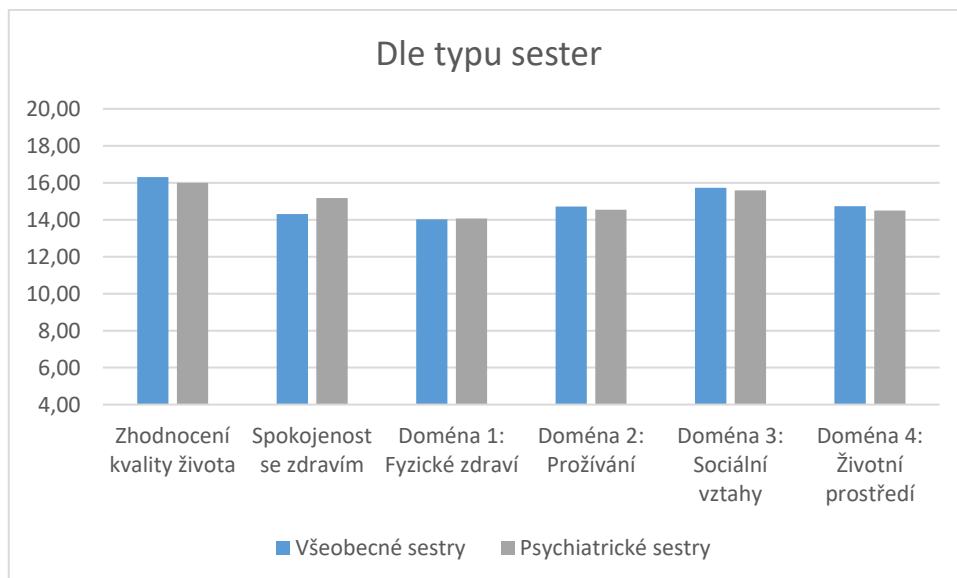
Doména 2 prožívání, opět vykazuje nejvyšší skóre u sester s délkou praxe do 5 let (hodnota 15,48). Nejmenší skóre je znovu u sester mezi 6-14 lety praxe s hodnotou 14,41. U délky praxe nad 15 let je hodnota 14,85.

U domény 3, zabývající se sociálními vztahy se pořadí neliší od ostatních domén. Sestry s délkou praxe nad 5 let zodpovídají hodnotě 16,14. Sestry s délkou praxe mezi 6-14 lety ukazují hodnotu 14,81. U sester s délkou praxe nad 15 let je hodnota 15,89.

Doména 4 životní prostředí, u něhož je hodnota u sester nad 5 let praxe opět nejvyšší (hodnota 15,38). U sester s délkou praxe 6-14 let je hodnota hrubého skóre 14,13. Hodnota u sester s délkou praxe nad 15 let je 14,68.

Závěr:

Z výše uvedeného lze usoudit, že sestry s délkou praxe do 5 let mají nejvyšší kvalitu života, jelikož ve všech doménách i položkách měly nejvyšší hrubé skóre. Nejhůře hodnocené jsou sestry s délkou praxe 6-14 let, u kterých lze vidět, že oproti ostatním má nejnížší hrubé skóre, tudíž horší kvalitu života. Sestry s délkou nad 15 let se umístili mezi těmito dvěma.



Obrázek 8: Kvalita života dle typu sester.

Komentář:

Graf určuje míru kvality života dle daného typu sester (všeobecné nebo psychiatrické).

Položka č. 1 (q1) zhodnocení své kvality života ukazuje výsledky poměrně podobné. Hrubé skóre však ukazuje vyšší zhodnocení kvality života u všeobecných sester (hodnota 16,30). Hodnota odpovídající psychiatrickým sestram je 16,00.

Položka zabývající se spokojenosti se zdravím (q2) vykazuje vyšší hrubé skóre u psychiatrických sester (hodnota 15,17). Hrubé skóre všeobecných sester představuje hodnotu 14,30.

Doména 1, u které jsou hodnoty opět velmi podobné, ovšem vypovídá o lepším fyzickém zdraví u psychiatrických sester (hodnota 14,07). Jak je již zmíněno, výsledky nejsou tolik rozdílné, a tak je hodnota hrubého skóre u všeobecných sester 14,02.

Doménou 2 určujeme prožívání dotyčného. Z této položky lze usoudit, že lepší prožívání mají všeobecné sestry s hodnotou 14,71. U psychiatrických sester je hodnota hrubého skóre v prožívání 14,54.

Doména 3 zabývající se sociálními vztahy určuje jako respondenty s vyšším skórem všeobecné sestry (hodnota 15,72). Sociální vztahy u psychiatrických sester jsou v hrubých skórech o něco nižší než u všeobecných (hodnota 15,59).

Poslední doménou je životní prostředí, kdy je vyšší skóre opět u všeobecných sester (hodnota 14,73), ovšem ne s větším rozdílem (psychiatrické sestry, hodnota 14,50).

Závěr:

Z výše uvedeného lze potvrdit, že zjištěné výsledky byly u všeobecných i psychiatrických sester velmi podobné. I přesto měly všeobecné sestry více výsledků s vyšším hrubým skóre, a tak lze usoudit, že mají o něco vyšší kvalitu života.

5.3 Diskuse

Hlavním cílem praktické části bylo zjistit kvalitu života psychiatrických a všeobecných sester pečujících o duševně nemocné. Do dílčích cílů bylo zařazeno další rozdělení, na zjištění kvality života u sester s rozdílnou dobou praxe, na typech oddělení a rozdělení ve kvalitě života u psychiatrických a všeobecných sester. K výpočtu výsledků bylo využito hrubých skór. Přesnější grafy s výpočtem součtu daných odpovědí jsou obsaženy v příloze.

Výzkumný soubor představovaly psychiatrické a všeobecné sestry pracující v psychiatrické nemocnici ve Zlínském kraji. Dotazníky byly sesbírány z akutních, chronických a toxikorehabilitačních oddělení a následně z jednoho pedopsychiatrického oddělení. Celkem bylo zodpovězeno 124 dotazníků z předem rozdaných 140 dotazníků, kdy 4 nebylo možné započítat. Počet respondentů byl tedy 120 psychiatrických i všeobecných sester.

Při vyhledávání podobných prací jsme zjistili, že prací týkající se kvality života psychiatrických a všeobecných sester pečujících o duševně nemocné není příliš. Podobná studie zaměřující se studiem psychiatrických sester s názvem „*Relationship between work–family conflict, sleep quality, and depressive symptoms among mental health nurses*“ pochází z Egypta. Název práce lze přeložit jako Vztah mezi pracovním a rodinným konfliktem, kvalitou spánku a depresivními symptomy u sester v oblasti duševního zdraví. Další nalezenou prací související s tématem bakalářské práce je „*Relationship between occupational stress and depression among psychiatric nurses in Japan*“ neboli Vztah mezi pracovním stresem a depresí mezi psychiatrickými sestrami v Japonsku. Z těchto zdrojů lze usoudit, že se jedná o podobné ne však o stejné cíle s naším tématem, a že se jedná o rozdílnou kulturu oproti Evropě.

Nalezeny byly diplomové práce, které se však zaměřují na kvalitu života všeobecných sester v provozu běžné nemocnice a nikoli na sestry z psychiatrie. K porovnání tedy budou použity výsledky ze 3 těchto diplomových prací, využívajících standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, stejně jako je využito při výzkumu této bakalářské práce.

Porovnáme-li naše výsledky s výsledky diplomové práce zabývající se kvalitou života pracovníků ve vybraných nemocnicích Moravskoslezského kraje (Seidlerová, 2013), lze pozorovat některé rozdíly. Výsledky, které jsou využity ke komparaci s touto prací, pojednávají o sestřích na běžných pozicích. V oblasti fyzického zdraví vykazuje náš vzorek sester nižší hodnoty než pracovníci ve vybraných nemocnicích, což může naznačovat větší zátěž spojenou s péčí o duševně nemocné pacienty. Naopak, v oblastech prožívání, sociálních vztahů a životního prostředí jsou hodnoty našeho vzorku sester srovnatelné nebo dokonce mírně vyšší než u pracovníků ve vybraných nemocnicích.

Druhou diplomovou prací s názvem „*Kvalita života a zdraví všeobecných sester*“ (Šulová, 2021), u které byl výzkum prováděn na urgentním příjmu, interním a infekčním oddělení. V oblasti fyzického zdraví (Doména 1) je průměrné skóre u psychiatrických a všeobecných sester nižší než u všeobecných sester z diplomové práce. To může naznačovat, že psychiatrické a všeobecné sestry, které pečují o duševně nemocné pacienty, mohou čelit většímu zatížení a nárokům na své fyzické zdraví než sestry z vybraných oddělení. V oblasti prožívání (Doména 2) jsou výsledky obou skupin sester srovnatelné. To může poukazovat, že z hlediska subjektivního prožívání kvality života nejsou mezi oběma skupinami sester zásadní rozdíly. V oblasti sociálních vztahů mají všeobecné sestry z vybraných oddělení vyšší průměrné skóre než psychiatrické a všeobecné sestry. To může poukazovat, že sestry z výzkumu diplomové práce mohou mít větší společenskou podporu a možnosti pro sociální interakce než sestry pracující v psychiatrických zařízeních. V doméně 4 životní prostředí jsou opět výsledky obou skupin sester srovnatelné. To naznačuje, že vnímání kvality životního prostředí obou skupin sester je podobné, bez výrazných rozdílů.

Celkově lze konstatovat, že sestry pracující v psychiatrických zařízeních vykazují některé rozdíly ve vnímání kvality života ve srovnání se sestrami v běžných nemocnicích. Tyto poznatky mohou být důležité pro další zlepšování pracovního prostředí a podpory sester v obou oblastech péče.

ZÁVĚR

Výzkum provedený v rámci této bakalářské práce zkoumal kvalitu života psychiatrických a všeobecných sester pečujících o duševně nemocné pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Na základě analýzy dat získaných z dotazníkového šetření jsme zjistili, že kvalita života těchto sester je z jejich pohledu zhodnocení kvality života na vyšší úrovni, než ukazují fakta z dalších položek celého dotazníku. Nejlépe z hodnocení domén vyšly sociální vztahy, které jsou dle WHO jednou z důležitých faktorů ovlivňující kvalitu života. Dalším zjištěním z dílčích cílů bylo, že nejvyšší kvalitu života z vybraných typů oddělení mají na toxikorehabilitačních odděleních. Následná délka praxe, která prokázala, že nejvyšší kvalitu života mají sestry s délkou praxe do 5 let a naopak překvapením, že sestry nad 15 let praxe nemají kvalitu života nejhorší. Posledním dílčím cílem jsme zjistili vyšší kvalitu u všeobecných sester oproti specializovaným sestrám psychiatrickým. Nejhůře ve většině případů skončilo zdraví (spokojenost se zdravím, fyzické zdraví), které je bohužel díky práci ve zdravotnictví největším rizikem.

Komparace s diplomovými pracemi poukázala, že sestry pečující o duševně nemocné mají v hodnotách domén téměř totožné či nižší úroveň kvality života než sestry pracující v nemocnicích. Jako doporučení pro zlepšení kvality života sester pečujících o duševně nemocné můžeme zařadit např. změnu oddělení v dané psychiatrické nemocnici či zařadit pravidelné supervize (individuální, týmové, multidisciplinární).

Teoretickou částí se snažíme přiblížit problematiku, kterou práce na psychiatrii obnáší a zároveň uvést čtenáře k pojmu kvality života. Teoretická část zároveň poukazuje na prvky položek v dotazníku. Zároveň je zde uvedena psychiatrická péče poskytovaná v ČR a její historie.

V budoucnu by bylo užitečné provést další podrobnější studie s větším vzorkem respondentů a zahrnout do analýzy další faktory, které mohou ovlivnit kvalitu života sester v psychiatrické péči. Tím bychom mohli lépe porozumět komplexní povaze a identifikovat další možnosti intervence a podpory.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. *Genetic Disorders*. Online. Cleveland clinic, 2021. Dostupné z: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/21751-genetic-disorders> [cit. 2024-04-06].
2. *Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100*. Online. Česká společnost pro adiktologii [ČSA], 2019. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/dotaznik-kvality-zivota-whoqol-bref-a-whoqol-100> [cit. 2024-03-03].
3. Česká republika. Vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011, Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbíрка zákonů.
4. Česká republika. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011, Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sbíрка zákonů.
5. DRAGOMIRECKÁ, Eva a BARTOŇOVÁ, Jitka. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Online. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/40351032_WHOQOL-BREF_WHOQOL-100_World_Health_Organization_Quality_of_Life_Assessment_prirucka_pro_uzivatele_ceske_verze_dotazniku_kvality_zivota_Svetove_zdravotnicke_organizace [cit. 2024-05-03].
6. HANÁKOVÁ, Tereza. *Co je to komunita? (A co není.)*, 2023. Online. FANL, 2023. Dostupné z: <https://www.fanl.cz/blog/co-je-to-komunita-a-co-neni> [cit. 2024-05-06].
7. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. Sestra (Grada), 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
8. HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada), 2019. ISBN 978-80-271-0568-7.
9. HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.

10. HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.
11. Hkčr.cz. *Plánování osobního rozvoje zaměstnanců: klíč k úspěchu firmy i spokojenosti zaměstnanců?*. Online. Businessinfo.cz, 2019. Dostupné z: <https://www.businessinfo.cz/clanky/planovani-osobniho-rozvoje-zamestnancu-klic-k-uspechu-firmy-i-spokojenosti-zamestnancu/> [cit. 2024-03-20].
12. Hygienická stanice hlavního města Prahy. *Podpora zdraví a zdravotní politika*. Online. Dostupné z: <https://www.hygp Praha.cz/podpora-zdravi-a-zdravotni-politika/zdravi-a-jeho-determinanty/> [cit. 2024-04-04].
13. JANDLOVÁ, M.; BISCHOFOVÁ, S. a RUPRICH, J. *Zdravý životní styl aneb 10 kroků ke zdraví*. Státní zdravotní ústav, 2021. Online. Dostupné z: <https://archiv.szu.cz/uploads/CZVP/10kroku.pdf> [cit. 2024-05-06].
14. JOCHMANNOVÁ, Leona; KIMPLOVÁ, Tereza a kol. *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2021. ISBN 978-80-271-2569-2.
15. KOŽINOVÁ, Dagmar. *Jak zvládnout stres a posílit odolnost*. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3413-7.
16. *Průvodce reformou psychiatrické péče*. Online. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%c5%afvodceReformou_komplet.pdf [cit. 2024-04-27].
17. *Anamnéza*. Online. Národní zdravotnický informační portál, 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/183> [cit. 2024-04-27].
18. *Kvalita života*. Online. Národní zdravotnický informační portál, 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691> [cit. 2024-05-05].
19. O'DWYER, Laura M. & BERNAUER, James A. *Quantitative research for the qualitative researcher*. Los Angeles: SAGE, 2014. ISBN 978-1412997799.
20. OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3. vyd. Psyché. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2529-6.

21. PETR, Tomáš; MARKOVÁ, Eva a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, Sestra, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
22. POSPÍŠIL, Jiří. *Hodnoty a volný čas: nové výzvy pro sociální pedagogiku a pedagogiku volného času*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2023. ISBN 978-80-244-6236-3.
23. *Komunitní péče*. Online. Psychiatrická společnost české lékařské společnosti j. E. Purkyně, 2010. Dostupné z: <https://psychiatrie.cz/archiv-reforma/200-komunitni-pee%20-%202010> [cit. 2024-05-06].
24. RABOCH, Jiří et al. *Duševní zdraví a životní styl: psychiatrie životním stylem*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-5501-7.
25. RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
26. SEIDLEROVÁ, Lenka. *Kvalita života pracovníků ve vybraných nemocnicích Moravskoslezského kraje*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita palackého v Olomouci, fakulta zdravotnických věd. 2013.
27. *Psychika*. Online. Slovník cizích slov, © 2005-2024. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/psychika> [cit. 2024-04-06].
28. *Sociální status*. Online. Slovník cizích slov, © 2005-2024. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/socialni-status> [cit. 2024-04-06].
29. ŠULOVÁ, Martina. *Kvalita života a zdraví všeobecných sester*. Diplomová práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, fakulta zdravotnických studií. 2021
30. *Revealing links between education and a good diet*. Online. University of leeds, 2020. Dostupné z: https://www.leeds.ac.uk/news/article/4591/revealing_links_between_education_and_a_good_diet [cit. 2024-05-06].
31. URBAN, Lukáš. *Sociologie: klíčová témata a pojmy*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5774-2.
32. URBANCOVÁ, Hauna. *Vzdělávání zaměstnanců v českých organizacích*. Online. Práce a mzda, 2018. Dostupné z:

- <https://www.praceamzda.cz/clanky/3588/vzdelavani-zamestnancu-v-ceskych-organizacich> [cit. 2024-05-06].
33. *Ambulantní psychiatrická péče*. Online. ÚZIS, 2024. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/psychiatricka-pece-v-cr/ambulantni-psychiatricka-pece/> [cit. 2024-05-06].
34. *Lůžková psychiatrická péče*. Online. ÚZIS, 2024. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/psychiatricka-pece-v-cr/luzkova-psychiatricka-pece/> [cit. 2024-05-06].
35. *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Online. World health organization, ©2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691> [cit. 2024-05-05].
36. *WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitutio*. Online. World health organization, © 2024. Dostupné z: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution> [cit. 2024-05-06].
37. *Determinants of health*. Online. World health organization, 2017. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health> [cit. 2024-05-06].
38. *Mental health*. Online. World health organization, 2022. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [cit. 2024-05-06].
39. *Housing impacts health: new WHO guidelines on housing and health*. Online. World health organization, 2018. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/26-11-2018-housing-impacts-health-new-who-guidelines-on-housing-and-health> [cit. 2024-05-06].
40. *Occupational health: Stress at the workplace*. Online. World health organization, 2020. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/occupational-health-stress-at-the-workplace> [cit. 2024-05-06].
41. *Stress*. Online. World health organization, 2023. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress> [cit. 2024-05-06].

42. *Mental health*. Online. World health organization, 2022. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [cit. 2024-04-20].

43. *Health and Well-Being*. Online. World health organization, © 2024. Dostupné z: <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being> [cit. 2024-04-20].

Obrázek 1:

44. *Dostupnost následné lůžkové péče, vyjádřená v minutách dojezdu autem do dané léčebny/nemocnic v roce 2021*. Online. ÚZIS, 2024. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/res/image/lpp-2021/lpp-2021-09.png> [cit. 2024-04-20].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod.	A podobně
WHO	World health organization (Světová zdravotnická organizace)
Např.	Například
ČSL JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
Aj.	A jiné
CT	Výpočetní tomografie
EEG	Elektroencefalografie
SPECT	Jednofotonová emisní výpočetní tomografie
PET	Pozitronová emisní tomografie
fMR	Funkční magnetická resonance
rTMS	Repetitivní transkraniální magnetická stimulace
EKT	Elektrokonvulzivní terapie
CNS	Centrální nervový systém
Č.	Číslo

Č. - ČÍSLO SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Dostupnost následné lůžkové péče v roce 2021(uzis.cz, 2024).....	26
Obrázek 2: Podíl respondentů dle oddělení, uveden v procentech.	38
Obrázek 3: Podíl respondentů dle délky praxe, uveden v procentech.	39
Obrázek 4: Podíl psychiatrických a všeobecných sester, uveden v procentech.	39
Obrázek 5: Odpovědi respondentů rozděleny do domén.....	40
Obrázek 6: Kvalita života dle oddělení.....	41
Obrázek 7: Kvalita života dle délky praxe.....	42
Obrázek 8: Kvalita života dle typu sester.	44

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Vyhláška č. 55/2011 Sb., Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Příloha P II: Grafy k akutním oddělením

Příloha P III: Grafy k pedopsychiatrickému oddělení

Příloha P IV: Grafy k toxikorehabilitačním oddělením

Příloha P V: Grafy k chronickým oddělením

Příloha P VI: Dotazník WHOQOL-BREF

PŘÍLOHA P I: VYHLÁŠKA Č. 55/2011 SB., VYHLÁŠKA O ČINNOSTECH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ A JINÝCH ODBORNÝCH PRACOVNÍKŮ.

§ 4

Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může

- a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití hodnotících a měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi, zejména testů soběstačnosti, rizika vzniku proleženin, hodnocení bolesti, stavu vědomí, kognitivních funkcí a stavu výživy,
- b) sledovat a hodnotit fyziologické funkce pacientů, včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu, a další tělesné parametry za použití zdravotnických prostředků,
- c) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta,
- d) získávat osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu,
- e) zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve,
- f) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a z permanentní tracheostomické kanyly u pacientů starších 3 let a zajišťovat jejich průchodnost,
- g) hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie,
- h) hodnotit a ošetřovat centrální a periferní žilní vstupy, včetně zajištění jejich průchodnosti,
- i) pečovat o zavedené močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně provádění výplachů močového měchýře,
- j) provádět rehabilitační ošetřování, zejména polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik mobility a přemísťování, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a cvičení týkající se rehabilitace poruch

komunikace a poruch polykání a vyprazdňování a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce

těla, včetně prevence dalších poruch z imobility,

k) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech, použití zdravotnických prostředků a připravovat pro ně

informační materiály,

l) orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního

pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,

m) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů,

n) poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo

zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,

o) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

p) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich

dostatečnou zásobu,

q) analyzovat, zajistit a hodnotit kvalitu a bezpečnost poskytované ošetrovatelské péče⁴²),

r) zajišťovat stálou připravenost pracoviště včetně věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků,

s) doporučovat použití vhodných zdravotnických prostředků pro péči o stomie, chronické rány nebo při inkontinenci,

t) doporučovat vhodné kompenzační zdravotnické prostředky pro zajištění mobility a sebeobsluhy v domácím prostředí,

u) provádět výměnu močového katetru u žen a dívek starších 3 let věku,

v) provádět výměnu periferního žilního katetru pacientům starším 3 let věku a jeho odstranění.

(2) Při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče může všeobecná sestra pod odborným dohledem

všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru nebo dětské sestry se specializovanou způsobilostí v

příslušném oboru nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru a v souladu s diagnózou

stanovenou lékařem nebo zubním lékařem vykonávat činnosti podle odstavce 1 s výjimkou písmene q).

(3) Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným výkonům a na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře je provádí nebo při nich asistuje nebo zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může

a) zavádět periferní žilní katetry pacientům starším 3 let,

b) podávat léčivé přípravky¹⁰⁾ s výjimkou radiofarmak, nejde-li o nitrožilní injekce nebo infuze u dětí do 3 let věku, pokud není dále uvedeno jinak,

c) zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii,

d) provádět screeningová, depistážní a dispenzární vyšetření, odebírat krev a jiný biologický materiál a hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické; v případě fyziologických výsledků může naplánovat termín další kontroly,

e) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů, drenážních systémů a kůže v průběhu léčby radioterapií,

f) odstraňovat stehy u primárně hojících se ran a drény s výjimkou drénů hrudních a drénů v oblasti hlavy,

g) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek starších 3 let,

h) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět gastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, včetně zajištění jejich průchodnosti a ošetření, a aplikovat enterální výživu u pacientů všech věkových kategorií,

i) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let,

j) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,

k) provádět návštěvní službu a poskytovat péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta,

l) podávat potraviny pro zvláštní lékařské účely⁴⁴).

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře nebo zubního lékaře může

a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty¹²),

b) zpracovávat dentální materiály v ordinaci,

c) vykonávat činnost zubní instrumentářky podle § 40 odst. 1 písm. c).

(5) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru může na základě indikace lékaře podávat léčivé přípravky do epidurálního katetru pacientům starším 3 let věku.

(6) Všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti může provádět výchovu a poradenství v oblastech podpory zdraví a zdravého způsobu života, včetně prevence vzniku, šíření a omezení výskytu onemocnění, připravovat programy ochrany a podpory zdraví a účastnit se v rozsahu své odborné způsobilosti jejich realizace.

§ 64

Sestra pro péči v psychiatrii

Sestra pro péči v psychiatrii vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta, který má patologické změny psychického stavu. Dále může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

1. provádět poradenskou a edukační činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví, prevence relapsu onemocnění a v oblasti resocializace zaměřenou na pacienty a jejich blízké,

2. koordinovat spolupráci mezi poskytovateli ambulantní a lůžkové péče a poskytovateli sociálních služeb,

3. sledovat chování pacienta z hlediska včasného zachycení nastupující krize, dodržování léčebného režimu, hodnotit známky zhoršování onemocnění, vyhodnocovat, zda pacient není nebezpečný sobě nebo svému okolí,

4. napomáhat adaptaci pacienta na změněné životní podmínky a podporovat zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím cílených aktivit,
5. provádět psychoterapeutickou podporu,
6. v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při začleňování pacienta s poruchou duševního zdraví do vlastního sociálního prostředí,
7. provádět psychiatrickou rehabilitaci,
8. provádět neinvazivní odběry biologického materiálu pro vyšetření přítomnosti návykových látek a alkoholu,
9. informovat lékaře o projevech chování pacienta, jeho reakci na léčbu, o změnách psychického stavu, případně zajistit nezbytná opatření pro bezpečnost pacienta a jeho okolí,
10. provádět specializované deeskalační techniky předcházející rozvoji ohrožujícího a nebezpečného chování,
11. monitorovat projevy pacienta, u něhož byl použit omezovací prostředek, vyhodnocovat efektivitu a nezbytnost použitého omezovacího prostředku;

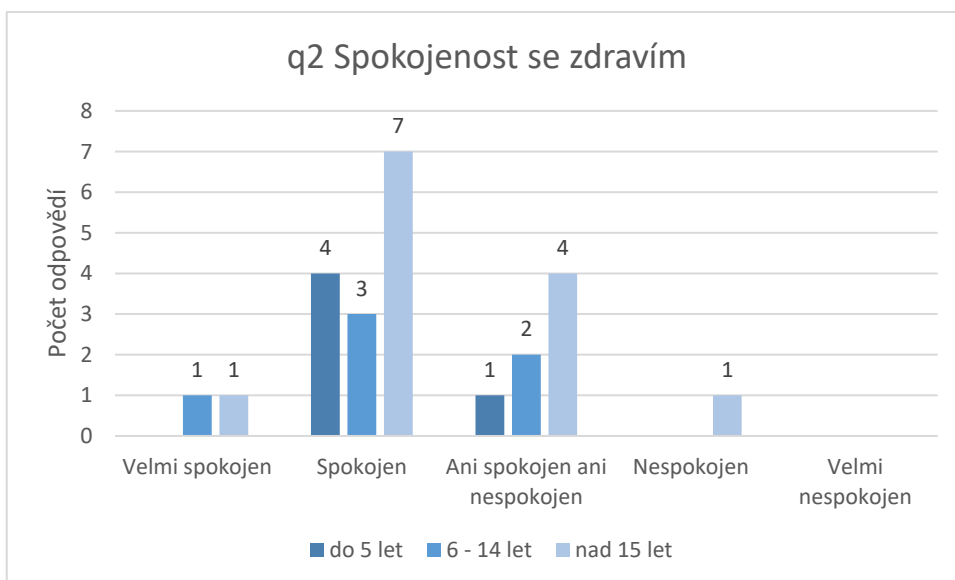
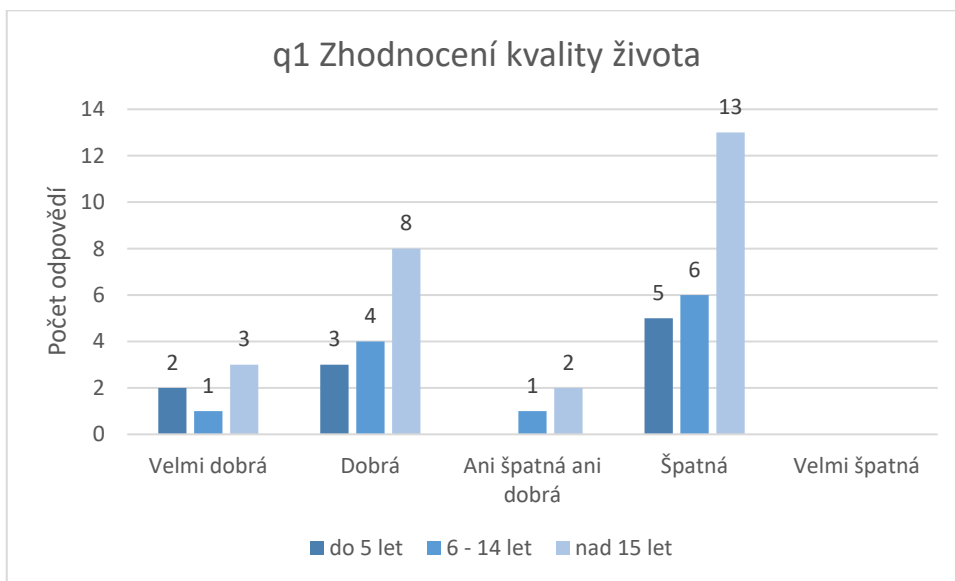
b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

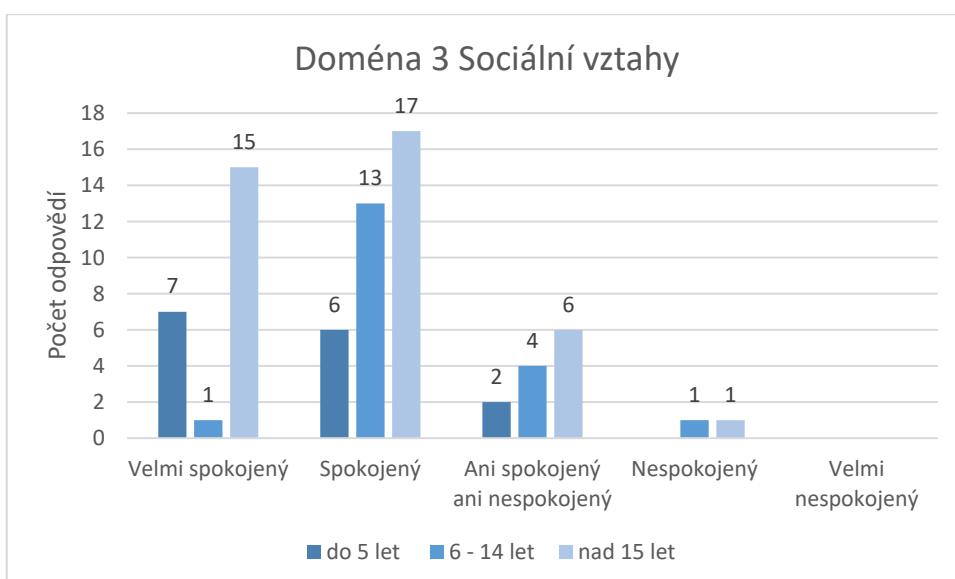
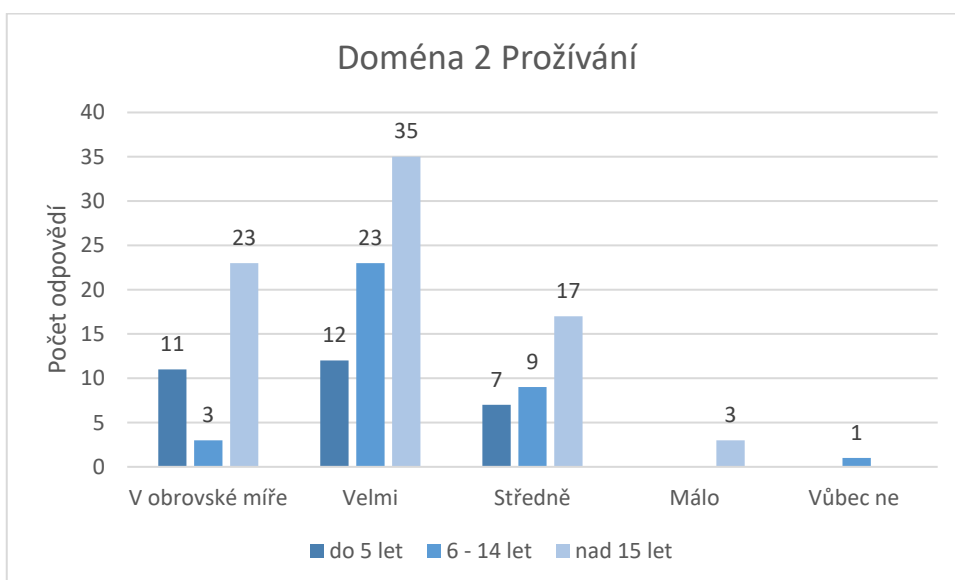
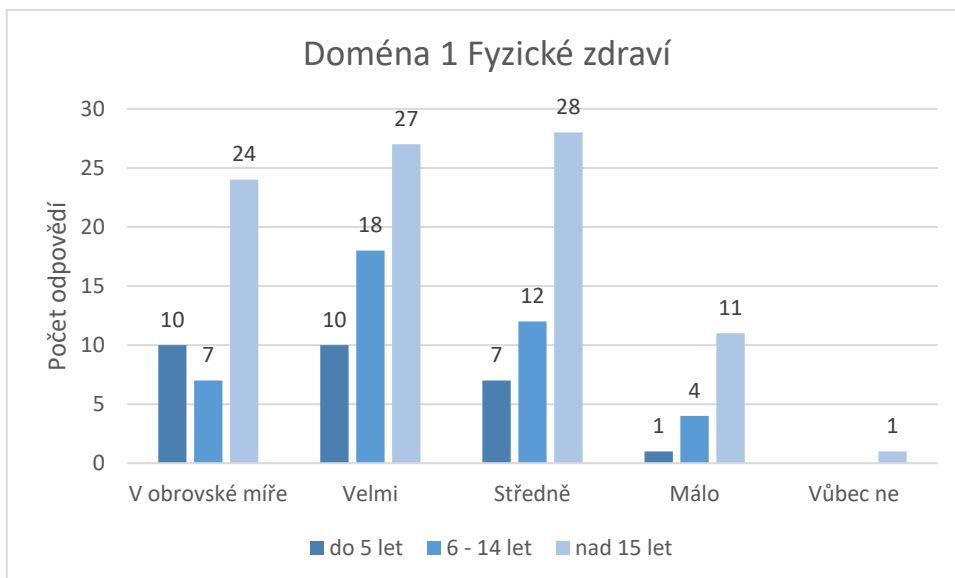
1. provádět návštěvní službu a poskytovat ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta,
2. poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi, který má patologické změny psychického stavu, vyžadující stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí;

c) pod odborným dohledem lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru lékařská psychoterapie a se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa

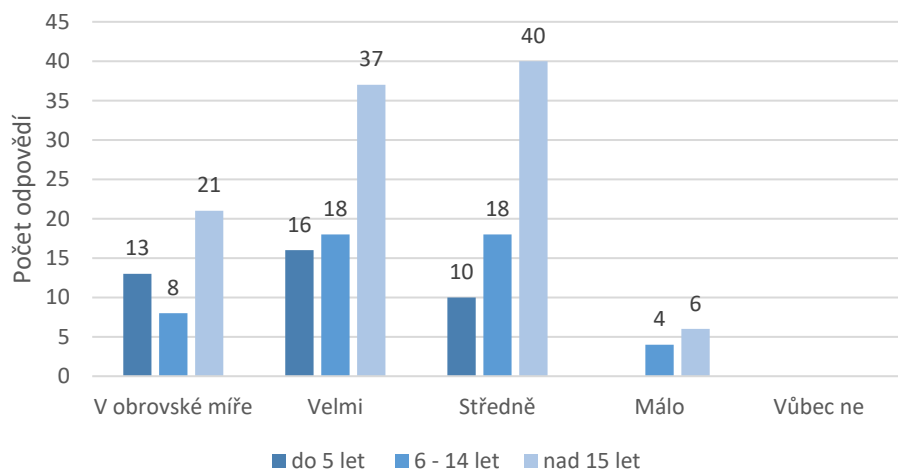
1. v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při krizové intervenci,
2. v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat psychosociální intervence, včetně vykonávat činnosti při zajišťování psychologické pomoci rodině,
3. používat pomocné psychoterapeutické techniky včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů,
4. zajišťovat psychoterapeutický režim oddělení.

PŘÍLOHA P II: GRAFY K AKUTNÍCM ODDĚLENÍM

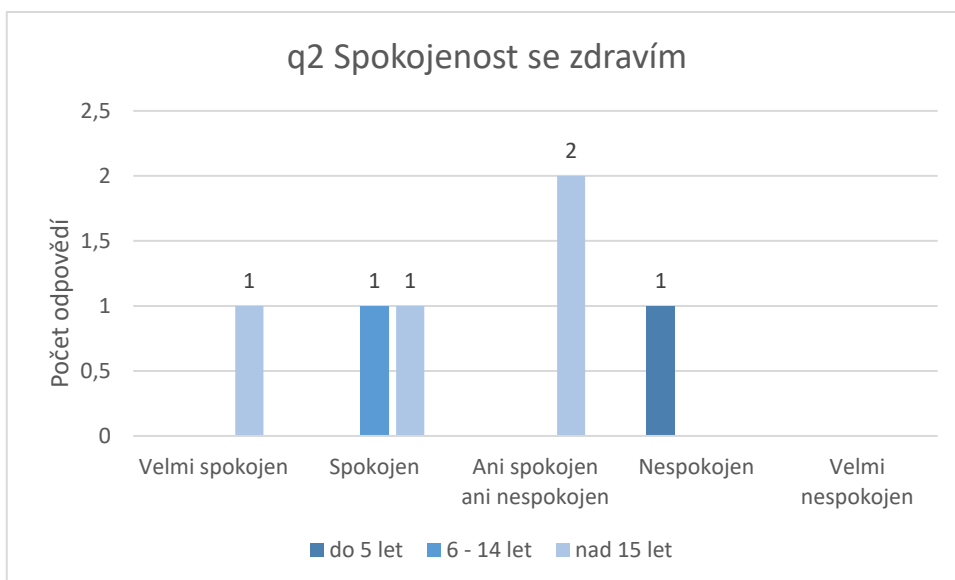
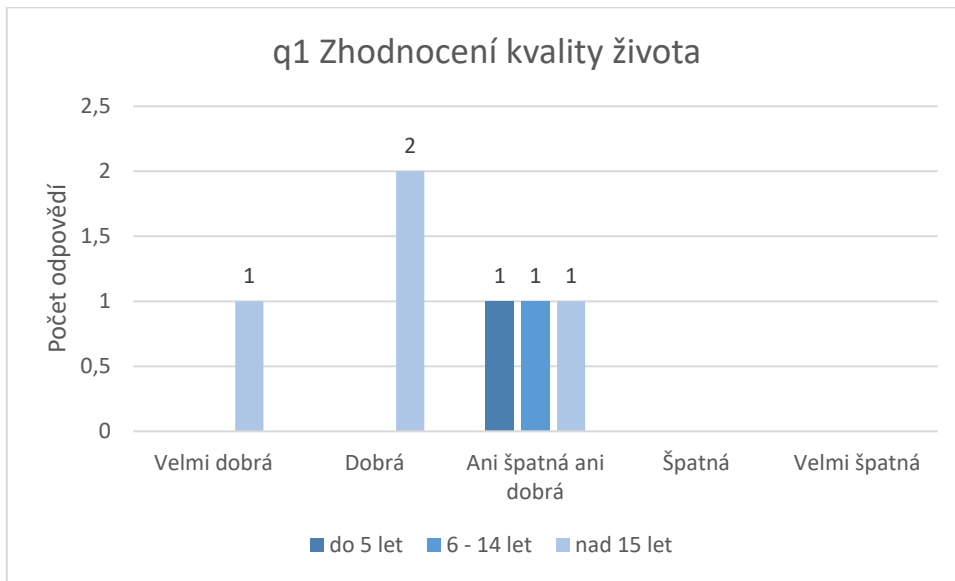


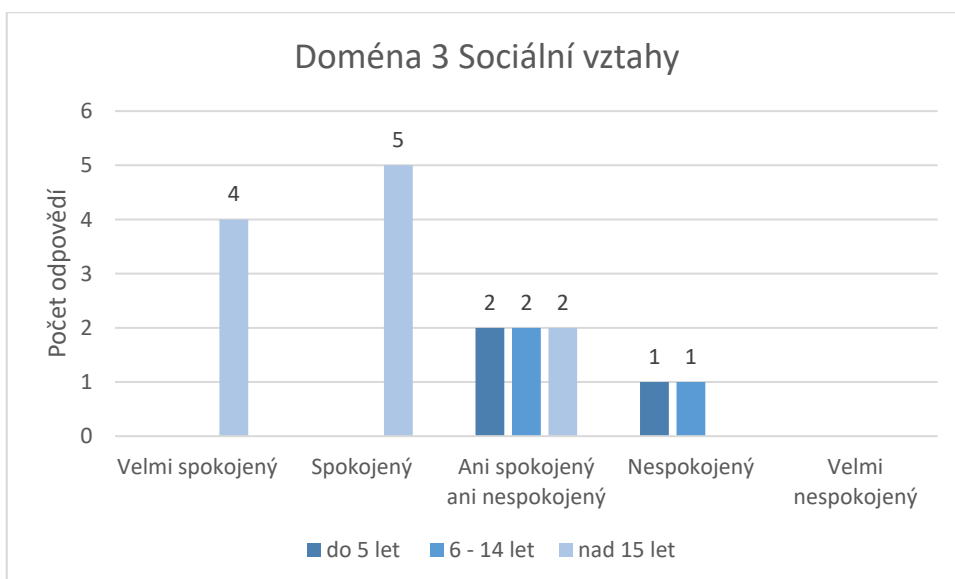
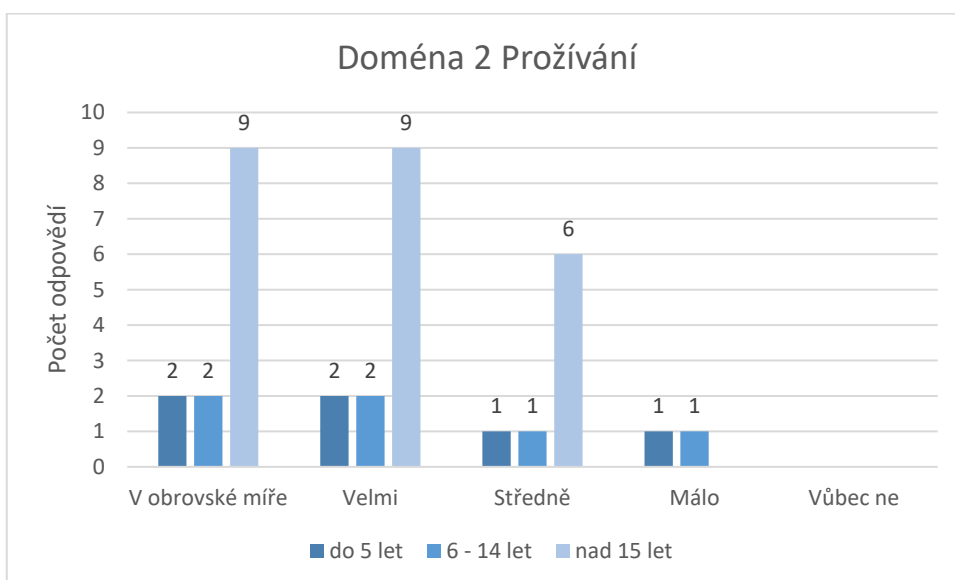
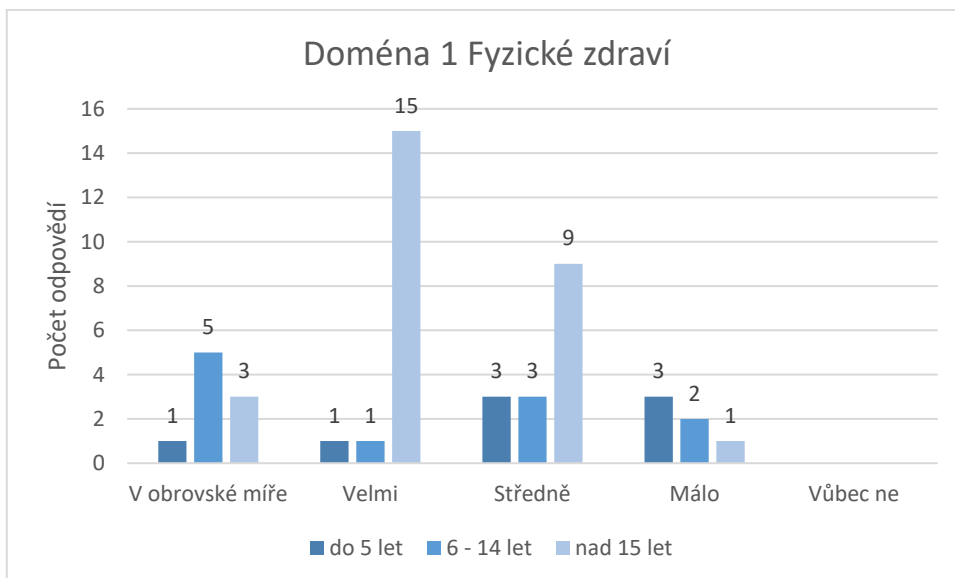


Doména 4 Životní prostředí

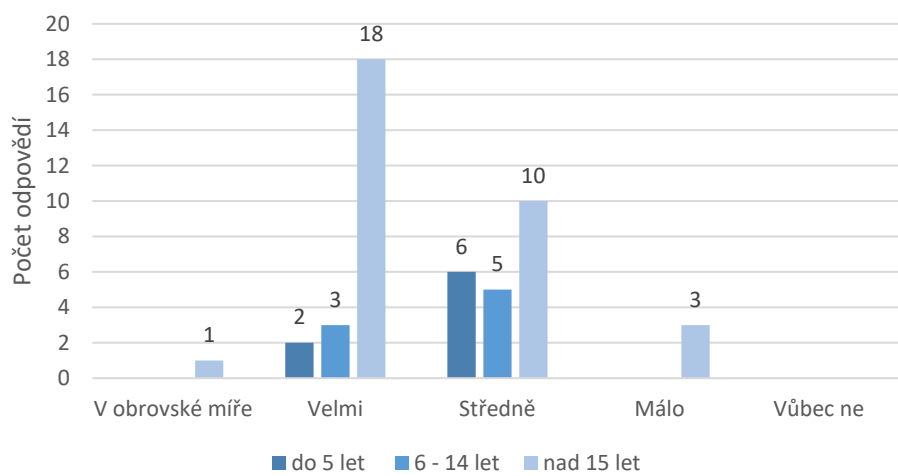


PŘÍLOHA P III: GRAFY K PEDOPSICHIATRICKÉMU ODDĚLENÍ

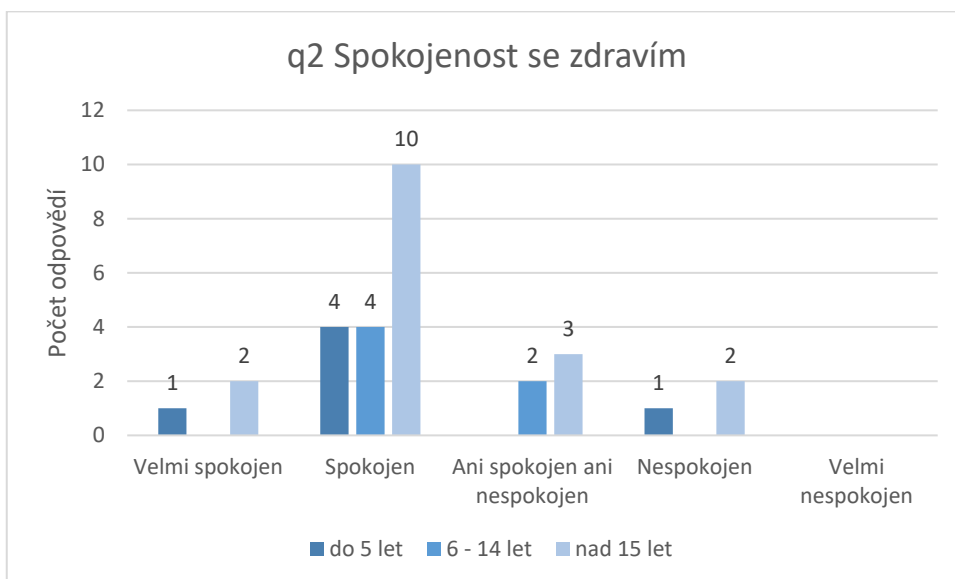
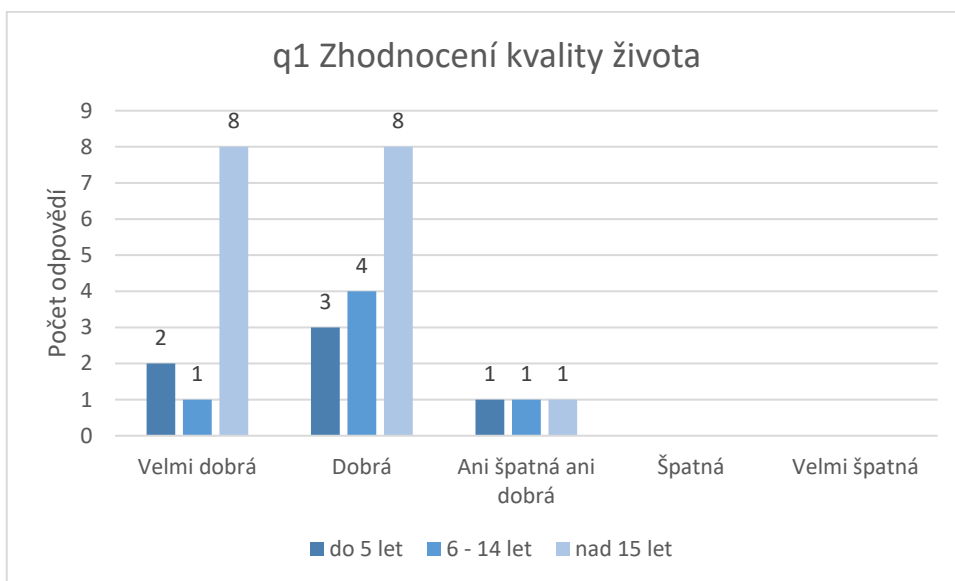


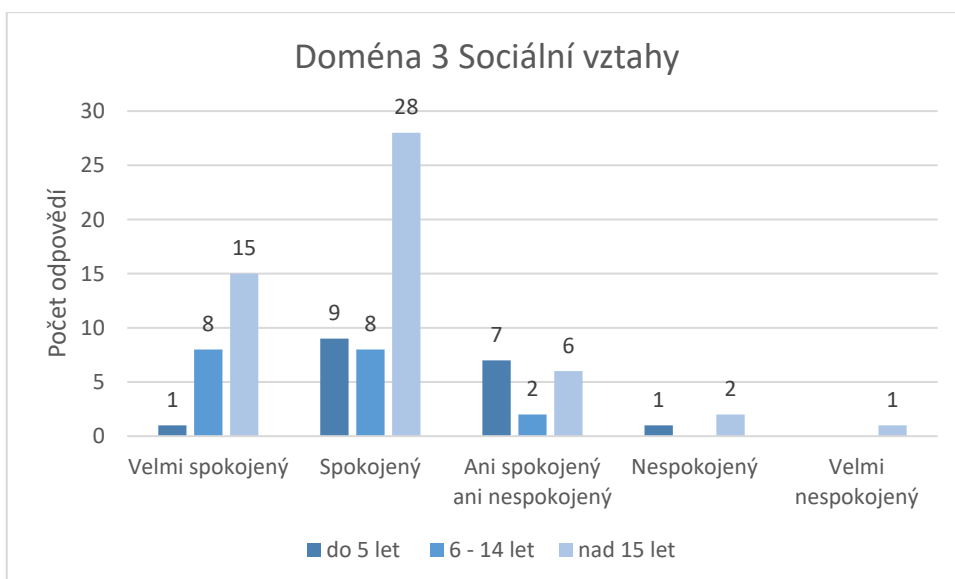
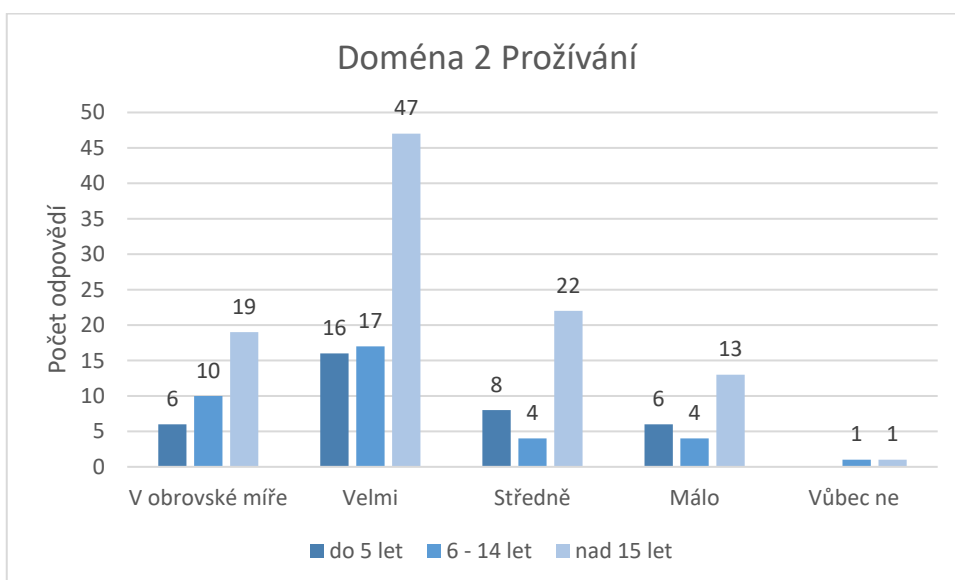
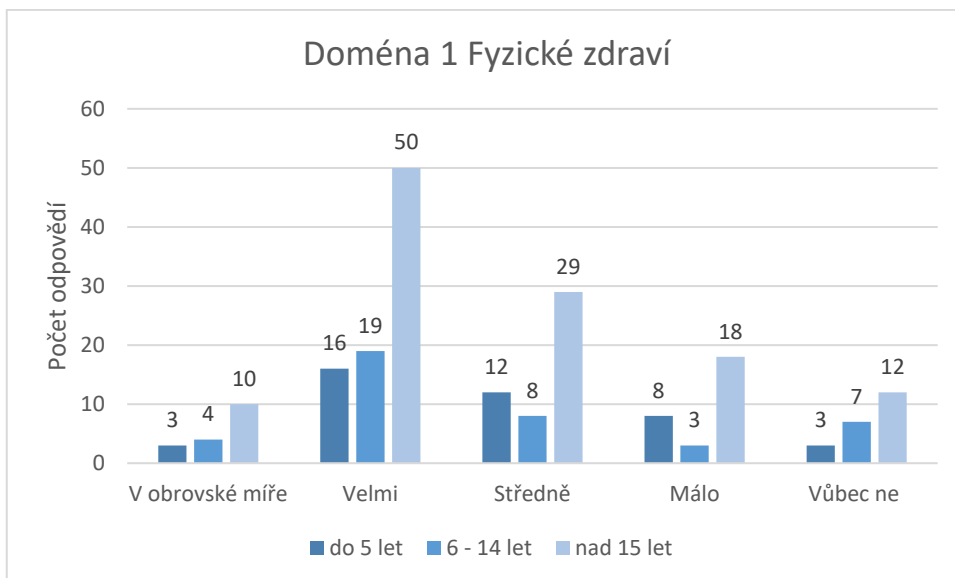


Doména 4 Životní prostředí

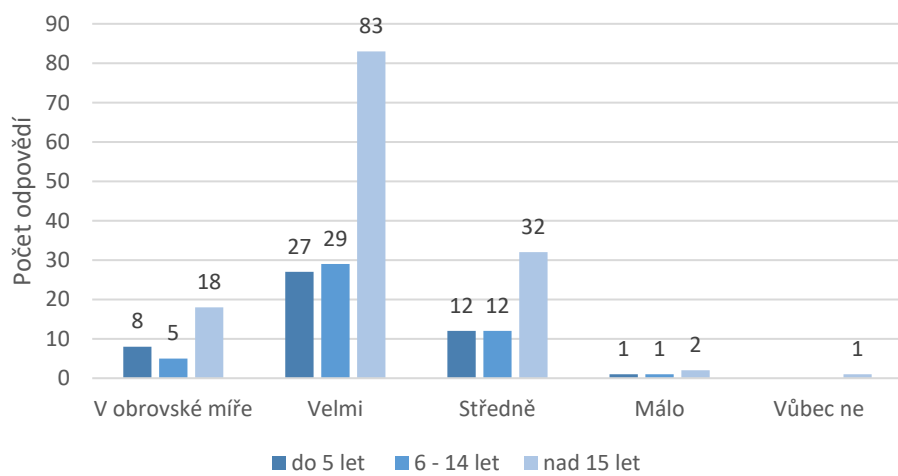


PŘÍLOHA P IV: GRAFY K TOXIKOREHABILITAČNÍM ODDĚLENÍM

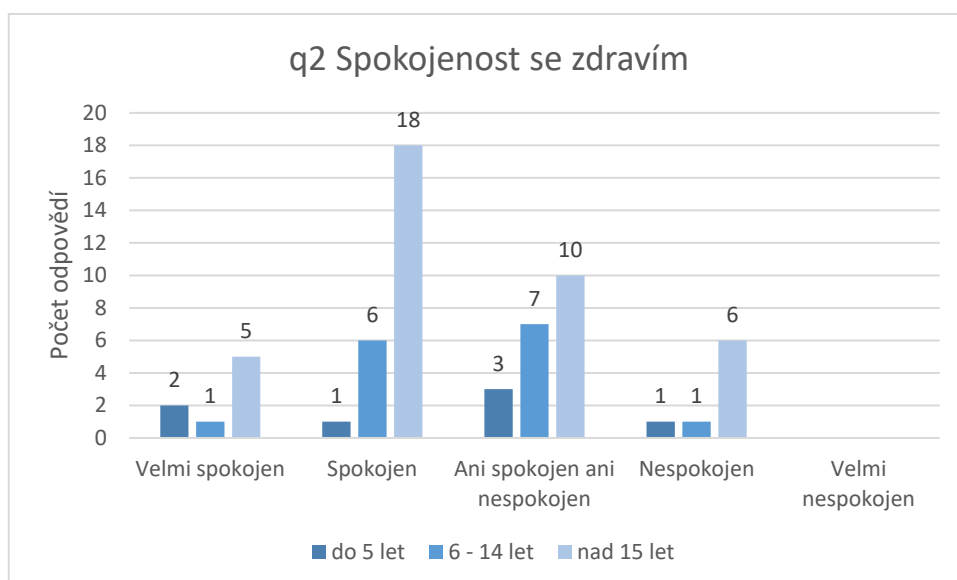
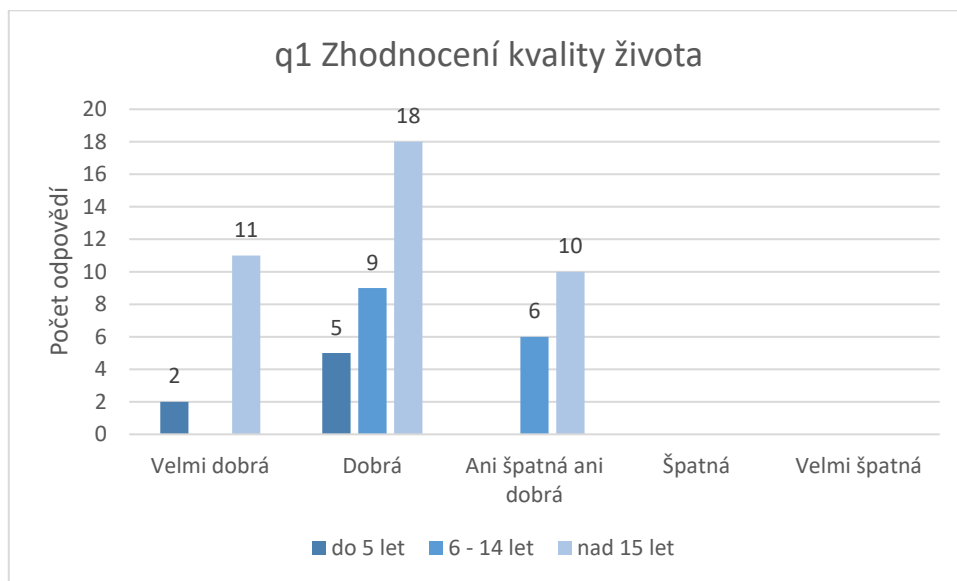


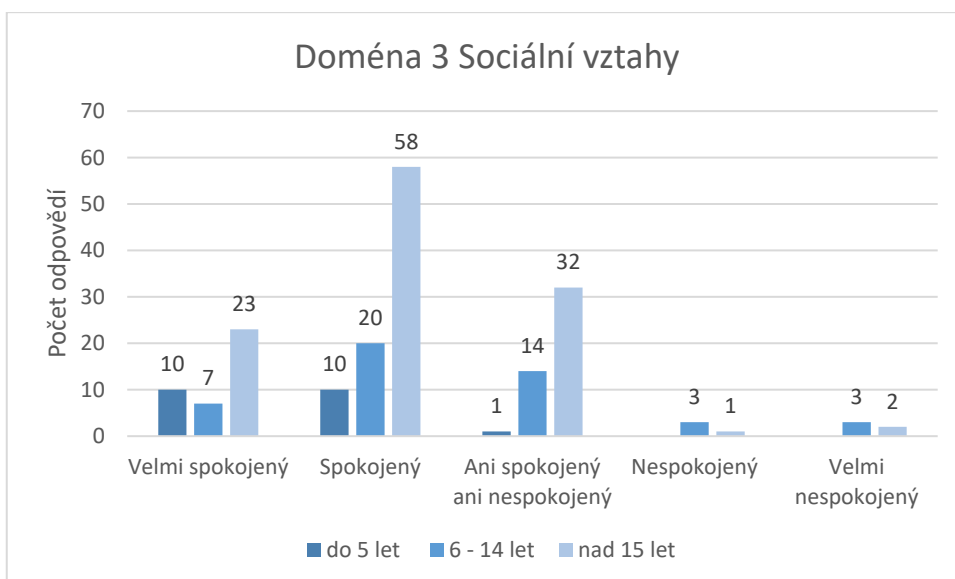
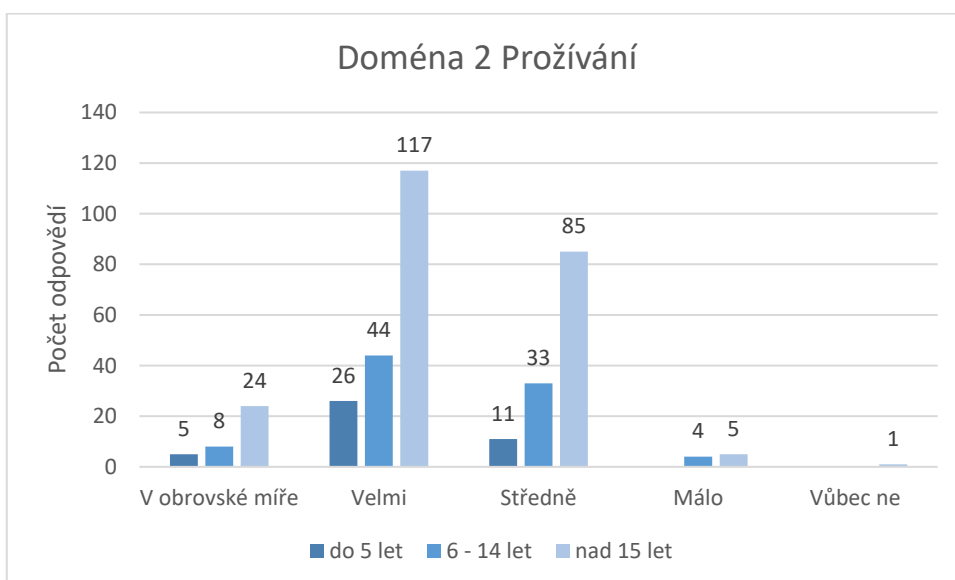
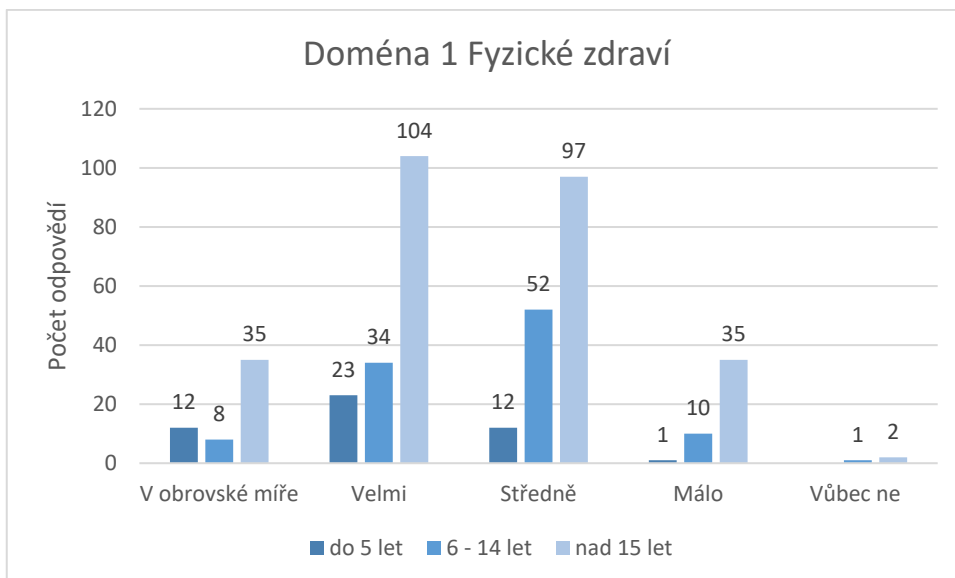


Doména 4 Životní prostředí

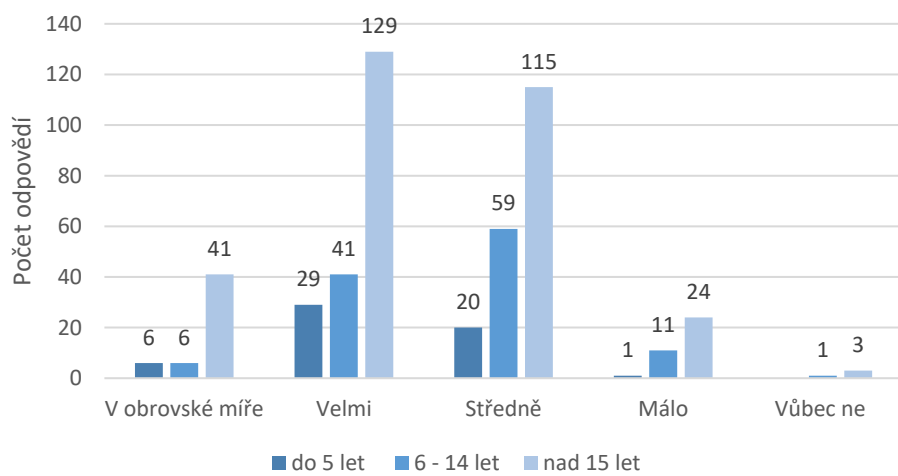


PŘÍLOHA P V: GRAFY K CHRONICKÝM ODDĚLENÍM





Doména 4 Životní prostředí



PŘÍLOHA P VI: DOTAZNÍK WHOQOL-BREF

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL) -BREF

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA (WHOQOL)

[Poznámka: dejte participantovi kartičku s odpověďmi č. 4.]

Věnujte prosím několik minut svého času k vyplnění dotazníku, který je změřen na Kvalitu života psychiatrických a všeobecných sester. Mé jméno je Simona Miklíková a jsem studentkou 3. ročníku všeobecného ošetrovatelství Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Dotazník bude zcela anonymní a zabere Vám 5–10 minut vašeho času. Děkuji za Vaši ochotu.

Následující otázky se ptají na to, jak jste vnímal kvalitu svého života, zdraví a jiných oblastí vašeho života. Vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Pokud si nejste jistá/ý, jak na otázku odpovědět, obvykle je nejlepší ta odpověď, která Vás napadne jako první.

Myslete prosím na své zásady, očekávání, potěšení a zájmy. Prosíme, abyste přemýšleli o svém životě v 1 měsíci před vstupem do pracovního procesu.

Na jakém oddělení pracujete (dobrovolné): _____

Kolik let pečujete o duševně nemocné: _____

Jste: všeobecná / psychiatrická sestra (zakroužkujte)

		Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
1	Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	1	2	3	4	5

		Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
2	Jak spokojený/á jste se svým zdravím?	1	2	3	4	5

Následující otázky se ptají na to, do jaké míry jste v posledních 4 týdnech zažil/a/pocítil/a některé situace.

		Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
3	Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?	1	2	3	4	5
4	Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?	1	2	3	4	5
5	Jak moc Vás baví život?	1	2	3	4	5
6	Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?	1	2	3	4	5

		Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
7	Jak dobře jste schopen/a se soustředit?	1	2	3	4	5
8	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9	Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky se vás ptají na to, do jaké míry jste v posledních čtyřech týdnech zažíval/a nebo byl/a schopen/a dělat určité věci.

		Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
10	Máte dost energie pro běžný život?	1	2	3	4	5
11	Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?	1	2	3	4	5
12	Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?	1	2	3	4	5
13	Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14	Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?	1	2	3	4	5

		Velmi špatně	Špatně	Ani špatně ani dobře	Dobře	Velmi dobře
15	Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?	1	2	3	4	5

		Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
16	Jak spokojený/á jste se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17	Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?	1	2	3	4	5
18	Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?	1	2	3	4	5
19	Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?	1	2	3	4	5
20	Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21	Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22	Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?	1	2	3	4	5
23	Jak spokojený/á jste se svým bydlením?	1	2	3	4	5
24	Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25	Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?	1	2	3	4	5

Následující otázka se zajímá o to, jak často jste pociťoval/a nebo zažívala určité věci/pocity v posledních čtyřech týdnech.

		Nikdy	zřídka	Celkem často	Velmi často	Stále
26	Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?	1	2	3	4	5

Máte nějaké připomínky/chcete ještě k hodnocení něco říci?
