

# Specifika zdravotní psychiatrické péče u osob s úzkostnými poruchami

Eva Trávníčková

---

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: **Eva Trávníčková**  
Osobní číslo: **H21211**  
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**  
Forma studia: **Kombinovaná**  
Téma práce: **Specifika zdravotní psychiatrické péče u osob s úzkostnými poruchami**

## Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti specifík ošetřovatelské péče u osob s obsedantně kompulzivní poruchou a úzkostnými poruchami.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovorů.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků kvalitativního výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

BAŠTECKÁ, B. a J. MACH. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. 742 s. ISBN 978-802-6206-170.

CAMFIELD, D., E. MCINTYRE & J. SARRIS. *Evidence-Based Herbal and Nutritional Treatments for Anxiety in Psychiatric Disorders*. Switzerland: Springer, 2017. 208 p. ISBN 978-3-319-42305-0.

PRAŠKO, J. *Agorafobie a panická porucha: jak je překonat*. Praha: Portál, 2008. 204 s. ISBN 978-80-7367-336-9.

PRAŠKO, J., A. GRAMBAL, M. ŠLEPECKÝ a kol. *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Praha: Grada, 2019. 272 s. ISBN 978-80-271-0495-6.

PRAŠKO, J., H. PRAŠKOVÁ a J. PRAŠKOVÁ. *Specifické fobie*. Praha: Portál, 2008. 224 s. ISBN 978-80-7367-300-0.

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 <sup>1)</sup>;
- 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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 nevydělečně 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 nahlázení 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, opisy 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 vzdělávacího 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 jím 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 vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce je zaměřena na psychicky nemocné s úzkostnými poruchami, na jim poskytovanou zdravotní péči. Výzkum je realizován kvalitativní metody pomocí rozhovorů s ošetřujícími zdravotními sestrami z psychiatrického oddělení a zaměřuje se na problematiku začlenění těchto pacientů do normálního pracovního procesu, na jejich odolnost vůči recidivě nemoci a vlivu léčby na ně samotné. Výzkumná část odpovídá na otázky, jak je to se začleněním psychiatrických pacientů s úzkostnými poruchami do pracovního procesu, co ovlivňuje riziko recidivy onemocnění a jakou roli v léčbě hraje rodina a to vše pohledem všeobecných sester.

Klíčová slova: fobie, porucha, psychiatrie, psychická onemocnění, stigma

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis focuses on mentally ill people with anxiety disorders and the health care provided to them. The research is carried out using qualitative methods with the help of interviews with nurses from the psychiatric ward and focuses on the issue of integration of these patients into the normal work process, their resistance to relapse of the disease and the impact of treatment on them. The research section will answer questions about the integration of psychiatric patients with anxiety disorders into the workforce, what influences the risk of relapse and what role the family plays in treatment.

Keywords: phobia, disorder, psychiatry, mental illness, stigma

*„Před tím, než si diagnostikujete depresi a nízké sebevědomí, ujistěte se prosím, že nejste obklopení blbci.“ — Sigmund Freud*

Chtěla bych poděkovat zejména paní Mgr. Marcele Dolejšové za odborné vedení bakalářské práce, za poskytnuté informace, cenné rady při jejím zpracování a trpělivost. Mé poděkování také patří personálu z psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Brno, za spolupráci při zpracovávání výzkumného šetření.

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

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 PSYCHIATRIE</b> .....	<b>12</b>
1.1 CHARAKTERISTIKA OBORU.....	12
1.2 HISTORIE PSYCHIATRIE.....	12
1.3 ORGANIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR.....	14
1.3.1 Ambulantní péče.....	14
1.3.2 Lůžková péče.....	14
1.3.3 Komunitní péče.....	15
1.4 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	15
1.4.1 Vzdělávání sester v oblasti psychiatrie.....	16
1.4.2 Etický kodex.....	16
<b>2 PSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ</b> .....	<b>18</b>
2.1 PŘÍČINY VZNIKU DUŠEVNÍCH PORUCH.....	18
2.2 PREVENCE PSYCHICKÝCH ONEMOCNĚNÍ.....	19
2.3 VYŠETŘOVACÍ METODY V PSYCHIATRII.....	20
2.4 STIGMA.....	21
<b>3 VYBRANÁ PSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ</b> .....	<b>23</b>
3.1 AGORAFOBIE F40.0.....	23
3.2 PANICKÁ PORUCHA F41.0.....	25
3.3 SOCIÁLNÍ FOBIE F40.1.....	26
3.4 OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA F42.....	28
3.5 LÉČBA – PSYCHOTERAPEUTICKÁ, BIOLOGICKÁ.....	29
<b>4 ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI</b> .....	<b>31</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>32</b>
<b>5 METODIKA VÝZKUMU</b> .....	<b>33</b>
5.1 VÝZKUMNÝ CÍL.....	34
5.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	35
5.3 SBĚR DAT.....	35
5.4 OKRUHY OTÁZEK.....	36
<b>6 ZAKOTVENÁ TEORIE</b> .....	<b>37</b>
6.1 ÚVOD.....	37
6.2 ANALÝZA DAT.....	37
6.3 KLÍČOVÉ KATEGORIE A VAZBY MEZI NIMI.....	37



6.4	VÝSLEDKY KÓDOVÁNÍ .....	37
6.5	POZNÁMKY K ANALÝZE .....	39
6.6	NÁPRAVNÁ OPATŘENÍ PLYNOUCÍ Z TEORIE .....	39
6.7	ZÁVĚR.....	40
<b>7</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>41</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>42</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>43</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>45</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>46</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>47</b>

## ÚVOD

Dnešní uspěchaná doba vede k větším nárokům na lidi a vyvíjí na ně větší množství stresových situací, než tomu bylo v minulosti, což vede k nárůstu psychických problémů v populaci. Některým typem duševní poruchy trpí většina populace, což nemusí být zjevné na první pohled, ale až po delší době. Tyto poruchy se mohou projevovat za specifických podmínek a mohou být u některých lidí jen občasné. Často jsou tyto poruchy spuštěny a následně se s nimi pacient musí vypořádávat delší dobu, přičemž problémy se mohou vracet vlivem stresových situací. To se stalo impulzem pro zpracování problematiky psychicky nemocných pacientů.

V teoretické části se zabýváme oborem psychiatrie a jeho historií od starověku až po současnost. Seznamujeme zde organizace působící v České republice, poskytující péči o pacienty s psychickými problémy. Podrobněji popisujeme možnosti léčby psychického onemocnění, a jaká jsou specifika práce s pacienty na psychiatrických odděleních pro zdravotní sestry.

Navazujeme analýzou nejčastějších příčin duševních onemocněních, jak se před těmito onemocněními preventivně bránit, případně jak postupovat při diagnostice onemocnění, a jaký je přímý dopad na diagnostikovaného pacienta, který má o tom záznam.

Detailněji se zabýváme konkrétními psychickými onemocněními, jako jsou agorafobie, panické poruchy, sociální fobie nebo obsedantně kompulsivní porucha, projevy jednotlivých diagnóz a jejich léčba.

Praktická část je realizována kvalitativním výzkumem pomocí metody polostrukturovaných rozhovorů se zdravotními sestrami. Metoda byla zvolena z důvodu zjištění skutečného stavu problematiky z pohledu zdravotních sester z oboru. Pomocí výzkumu se hledají odpovědi na otázky specifík léčby osob trpících úzkostnými poruchami, hlavní příčiny recidivy a samotný dopad léčby pohledem všeobecných sester.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 PSYCHIATRIE

## 1.1 Charakteristika oboru

Slovo psychiatrie je odvozené z řeckých slov psyché – duše a iatreia – lékařství. Volně by se psychiatrie dala přeložit jako léčení duše. Jedná se o vědní obor, který se zabývá prevencí, včasnou diagnostikou a léčbou duševních poruch. V dnešní moderní společnosti značně narůstá její medicínský i společenský význam (Raboch et al., 2014, s. 14).

## 1.2 Historie psychiatrie

Péče o duševně nemocné lidi a následně jejich léčba je součástí lékařského řemesla od jeho zrodu ve starověkých civilizacích. V Bibli je uvedena zmínka o sklíčenosti krále Saula, pro kterého hrál hrdina David na svou harfu, šlo o léčení poslechem hudby. V dávných dobách medicíny byl lékař brán jako prostředník mezi chorým a naturálními i nadpřirozenými silami, kdy se věřilo, že mohou onemocnění způsobit nebo také léčit. Zařikávání a ošetřování nemocných lidí prováděli lékaři starověkých kultur. Znamé bylo obětování osob bohům a pěstování magických rituálů k ovlivnění zlých sil, které byly pokládány za zdroj nemocí. Mezi další známé činnosti můžeme zařadit používání rostlinných lektvarů, různých masť, rehabilitačního cvičení, zdravější životosprávy a poslechu hudby. Tyto praktiky se využívaly do příchodu experimentální vědy a na důkazech založené medicíny (Hosák et al, 2015, s. 17).

V Ebersově papyru z 15. století nacházíme zmínky o duševních poruchách, ve kterém se nachází texty modliteb k zařikávání zlých duchů, které způsobují lidem posedlost. Tato doba je známá vznikem specializovaných chrámů, které kdysi sloužily pro duševně choré jako azyl (Raboch et al. 2014, s. 15).

Staré Řecko mělo také velký přínos pro vývoj medicíny a psychiatrie. Před chrámem boha Asklepoise byly vybudovány útulky pro choré nazývané aklepeiony. Hippokrates (460-370 př. n. l.) je považován za nejznámějšího představitele směru, který se týká rozvoje přírodovědného přístupu k nemocem. Hippokratovy názory vyšly z filozofického učení o živlech – vodě, ohni, vzduchu a zemi. V našem lidském těle tomuto učení odpovídají čtyři základní tělesné šťávy, jako je sanguis - krev, chole - žluč, melanchole - černá žluč a flegma - sliz. Hippokrates vytvořil, na základě převažující koncentrace šťáv v mozku, jednu z prvních osobnostních typologií a pojmy sangvinik, choleric, melancholik a flegmatik. V důsledku této nerovnováhy mezi koncentracemi zmíněných tekutin v mozku jsou

považované duševní poruchy za vznik onemocnění. Hippokrates se snažil docílit správného poměru koncentrací šťáv do harmonického vztahu speciálními prostředky, jako jsou emetika, projímadla, pouštění žilou, vyvolával také pocení tělesnou námahou apod. (Raboch, Pavlovský a kol., 2014, s. 15). Ve druhém století našeho letopočtu je za představitele lékařství považován Galén, který se domníval, že mozek je centrem psychických funkcí a že sídlem duše jsou nervová centra (Raboch et al., 2014, s. 15).

Koncem 15. století mají pokrokoví lékaři této doby jasno ohledně tělesné podstatě duševních chorob. Jako souvislost vzniku duševních chorob s onemocněním mozku tak vnímá basilejský profesor Felix Plater. Osudy psychicky nemocných lidí byly v tomto století velmi kruté, nemocní byli často uvězněni v temných sklepech a připoutáni řetězy, pro pobavení veřejnosti byli předváděni v klecích jako nějaká dravá zvíře. V klášterních špitálech se jim dostávalo jen určité ochrany. První zřízený azyl v České republice pro duševně nemocné byl ve Znojmě v roce 1458 (Malá a Pavlovský, 2010, s. 12).

Během Francouzské revoluce (19. a 20. stol) nastal překotný zlom v péči o duševně nemocné. Za významného francouzského lékaře té doby je považován Phillip Pinel. Podle Pinela může za vznik násilí a neklidu u duševně nemocných omezení, pouta a nesvoboda. Ve spravovaných ústavech dané doby byl zaznamenán ústup nebo vymizení násilí, neklidu a utrpení u nemocných. Tento přístup je označován za revoluci v psychiatrii. Aby byla tato moderní psychiatrická léčba účinná, musí dojít k úplnému odstranění omezení a nesvobody duševně chorých. Nemocní lidé té doby nacházeli útočiště v azylových ústavech pro duševně nemocné, které je zároveň chránilo před zmatkem a křivdami společnosti (Hosák et al., 2015 s. 20).

Na našem území se psychiatrie začala rozvíjet za vlády Josefa II. V roce 1790 byla v Praze založena Všeobecná nemocnice, kde byla duševně nemocným pacientům vyhrazena budova zvaná Tollhaus. Vlivem narůstající populace bylo potřeba budovat nové ústavy. V roce 1846 vznikl v Praze Nový dům, který doposud slouží jako psychiatrická klinika (Malá a Pavlovský, 2010, s. 12).

První pokusy o léčbu byly pomocí kafru a inzulinu byl vyvolán epileptický záchvat, který vedl k výraznému zlepšení duševního stavu pacienta s psychózou. Tyto metody aplikoval na pacienty Ladislaus von Meduna (1932) a Manfréd Sackel (1935). V roce 1938 použili Ugo Cerletti a Luigi Bini metodu elektrokonvulze, která přes veškeré historické metody zůstává jako život zachraňujícím a působícím zákrokem ve výjimečných situacích

i v 21. století. Ve stejném období se také rozvíjela psychodynamická psychoterapie Freudova (Raboch et al., 2014, s. 17).

Evropská psychiatrie za éry nacionálního socialismu neměla kladný vývoj. Byl tu zde uplatňovaný krutý přístup k podřazeným, tedy i duševně nemocným lidem. Během schválení zákona o prevenci hereditárních chorob v roce 1933 bylo 400 000 osob včetně duševně nemocných nuceně sterilizováno. O šest let později byla schválena eutanazie. Hitlerův osobní lékař usmrtil do roku 1945 celkem 180 000 psychiatricky nemocných pacientů. Některým psychiatricky nemocným lidem byl podán jed, jiní vyhladověli (Raboch et al., 2014, s. 18).

Ve druhé polovině 20. století došlo k velkému pokroku v rozvoji psychiatrie jako lékařského oboru, který se v medicíně snaží prosadit bio-psycho-sociální přístup, George Engel, k pacientům (Raboch et al., 2014, s. 18).

### **1.3 Organizace psychiatrické péče v ČR**

Péče v ČR je uskutečňována prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě služeb. Mezi hlavními prvky této sítě jsou psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení a zařízení systému komunitní péče (Petr a Marková, 2014, s. 122).

#### **1.3.1 Ambulantní péče**

Psychiatrická ambulance bývá zpravidla prvním místem, kde se setkává psychicky nemocný jedinec s psychiatrickou péčí. Jedná se o kontakt dlouhodobý, stálý a ambulantní psychiatr se stává pacientovým koordinátorem. Výsledky kvalitativních analýz nám udávají přetížení ambulantních psychiatrů a následně nedostatek času na řešení problematiky pacientů, v důsledku vysokých počtů případů (Petr a Marková, 2014, s. 114).

#### **1.3.2 Lůžková péče**

Lůžkovou péčí můžeme rozdělit na akutní a následnou. Podle Konceptce oboru psychiatrie by akutní péče měla být poskytována na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic a následná péče by měla být poskytována v psychiatrických nemocnicích. V důsledku nedostatku lůžek na psychiatrických odděleních je akutní péče realizována na psychiatrických odděleních. Lůžkovou péčí můžeme rozdělit podle typu na – akutní lůžkovou péči, následnou lůžkovou péči a lůžkovou specializovanou péči. Mezi zařízení,

kteřá poskytují, lůžkovou psychiatrickou péči patří - psychiatrické nemocnice, psychiatrické oddělení a psychiatrické kliniky (Petr a Marková, 2014, s. 129-130).

### 1.3.3 Komunitní péče

Komunitní péče je úzce spojena se zdravotní a sociální oblastí. Jde o široký soubor služeb, programů a zařízení, která má za cíl pomoci lidem s duševními poruchami žít co nejvíce v podmínkách běžného života. Kromě léčby je tu zde uplatňovaná podpora sociálních rolí, v oblasti práce, bydlení i sociálních kontaktů, podpora rodiny a přátel. V ČR jsou zde dostupná krizová centra s 24hodinovou dostupností psychiatra, převládá tu však nedostatek sester i v této sféře. Dále v České republice nově vznikají další Centra duševního zdraví. Součástí komunitních služeb jsou i služby rehabilitace, které spadají do oblasti sociálních služeb (Petr a Marková, 2014, s. 134).

## 1.4 Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení

Práce sestry na psychiatrickém oddělení se značně liší od klasických standartních oddělení, jakou jsou chirurgická, interní nebo neurologická oddělení. Jedná se o práci fyzicky, ale hlavně psychicky náročnou, kdy se mezi pacientem a sestrou vytváří důvěra. Sestra by měla disponovat schopností empatie, být citlivá, měla by zachovávat neutrální postoj (neprojevat sympatie ani antipatie) a měla by se umět ovládat. Znalost symptomatologie duševních chorob je základem pro správný přístup k nemocným pacientům, její neznalost může vést k nevyhnutelným chybám. Na psychiatrickém oddělení se vyžadují nejen teoretické znalosti, ale také nácvik praktických dovedností. Zvláště je nutné ovládat a zvládat komunikaci, vhodně klást otázky, schopnost umět naslouchat a dát prostor pacientům. Sestra by měla neodmyslitelně znát znalost účinků psychofarmak, která mají svá specifika zejména v odlišnosti nástupu účinku, kumulaci léčiva v organismu apod.

Psychiatrická sestra je členem terapeutického týmu a účastní psychoterapeutických aktivit jako je vedení relaxace, funkce koterapeuta u skupinové psychoterapie nebo nepřímo svým přístupem k psychicky nemocným pacientům. Vedení k sebepéči psychiatrických pacientů je také v každodenní kompetenci sester (Marková et al., 2006, s. 57).

Kromě standartní náplně práce sestry, spočívající v komplexní ošetrovatelské péči včetně plnění ordinací lékaře, vykonává psychiatrická sestra tyto okruhy činností:

- *Sleduje nemocné ohrožující sebe a okolí (spolupacienty, zdravotníky, rodinu)*

- *Podává psychofarmaka, zvláště dohlíží na jejich užití u pacientů s problematickým přístupem k léčbě, sleduje nástup ščinku, symptomy předávkování*
- *Asistuje při specifických druzích léčby (elektrokonvulzivní terapie, spánková deprivace); připravuje nemocné a pečuje o něj po výkonech*
- *Podílí se na psychoterapeutických aktivitách*
- *Při sběru anamnestických dat hledá psychogenní a sociogenní příčiny duševních poruch*
- *Orientuje se v právní problematice (ochranná léčba, nedobrovolná hospitalizace)*
- *Zapojuje se do resocializace nemocných*
- *Zaměřuje se na edukaci v oblasti duševního zdraví (Marková et al., 2006, s. 58)*

#### **1.4.1 Vzdělávání sester v oblasti psychiatrie**

Vzdělání zdravotnických pracovníků upravuje zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Zákon stanovuje daná pravidla celoživotního vzdělání zdravotnických pracovníků, jeho následné uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k výkonu činnosti (Petr a Marková, 2014, s. 232).

V současné době jsou na oddělení psychiatrie přijímány sestry s různými úrovněmi vzdělání. Sestry s vysokoškolským vzděláním, které absolvovaly obor se zaměřením na ošetrovatelství, popř. to jsou absolventky navazujících magisterských oborů. Pak tu zde pracují sestry, které vystudovaly v předchozím systému vzdělání, tj. absolvovaly čtyřletou střední zdravotnickou školu – poslední uchazeči o studium této formy studia zahájili studium ve školním roce 2003/2004. Najdeme tu i zdravotní sestry se specializací. Mohou to být například absolventky některé z výše uvedených forem vzdělání, které mají ukončené pomaturitní specializační studium organizované Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NZO NZO) v Brně. V Brně existuje mnoho oborů, ve kterých se mohou zdravotní sestry specializovat (Marková et al., 2006, s. 54).

#### **1.4.2 Etický kodex**

Etický kodex v dnešní společnosti představuje jeden ze způsobů vnesení etiky do organizační kultury. Organizace zavedeným etickým kodexem dává svým pracovníkům, ale i okolí, na vědomí, že je etika nepostradatelnou a důležitou součástí. „*Etický kodex se*



*obecně charakterizuje jako souhrn morálních pravidel a požadavků, podle kterých by se měli řídit nejen členové dané organizace, ale i organizace jako celek ve vztahu ke svému internímu a externímu prostředí,*“ (Ondriová, 2021, s. 56). Jedná se o dokument, který nám vyjadřuje vzor chování v daných situacích a je potřeba, aby byl volně dostupný pro zaměstnance, klienty, média a veřejnost. Je také možné etický kodex vnímat jako komunikační nástroj, díky kterému může organizace deklarovat svůj závazek vůči dodržování etických a právních norem (Ondriová, 2021, s. 59).

Práva člověka jsou společná pro všechny lidi, sestra by proto měla ve své práci dodržovat tyto zásady:

- Respektování individuálních potřeb sebeúct člověka
- Zabraňovat jakékoliv diskriminaci pacienta, bez ohledu na pohlaví, věk, etnickou příslušnost, náboženství, sociální postavení a onemocnění
- Umožnit pacientům svobodné projevy vůle
- Získat informovaný souhlas pacienta s diagnostikou, terapií, ošetřováním, ale i také akceptovat případné informované odmítnutí ze strany pacienta
- Pokusit se zmírňovat utrpení nemocných v souladu se vzděláním a aktuálními vědomostmi o člověku
- Poskytování duchovní emocionální a duchovní podpory s ohledem s jeho světonázorovou orientací a individuálními potřebami (Ondriová, 2021, s. 70)

## 2 PSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Vymezit duševní zdraví je obtížné, protože hranice mezi zdravím a patologií je v případě duševních poruch na některých místech jednoznačná, ale na mnoha místech je velmi neostrá. A právě proto se v dnešní medicíně nemůžeme vyhnout diagnostickým systémům a klasifikacím, které nám do jisté míry usnadňují určení zdravého a nemocného jedince (Orel, 2012, s. 12).

### 2.1 Příčiny vzniku duševních poruch

U většiny psychických poruch doposud neznáme její příčiny. Na příčiny nemoci pohlížíme z několika úhlů. V úvahu bereme stránku biologickou (tělesnou), psychickou (duševní), sociální (interpersonální – vztahovou) i přesahovou (duchovní – spirituální). Bereme v potaz také individuální čas a prostor jedince, včetně okolnosti kultury, společnosti a doby. Všechny tyto části jsou spolu navzájem neodmyslitelně propojené a jakákoliv změna v dané oblasti, vyvolá odezvu v celém tomto systému a následně ovlivní všechny tyto části. Celý lidský život se vyvíjí a utváří lidská psychika. Po narození na nás působí hned několik faktorů, které nás ovlivňují, významný je vliv prostředí, jiných lidí (hlavně rodinných příslušníků, ale i jiných), okolnosti a události (úrazy, prožitá traumata), ale i vlastní aktivity (konzumace návykových látek apod.) (Orel, 2012, s. 49).

Dnes se předpokládá, že spolupůsobením většího počtu genů je vytvářena dispozice k rozvoji určitých fyziologických a patologických vlastností. Stále se zjišťují genetické změny, které působí např. u schizofrenie, deprese a jiných nemocech. V rámci tří regulačních, informačních, koordinačních a integrujících soustav (nervové, hormonální a imunitní) jsou hledány příčiny poruch. Tyto soustavy spolu fungují v obousměrných vazbách a vztazích. Změny v kterémkoliv systému mají vliv na jiný systém a mohou spolupodmiňovat vznik a rozvoj duševních nemocí (Orel, 2012, s. 58).

Mezi další příčiny patří řada exogenních faktorů charakteru chemického (toxiny, jedy, alkohol apod.), fyzikálního (úrazy hlavy s následným poraněním mozku, některé typy záření apod.) a biologického (infekce, paraziti). Vlivy prostředí mají také svůj podíl na vznik psychických nemocí. Je rozdíl, zda daný faktor působí na plod, dítě nebo dospělého. Na mozek působí před narozením i po narození vlivy prostředí a ve vývoji existují daná období, kdy mohou u jedince výrazně ovlivnit vývoj určité struktury nebo funkce. V těchto obdobích je mozek citlivější k negativním vlivům a poškozením. Obecně platí, že čím dříve poškození vzniká, tím horší dopad na pacienta má. Můžeme zaznamenat faktory působící

i na vývoj embrya a plodu, kdy může dojít k poškození a nevratným změnám. Mezi endogenní faktory řadíme onemocnění, která postihují mozek primárně (např. mozkové nádory, ischemie mozkové tkáně) nebo sekundárně (působením onemocnění metabolických, endokrinních, systémových). Lidské tělo bojuje proti nepříznivým a negativním faktorům díky komplexu ochranných biologických faktorů, bez kterých by nebylo možné přežít. Jedná se o schopnost vnímat, včas reagovat a přizpůsobit se podnětům dané situace, kterou bychom mohli nazvat „životní princip přežití“. Patří sem i tělesná imunita a také schopnost vytvářet a mobilizovat energetické rezervy. (Orel, 2012, s. 50-70).

Na duševní onemocnění může mít významný vliv primárně rodina, která přináší dítěti jakýsi „obraz“ celé lidské společnosti. Skutečností však je, že z výrazně narušeného vzorce rodinných a interpersonálních vztahů může „vyjít“ psychicky zdravý jedinec. Naopak to platí také u harmonicky vyvážené rodiny, kdy daný člen rodiny může trpět duševní poruchou. Příamá kazuistika tedy neplatí. Na vznik onemocnění se do určité míry také podílí společnost a sociokulturní prostředí. Psychické poruchy nevznikají jen v dětství, ale vliv na to mají i sociální ztráty (partnera, potomka, rodičů, svobody, životních jistot apod.), aktuální i dlouhodobé sociální konflikty (násilí, šikana, zneužívání, toxické vztahy atd.), intrapsychické konflikty, frustrace, trauma, krize, deprivace apod. Další vliv na vznik onemocnění má jednoznačně stres (Orel, 2012, s. 50-123).

## 2.2 Prevence psychických onemocnění

Prevenici psychických onemocnění dělíme na primární, sekundární a terciální. Primární prevence má za cíl odstranit negativně působící vlivy a vyhledávat ohrožené jedince. Každý z nás má individuální způsob vnímání a do jisté míry lze naši osobnost pěstovat a rozvíjet. Co ovlivnit nelze je primární fyzické a duševní postižení. Nemocní lidé jsou vystaveni více stresovým faktorům, které musí správným způsobem zvládnout. Není možné všechny vnější vlivy prostředí ovlivnit. Proto se primární prevence věnuje pěstování přiměřeného sebevědomí a na přijetí situace. Sekundární prevence vyhledává nemocné a zajišťuje jim včasnou a vhodnou léčbu. Část pacientů se snaží vědomě nebo nevědomě své psychické potíže skrýt za somatický obraz nemoci s tím, že se nejedná o psychiatrickou poruchu. Důležité je včasné odhalení a rychlé zahájení léčby. Terciální prevence má za úkol snížit následky duševních poruch na co nejmenší možnou míru. Dlouholeté užívání psychofarmak může negativně ovlivňovat jiné funkce organismu. Občas může u nemocných jedinců dojít

k recidivám, progresím a některé mají i charakter doživotního onemocnění (Petr a Marková, 2014, s. 40-41).

### 2.3 Vyšetřovací metody v psychiatrii

Vyšetření psychiatricky nemocných jedinců je velmi obtížný proces, ke kterému je nutné mít dobré pozorovací a komunikační schopnosti vyšetřujícího lékaře nebo sestry. Mezi základní vyšetřovací nástroj v psychiatrii je rozhovor s nemocným a jeho následné pozorování. Na pacienta je vhodné si zvolit dostatek času, klidné prostředí a nepodceňovat význam prvního kontaktu s pacientem. Pokud pacient přijde s doprovodem rodiny, v první řadě hovoří lékař s pacientem. Pokud nemocný souhlasí, může lékař vyslechnout i rodinu. V případě, kdy není možné s pacientem vést rozhovor, nekomunikuje, je katatoním, delirantní apod., mluví s rodinou lékař. Ze zdvořilosti je ze strany lékaře nabídnuto podání ruky nemocnému. V dalším kroku následuje psychiatrické vyšetření, které se skládá z těchto částí – identifikační údaje, anamnéza, nynější onemocnění, přítomný psychický stav, přítomný somatický stav, psychodynamický rozbor, diagnóza a diferenciální diagnóza, terapeutický plán (Petr a Marková, 2014, s. 273, 278).

Dále se lékař pacienta ptá na jeho dětství, kde se narodil a kde trávil dětství. Lékaře zajímá povolání otce a matky. Dotazujeme se nemocného, zda vnímá své dětství celkově za šťastné, dobré, normální nebo nešťastné a proč. Pokud v minulosti nastaly nějaké nepříjemné události, zaměříme se na ně. Stejně tak nás bude zajímat sexuální nebo jakékoliv jiné zneužívání, fyzické tresty nebo šikana. Zeptáme se na vztah obou rodičů, kdo z nich měl výraznější výchovný vliv. Podstatné také je, zda rodiče žili spolu nebo se rozvedli, kdo se ujal pacienta v případě rozvodu, zda si rodič našel dalšího životního partnera, jak s ním pacient vycházel aj. Důležité jsou i vztahy mezi sourozenci, ať už mezi vlastními nebo nevlastními. Zajímáme se o pacientovy kamarády v dětství a začlenění do předškolního kolektivu. Psychiatr se zajímá o pacientovo vzdělání od úplného začátku, na adaptaci ve škole, začlenění do kolektivu, vztahy mezi vrstevníky, školní prospěch, praváctví či leváctví, šikovnost na sport anebo jiný talent.

Převážná většina duševních poruch se objevuje v průběhu rané dospělosti. Snažíme se tedy zjistit zlom v životní linii, změnách v chování, temperamentu a zájmů. V průběhu rozhovoru se psychiatr bude ptát na zaměstnání, sexuální anamnézu, sociální anamnézu, užívání návykových látek a zájmy. Následně se na závěru rozhovoru provede orientační vyšetření intelektu, paměti a pozornosti. Psychiatr hodnotí slovní zásobu, způsob vyjadřování

a všeobecný přehled pacienta. Výsledek porovnáváme s jeho nejvyšším dosaženým stupněm vzdělání. Pokud jedinec vykazuje známky abnormálního intelektu, tak zahajujeme podrobnější psychologické vyšetření. Zajímá nás, zda pacient udrží během vyšetření pozornost, zda je snadno unavitelný. Při podezření na poruchu kognitivních funkcí provede lékař vyšetření MMSE (Mini Mental State Examination). Dále se vyšetřuje schopnost pojmového abstraktního myšlení (Hosák et al., 2015, s. 44-50).

U hospitalizovaných pacientů se běžná vyšetření provádějí standardně, například odběr venózní krve k hodnocení krevního obrazu, diferenciálního krevního obrazu, biochemie krve a moči. Lékař může navrhnout další možná vyšetření k určení správné diagnózy. Jedná se o podrobnější laboratorní a toxikologické odběry, EKG, vyšetření očního pozadí, specifická vyšetření mozku (MR, PET), vyšetření u psychologa, sexuologa, genetické nálezy a jiné. Po celkovém zhodnocení výsledků navrhne lékař vhodnou léčbu a její indikaci zdůvodní (Hosák et al., 2015, s. 55).

## 2.4 Stigma

Podle Höschla, Libigera a Švestky: „*Stigma je znamení domnělé méněcennosti. Vede k odmítání jeho nositele okolím. Zdrojem stigmatizace může být viditelná vlastnost (deformita těla) nebo vlastnost neviditelná (příslušnost k určité skupině lidí).*“ (Marková et al., 2006, s. 19).

Stigma negativně ovlivňuje jedince, kteří jsou vystaveni různé míře odmítání v běžných každodenních situacích. Je známé, že stigma může negativně ovlivnit příznaky duševní poruchy a fázi zotavení. Nemocní lidé trpí sníženým sebevědomím, které se následně přehoupne do vzniku strachu. Aby se pacienti vyrovnali se stigmatizací, mění své sociální chování. Vyhledávají podobně stigmatizované osoby a omezují dřívější kontakty. Na psychicky nemocné to má negativní vliv, trpí příznaky choroby a okolí je odmítá. Ve společnosti mají takovou zkušenost, že se od nich okolí odvrací při zjištění psychické nemoci, rovněž je to tak i v zaměstnání, kdy o ně zaměstnavatel přestává mít zájem. Důvěra nemocného k okolí je narušená, může to vést ke vztahovačnosti.

Narušení vztahu mezi pacientem a zdravotníkem bývá běžné. Nemocný se bojí mluvit o tom, co ho trápí. Ke zmírnění negativních účinků ze stigmatu může velmi dobře pomoci vhodně zvolená léčba, zachování mlčenlivosti, nácvik sociálních dovedností pacienta v běžných denních situacích, která jsou zaměřená na pojetí sebe sama (Marková et al., 2006, s. 19).

O duševně nemocných lidech si lidé vytvářejí předsudky, stigma vede k diskriminaci a sociální izolaci. V psychiatrii lékaři zkoumali stigmatizaci především u schizofrenie. Výsledkem bylo zjištění, že stigma má takovou sílu, kterou ovlivňuje celkovou kvalitu života jedince se schizofrenií (Hosák et al., 2015, s. 612-613).

Destigmatizace se stala hlavním cílem v posledních deseti letech. Je vědecky dokázané, že při kontaktu s duševně nemocným člověkem se stigma redukuje a tím umožňuje lépe duševně nemocného přijímat. Velkým přínosem pro psychicky nemocné lidi by bylo informovat veřejnost o příznacích duševních poruch, zvýšit dostupnost intervence a podporovat přesun psychiatrické péče z velkých institucí do oblasti komunitní (Hosák et al., 2015, s. 61).

### 3 VYBRANÁ PSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ

V roce 1948 bylo v USA poprvé zařazeno klasifikační schéma duševních nemocí do Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). V roce 1952 přijala Americká psychiatrická asociace první verzi Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-I). V roce 1980 vznikla klasifikace DSM-III, která měla přehledně vymezená kritéria. O pár let později byla zavedena WHO klasifikace MKN-11 (Hosák et al., 2015, s. 38).

*„V současnosti je platnou klasifikací duševních poruch V. kapitola Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. decenální revizi, platná od roku 1992. Kapitola je definována písmenem F, za kterým následují dvě číslice – první označuje širší diagnostickou kapitolu, druhá upřesňuje typ poruchy označené první číslicí“* (Hosák et al., 2015, s. 39-40).

#### 3.1 Agorafobie F40.0

Hippokrates popsal agorafobii jako strach z veřejného prostranství. Název vznikl ze starořeckého fobos = strach a agora = tržiště. Tato porucha je často pojena s panickou poruchou. Podle řady vědců panická porucha vzniká před propuknutím samotné agorafobie. Onemocnění se projevuje nevysvětlitelným strachem z veřejného prostranství, většího shluku lidí, z přeplněných obchodů, cestováním dopravními prostředky (vlak, auto apod.), z jízdy výtahem, z uzavřených prostor apod. Úzkost a strach se u jedinců zvětšuje, když si uvědomí, že útěk do bezpečí není možný tak rychle nebo že na sebe upoutají příliš velkou pozornost. Při této poruše je zcela běžné vyhýbavé chování. Pacienti svoje útočiště mají doma (ne vždy to platí) a při jakémkoliv větším vzdálení se, tak pocítují úzkost a strach. Lidé se zkušenostmi s duševním onemocněním v tento moment vždy předpokládají, že se jim stane něco hrozného, co nedokážou ovlivnit, na příklad, že omdlí, přestanou se ovládat, ztrápní se, zkolabují, dostanou infarkt. Situace může být tak vážná, že nebude pacient schopný opustit domov. V těchto případech je pro pacienty vhodné opouštět své domovy s doprovodem, kdy se může jednat o člena rodiny nebo blízkou osobu. Problém to ale ovšem řeší jen částečně. Agorafobie omezuje jedince v zaměstnání, osobním, intimním a sociálním životě.

Vznik agorafobie doposud dostatečně neznáme. V etiopatogenezi se přikláníme k názoru, že kombinace dědičné dispozice s vlivy učení v dětství hrají velký význam. Vlivem traumatické situace v dětství se dítě může stát zranitelnějším pro rozvoj této úzkosti. Znovuožívá o dospělých dětský strach být na veřejnosti sám. Porucha se objevuje obvykle

v pozdějším věku, ale může se klidně objevit i v průběhu života. Podle studií u 30 až 40 % pacientů příznaky úplně odezní, 50 % má dlouhodobé příznaky a u 10 až 20 % se stav udržuje po léta a následně vede k invaliditě. Medikamentózní léčba této poruchy je úspěšná u některých pacientů. Po vysazení se mohou objevit relapsy. Kladný vliv na onemocnění má psychoterapie (Praško, 2005, s. 254-262).

Mezi typické znaky agorafobie řadíme:

- Strach přetrvávat na místech, ze kterých není možné ihned uniknout v případě panického záchvatu nebo nauzey
- Opakované vyhýbavé chování
- Nauzea, úzkost až panický záchvat (Praško, 2005, s. 254)

Mezi vegetativní projevy řadíme:

- Tachykardie
- Palpitace
- Hyperventilace
- Xerostomie
- Perspirace (Dušek a Večeřová - Procházková, 2010, s. 243)

Mezi orgánové projevy řadíme:

- Tlak či svírání retrosternálně
- Pocit dušení
- Dyspepsie
- Návaly horka
- Tremor (Dušek a Večeřová - Procházková, 2010, s. 243)



### 3.2 Panická porucha F41.0

Už ve starém Řecku se psaly mytologie, které poukazovaly na význam strachu pro život člověka a jeho Božský původ. Panika se odvozuje od řeckého boha Pana, který byl ochránce lesů, pastvin, stád, pastýřů a lovců. Pan neměl klasický vzhled, jako nějaký honosný bůh, byl spíše z jedné poloviny bůh a z druhé zvíře. Pověst o něm vypráví, jako o jedinci, který pobýval v krajině a odpočíval u cest, po kterých kráčeli poutníci. Je známý svou náladovostí, právě proto vydával tak hlasitý a silný křik, až „tuhla krev v žilách“ a hrůzou „vstávaly vlasy na hlavě“, když byl probuzen poutníkem. Vlivem tolik velkého křiku, někteří cestovatelé hrůzou zemřeli. Právě proto je tak náhlý, nečekaný a ohromující úlek nazývaný panikou (Končelíková et al., 2016, s. 9).

Tento typ poruchy patří mezi nejčastější úzkostné poruchy. Vyskytuje se častěji u žen než u mužů. Pokud jedince prožije panickou atakou, nemusí to nutně znamenat diagnózu panické poruchy. V průběhu života panickou atakou zažije mnoho lidí, kteří žádnou psychickou poruchu nemají. Porucha vykazuje v průběhu života dvě období, kdy je její výskyt nejčastější. Poprvé se objevuje mezi 15. a 24. rokem a podruhé mezi 45. a 54. rokem. Ve vyšším věku se náchylnost snižuje. Vzácně se panická porucha může objevit i v dětském věku, ale častěji se objevuje až v období puberty. Mezi zvláštní skupiny pacientů, kteří mají diagnostikovanou panickou poruchu, mohou být těhotné ženy, veteráni a civilisté po traumatické události (Končelíková et al., 2016, s. 56, 61, 63).

Úzkostné poruchy se mohou objevovat i v podobě paniky, generalizované úzkosti nebo ve spojení s depresivním naladěním. Panická porucha (paroxysmální) se projevuje opakovanými silnými záchvaty, které vyúsťují v nezvladatelné úzkost (paniky). Panika se může objevovat náhle bez značné příčiny. Tělesné příznaky jsou totožné jako u agorafobie, ale mohou se objevit pocity depersonalizace a derealizace. Mezi další příznaky řadíme zpravidla silné obavy z mdlob, ztráty kontroly, infarktu zešílení, mrtvice a smrti. Panické ataky mají rychlý začátek a můžou trvat několik sekund nebo minut (výjimečně až dvě hodiny), poté odeznívají. Někteří pacienti mají anticipační úzkost (obava z nového záchvatu paniky), (Orel, 2020, s. 1012-1014). Hranice mezi normální a úzkostí je často nejasná a fenotypové a genetické hranice nejsou známy. Podle studie byla zjištěna dědičnost panické poruchy u dvojčat (Hosák et al., 2022, s. 62).

Nemocní lidé se postupně začnou vyhýbat situacím (vyhýbavé chování), ve kterých se dříve objevovaly záchvaty. Pacienti jsou schopni poznat, kdy záchvat začal a kdy skončil.

U některých pacientů se ataky vyskytují sezonně, např. na podzim. Většina pacientů u lékaře neuvádí úzkost, ale stěžují si na tělesné obtíže. Právě proto mnoho z nich hledá pomoc u kardiologů, internistů, endokrinologů, neurologů apod. Provedené vyšetření lékařem a následné odebrání krve neodhalí somatickou příčinu. Jsou posíláni k psychiatrům a psychologům, kde se jim dostane uklidnění a následné pomoci (Končelíková et al., 2016, s. 90, 93).

Panická porucha je úzce spjata se suicidalitou. Na zvýšené suicidalitě se podílí také agorafobie. Suicidiální pokusy se vyskytují u 24 % pacientů s agorafobií. K tomuto rozhodnutí samozřejmě přispívá komorbidní depresivní porucha, komorbidita s poruchami osobnosti, abúzus alkoholu, návykových látek a drog (Končelíková et al., 2016, s. 172).

### 3.3 Sociální fobie F40.1

Zmínky o chorobném strachu zaznamenáváme již ve starém Řecku za řeckého lékaře Hippokrata. V té době se s diagnózou sociální fobie nesetkáváme, ale Hippokrates tehdy popsal literární formu charakteristiky plachého člověka (Praško a Holubová, 2017, s. 17).

Jedná se o velmi časté duševní onemocnění, které je známé pod zkratkou SAD (social anxiety disorder). Pacienti se sociální fobii vědí, že jejich strach je neodůvodněný, přehnaný a nedůstojný, pravdou je, že tato skutečnost jim nepomáhá. Dále přichází strach z očekávání strachu (Praško a Holubová, 2017, s. 6).

Sociální fobii můžeme charakterizovat jako strach z pohledů jiných lidí v menších skupinkách a vyhýbání se pobytu ve společnosti. S poruchou se můžeme setkat v období dospívání, vyskytuje se jak u žen, tak i mužů. Jedincům může být nepříjemné na veřejnosti jíst, mluvit, setkávat se s lidmi opačného pohlaví, telefonovat. Lidé trpící sociální fobií mají strach ze zvracení, pomočení a z pokálení na veřejnosti. V důsledku těchto obav, přichází problém nízkého sebevědomí, pocity méněcennosti a strach z kritiky druhých lidí. Pocity méněcennosti se mohou týkat fyzického vzhledu, nedostatku vhodného chování ve společnosti, nadání apod. Jedinci zbytečně zveličují svůj defekt, pokud je ale u nich skutečný, domnívají se, že jsou pro okolí nápadní a následně se začnou zabývat neproduktivně svými domnělými nebo skutečnými nedostatky, z toho pak vyplývá syndrom poruchy sebehodnocení. Ve společnosti se pacienti setkávají se somatickými příznaky, jako jsou zarudnutí, třes, nauzea. Vyhýbají se situacím, které jim tyto potíže způsobují. Často

strach z lidí vede k izolaci. Pacienti se sociální fobii se mohou setkat s atakami úzkosti s vegetativním doprovodem (Končelíková et al., 2016, s. 244).

Úzkost nebo nepříjemné pocity z těchto situací může prožívat i zdravý jedinec. Duševně nemocný člověk se sociální fobii se těchto nepříjemných situací obává v extrémní míře dopředu s výskytem anticipační úzkosti. Lidé mívají často obavy z toho, že nedobrovolně řeknou nebo udělají něco, co podle jejich úsudku bude trapné. Z tohoto důvodu se snaží situacím zabránit. Vyhýbavé chování má na krátkou dobu pacientům přinést uklidnění a snížení stresu a úzkosti. Pokud se nezahájí včas léčba, může být dotyčný jedinec vyřazený z fungování v normálním životě. V tomto ohledu to má vliv na vzdělávání se, být úspěšným ve své kariéře, neschopnost navázat plnohodnotný partnerský vztah a celkově to má negativní dopad na kvalitu života. Mnoho duševně nemocných jedinců se za své potíže stydí a z toho důvodu je pro ně obtížné vyhledat odbornou pomoc. Pro mnohé nemocné znamená sociální fobie chronické, ekonomické a vztahové ztráty. Mezi přidružené psychické poruchy patří deprese, úzkostné poruchy, závislost na alkoholu a jiné. Dlouhodobé a trvalé následky onemocnění má v případě, pokud se včas neléčí (Praško a Holubová, 2017, s. 10-16).

Výskyt sociální fobie se objevuje nejčastěji v pozdním dětství nebo časně adolescence. Za průměrný věk považujeme 12 let. K léčbě se ale dostávají pacienti mezi 30. a 41. rokem. Většina duševně nemocných jedinců nevyhledává léčbu, pokud se nerozvine další porucha (Praško a Holubová, 2017, s. 33).

Sociální fobie se vyskytuje u lidí s nižší úrovní vzdělání, než na jaké mají inteligenční výbavu. Bývá to vysvětlováno vlivem poruchy na možnost zvládnout požadavky školy (ústní zkoušení, absolvování předmětů s požadavky, které vyžadují expozici, požadavky na přednášení apod.). Určitý vliv má sociální fobie i na partnerské vztahy, jedinci žijí daleko častěji bez partnera než zdraví jedinci. Dalším aspektem pro rozvoj sociální fobie patří absence blízkého vztahu u dospělých, vliv také má partnerský konflikt mezi rodiči, rodičova psychická porucha, stěhování v dětství, abúzus u dětí, útky z domova, špatné známky ve škole nebo šikana. Sociální fobie se vyskytuje i u profesionálních herců nebo zpěváků, kteří v důsledku úzkosti tíhnou k užívání alkoholu nebo betablokátorů (Praško a Holubová, 2017, s. 33-35).

Mezi další základní rysy sociální fobie patří:

- Strach z pohledů druhých lidí
- Strach z ocitnutí se v situacích, ve kterých se mohou objevit rozpaky až ponížení

- Strach z negativního hodnocení druhých
- Obava z toho, že se dotyčný zesměšní nebo znemožní
- Strach z nepřírozeného chování
- Strach říct si o něco, na co člověk má právo
- Strach říct ne
- Obava z toho, že by okolí mohlo poznat, že něco s dotyčným není v pořádku

(Praško a Holubová, 2017, s. 10).

### 3.4 Obsedantně-kompulzivní porucha F42

V 6. století jsou udány první zmínky o obsedantně kompulzivní poruše (OCD), které lze najít v díle svatého Jana Klimaka. Jde o soupis pravidel řeholního života. V soupisech je zmíněné nevyřčené myšlenky, které svým popisem odpovídají vtíravým a nechtěným obsedantním myšlenkám (Praško et al., 2019, s. 15).

*„Výchova k čistotě se považuje za prototyp zprostředkování vnitřních norem dítěti. Rozvoj nutkavých poruch byl v tomto smyslu v psychoanalytické teorii spojen s anální fází. V protikladu k úzkostným poruchám hraje ambivalence při vývoji nutkavých symptomů nepatrnou roli. V psychoanalytickém smyslu slouží nutkání k obraně před agresivními a sadistickými impulzy“* (Svoboda et al., 2012, s. 235).

Obsedantně kompulzivní poruchu můžeme definovat jako stav, kdy se v mysli nemocného jedince opakovaně objevují myšlenky, představy a popudy, které jsou mu značně nepříjemné a zapříčiňují mu úzkost, tíseň, znechucení bezmoc, a které považuje za protivolní, nesmyslné nebo přehnané. Zmíněné myšlenky jsou vyznačovány jako obsese. Jedinec vnímá myšlenky za vlastní a snaží se je vytěsnit, zbavit se jich nebo napravit. K tomuto úkonu mu slouží určité chování, při kterém používá stejný postup – úmyslné (volní) chování ji nazývané „rituál“ nebo „kompulze“ (Praško et al., 2019, s. 33).

Mezi základní příznaky typické pro OCD jsou obsese, kompulze, úzkost a vyhýbavé chování. Jedinci s OCD mají nenarušený pohled na realitu a velmi dobře s uvědomují přehnanost a nesmyslnost jejich myšlenek. Právě proto se OCD od psychózy velice liší. Obsese je vtíravá a opakující se myšlenka, která se znovu a znovu ve stereotypní formě vtírá do mysli jedince. Obsese jsou pro pacienty nepříjemné. Objevují se po spouštěcích podnětech, například po podání ruky, uzamčení bytu, pohledu na jiného člověka. Myšlenky mívají podobu obávaných, odpudivých, nemravných a absurdních myšlenek. Jedinec se myšlenkám brání a snaží se je překonat nebo se vyhnout situacím, které obsese spouštějí.

Kompulzemi jedinec překonává tyto stavy úzkosti, ale jen dočasně. Mezi kompulze (rituály) patří zejména mytí rukou, čištění věcí, ukládání věcí podle pořadí (barev), kontrola (světel, zámku, sporáku, vodovodní baterie). Někdy se u pacientů můžeme setkat s modlením, počítáním (mívají své oblíbená čísla), vytvářením kladných představ na ovlivnění těch špatných, opakovaně se ujišťují a provádějí mentální kontroly. Rituály si jsou vykonávané tak dlouho, dokud vtíravé obsese neustanou (Praško et al., 2019, s. 33-46).

OCD patří mezi čtvrtou nejčastější psychickou poruchu, která často nebývá diagnostikována. Nemocní se za své příznaky stydí a bojí se o nich mluvit. Suicidiální chování u pacientů s OCD není časté (Praško et al., 2019, 87, 298).

### 3.5 Léčba – psychoterapeutická, biologická

*„Psychoterapie v užším slova smyslu představuje záměrné a cílevědomé působení psychoterapeuta na pacienta“ (Dušek a Večeřová - Procházková, 2015, s. 1520).*

Psychoterapeuti se zabývají otázkami smyslu života. Pomáhají jedincům vypořádat se s problémy v oblasti života, najít sebe na základě pravdivějšího sebepoznání a seberealizovat se. Psychoterapii rozdělujeme na direktivní a nedirektivní. Pod pojmem direktivní si můžeme představit přímé usměrňování jedince, jeho chování, postojů i myšlení, terapeut je tedy v tomhle smyslu brán jako odborník, expert. Nedirektivní psychoterapie je chápána tak, že terapeut působí jen vzdáleně jako usměrňující činitel. Terapeut se vyhýbá udělování rad a doporučení jedinci, je spíše chápán jako jeho průvodce, který spolupracuje s klientem na jeho zakázce (Dušek a Večeřová - Procházková, 2015, s. 1520).

Kognitivně behaviorální psychoterapie (KBT) vlastní kombinaci metod behaviorismu a metod kognitivní psychoterapie. *„Teorie terapie vychází z teorie učení a pracuje s pojmy podmíněný reflex, klasické podmiňování (pozitivní versus negativní zpevňování, trest versus chybění odměny) a s dvoufaktorovým modelem strachu“ (Dušek a Večeřová - Procházková, 2015, s. 1570).* Terapie se indikuje v léčbě úzkostných poruch, deprese, poruch osobnosti, psychotických poruch, také v případě manželských a sexuálních problémů, u poruch příjmu potravy, závislosti. U nemotivovaných jedinců s těžkou poruchou osobnosti, s častými recidivami závislosti a akutně probíhající atakou duševní poruchy, se terapie neprovádí.

Mezi využívané terapie můžeme zařadit i relaxační techniky. Navození relaxace je jedním ze základních prostředků psychoterapie. Léčba spočívá v propojení a vzájemného ovlivnění svalového i psychického napětí a funkce vegetativního systému. Tato technika se provádí

pod vedením specializované sestry, technikou autogenního tréninku. Cílem metody je nejen zklidnění, ale v konečném důsledku také osvěžení a povzbuzení organismu. Oblíbenou technikou, která se v praxi uplatňuje, tak je meditace (Dušek a Večeřová - Procházková, 2015, s. 1642, s. 1651).

Psychofarmakologie spadá pod biologickou léčbu. Psychofarmaka značně ovlivňují psychické potíže.

Dělení psychofarmak a jejich indikace:

Dělení léčiv	Použití
Anxiolytika	Potlačující úzkost
Psychostimulancia	Zvyšují nebo upravují vigilitu vědomí
Antidepresiva	Působí na pokleslou náladu
Dysforika	Ovlivňuje zlepšení nálady
Tymoprofylaktika	Stabilizátory nálady
Antiepileptika	Pozitivně ovlivňují výkyvy nálad u nemocných s epilepsií
Antipsychotika	Potlačovat psychotické symptom
Nootropika	Ovlivňují poruchy vědomí, poruchy paměti a učení
Antioxidancia	Chrání buňku před oxidačním stresem

Tabulka 1 Dělení léčiv a jejich použití (Svoboda et al., 2012, s. 57-69).

Mezi další biologickou léčbu řadíme elektrokonvulzivní léčbu (EKT), která spočívá ve vyvolání epileptického záchvatu, který následně vede ke změně permeability a ke změně koncentrací základních neurotransmiterů. Technika se provádí v celkové anestezii, při které se pacientovi aplikuje myorelaxancium, které zabrání tonicko-klonickým křečím. Jedná se o velmi šetrnou metodu, kterou pacienti podstupují zpravidla 2-3krát týdně. Při urychlení nástupu účinku antidepresiv a posílení jejich antidepresivních účinků se využívá léčba světlem (fototerapie) a spánková deprivace (Svoboda et al., 2012, s. 72-73).

#### 4 ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část seznámila čtenáře se stručnou historií psychiatrie. Přinesla informace týkající se základní problematiky duševních nemocí, jejich projevů a léčby. U vybraných nemocí jsou detailněji uvedeny jejich projevy a následná léčba pacientů.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 5 METODIKA VÝZKUMU

Vzhledem k povaze zkoumané problematiky byl zvolen kvalitativní výzkum. Byl realizován formou rozhovorů s participantkami. Polostrukturované rozhovory byly řízeny otevřenými otázkami, které byly dopředu sepsané a konzultované s vedoucím bakalářské práce.

Olecká a Ivanová (2010, s. 6) ve své knize uvádí: *„Metodikou se rozumí teoreticko - praktické schéma určující postup provádění odborné činnosti. Vychází z vědeckého poznávání a empatie, přesně vymezuje jednotlivé postupy pro výkon dané činnosti. Je to nauka o jedné metodě nebo jednom postupu. Zahrnuje výběr metod, technik a výzkumného vzorku.“* Metodologie výzkumu představuje systematický návod, jak dosáhnout cíle daného zkoumání. Jedná se o ucelený plán, který určuje, jakým způsobem budeme sbírat a analyzovat data, jak budeme interpretovat výsledky a jak zajistíme věrohodnost celého procesu (Vévodová a Ivanová, 2015).

Pro výzkumnou část bakalářské práce jsme zvolili strategii založenou na kvalitativním výzkumu. Straus a Corbin uvádí ve své publikaci: *„Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace“* (Straus a Corbin, 1999, s. 10).

*„Předmětem kvalitativní metodologie je studium běžného každodenního života lidí v jejich přirozených podmínkách. Výsledky kvalitativního výzkumu se nezískávají prostřednictvím porozumění zkoumaného problému. Výsledkem nejsou objektivně zobecnitelná data, ale subjektivní významy, které přikládají sociální skutečnost samotní aktéři“* (Hendl, 2005, s. 130).

*„Kvalitativní výzkum se většinou odehrává v prostředí, v němž se zkoumané fenomény reálně vyskytují. Zároveň v kvalitativním výzkumu vždy platí, že míra důvěry a otevřenosti zkoumaných aktérů vůči výzkumníkovi velmi ovlivňuje kvalitu získaných dat“* (Švaříček et al., 2007, s. 76). Z toho vyplývá, že je nutné se zamyslet, jakým způsobem je veden celý rozhovor pro získání dat pro výzkum.

*„Správně směřované výzkumné otázky vedou k naplňování výzkumného cíle a validitě. Validita (pravdivost) je požadavek relevance mezi předem stanoveným cílem výzkumu a skutečně dosaženými výsledky“* (Olecká a Ivanová, 2010, s. 15).

Zakotvená teorie se skládá ze tří základních elementů, konceptu a propozice.

Koncept neboli teoretické pojmy, jsou základem pro analýzu, jelikož se teorie nenavrhuje přímo z dat, ale za pomoci konceptu dat, vzhledem k tvrzení Straus a Corbin: *„Teorie se nemohou vytvářet přímo z aktuálních událostí nebo aktivit, z nezpracovaných dat, získaných pozorováním. Události a jevy se považují za indikátory jevů, jimž se dává konceptuální označení. Jestliže informátor řekne výzkumníkovi? „Každé ráno si své aktivity organizuji, mezi holením a mytím si odpočinu,“ pak výzkumník této činnosti může přiřadit označení uspořádávání. Když se výzkumník setká s dalšími událostmi, které se po srovnání ukazují být podobné té první, pak jí dá také označení uspořádání. Pouze porovnáním událostí a pojmenováním podobných událostí stejným označením výzkumník může shromážďovat základní jednotky teorie“* (Straus a Corbin, 1999, s. 7).

V pořadí druhým prvkem zakotvené teorie jsou kategorie, které jsou definovány dle Straus a Corbin takhle: *„Kategorie jsou na vyšší a abstraktnější úrovni než koncepty. Jsou generovány stejným analytickým procesem porovnávání, aby se ukázaly podobnosti a rozdíly. Kategorie představují „základní kameny“ vznikající teorie. Jsou prostředkem, pomocí něhož se může teorie integrovat. Můžeme ukázat, jak seskupování konceptů vytváří kategorie, tím, že budeme pokračovat v našem příkladu. Kromě konceptu uspořádání může analytik generovat koncept sebeošetřování, odpočinek a určovací diety. Při kódování analytik postřehne, že jsou tyto aktivity zaměřené k podobnému procesu: udržování nemoci pod kontrolou. Mohou se tedy seskupit pod abstraktnější název – kategorie vlastní strategie pro zvládnutí nemoci“* (Straus a Corbin, 1999, s. 7).

Posledním článkem zakotvené teorie je propozice, které spojují v obecné rovině vztahy mezi kategorií, koncepty a kategoriemi. Dříve se tomuto článku teorie říkalo hypotéza. Časem se dospělo k tomu, že propozice je vhodnější nástroj.

Doslovné přepisy rozhovorů jsou v příloze této bakalářské práce.

## 5.1 Výzkumný cíl

Švaříček a kolektiv ve své publikaci trefně přirovnávají cíl výzkumu a výzkumné otázky ke kompasu. Tento nástroj nám slouží jako nezbytný průvodce na cestě k poznání, ať už se vydáváme do neprobádaných oblastí nebo se vracíme k prozkoumávání známých témat (Švaříček a kol., 2007).

Bakalářská práce je zaměřena na zjištění vlivu lékařských postupů na psychiatricky nemocné pacienty s neurotickými poruchami v závislosti úspěšnosti léčby a omezení recidivy nemoci.

Další zkoumanou problematikou je schopnost psychicky nemocných pacientů s úzkostnými poruchami se začlenit do běžného pracovního procesu v návaznosti na dané onemocnění pacientů a jejich úspěšné léčbě pohledem všeobecných ošetřovatelů.

## 5.2 Výzkumný soubor

Výzkum byl realizován s participantkami ve věku 34 let do 61 let. Výzkumu se zúčastnili čtyři participantky z psychiatrického oddělení ve Fakultní nemocnici v Brně. Jednalo se o ženy. Rozhovory probíhaly v anonymitě, proto zde neuvádíme jména participantek.

První rozhovor proběhl se sestrou č. 1, která je ve věku 44 let, má ukončené středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou. Jedná se o všeobecnou sestru s třináctiletou praxí na psychiatrickém oddělení.

Další rozhovor byl uskutečněný se sestrou č. 2, která je ve věku 52 let, má ukončené středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou v oboru všeobecná sestra. Na psychiatrickém oddělení má devatenáctiletou praxi.

Třetí rozhovor proběhl se sestrou č. 3, které je 61 let s ukončeným středoškolským vzděláním s maturitní zkouškou oboru všeobecná sestra a s jedenáctiletou praxí na psychiatrickém oddělení.

Poslední rozhovor byl veden se sestrou č. 4, ve věku 34 let. Jedná se o všeobecnou sestru, která má vystudované vysokoškolské vzdělání s titulem bakalář a se sedmi letou praxí na psychiatrickém oddělení.

## 5.3 Sběr dat

Osobní rozhovory byly zvoleny z toho důvodu, aby důvěryhodně korespondovaly s přirozeností participantů. Rozhovory se zaznamenávaly na diktafon v mobilním telefonu. Osobní dotazování trvalo 35 až 70 minut, v závislosti na ochotě participanta se k jednotlivým otázkám vyjadřovat, nebo vlivem okolností, kdy jsme museli rozhovory přerušit.

Sběr výzkumných dat probíhal formou rozhovoru s použitím otevřených otázek. Rozhovory se uskutečnily na psychiatrickém oddělení po předchozí domluvě s vrchní sestrou a se souhlasem participantů.

## 5.4 Okruhy otázek

„Správně směřované výzkumné otázky vedou k naplňování výzkumného cíle a validitě. Validita (pravdivost) je požadavek relevance mezi předem stanoveným cílem výzkumu a skutečně dosaženými výsledky“ (Olecká a Ivanová, 2010, s. 15).

Při rozhovorech byly proto položeny následující otázky:

### 1) Rodina, vztahy:

Do jaké míry podle Vás výchova a sociální prostředí ovlivňuje rozvoj duševní nemoci?

Jak ovlivňuje duševní onemocnění a medikace sexuální život pacientů?

Jaký má podle Vás duševní onemocnění dopad na rodinné vztahy pacientů?

Jaká rizika mohou vzniknout u pacientek po porodu?

### 2) Pracovní poměr:

Jaký dopad má duševní onemocnění na zaměstnatelnost lidí s duševním onemocněním?

Je podle Vás invalidizace lidí s duševním onemocněním řešením jejich situace na trhu práce?

Setkávají se podle Vás lidé s duševním onemocněním se stigmatizací na pracovišti ze strany zaměstnavatele nebo kolegů?

Je podle Vás, v rámci uplatnitelnosti lidí s duševním onemocněním na trhu práce, dostatek chráněných pracovních míst?

### 3) Onemocnění, léčba:

Jaká jsou nejčastější přidružená psychiatrická onemocnění u těchto specifických nemocí (vyjmenujte je)?

Jaké jsou nejčastější příčiny recidivy nemoci u pacientů dodržujících léčbu?

Jaké jsou nejčastější důvody odmítání medikace pacientů?

Za jakých podmínek by bylo možné onemocnění zvládnout bez medikace?

Jakou terapii vnímají pacienti za nejúčinnější?

Jak podle Vás vnímají pacienti svou první hospitalizaci v psychiatrickém zařízení od těch, kteří v tomto zařízení jsou opakovaně?

### 4) Ostatní:

Jaké jsou nejčastější závislostní poruchy u lidí s duševním onemocněním?

Jak si vysvětlujete nárůst lidí s duševním onemocněním v současné populaci?

Jak pohlaví a úroveň dosaženého vzdělání může ovlivnit recidivu nemoci psychiatricky nemocných pacientů?

## 6 ZAKOTVENÁ TEORIE

### 6.1 Úvod

Pro výsledky kvalitativní analýzy dat ze čtyř rozhovorů se sestrami, které se zabývají problematikou duševního zdraví. Byla použita metoda zakotvené teorie pro otevřené kódování a analýzu dat, s cílem vytvořit ucelenou teorii o zkušenostech lidí s duševním onemocněním a roli sester v jejich péči.

### 6.2 Analýza dat

Pro analýzu dat byly použity procesy pro kódování a kategorizaci dat, s využitím principů zakotvené teorie. Data byla získána ze strukturovaných rozhovorů se zdravotními sestrami.

### 6.3 Klíčové kategorie a vazby mezi nimi

- Duševní onemocnění: Skrytá hrozba ovlivňující všechny aspekty života.
- Stigma a diskriminace: Bariéry bránící přístupu k péči a začlenění do společnosti.
- Hledání naděje a uzdravení: Cesta plná výzev a překážek.
- Odolnost a síla: Schopnost překonávat těžkosti a nacházet smysl v životě.
- Podpora a pochopení: Klíčové faktory pro zvládnání duševního onemocnění.

Duševní onemocnění ovlivňuje myšlenky, emoce a chování, čímž narušuje běžný život. Stigma a diskriminace vedou k izolaci, nízkému sebevědomí a zhoršují příznaky. Hledání naděje a uzdravení zahrnuje léčbu, terapii a podporu od blízkých. Odolnost a síla pomáhají lidem s duševním onemocněním překonávat překážky a žít smysluplný život. Podpora a pochopení ze strany rodiny, přátel a společnosti jsou nezbytné pro zvládnání duševního onemocnění.

### 6.4 Výsledky kódování

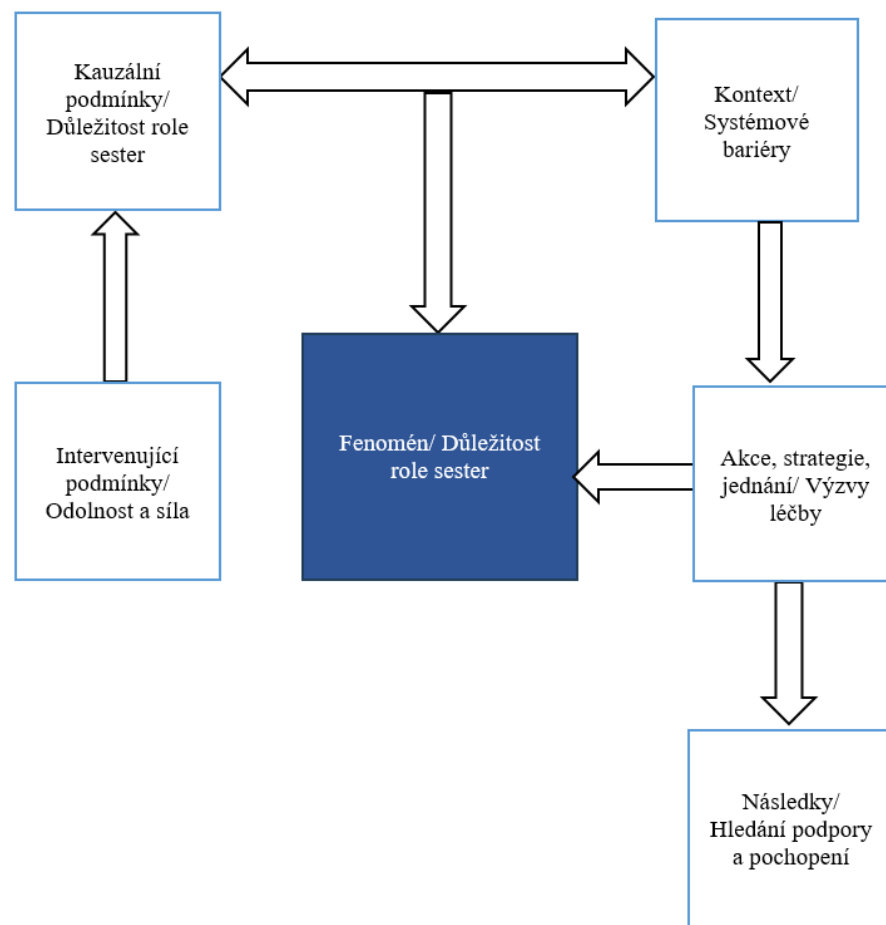
Analýza dat vedla k identifikaci šesti klíčových kategorií, které tvoří jádro zakotvené teorie:

- **Stigmatizace a diskriminace:** Z rozhovorů jasně vyplývá, že lidé s duševním onemocněním čelí stigmatu a diskriminaci ze strany společnosti, rodiny a dokonce i v pracovním prostředí. To vede k izolaci, nízkému sebevědomí a zhoršuje příznaky onemocnění.

- **Hledání podpory a pochopení:** Kategorie vystupující z rozhovorů potvrzuje, že lidé s duševním onemocněním potřebují podporu a pochopení ze strany blízkých, profesionálů a společnosti. Tato podpora je klíčová pro jejich zotavení a integraci do společnosti.
- **Výzvy léčby:** Z rozhovorů v oblasti léčby jasně potvrzuje, že léčba duševního onemocnění je komplexní a individuální proces, který zahrnuje medikaci, psychoterapii a další intervence. Lidé s duševním onemocněním se mohou potýkat s vedlejšími účinky léků, recidivou a dalšími překážkami, což ukazuje na důležitost vhodné volby medikace lékařem.
- **Důležitost role sester:** Participantky se shodují, že v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním hrají sestry klíčovou roli. Poskytují podporu, edukaci a koordinaci péče.
- **Odolnost a síla:** Participantky potvrzují důležitost práce na silných stránkách pacientů a jejich resilienci. Jen tak lidé s duševním onemocněním naleznou velkou sílu v boji se svými problémy a dokáží se vyrovnat s těžkostmi a najít smysl v životě.
- **Systémové bariéry:** V této zkoumané oblasti se objevuje výrazný fenomén diskriminace a stigma duševně nemocných. Systémové bariéry, jako je nedostatek dostupné péče, diskriminační politiky a finanční překážky, které ztěžují lidem s duševním onemocněním přístup k potřebné péči a podpoře.

Výstupem axiálního kódování je paradigmatický model (Corbin, Strauss, 1999, s. 70).

Prvek	Popis
Fenomén/ Důležitost role sester	Ústřední myšlenka, spojující všechny kategorie
Kontext/ Systémové bariéry	Konkrétní soubor podmínek, za nichž jsou uplatňovány strategie a jednání
Kauzální podmínky/ Stigmatizace a diskriminace	Události vedoucí k vývoji nebo vzniku nějakého jevu
Intervenující podmínky/ Odolnost a síla	Podmínky související se strategiemi jednání, náleží jevu, aplikace do praxe
Akce, strategie jednání/ Výzvy léčby	Strategie vyvinuté k vykonávání na jev
Následky/ Hledání podpory a pochopení	Výsledky jednání



*Schéma 1: Paradigmatický model (vlastní zpracování)*

## 6.5 Poznámky k analýze

Tato analýza představuje pouze úvodní krok v komplexním procesu zkoumání problematiky duševního zdraví. Pro hlubší pochopení je nutné další sběr dat a analýzy z různých perspektiv. Výsledky této studie by mohly být využity pro informování praxe, vzdělávání a výzkumu v oblasti duševního zdraví.

## 6.6 Nápravná opatření plynoucí z teorie

- Investovat do dostupné a kvalitní péče o duševní zdraví.
- Zvyšovat povědomí o duševním zdraví a bojovat proti stigmatu.
- Poskytovat podporu a vzdělání rodinám a blízkým, lidí s duševním onemocněním.
- Rozvíjet programy zaměřené na prevenci duševních onemocnění.
- Podporovat výzkumy v oblasti duševního zdraví a implementaci jejich poznatků do praxe.

## 6.7 Závěr

Zakotvená teorie vytvořená na základě rozhovorů se sestrami č. 1, č. 2, č. 3 a č. 4 nám umožňuje komplexně porozumět problematice duševního zdraví. Teorie zdůrazňuje skryté dopady duševních onemocnění, negativní vliv stigmatu a důležitost podpory pro zvládání a uzdravování. Tyto poznatky můžeme využít pro zlepšení života lidí s duševním onemocněním a pro budování inkluzivnější a chápavější společnosti. Teorie dále poukazuje na klíčovou roli sester v péči o tyto pacienty a na nutnost systémových změn pro zlepšení dostupnosti a kvality péče o duševní zdraví.



## 7 DISKUSE

Hlavním cílem výzkumu bylo zjištění, jak nemoc může ovlivnit kvalitu života lidí s psychiatrickým onemocněním. Dále jaké je uplatnění psychiatricky nemocných pacientů na trhu práce, kdy je podle zjištění nedostatečná kapacita chráněných pracovních míst. V dnešní době lidí s psychickými problémy přibývá mnohem častěji, než tomu bylo dříve. V bakalářské práci uvádíme, jaké jsou nejčastější příčiny recidivy nemoci u pacientů, kteří dodržují léčbu, případně jaký dopad má na pacienta zvolená léčba. Mezi nejčastější příčiny participantky uváděly jako spouštěč zátěžové situace, mezi které patří například úmrtí v rodině, partnerská problematika, rozvody a alkohol. Ke zjištění výsledků v bakalářské práci byl použit design kvalitativního výzkumu ve formě rozhovoru s participantkami, které pracují na psychiatrickém oddělení ve Fakultní nemocnici Brno. Otázky byly především zaměřovány na důležité oblasti života nemocných v souvislosti s potřebnou psychiatrickou péčí, léčbou, podporou rodiny, inkluzi do společnosti a pracovního procesu.

Všechny participantky se shodly na tom, že rodina má zásadní vliv na vývoj nemoci u pacientů, dále pak sociální prostředí. Velký a značný vliv na zhoršení psychiky u psychiatricky nemocných pacientů má stigmatizace v zaměstnání. Z výzkumů bylo zjištěno, že mnoho neurotických pacientů má problém s docházkou do zaměstnání a proto si tito lidé velice často žádají o invalidní důchod. Někteří tito jedinci toho zneužívají, i když by byli schopni fungovat na úrovni běžného zaměstnance. Ke zlepšení stavu pacienta jim může značně pomoci kognitivně behaviorální terapie a psychoterapie.

## ZÁVĚR

Z výzkumu se dají vyvodit závěry, že pro psychiatricky nemocné pacienty je pro jejich úspěšnou léčbu zásadní rodinné zázemí. Proto když jsou problematické vztahy v rodině tak se léčba pacienta z takového prostředí komplikuje, protože nenalézá podporu a možnost si otevřeně promluvit o svých pocitech a problémech. Podtrhnout význam a specifika léčby úzkostných poruch považujeme za klíčové.

V ohledu na pracovní proces je hlavním faktorem to, jak vyšel zaměstnavatel vstříc zaměstnanci s duševní poruchou, například ohledně pracovní doby. Pokud není nemoc příliš rozvinutá, tak zaměstnání je snazší, než když je nemoc v pokročilé fázi. V takovém případě se stává, že takový pacient není schopen zaměstnání a má zajištěn invalidní důchod. Bohužel se stává i to, že někteří pacienti i když jsou schopni práce, tak raději volí cestu invalidního důchodu a nezaměstnanosti. V pohledu na invalidizaci pacientů s duševní nemocí je největší problém odhalit nemoc v počátku a začít to řešit a dodržovat léčbu, pak mohou lidé s psychickými problémy buď úplně bez problémů, nebo s nějakými úlevami pracovat.

Při získání invalidního důchodu si ale pacienti s duševní nemocí nesou s sebou určité stigma. Z rozhovorů bylo rozklíčováno, že úplný invalidní důchod může být spíše znevýhodňující, pokud je uznán u mladých lidí, protože pak ztrácí zájem o zapojení do pracovního procesu a kolektivu lidí.

Problematika recidivy u psychiatrických pacientů s úzkostnými poruchami je hlavně ve stresových situacích a na tom, jak tyto pacienti dokáží tyto situace zvládat. To je příčinou, že pacienti přestávají dodržovat léčbu nebo sáhnou po užívání alkoholu či drog.

Nejefektivnější léčebnou metodu nejde zvolit, jelikož léčba psychicky nemocného pacienta je velice individuální. Ale z výzkumu bylo zjištěno, že dobré výsledky má kognitivně behaviorální terapie nebo psychoterapie.

Do problematiky léčby psychiatrických pacientů s úzkostnými poruchami se tato práce zabírala pohledem nelékařského zdravotního pracovníka, avšak pro nastínění problematiky a zajištění cílů stanovených ze zadání bylo splněno. Ovšem je zde prostor pro další výzkumnou činnost možná i se zaměřením na pacienty a na jejich osobní zkušenosti. Pohled ze strany ošetřující zdravotní sestry z psychiatrického oddělení je důležitý, zajímavý a stálo by za úvahu podrobit výzkumu větší množství participantů i z jiných nemocnic a následně komparovat výsledky výzkumu.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
- DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepra. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HOSÁK, Ladislav; MALEKIRAD, Mohammad a LÁTALOVÁ, Klára. *The etiology of mental disorders: concise, clear and synoptical*. Prague: Karolinum, 2022. ISBN 978-80-246-5147-7.
- HOSÁK, Ladislav.; HRDLIČKA, Michal. a LIBIGER, Jan. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
- KONČELÍKOVÁ, Dana; LÁTALOVÁ Klára. a PRAŠKO Ján. *Panická porucha*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5218-1.
- MALÁ, Eva a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.
- OLECKÁ, Iveta a IVANOVÁ, Kateřina. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-35-5.
- ONDŘIOVÁ, Iveta. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-1696-6.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. 3. aktu. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2529-6.
- PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PRAŠKO, Ján a HOLUBOVÁ Michaela. *Sociální fobie a její léčba*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5841-1.
- PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.

PRAŠKO, Ján.; GRAMBAL, Aleš.; ŠLEPECKÝ, Miloš a VYSKOČILOVÁ, Jana. *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0495-6.

RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-1985-9.

SVOBODA, Mojmír.; ČEŠKOVÁ, Eva a KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0216-5.

STRAUSS, Anselm L. a CORBIN, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. SCAN. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVARŤÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÉVODOVÁ, Šárka. a IVANOVÁ, Kateřina. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4770-4.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

A	Autor
ČR	Česká republika
EKG	Elektrogardiogram
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MMSE	Mini Mental State Examination
MR	Magnetická rezonance
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
OCD	Obsedantně kompulzivní porucha
PET	Pozitronová emisní tomografie

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Dělení léčiv a jejich použití (Svoboda, Češková a Kučerová, 2012, s. 57-69). .30

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Kódování rozhovorů

# PŘÍLOHA P I: KODOVÁNÍ ROZHOVORŮ

## Kódování rozhovoru se sestrou Č. 1

### Témata:

- **Rodina, vztahy:**
  - Výchova a sociální prostředí (velký vliv, porucha osobnosti, rodinné prostředí)
  - Vliv na sexuální život (negativní, medikace, důležitá je léčba)
  - Dopad na rodinné vztahy (závažný, podpora a pochopení, diagnóza)
  - Rizika po porodu (laktální psychóza, poporodní deprese, porucha přizpůsobení)
- **Pracovní poměr:**
  - Dopad na zaměstnatelnost (třetina se uzdraví, třetina se vrátí, třetina zchronifikuje)
  - Invalidizace (řešení i likvidace, důležitá je diagnostika)
  - Stigmatizace na pracovišti (méně časté, ale stále existuje)
  - Dostatek chráněných pracovních míst (nedostatek)
- **Onemocnění, léčba:**
  - Nejčastější přidružená psychiatrická onemocnění (úzkostná porucha, obsedantně kompulzivní porucha)
  - Příčiny recidivy (zátěžové situace, počasí, partneři, alkohol, zvyky)
  - Důvody odmítání medikace (nepotřebnost, pocit zlepšení, závislost)
  - Podmínky pro zvládnutí bez medikace (psychoterapie)
  - Nejúčinnější terapie (individuální, KBT)
  - Vnímání první hospitalizace (strach, koketérie, hospitalismus)
- **Ostatní:**
  - Nejčastější závislostní poruchy (alkohol, léky, marihuana, cigarety)
  - Nárůst duševních onemocnění (uspěchaná doba, bez hranic, chudé prostředí)
  - Vliv pohlaví a vzdělání na recidivu (neprokázáno)

### Kódy:

- **Vliv faktorů:** Výchova, sociální prostředí, duševní onemocnění, medikace, stres, zaměstnání, stigma, rodina, závislost, hormony
- **Dopady:** Sexuální život, rodinné vztahy, zaměstnatelnost, recidiva, vnímání hospitalizace
- **Řešení:** Léčba, terapie, chráněná práce, podpora rodiny
- **Bariéry:** Odmítání medikace, nedostatek chráněných pracovních míst
- **Trendy:** Nárůst duševních onemocnění
- **Perspektivy:** Pacienti, zaměstnavatelé, rodina, společnost



## Kódování rozhovoru se sestrou Č. 2

### Témata:

- **Rodina, vztahy:**
  - Vliv výchovy a sociálního prostředí na rozvoj duševní nemoci
  - Dopad duševního onemocnění a medikace na sexuální život pacientů
  - Vliv duševního onemocnění na rodinné vztahy pacientů
  - Rizika pro pacientky po porodu
- **Pracovní poměr:**
  - Dopad duševního onemocnění na zaměstnatelnost
  - Invalidizace jako řešení situace na trhu práce
  - Stigmatizace na pracovišti
  - Dostatek chráněných pracovních míst
- **Onemocnění, léčba:**
  - Nejčastější přidružená psychiatrická onemocnění
  - Příčiny recidivy u pacientů dodržujících léčbu
  - Důvody odmítání medikace
  - Podmínky pro zvládnutí nemoci bez medikace
  - Nejúčinnější vnímaná terapie
  - Vnímání první hospitalizace
- **Ostatní:**
  - Nejčastější závislostní poruchy
  - Důvody nadužívání léků

### Kódy:

- **Vliv faktorů:** Výchova, sociální prostředí, duševní onemocnění, medikace, stres, zaměstnání, stigma, rodina, závislost, hormony
- **Dopady:** Sexuální život, rodinné vztahy, zaměstnatelnost, recidiva, vnímání hospitalizace
- **Řešení:** Léčba, terapie, chráněná práce, podpora rodiny
- **Bariéry:** Odmítání medikace, nedostatek chráněných pracovních míst
- **Trendy:** Nárůst duševních onemocnění
- **Perspektivy:** Pacienti, zaměstnavatelé, rodina, společnost

# Kódování rozhovoru se sestrou Č. 3

## Témata:

- **Rodina, vztahy:**
  - Vliv výchovy a sociálního prostředí na rozvoj duševní nemoci
  - Dopad duševního onemocnění a medikace na sexuální život pacientů
  - Vliv duševního onemocnění na rodinné vztahy pacientů
  - Rizika pro pacientky po porodu
- **Pracovní poměr:**
  - Dopad duševního onemocnění na zaměstnatelnost
  - Invalidizace jako řešení situace na trhu práce
  - Stigmatizace na pracovišti
  - Dostatek chráněných pracovních míst
- **Onemocnění, léčba:**
  - Nejčastější přidružená psychiatrická onemocnění
  - Příčiny recidivy u pacientů dodržujících léčbu
  - Důvody odmítání medikace
  - Podmínky pro zvládnutí nemoci bez medikace
  - Nejúčinnější vnímaná terapie

## Kódy:

- **Vliv faktorů:** Výchova, sociální prostředí, duševní onemocnění, medikace, stres, zaměstnání, stigma, rodina, závislost
- **Dopady:** Sexuální život, rodinné vztahy, zaměstnatelnost, recidiva, vnímání hospitalizace
- **Řešení:** Léčba, terapie, chráněná práce, podpora rodiny
- **Bariéry:** Odmítání medikace, nedostatek chráněných pracovních míst
- **Trendy:** Nárůst duševních onemocnění
- **Perspektivy:** Pacienti, zaměstnavatelé, rodina, společnost

# Kódování rozhovoru se sestrou Č. 4

## Témata:

- **Rodina, vztahy:**
  - Vliv výchovy a sociálního prostředí na rozvoj duševní nemoci
  - Dopad duševního onemocnění a medikace na sexuální život pacientů
  - Vliv duševního onemocnění na rodinné vztahy pacientů
  - Rizika pro pacientky po porodu
- **Pracovní poměr:**
  - Dopad duševního onemocnění na zaměstnatelnost
  - Invalidizace jako řešení situace na trhu práce
  - Stigmatizace na pracovišti
  - Dostatek chráněných pracovních míst
- **Onemocnění, léčba:**
  - Nejčastější přidružená psychiatrická onemocnění
  - Příčiny recidivy u pacientů dodržujících léčbu
  - Důvody odmítání medikace
  - Podmínky pro zvládnutí nemoci bez medikace
  - Nejúčinnější vnímaná terapie
  - Vnímání první hospitalizace
- **Ostatní:**
  - Nejčastější závislostní poruchy
  - Nárůst lidí s duševním onemocněním v populaci
  - Vliv pohlaví a vzdělání na recidivu

## Kódy:

- **Vliv faktorů:** Výchova, sociální prostředí, duševní onemocnění, medikace, stres, zaměstnání, stigma, rodina, závislost, pohlaví, vzdělání
- **Dopady:** Sexuální život, rodinné vztahy, zaměstnatelnost, recidiva, vnímání hospitalizace
- **Řešení:** Léčba, terapie, chráněná práce, podpora rodiny
- **Bariéry:** Odmítání medikace, nedostatek chráněných pracovních míst
- **Trendy:** Nárůst duševních onemocnění
- **Perspektivy:** Pacienti, zaměstnavatelé, rodina, společnost