

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Bc. Anna Bártková

Ošetřovatelská péče u pacientů s duální diagnózou

Nursing Care of Patients with Dual Diagnosis

Bakalářská práce

Praha, 2022

Autor práce: Bc. Anna Bártková

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: **MUDr. Jakub Minařík**

Pracoviště vedoucího práce: **Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty
a Všeobecné fakultní nemocnice**

Předpokládaný termín obhajoby: Červen 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 20. května 2022

Anna Bártková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Jakobovi Minaříkovi za vedení a cenné rady při zpracovávání práce. Díky patří také všem mým blízkým za podporu a rady během psaní práce, a na závěr děkuji zdravotnickým zařízením a všeobecným sestřám, které se do výzkumu zapojily.

Obsah

1	Úvod.....	7
2	Sestra v psychiatrické péči.....	8
2.1	Vzdělávání sester.....	8
2.2	Kompetence sester.....	9
2.2.1	Legislativní vymezení.....	9
2.2.2	Kompetence sestry na psychiatrii.....	10
2.2.3	Vykazování zdravotnických výkonů.....	13
3	Ošetrovatelská péče v psychiatrii.....	14
3.1	Specifika práce sestry na psychiatrii.....	14
3.2	Přístup k psychiatrickým pacientům.....	15
3.3	Ošetrovatelský proces v psychiatrii.....	16
3.3.1	Anamnéza a ošetrovatelská diagnóza.....	16
3.3.2	Plánování péče.....	17
3.3.3	Ošetrovatelské intervence.....	17
3.3.4	Hodnocení efektivity ošetrovatelské péče.....	17
3.4	Ošetrovatelská vyšetření v psychiatrii.....	18
3.4.1	Posuzování stavu pacienta.....	18
3.4.2	Zdroje informací.....	18
3.4.3	Rozhovor.....	18
3.4.4	Pozorování.....	19
3.4.5	Ošetrovatelská anamnéza.....	19
3.4.6	Hodnotící škály.....	19
3.5	Specifika podávání léků na psychiatrii.....	20
4	Duální diagnózy.....	22
4.1	Psychopatologie.....	22
4.2	Etiologie.....	24
4.2.1	Společné etiologické faktory dle NIDA (2010):.....	24
4.3	Prevalence.....	25
4.4	Diagnostické profily.....	25
4.5	Léčba duálních diagnóz.....	25
4.5.1	Modely léčby.....	26
5	Ošetrovatelská péče u pacientů s duální diagnózou.....	28
5.1	Ošetrovatelské intervence.....	29
6	Výzkumná část.....	32

6.1	Cíl výzkumu	32
6.2	Výzkumné otázky	32
6.3	Metodika výzkumu	32
6.3.1	Metody sběru dat	32
6.3.2	Metody analýzy dat	33
6.3.3	Výzkumný soubor	34
6.4	Etická hlediska	35
6.5	Interpretace výsledků	36
6.5.1	VO1: Jaká je náplň práce sester na tomto typu oddělení?	37
6.5.2	VO 2: Jaké ošetrovatelské intervence vnímají sestry jako důležité u pacientů s duální diagnózou?	39
6.5.3	VO 3: Jak vypadá náplň dne u těchto pacientů, včetně psychoterapeutické podpory?	41
6.5.4	VO 4: Jaké mají všeobecné sestry vzdělání v oblasti duálních diagnóz?	45
7	Diskuze	46
8	Závěr	49
9	Použitá literatura a zdroje	50

1 Úvod

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči u pacientů s duální diagnózou v zařízeních poskytujících psychiatrickou lůžkovou péči.

Cílem práce je popsat ošetrovatelskou péči a zjistit, které intervence jsou pro pacienty nejvíce přínosné z pohledu všeobecných sester. Dalším zvoleným cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry vzdělání v oblasti duálních diagnóz.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsáno zasazení sester v psychiatrické péči, jejich vzdělávání a kompetence. Dále je v práci popsána ošetrovatelská péče v psychiatrii, kde jsou zmíněna specifika práce sester, přístup k psychiatrickým pacientům, ošetrovatelský proces a další. Následující kapitola popisuje duální diagnózy, jejich psychopatologii, etiologii, prevalenci, diagnostické profily a léčbu. Poslední část teoretické práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči u pacientů s duální diagnózou, a propojuje tak výše zmíněné kapitoly.

V praktické části je popsán kvalitativní výzkum, který probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami na odděleních pro duální diagnózy. Rozhovory probíhaly se všeobecnými sestrami ze dvou zařízení poskytujících psychiatrickou péči. Celkem se výzkumu účastnilo sedm všeobecných sester, šest žen a jeden muž. V této části jsou zpracovány rozhovory sester na téma ošetrovatelské péče, která je pacientům poskytována, a ošetrovatelských intervencí, které vidí sestry jako přínosné při práci s pacienty s duální diagnózou. Poslední část je zaměřena na vzdělání všeobecných sester v oblasti duálních diagnóz.

2 Sestra v psychiatrické péči

Práce sester na psychiatrickém oddělení se v mnohém liší od práce na somatických odděleních. Základní dovedností, kterou musí sestra umět ovládat, je komunikace. Přístup k pacientům a komunikace s nimi musí být přizpůsobena dané psychiatrické diagnóze a potřebám pacientů. Marková a kolektiv (2006) uvádí, že v psychiatrické péči osobnost sestry ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče více, než je tomu na jiných odděleních. Důležitými vlastnostmi a schopnostmi je empatie, navázání blízkého vztahu s pacienty, jejich podpora v těžkých obdobích, vytváření nových, bezpečných struktur denního života a jiné. Vyjma tohoto je kladen důraz také na základní orientaci v ostatních oborech, neboť pacienti mohou trpět jak psychickými, tak i somatickými obtížemi.

V České republice pracuje přibližně 82 582 všeobecných sester a porodních asistentek (přepočteno na úvazky) (ÚZIS, 2019). Z toho v sektoru psychiatrických služeb pracuje přibližně 5 857 všeobecných sester (přepočteno na úvazky) (Petr, 2018). Data počtu všeobecných sester pracujících v psychiatrii jsou z roku 2015, aktuálnější data nejsou k dispozici, a tak bychom měli počítat s určitou odchylkou.

2.1 Vzdělávání sester

Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků je dáno *zákonem č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů* (Zákon č. 201/2017).

Legislativa v ČR rozlišuje u nelékařských zdravotnických pracovníků odbornou způsobilost a specializovanou způsobilost. Odbornou způsobilostí se myslí např. všeobecná sestra, praktická sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, adiktolog atd. Specializovanou způsobilost lze získat absolvováním specializačního vzdělávání. U všeobecných sester lze získat specializovanou způsobilost např. v psychiatrii, intenzivní péči, perioperační péči atd. V současnosti zajišťuje specializační vzdělávání v řadě nelékařských oborů Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO), které bylo

založeno v roce 1960 pod názvem Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Organizace se zaměřuje na celoživotní vzdělávání zdravotníků (Petr a kol., 2014).

Práce sestry na psychiatrickém oddělení není legislativně podmíněna specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie. Jelikož v takovémto typu zařízení jsou na personál kladeny specifické nároky, je specializovaná způsobilost žádoucí (Petr a kol., 2014). Odhaduje se, že v ČR je z celkového počtu sester pracujících v oblasti péče o duševní zdraví pouze cca 40 % psychiatrických sester (Petr, 2018).

2.2 Kompetence sester

2.2.1 Legislativní vymezení

Činnosti, k jejichž vykonávání má sestra oprávnění, jsou uvedeny ve *vyhlášce č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.* (Vyhláška č. 391/2017). Petr a kol. (2014) uvádějí, že dle této vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků splňuje ošetrovatelská péče v psychiatrii kritéria specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče.

Specializovanou ošetrovatelskou péčí se rozumí péče, která je poskytována pacientům, kterým zdravotní stav či léčebný a diagnostický postup výrazně omezuje obvyklé provádění aktivit denního života. Mezi tyto aktivity patří například hygienická péče, výživa, vyprazdňování atd. V psychiatrii to jsou pacienti trpící patologickými změnami psychického stavu, kteří ovšem nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta či jeho okolí. Tento typ péče může poskytovat všeobecná sestra (Vytejková a kol., 2011; Petr a kol., 2014).

Do kategorie vysoce specializované ošetrovatelské péče spadá v psychiatrii péče o pacienty, kteří trpí patologickými změnami psychického stavu, které vyžadují nepřetržitý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života, zdraví pacienta nebo jeho okolí. Péči může vykonávat všeobecná sestra se specializací v psychiatrické péči nebo všeobecná sestra pod odborným dohledem sestry se specializací (Vytejková a kol., 2011; Petr a kol., 2014).

2.2.2 Kompetence sestry na psychiatrii

Dle MZČR (2020) získá absolvent specializačního vzdělávání v psychiatrii kompetence, které se rozdělují do dvou skupin. První skupinou jsou činnosti, které může sestra vykonávat bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Do této skupiny například patří:

- poskytování specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče pacientům s duševními poruchami,
- individuální přístup k pacientům s duševním onemocněním a přizpůsobování komunikace,
- edukace pacienta a jeho rodiny či blízkých,
- podávání léčivých přípravků pacientům s duševním onemocněním,
- používání podpůrných psychoterapeutických přístupů, vést podpůrný terapeutický rozhovor a využívat terapeutické techniky,
- vykonávat odbornou poradenskou činnost v oblasti duševního zdraví,
- aplikovat techniky určené ke zvládnutí nespolupracujícího, neklidného a agresivního pacienta a umět využívat odborné techniky a přístupy při aplikaci omezovacích prostředků u pacienta s duševní poruchou atd.

Druhou skupinou jsou činnosti, které může sestra vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře. Do této skupiny patří:

- poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a soustavné péče u pacienta s onemocněním chirurgického typu.

Celý výčet kompetencí, které absolvent získá, lze nalézt ve Věstníku č.4/2020 Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Petr a kol. (2014) zmiňují zejména tyto činnosti, k jejichž vykonávání je sestra se specializovanou způsobilostí pro péči v psychiatrii oprávněna:

- Správné **vyhodnocování** projevů onemocnění a rizikových faktorů, úrovně soběstačnosti a potřeb, které pacienti mají.
- **Podpora a rehabilitace.** Díky duševnímu onemocnění se mohou pacientům změnit jejich životní podmínky, a tak jim sestra napomáhá s přizpůsobením se novým okolnostem.
- Sestra koordinuje a dohlíží na **ošetřovatelskou péči o pacienta v omezení.**
- Sestra se již během hospitalizace pacienta podílí na jeho **začleňování do vlastního sociálního prostředí.** Je v součinnosti s nemocničními a komunitními službami a aktivně spolupracuje s osobami, které pacient určí. Sestry pracující v ambulantních či komunitních službách, poskytují ošetřovatelskou péči v pacientově sociálním prostředí.
- Sestra provádí **poradenskou činnost** v oblasti opětovného začlenění jedince do společnosti a v oblasti prevence poruch duševního zdraví.
- **Krizová intervence a psychoterapie.** Sestra využívá pomocných psychoterapeutických technik, může zajišťovat pomoc pacientovi v krizi a psychologickou pomoc.

Dále také Petr a kol. (2014) uvádí některé schopnosti a dovednosti, kterými by měla sestra disponovat, aby mohla správně vykonávat výše popsané činnosti:

- **Efektivní komunikace.** Tím je myšlena schopnost navázat kontakt s pacientem, aktivně naslouchat, vytvářet bezpečné prostředí, podporovat v otevřené komunikaci a respektovat názory a hodnoty pacienta. Dále také umět přizpůsobit komunikaci věku, osobnosti pacienta a jeho aktuálnímu psychickému stavu, rozpoznat signály agrese, případně předcházet konfliktu či vzniklý konflikt účinně zvládnout.

- **Pozorování a popis.** Sestra pozoruje projevy pacienta, jako je například stav vědomí, orientace místem, časem a vlastní osobou, psychomotorické tempo, řeč, náladu, paměť atd. Dále sleduje účinky léků na pacientovi a to, zdali se u něj nevyskytují nežádoucí účinky, pozoruje projevy agrese, výskyt rizikového chování a jiné. Podstatné je také hodnocení pacientovi úrovně spolupráce při léčbě. Důležitý je také popis pozorovaných jevů. Sestra popisuje podstatné věci, které viděla či slyšela. Zaznamenaný popis má být objektivní, přesný a výstižný.
- **Psychoterapeutický přístup a hranice.** Psychoterapeutický přístup využívá psychologických prostředků, s cílem aktivního zapojení pacienta (a jeho blízkých) do léčby, získání pacientovi důvěry, utváření a podporování jeho motivace. Důležité je také podporovat pacienta v osamostatnění a převzetí odpovědnosti a předcházet nežádoucím jevům, jako je například nadměrná úzkost, deprese, neklid atd. Terapeutický vztah by měl mít jasně nastavené hranice vztahu, aby nedocházelo ke zbytečným nepříjemnostem. Sestra by měla být pro pacienta důvěryhodnou osobou, otevřenou, akceptující, vřelou, ale měla by si zachovat objektivitu a odstup. Pacient by měl být přijímán takový, jaký je.
- **Schopnost sebereflexe.** Sestra by měla být schopna reflektovat svou vlastní práci, znát své nedostatky, ale také své silné stránky. Měla by si uvědomovat, co, jak a proč dělá, a jaké to může mít dopady. Dále by měla umět si připustit vlastní chybu a vzít si z ní ponaučení pro příště, rozumět svým emocím a obranným mechanismům.

2.2.3 Vykazování zdravotnických výkonů

V současné době existuje deset činností psychiatrických sester, které jsou zařazeny do Seznamu zdravotních výkonů a sestry je mohou samostatně vykazovat zdravotní pojišťovně. Jedná se o:

- Zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, konzultace, administrativní činnost.
- Psychiatrická rehabilitace individuální.
- Zhodnocení psychického stavu sestrou pro péči v psychiatrii.
- Skupinové podpůrné terapeutické aktivity.
- Psychoedukační a podpůrný rozhovor s rodinou.
- Telefonická konzultace sestry v péči o pacienta.
- Terénní krizová intervence prováděná sestrou pro péči v psychiatrii.
- Edukace sestrou pro péči v psychiatrii.
- Sledování pacienta po terapeutické intervenci.
- Reedukace sestrou pro péči v psychiatrii (Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, 2021).

3 Ošetrovatelská péče v psychiatrii

Ošetrovatelskou péči o nemocné zajišťuje ošetrovatelský tým. Ten se skládá ze všeobecných sester, praktických sester, ošetrovatelek a sanitářů. Náplň práce a poslání je specifické pro každého člena ošetrovatelského týmu, kteří společně zajišťují komplexní ošetrovatelskou péči (Marková a kol., 2006).

3.1 Specifika práce sestry na psychiatrii

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, práce sestry na psychiatrii se výrazně odlišuje od práce sestry na jiných odděleních (Marková a kol., 2006).

Kvalitu péče o pacienty ovlivňuje několik faktorů. Prvním z faktorů jsou **osobnostní předpoklady**. Sestra by měla mít citlivý, empatický postoj k nemocným, neměla by projevovat sympatie a antipatie, měla by umět zvládat náročné situace a individuálně přistupovat k pacientům. Druhým faktorem je **znalost symptomatologie duševních poruch**. Ta je důležitá proto, aby nedocházelo k chybám v přístupu k pacientům, a také ke správnému posouzení příčin chování, například v případě, kdy dochází k agresii ze strany pacienta nebo k přílišné hostilitě. Třetím faktorem je **zvládnutí metod získávání údajů**. Údaje získáváme například pozorováním, rozhovory, nebo specifickou ošetrovatelskou diagnostikou. K tomu je zapotřebí, aby byla sestra vybavena jak teoretickými znalostmi, tak i praktickými dovednostmi, jako je například efektivní komunikace, schopnost naslouchat pacientovi, správné kladení otázek atd. Dalšími faktory jsou **znalost účinků psychofarmak**, což je důležité hlavně kvůli vzájemným interakcím mezi léky, dobou nástupu účinku atd., **orientace v psychoterapii**, kdy se sestra účastní psychoterapeutických aktivit buď přímo, nebo nepřímo například svým přístupem k pacientům, komunikací apod. a **znalost nových metod ošetřování nemocných** (Marková a kol., 2006).

Marková a kol. (2006) uvádí, že sestra na psychiatrii učí pacienty samostatnosti, pečovat o sebe samé, a také se snaží předcházet tomu, aby se stal pacient závislým na zdravotnickém zařízení. Kromě komplexní ošetrovatelské péče a plnění ordinací, vykonává sestra na psychiatrii tyto činnosti:

- sleduje pacienty, kteří by mohli ohrozit sebe a/nebo své okolí,

- podává psychofarmaka, sleduje jejich účinky, a také jejich správné užití,
- připravuje pacienta před výkonem, asistuje během výkonu (např. během elektrokonvulzivní terapie) a pečuje o něj po výkonech,
- přímo i nepřímo se účastní psychoterapeutických činností,
- podílí se na sběru anamnestických dat a hledá příčiny duševních poruch,
- vyzná se v právní problematice,
- pomáhá s resocializací pacientů,
- zabývá se edukací v oblasti duševního zdraví.

3.2 Přístup k psychiatrickým pacientům

Pro budování důvěry a vzniku psychoterapeutického vztahu je důležitý mít **klidný, otevřený přístup** k pacientům. Zásadní je podávat přijatelnou formou dostatek informací, komunikovat jak s nemocným, tak i s jeho rodinou, jelikož pro pacienta i jeho rodinu je hospitalizace na psychiatrii náročnou životní situací. Ihned na počátku léčby je důležité **stanovit jasná pravidla** a seznámit pacienta s léčebným režimem. Sestra vyžaduje od pacienta **aktivní přístup** v terapeutickém procesu. Nezbytně nutné je také **zachování pravidel společenského chování**. K pacientům by se sestra měla chovat s respektem, vyvarovat se degradujícímu jednání, navzdory jejich projevům chování, které nás mohou štvát, jejich zanedbanému vzhledu, projevům alterace chování atd. Dále by měla být zachována **kolegiálnost ke členům týmu**, jelikož vztahy na pracovišti slouží jako modely vztahů, a tím ovlivňují pacienta. Pro hladký průběh léčení je nezbytné vyžadování nepříjemných požadavků. Jejich vyžadování by mělo být ohleduplné a redukované na minimum. Mezi tyto požadavky, které klade personál na pacienta, patří například neustálé kontrolování, omezení sociálních kontaktů, rušení spánku noční službou, narušení intimity, neznalost prostředí apod. (Marková a kol., 2006).

Marková a kol. (2006) uvádí, že by se sestra měla vyhnout nesprávnému jednání vůči pacientovi, ke kterému zvláště patří bagatelizace, ironické chování a nedostatek zdvořilosti. Dále soukromé vztahy k pacientům, jako jsou například

erotické vztahy či ochranné postoje. Sestra by se měla vyvarovat také nervozitě a neklidu, který se může přenášet na pacienty a narušovat klima na oddělení. Nevhodný je negativní až agresivní postoj k pacientům, kdy projevem negativních postojů je například nepřiměřená aplikace zklidňujících léků. Verbální až brachiální napadení je projevem agrese a je považováno za profesionální selhání. Mezi chybná jednání také patří rezignace, lhostejnost, přehnaná péče a neosobní vztah.

3.3 Ošetrovatelský proces v psychiatrii

Ošetrovatelský proces slouží jako nástroj k řešení problémů. Je složen z pěti fází – anamnéza, ošetrovatelská diagnóza (identifikace problémů pacienta), plánování péče, ošetrovatelské intervence (realizace plánované péče), hodnocení efektivity ošetrovatelské péče (Marková a kol., 2006).

Marková a kol. (2006) uvádí, že „*cílem ošetrovatelského procesu je stanovení směru a struktury poskytované ošetrovatelské péče, která odpovídá biopsychosociálním a spirituálním potřebám pacienta i rodiny.*“ Ošetrovatelský proces lze použít ke sledování pokroku pacienta během hospitalizace v případě, že se dodrží všechny fáze procesu. Do ošetrovatelského procesu řadíme jak pacienta, tak i jeho rodinu (Marková a kol., 2006).

3.3.1 Anamnéza a ošetrovatelská diagnóza

Informace o pacientovi získává sestra dvěma způsoby – prostřednictvím rozhovoru a pozorování. V anamnéze jsou zahrnuty informace nejen od pacienta, ale také od rodinných příslušníků, od dalších členů zdravotnického týmu a ze zdravotnické dokumentace. Anamnéza se průběžně doplňuje, není potřeba získat při prvním kontaktu s pacientem všechny údaje. Informace, které sestra sbírá, se týkají psychického a fyzického stavu pacienta, jeho aktuální situace, rodinného a sociálního zázemí, pacientových návyků, běžných denních aktivit a životního stylu (Marková a kol., 2006).

Po úvodním získání informací definuje sestra problémy pacienta a stanoví ošetrovatelskou diagnózu (Marková a kol., 2006).

3.3.2 Plánování péče

Jakmile sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy, může přejít k plánování ošetrovatelské péče. Podstatou je vytvořit program, který pomůže účinně řešit problémy pacienta. Sestra spolu s pacientem stanovují krátkodobé a dlouhodobé cíle ošetrovatelské péče. Ošetrovatelských diagnóz mívá pacient stanovených zpravidla několik, a tak je zapotřebí seřadit cíle dle důležitosti (Malá & Pavlovský, 2002; Marková a kol., 2006).

3.3.3 Ošetrovatelské intervence

Ošetrovatelskými intervencemi je myšlena realizace plánované péče, která je jednou z nejdůležitějších fází ošetrovatelského procesu pro pacienta. Dochází v ní ke konkrétním řešením jeho problémů. Veškeré ošetrovatelské intervence musí být zaznamenány v ošetrovatelské dokumentaci jednoznačně a srozumitelně. Zapojení pacienta do této fáze podporuje jeho nezávislost a dělá pacienta spokojenějším. Intervence je možné pozměňovat dle aktuálních podmínek a situace pacienta (Marková a kol., 2006).

3.3.4 Hodnocení efektivity ošetrovatelské péče

Hodnotíme, zdali cíle plánované péče o pacienta byly splněny zcela, částečně, nebo zda se objevily nové problémy. V případě nesplnění cílů by se sestra měla ptát, zdali byly správně diagnostikovány problémy pacienta, určeny realistické cíle, jací činitelé působily v době realizace ošetrovatelských intervencí atd. I do této fáze je dobré pacienta zapojit (Malá & Pavlovský, 2002; Marková a kol., 2006).

3.4 Ošetrovatelská vyšetření v psychiatrii

Sestra posuzuje stav pacienta a odebírá ošetrovatelskou anamnézu, provádí vyšetření základních fyziologických a psychických funkcí, hodnotí stupeň soběstačnosti, stav výživy a hydratace. Sestra je na oddělení po celou dobu její směny, což jí dává možnost pozorovat pacienta v různých fázích dne, a má tak více prostoru pro zaregistrování možných probíhajících změn u pacienta (Petr a kol., 2014).

3.4.1 Posuzování stavu pacienta

Posuzování stavu pacienta je nepřetržitý proces, kdy dochází k neustálé aktualizaci údajů získaných pozorováním, anamnézou, fyzikálním vyšetřováním a dalšími pomocnými vyšetřeními. Zjištěné informace předává sestra ostatním členům zdravotnického týmu. Pro správné posouzení stavu pacienta je důležité, aby měla sestra dobré komunikační a pozorovací schopnosti (Petr a kol., 2014; Felzmannova, 2018).

3.4.2 Zdroje informací

Informace získáváme nejčastěji od pacienta, poté od rodinných příslušníků a blízkých přátel pacienta. Dále můžeme získat informace od dalších osob poskytujících péči nemocnému, jako je například praktický lékař, sociální pracovník atd. Zdroje informací pro nás může být také zdravotnická dokumentace z předešlých hospitalizací, a jiné. V momentě, kdy získáváme informace od pacienta, měli bychom zajistit bezpečné a důvěryhodné prostředí. Informace od pacienta nelze použít, když je pacient ve stavu zmatenosti, intoxikace, nebo v případě, že záměrně zkresluje informace (Petr a kol., 2014).

3.4.3 Rozhovor

Rozhovor by měl být prováděn s respektem, na úrovni slušného a společensky akceptovatelného chování. Takto by měl být veden i v případě, že má pacient například snížený stav vědomí, je agresivní nebo trpí poruchami intelektu, a tím pádem nám toto chování neopětuje. Rozhovor může být veden neformálně i formálně. Sestra by se na počátku měla nemocnému vždy představit, zvyšuje se tím její důvěryhodnost. U zapisování rozhovoru je důležité zaznamenat, co pacient opravdu sdělil. K tomu se často využívá přímá citace (Petr a kol., 2014).

3.4.4 Pozorování

Při každém kontaktu s pacientem provádí sestra pozorování. To může být náhodné nebo záměrné. Smyslem pozorování je povšimnutí si jevů, které mohou souviset s pacientovými potížemi. Sestra si všímá jak somatických stavů, tak chování pacienta. U pacientova chování pozoruje stav vědomí, orientaci časem, místem, osobou, schopnost navázat kontakt, náladu, řeč, psychomotorické tempo, reakce na mimořádné události, reakce na léky, projevy agrese, halucinatorní stavy a další. Zaznamenáním těchto stavů předává sestra informace dalším pracovníkům. Z toho důvodu by měl být záznam jednoznačný, stručný a vystihující (Petr a kol., 2014).

3.4.5 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza je úvodní souhrn informací o pacientovi. Na základě získaných údajů se sestavuje ošetřovatelský proces. Ošetřovatelská anamnéza je zaměřena na oblasti, které sestra sleduje a vyhodnocuje. Mezi tyto oblasti patří identifikační údaje pacienta, jeho osobní údaje, vyšetření fyziologických funkcí, hmotnost, výška a celkový vzhled pacienta, vylučování, výživa, hydratace, metabolismus, stav kůže. Dále se hodnotí soběstačnost, aktivita, spánek a odpočinek, kognitivní funkce, sebepojetí, sociální zázemí, sexualita, stres, víra, pacientovo vnímání vlastního zdravotního stavu (motivace k léčbě a jeho náhled na onemocnění), a jiné (Petr a kol., 2014).

3.4.6 Hodnotící škály

Hodnotící škály se využívají ke klasifikaci problémů, které se mohou u pacienta vyskytnout. Lze hodnotit soběstačnost, riziko pádu a vzniku dekubitů, a některé projevy související s duševním onemocněním a další. V psychiatrii se můžeme setkat například s těmito testy – Barthelové test základních všedních činností, Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové, Hodnocení rizika sebevražedného jednání, Test kreslení hodin, Stupnice hodnocení psychického zdraví. U pacientů, kteří mají problém s užíváním návykových látek lze využít – Škála závažnosti závislosti (SDS), Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT) a další (Petr a kol., 2014; Dobiášová, 2014).

3.5 Specifika podávání léků na psychiatrii

Při podávání léků na psychiatrii dodržuje sestra stejné zásady, jako je tomu v jiných oborech. Tím je míněna například bezkontaktní příprava léků podle platné ordinace, příprava léků z originálních balení, podání léku sestrou, která lék připravila, aplikace léku dle ordinace lékaře a doporučení od výrobce, dokumentace podané medikace, správné skladování atd. Kromě tohoto jsou na psychiatrii určitá specifika podávání léků, jako je informování nemocného, dohled a kontrola užití medikace, edukace sestrou, monitorování nežádoucích účinků, fakultativní podání medikace, formy podávání léčiv a nepodání léku (Petr a kol., 2014).

Informování nemocného – aby sestra posílila důvěru nemocného v užívanou medikaci a léčbu, musí být schopna poskytnout pacientovi bezprostřední informace o podávaném léku. Informace se musí týkat způsobu podání léku, nežádoucích účinků, dietních a režimových opatření, která mohou s užíváním léku souviset (Petr a kol., 2014).

Dohled a kontrola užití medikace – sestra ověřuje užití léků pacientem, a to přímým dohledem při polykání léků. Následně může docházet také ke kontrole dutiny ústní a k další kontrole, jako je například dohled sestry nad pacientem po dobu 15-20 minut, jako prevence vyzvracení léků. Jakékoli známky nespolupráce v léčbě by se měly dokumentovat (Malá & Pavlovský, 2002; Petr a kol., 2014).

Edukace sestrou – úkolem sestry je edukovat pacienta o důležitosti pravidelného užívání léků, důsledcích jejich vysazení a o postupech snižující nežádoucí účinky. Dále by sestra měla pacienta motivovat v léčbě, umět vysvětlit důležitost léčby a její přínos (Petr a kol., 2014).

Monitorování nežádoucích účinků – sestra během dne pozoruje pacienta a všímá si také nežádoucích účinků medikace. Mezi nežádoucí účinky může patřit zvýšená sedace, psychomotorické projevy, pocity nemocného, jako bušení srdce, bolesti hlavy, pocení atd. O nežádoucích účincích by sestra měla informovat lékaře, případně poskytnout odpovídající pomoc. Vhodné je také sledování fyziologických funkcí a popis pacientova stavu do dokumentace (Petr a kol., 2014).

Fakultativní podání medikace – jedná se o nepravidelné podání léku. Lék se podá v případě, že se u pacienta vyskytne problém, pro který je podání léku

indikováno. Sestra musí popsat okolnosti, které předcházely podání léku, čas, kdy medikaci podala, množství a účinek podané medikace (Petr a kol., 2014).

Formy podání léčiv – formu i způsob podání medikace je důležité v psychiatrii dobře zvážit. V případě, že pacient hůře spolupracuje či nespolupracuje při užívání tablet či kapslí, může lékař naordinovat ekvivalentní lék v jiné formě. Lze použít například kapky, rozpustné tablety, které se vstřebají přímo na sliznici v ústech, roztoky k injekční aplikaci a/nebo depotní medikaci (Petr a kol., 2014).

Nepodání léku – důvody nepodání medikace musí sestra zapsat do dokumentace a dle situace by měla konzultovat s lékařem stav nemocného. Nepodat lék může z důvodu, kdy například nemocný užití léku odmítne, stav nemocného vyvolává u sestry pochybnosti o vhodnosti podání medikace a/nebo v případě, kdy by sestra měla podat lék na spaní a budit kvůli tomu spícího pacienta a další (Petr a kol., 2014).

4 Duální diagnózy

4.1 Psychopatologie

Pojem „duální diagnóza“ je definován jako souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy. Tento pojem bývá často zaměňován s pojmem „komorbidita“, která je obecně definována jako souběh dvou a více psychických poruch u jedné osoby. Duální diagnóza je tedy specifický typ psychiatrické komorbidity (Kalina & Minařík in Kalina, 2015).

Dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM V) je duševní porucha definována jako „*klinicky významný behaviorální nebo psychologický syndrom nebo vzorec, který se vyskytuje u jednotlivce a který je obvykle spojen se současným utrpením (bolestivý symptom) nebo postižením (porucha v jedné nebo více oblastech fungování)*“ (American psychiatric association, 2013). „Zneužívání návykových látek je podle DSM V definováno jako „*maladaptivní vzorech užívání nesplňující kritéria závislosti, který přetrvává alespoň 1 měsíc, nebo se vyskytuje opakovaně po dlouhou dobu*“ (American psychiatric association, 2013). „Pacient s duální diagnózou splňuje kritéria DSM V jak pro zneužívání návykových látek nebo závislost, tak pro koexistující duševní poruchu (Gafoor & Rassool, 1998).

Kalina & Minařík in Kalina (2015) ve své publikaci uvádí, že „*závažným diagnostickým problémem je rozhraní mezi duální diagnózou a psychopatologickou komplikací abúzu či závislosti.*“ Komplikace abúzu či závislosti mohou kopírovat téměř jakoukoli psychickou poruchu a v mnoha případech vyžadují psychofarmakologickou intervenci (např. toxická psychóza). Také je obtížné duševní poruchu rozpoznat či posoudit, jelikož závislost může danou poruchu či jiné preexistující duševní onemocnění překrývat (Kalina & Minařík in Kalina, 2015; Nepustil a Geregová, 2020).

Čím dál častěji se můžeme v odborné literatuře dočíst, že je u lidí s duševním onemocněním běžnou komplikací užívání drog a závislost (Fox, Drake a kol., 2011). Nepustil a Geregová (2020) uvádí, že důvodem rozvoje duálních diagnóz může být vliv traumatu, emoční deprivace či absence zdravých vztahů, nebo jiné nepříjemné zkušenosti v dětství atd.

Pro stanovení správné diagnózy a následně léčebného plánu lze vytyčit několik zásad. Prvním bodem je nastavení kontrolovaných podmínek pro vyšetření. Tím je zamýšlena možnost vyšetřit pacienta po určité době jeho abstinence, a pokud možno provádět tato vyšetření opakovaně. Druhý bod je získání detailní individuální a rodinné anamnézy od pacienta, která může být doplněna také od blízkých pacienta. Třetím bodem je komunikace s jinými odbornými pracovišti a získání a seznámení se s předchozí zdravotnickou dokumentací pacienta. Čtvrtým bod klade důraz na psychologické vyšetření pacienta, zaměřené převážně na jeho osobnost a schopnosti. Pátým bodem je somatické vyšetření pacienta, spolu se zajištěním běžných toxikologických, biochemických a dalších vyšetření. Posledním, šestým, bodem je ochota pacienta a jeho spolupráce (Kalina & Minařík in Kalina, 2015).

Lidé s duální diagnózou jsou více ohroženi mnohočetnými problémy, jako je sociální exkluze, zadlužení, bezdomovectví, špatné rodinné vztahy, nedostatek podpůrných a přátelských vztahů a z toho vyplývající osamělost (Nepustil a Geregová, 2020).

U pacientů s duální diagnózou můžeme pozorovat vážnější psychopatologii, vyšší míru hospitalizací v psychiatrických zařízeních, objevuje se také vyšší míra prevalence sebevražd, a také jsou tyto pacienti častěji přijímáni na urgentní příjem, oproti pacientům s pouze jednou psychiatrickou poruchou. Lidé patřící do této skupiny se navíc častěji chovají rizikově, což může vést k vyššímu riziku infekčních onemocnění, jako je například virová hepatitida typu B a C nebo HIV, dále k vyšší nezaměstnanosti, je zde také vyšší riziko bezdomovectví a častější výskyt kriminálního a agresivního chování (Torrens Mélich a kol., 2017). Torrens Mélich a kolektiv (2017) dále uvádí: *„Jak ukazují výzkumy klinické praxe, komorbiditní poruchy jsou ve vzájemné interakci a mají cyklickou povahu, a proto lze dobrou prognózu v obou případech očekávat pouze tehdy, bude-li v rámci léčebné péče věnována pozornost jak psychiatrickým, tak adiktologickým poruchám.“*

4.2 Etiologie

Duální diagnózy lze rozdělit dle jejich etiologie do tří skupin. Do první skupiny patří lidé s preexistujícím duševním onemocněním, kdy rozvoj duševního onemocnění může vést k rozvoji užívání a vzniku závislosti, zvláště, pokud návyková látka přináší dočasnou úlevu od potíží. Jedná se o tzv. model sebemedikace (Kalina & Minařík in Kalina, 2015).

Druhou skupinu tvoří lidé, kteří dlouhodobě užívají návykové látky, díky čemuž u nich došlo k rozvoji duševního onemocnění, nebo jeho vyprovokování. Duševní porucha se může rozvinout jako následek nadužívání návykových látek, dále vlivem poškození, které je způsobeno neurotoxicitou látky, nebo vlivem nepříznivých okolností způsobených nadužíváním (Kalina & Minařík in Kalina, 2015).

U poslední skupiny se předpokládá, že duševní porucha a závislost na drogách jsou reakcí na jednu základní příčinu, například poruchu osobnosti, která mohla vzniknout traumatizací v dětství (Kalina & Minařík in Kalina, 2015).

Klinický obraz může být tvořen všemi třemi typy těchto scénářů. Často nelze říci, zda u daného jedince závislost zvýšila riziko vzniku psychických problémů, nebo zda psychická nemoc zvýšila riziko vzniku závislosti. Mezi poruchami dochází ke vzájemné interakci (Kalina & Minařík in Kalina, 2015).

4.2.1 Společné etiologické faktory dle NIDA (2010):

Překrývající se genetická vulnerabilita: jedinec může být kvůli genetickým dispozicím náchylnější ke vzniku závislosti i k duševní poruše, nebo k většímu riziku vzniku druhé poruchy, pokud se jedna objeví (Kalina & Minařík in Kalina, 2015).

Překrývající se spouštěče: k závislosti i duševní poruše může vést stres, trauma a expozice návykovým látkám, obzvláště u osob s genetickou vulnerabilitou (Kalina & Minařík in Kalina, 2015).

Zapojení podobných oblastí mozku: užívání drog i duševní poruchy mohou ovlivňovat stejné oblasti mozku (např. oblasti spojené se systémem odměny nebo s odpovědí na stres) (Kalina & Minařík in Kalina, 2015).

Společná riziková stádia vývoje: duševní onemocnění i zneužívání návykových látek zpravidla začínají v době adolescence, či dokonce v dětství. Jedná se o období, kdy mozek prochází dramatickým vývojem. To znamená, že časné symptomy duševního onemocnění mohou jedince učinit zranitelnějším k užívání drog, a stejně tak časné užívání návykových látek může zvyšovat riziko duševního onemocnění (Kalina & Minařík in Kalina, 2015).

4.3 Prevalence

Kalina & Minařík in Kalina (2015) uvádí, že dle publikace Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) z roku 2004, činí prevalence duálních diagnóz u klientů v léčbě 30-50 %. Kalina a Vácha (2013) také uvádí, že podle jejich šetření u klientů terapeutických komunit z roku 2012, trpí téměř 47 % klientů psychiatrickou komorbiditou. U psychiatrických pacientů tvoří výskyt závislostní poruchy téměř 50 %.

Lidé, kteří trpí duální diagnózou nejsou novou klientelou, ale spíše jsou v posledních letech klientelou nově rozpoznávanou. To je dáno pravděpodobně tím, že se jedná o náročné klienty, kteří často vypadávají z léčby, léčba u nich není úspěšná, a/nebo dlouhou dobu unikali pozornosti (Kalina & Minařík in Kalina, 2015).

4.4 Diagnostické profily

U klientů/pacientů trpících poruchami z užívání návykových látek můžeme nalézt poměrně rozsáhlé spektrum psychiatrických komorbidit. Nejvíce se ovšem objevují poruchy osobnosti, úzkostné a depresivní poruchy, poruchy příjmu potravy a různé psychotické poruchy (Kalina & Minařík in Kalina, 2015). Nepustil a Geregová (2020) uvádějí, že dle MKN-10 se nejčastěji jedná o paranoidní schizofrenii, schizoafektivní poruchy, poruchy s trvalými bludy, emočně nestabilní poruchy osobnosti a hraniční poruchy osobnosti.

4.5 Léčba duálních diagnóz

Léčba klientů trpících duální diagnózou přináší spoustu komplikací. Klienti mívají těžší průběh nemoci, bývají více zasaženi sociálními a zdravotními následky, jejich léčba je obtížnější a mají horší léčebné výsledky než klienti, kteří trpí pouze jednou poruchou. Komplikacemi je obtížnější zapojení klienta do léčby, jeho

udržení v léčbě a získání benefitů z léčby. Klienti mohou častěji vytvářet interpersonální konflikty a rizikové situace, které mohou přinášet komplikace jak jim samotným, tak i ostatním klientům v léčbě. V neposlední řadě také zvyšují nároky na personál, který musí být schopen zvládat jak základní poruchu, tak i závislostní poruchu či psychiatrické onemocnění (Gafoor & Rassool, 1998; Kalina & Minařík in Kalina, 2015). Kvůli všem těmto faktorům může být pro lidi trpícími duální diagnózou dostupnost odborné péče hůře dosažitelná (Nepustil & Geregová, 2020).

U klientů s duální diagnózou se v léčbě často používají krátké behaviorální či kognitivně-behaviorální terapie, ale můžeme se setkat i s psychodynamickým přístupem. U každé skupiny přidružených duševních poruch se používají specifické léčebné moduly. V léčbě duálních diagnóz ovšem nebylo zjištěno, že by jeden přístup byl účinnější než jiný, proto nejsou specifické přístupy optimální cestou v léčbě. U pacientů, kteří trpí závislostí a zároveň duševním onemocněním se doporučují například motivační rozhovory, prevence relapsu a pobídková terapie (Kalina & Minařík in Kalina, 2015). Kalina a Minařík in Kalina (2015) dále uvádějí, že v léčbě duálních diagnóz může být účinnější skupinová terapie více než terapie individuální. To je dáno tím, že skupinová terapie poskytuje zpětnou vazbu, přijetí a empatii od lidí s podobnou zkušeností. Velký podpůrný význam mají také svépomocné skupiny pro lidi s duální diagnózou (tzv. double troubles).

Četnost a délka hospitalizace jsou dle výzkumů výrazně vyšší u pacientů s duální diagnózou než u pacientů s duševním onemocněním nebo samotnou poruchou způsobenou užíváním návykových látek (Brahim, Hanganu & Gros, 2020).

4.5.1 Modely léčby

Léčba sukcesivní – nejprve probíhá léčba duševní poruchy, a poté léčba závislosti, nebo naopak. Existují názory, že problémy z užívání návykových látek odezní, jakmile je dostatečně ošetřena psychická porucha. Na druhé straně, v běžných psychiatrických či psychoterapeutických službách není možné léčit klienta s duální diagnózou, pokud dále užívá návykové látky. Závislost může zastírat či zkreslovat klinický obraz duševního onemocnění. Kooperace drogově

závislého na psychoterapii nebo farmakoterapii je problémová, proto bývá přednější nejprve léčit závislost, a poté duševní poruchu. Tento přístup bývá zastáván také proto, že mnoho psychopatologických příznaků, které se pojí s užíváním drog ustoupí během abstinence. Tento typ léčby ovšem nebere v potaz skutečnost, že obtíže spojené s „druhou diagnózou“ znamenají pro pacienta/klienta vyšší riziko předčasného ukončení léčby, omezení v zapojení do terapeutického programu atd. (Kalina & Minařík in Kalina, 2015).

Léčba paralelní – obě diagnózy se léčí současně, ale každá v jiném zařízení. Tento model přináší problémy, jako je chybějící společný koncepční rámec, nedostatečná komunikace a spolupráce mezi zařízeními, což může být pro pacienta/klienta rizikové. Řešení pro tyto problémy přináší vytvoření komunikační sítě mezi oběma službami, vytvoření pozic klíčových pracovníků a case management (Kalina & Minařík in Kalina, 2015).

Léčba integrovaná – v jednom zařízení a jedním týmem jsou léčeny oba problémy. Tento model je nejvhodnější pro léčbu duálních diagnóz. Nejenže je ekonomičtější, ale také zvyšuje šance na udržení se v léčbě a přináší pacientům/klientům větší prospěch. Pacienti/klienti jsou s tímto typem léčby spokojenější než s jinými modely léčby. Odborníky oddělovaná od sebe závislost a psychický problém je pro pacienty matoucí a umělé, jelikož prožívají oba tyto problémy jako propojenou, neoddělitelnou a vzájemně se ovlivňující zkušenost. Pro integrovanou léčbu duálních diagnóz mají velký potenciál struktura, řád a skupinové procesy. Nezbytná je také psychiatrická péče, včasná diagnostika, uvážená preskripce psychofarmak atd. Pokud se pacient/klient léčí se závislostí a psychickou poruchou, neměla by mu být předepisována psychofarmaka vyvolávající návyk a závislost. Stejně tak by se měla předepisovat uvážene i další psychofarmaka, aby neztížila nemocnému proces léčby přílišným útlumem nebo kompletní emoční bloádou (Kalina & Minařík in Kalina, 2015). Kalina a Minařík in Kalina (2015) na závěr uvádí, že „o integrované léčbě můžeme seriózně hovořit pouze tam, kde je psychiatr integrován do spolupráce mezioborového terapeutického týmu a působí ve společném konceptuálním rámci.“

5 Ošetrovatelská péče u pacientů s duální diagnózou

Všeobecné a praktické sestry představují nejpočetnější skupinu pracovníků v oblasti duševního zdraví. Díky tomu mají klíčovou roli při včasné rozpoznání a léčbě pacientů s duální diagnózou (Edward & Munro, 2009; Gafoor & Rassool, 1998).

Pacienti s koexistující psychiatrickou poruchou a problémem z nadužívání návykových látek představují pro sestry a další zdravotnické pracovníky mnoho výzev. Pacienti s duální diagnózou zvládají léčbu obtížněji s ohledem na vyšší úroveň fyzického, sociálního a psychického poškození. Například schizofrenní pacienti, kteří zneužívají alkohol nebo jiné psychoaktivní látky, mohou trpět více bludy, halucinacemi, sebevražedným chováním, nepřátelstvím, agresí atd. Problémem u pacientů s duální diagnózou může být také dodržování užívání předepsaných léků, což může vést ke zhoršení symptomů duševní nemoci a zbytečnému prodloužení pobytu v nemocnici. Dalším z problémů spojených s pacienty s duální diagnózou jsou problémy s určením správné diagnózy, popírání zneužívání návykových látek a negativní postoje zdravotnických pracovníků vůči této skupině pacientů. Z toho vyplývá, že pacienti trpící duální diagnózou vyžadují během hospitalizace specializovanou péči. Jejich potřeby jsou komplexní a poskytování účinné péče vyžaduje specializované znalosti, nové přístupy a klinické dovednosti specifické pro tuto skupinu (Gafoor & Rassool, 1998; Brahim, Hanganu & Gros, 2020).

Využívání zdravotních a sociálních služeb touto populací je poměrně vysoké, a to zejména v oblasti ústavní léčby. Ústavní zařízení obvykle poskytují nepřetržitou ošetrovatelskou péči v kombinaci s meziprofesionálními odbornými znalostmi a mnohostrannými přístupy, jako je podpora rodiny a terapie, farmakoterapie, psychoterapie, detoxikace a krizová intervence. Cílem těchto zařízení by měla být léčba duševní poruchy a užívání návykových látek současně, spíše než samostatně nebo postupně (Brahim, Hanganu & Gros, 2020). Pinderup (2018) uvádí, že pro pacienty s duální diagnózou je vhodnější léčba delší a flexibilnější.

5.1 Ošetřovatelské intervence

Sestry v oblasti duševního zdraví by měly zajistit, aby u psychiatrických pacientů přicházejících k léčbě, zejména u těch, kteří mají v anamnéze násilí, bezdomovectví, špatnou komplianci a opakované hospitalizace, bylo provedeno úplné posouzení drogové a alkoholové anamnézy. Cílem hodnocení by mělo být získání informací o následujících oblastech: užívání návykových látek, psychiatrická anamnéza a mentální stav. U užívání návykových látek by se měl klást důraz na užívání alkoholu, jeho množství, frekvence, délka užívání, abstinenční příznaky a komplikace způsobené užíváním alkoholu. Dále je důležité dotazovat se pacienta/klienta na další návykové látky, kde se zjišťuje typ drogy, dávka, frekvence, způsob užívání, účinky, psychické, fyzické, sociální komplikace a abstinenční příznaky. Psychiatrická anamnéza by měla obsahovat povahu nemoci a podrobnosti o jakékoli předchozí léčbě, a také zda nemoc souvisela s užíváním návykových látek. Hodnocení mentálního stavu by mělo zahrnovat vzhled/chování, řeč, poruchy nálady a myšlení, poruchy vnímání, sebevražedné myšlenky a jednání, spánek, chuť k jídlu a náhled na problém (Gafoor & Rassool, 1998; Rassool, 2007).

Hodnocení zaměřené na identifikaci zneužívání návykových látek je nepřetržitý proces, který slouží k tomu, aby se pacientovi dostalo nejvhodnější léčby a intervence. Nemělo by se používat jako způsob identifikace z důvodů represivních, jako je propuštění z nemocnice nebo odmítnutí psychiatrické péče. Pokud je zjištěno zneužívání návykových látek, sestra by měla s pacientem prozkoumat okolnosti, které stojí za užíváním návykových látek, a poučit jej o psychických, sociálních a fyzických důsledcích, které mohou nastat. Někteří pacienti mohou být příliš psychicky nemocní na to, aby mohli absolvovat hodnotící rozhovor, a mohou vyžadovat období stabilizace jejich duševního stavu, než se budou zabývat otázkami souvisejícími se zneužíváním návykových látek (Gafoor & Rassool, 1998).

Může se stát, že uživatelé návykových látek nepřiznají, že jsou fyzicky nebo psychicky závislí na drogách a alkoholu, a mohou do značné míry své užívání návykových látek před personálem zabývajícím se duševním zdravím zatajovat. Někteřím sestram může chybět důvěra při otázce pacientů na jejich zneužívání

návykových látek nebo mohou mít pesimistické názory na léčbu. Neschopnost rozpoznat a léčit zneužívání návykových látek v rané fázi nejenže povede k neúčinnému řízení a výsledkům léčby, ale může také vést ke zhoršení pacientovy symptomatologie. Duševní stav pacienta může působit jako překážka pro rozpoznání, protože někteří pacienti nemusí být schopni porozumět povaze symptomů, které zažívají, nebo je adekvátně popsat způsobem, který klinickému personálu umožní provést přesné posouzení (Gafoor & Rassool, 1998).

Dle autorů Gafoor & Rassool (1998) by měl souhrn hodnocení a ošetřovatelských intervencí u pacientů s duální diagnózou obsahovat:

- vědomí, že zneužívání návykových látek je častější u duševně nemocných pacientů s anamnézou násilí, bezdomovectví, sebevražedného chování, špatného dodržování léčebných režimů a opakovaných hospitalizací;
- fyzikální vyšetření na známky injekčních znamének (vpichů), zvětšená játra;
- pozorování příznaků duševního zdraví souvisejících s intoxikací a abstinencí od návykových látek, např. třes, nezřetelná řeč, podrážděnost, paranoidní stavy;
- screening moči, používání screeningových dotazníků a doplňkových informací od přátel a příbuzných;
- nastolení důvěry a nehodnotícího přístupu, který zvyšuje motivaci ke změně;
- rozvoj přístupu sdílené péče se specializovanou službou pro zneužívání návykových látek.

Ze studií vyplývá, že dalšími klíčovými ošetřovatelskými intervencemi jsou kvalifikovaná komunikace, projevování respektu, upřímnost a aktivní naslouchání. Doporučuje se také poskytování základních informací o návykových látkách a duševním zdraví, které by měli odpovídat aktuálním potřebám jednotlivců. U některých pacientů s duální diagnózou může někdy postačit porozumění a poskytnutí informací k vyvolání pozitivních změn životního stylu (Rassool, 2007; Brahim, Hanganu & Gros, 2020).

Studie autorů Brahim, Hanganu & Gros (2020) zkoumala, které intervence pacienti s duální diagnózou vnímají jako přínosné v jejich léčbě. Pacienti uvedli, že jsou pro ně důležité intervence z oblasti podpory zdraví, které jim pomohly splnit základní potřeby každodenního života, což zahrnovalo výživu, hygienu a mobilitu. Ošetrovatelská péče zaměřená na uspokojování základních potřeb může být považována za „nízkou prioritu“, avšak výše uvedená data zdůrazňují význam těchto intervencí u pacientů s duální diagnózou. Dále pacienti uváděli jako významné strategie zaměřené na podporu psychosociálního zdraví, což zahrnovalo nabízení pomoci a poskytování zdrojů. Několik účastníků popsal užitečné ošetrovatelské intervence související s podporou rodinných vztahů. Ty zahrnovaly usnadnění návštěvy nebo kontaktu, poskytování informací rodinám a pomoc při řešení rodinných problémů. Udávány byly také intervence související s podporou učení a vzdělávání, kam patří sdílení znalostí a informací. Pomocnými intervencemi jsou také volnočasové aktivity, které pomáhají pacientům zahnat nudu a nabízejí jim relaxaci.

Sestry v mnoha různých aspektech péče ve všech zdravotnických zařízeních dělají drobné i velké změny v životech pacientů s duální diagnózou (Rasool, 2007). Proto je důležité se neustále vzdělávat, získávat aktuální informace a zlepšovat intervence ošetrovatelské péče. Stejně tak je důležité spolupracovat s multidisciplinárním týmem, který se zabývá léčbou závislostí (Edward & Munro, 2009; Brahim, Hanganu & Gros, 2020). Neméně důležité je i vedení dokumentace, které by mělo být co nejvíce podrobné. Neúplná nebo nepřesná dokumentace může mít významný dopad na kvalitu poskytované péče a léčebné výsledky (Macleay a kol., 2020).

Co se týče vzdělávání, Rasool (2007) uvádí, že všeobecné sestry a další odborníci pracující s adiktologickými pacienty, potřebují aktualizovat své vědomosti o aspektech duševního zdraví důležitých pro práci s pacienty trpícími duální diagnózou. Dále ve své publikaci předkládá, že je nutné zvýšit dostupnost školicích kurzů na téma duálních diagnóz pro odborníky.

6 Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce byla prováděna kvalitativní metodou, data jsem získávala pomocí polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami pracujícími na lůžkovém oddělení pro duální diagnózy v psychiatrických zařízeních.

6.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, jaká je ošetrovatelské péče u pacientů trpících duální diagnózou v zařízeních poskytujících lůžkovou psychiatrickou péči, a které intervence jsou pro pacienty nejvíce přínosné z pohledu všeobecných sester. Dalším zvoleným cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry na odděleních pro duální diagnózy vzdělání v oblasti této problematiky.

6.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaké je náplň práce sester na tomto typu oddělení?

VO 2: Jaké ošetrovatelské intervence vnímají sestry jako důležité u pacientů s duální diagnózou?

VO 3: Jak vypadá náplň dne u těchto pacientů, včetně psychoterapeutické podpory?

VO 4: Jaké mají všeobecné sestry vzdělání v oblasti duálních diagnóz?

6.3 Metodika výzkumu

6.3.1 Metody sběru dat

Pro výzkum byla zvolena zařízení, která poskytují lůžkovou psychiatrickou péči. V těchto zařízeních jsem realizovala výzkum na odděleních pro duální diagnózy. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující na těchto odděleních. Prostřednictvím emailové komunikace byla oslovena dvě psychiatrická zařízení. U jednoho zařízení bylo potřeba získat souhlas etické komise, u druhého zařízení postačil pouze souhlas ředitele zařízení, vrchní a staniční sestry daného oddělení. Po získání souhlasu v daných zařízeních byly stanoveny termíny realizace výzkumu. Výzkum byl realizován ve třech termínech, a to 8.2.2022, 8.3.2022 a 15.3.2022.

Data byla získávána formou polostrukturovaných rozhovorů, které umožňují větší volnost při dotazování, možnost podávání doplňujících otázek, a také větší prostor pro vyjádření respondentů. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí od 20 do 40 minut.

V prvním zařízení byly prováděny rozhovory face to face, ve druhém zařízení probíhaly rozhovory formou audiohovoru. Nejprve byly účastníci výzkumu seznámeni s výzkumem a s tím, že vše je anonymní, účast ve výzkumu je zcela dobrovolná, a jak bude s daty nakládáno. Po získání informovaného souhlasu se přešlo k rozhovorům.

Všechna interview byla zaznamenávána psanou formou na papír, jelikož zařízení nesouhlasila s pořízením záznamu na diktafon. Rozhovor vycházel z předem vytvořeného seznamu otázek. Na začátku rozhovoru byly pokládány účastníkům výzkumu otázky sloužící k získání základních údajů, jako je pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, případně specializační vzdělání. Respondenti byli dotazováni také na to, jak dlouho na oddělení pracují, a na jakém typu oddělení pracovali dříve. Následující otázky byly vytvořeny tak, aby pomocí nich byla získána data, díky kterým budou zodpovězeny výzkumné otázky.

Získané rozhovory, které byly zaznamenávány na papír, byly následně přepsány do textového editoru Word pro lepší přehlednost a následnou analýzu dat.

6.3.2 Metody analýzy dat

Získaná data nejprve prošla tříděním, klasifikací a deskripcí, což můžeme chápat jako první stupeň analytické práce, bez které by nebylo možné následně provést interpretaci dat. Jako dílčí postup analýzy dat byla zvolena metoda vytváření trsů, pomocí které byly shromážděny dané výroky do skupin. Skupiny vznikly na základě vzájemného tematického překryvu (Miovský, 2006).

6.3.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující v psychiatrických zařízeních, na lůžkovém oddělení pro duální diagnózy. Jednalo se o všeobecné sestry, které byly ochotné účastnit se rozhovorů.

Jediným kritériem pro výběr vzorku bylo, že se mohou zapojit pouze všeobecné sestry, nikoli praktické sestry nebo jiný zdravotnický personál.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 7 všeobecných sester, z nichž bylo 6 žen a 1 muž. Realizováno bylo pět rozhovorů v jednom zařízení a dva rozhovory v zařízení druhém.

V následující tabulce jsou popsány základní údaje o respondentech, které budou dále rozepsány v kapitole 6.5 Interpretace výsledků.

Tabulka 1: Základní údaje

Respondent/ka	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Specializační vzdělání v psychiatrii¹
R1	Žena	31	VŠ – všeobecná sestra	Ano
R2	Žena	59	VŠ – adiktologie	Ano
R3	Žena	58	VŠ – všeobecná sestra	Ne
R4	Žena	40	SZŠ – všeobecná sestra	Ano
R5	Žena	62	SZŠ – všeobecná sestra	Ano
R6	Muž	35	VŠ – všeobecná sestra	Ne
R7	Žena	33	VŠ – všeobecná sestra	Ne

¹ Specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii

6.4 Etická hlediska

Zde jsou popsána etická hlediska ve vztahu k psychiatrickým zařízením a k účastníkům výzkumu. Obě zařízení poskytla souhlas s realizací výzkumu. V jednom ze zařízení byla potřeba souhlasu etické komise, o který bylo zažádáno a následně byl udělen. Poté bylo potřeba spojit se s oddělením pro duální diagnózy, kde proběhla domluva na podmínkách realizace výzkumu se staniční sestrou, a následně byl dohodnut termín, kdy bude výzkum proveden. V druhém zařízení postačil pouze souhlas ředitele zařízení, vrchní a staniční sestry oddělení pro duální diagnózy. Následně byl domluven se staniční sestrou termín realizace výzkumu, který proběhl formou audiohovoru.

Respondenti v obou zařízeních byli seznámeni s výzkumem a jeho cíli, dále s tím, že účast ve výzkumu je zcela dobrovolná a kdykoliv mohou rozhovor ukončit. Byli informováni o tom, že výzkum je zcela anonymní a nikde nebude uvedeno nic, co by mohlo sloužit k jejich identifikaci, a také jak bude se získanými daty nakládáno. Po předání těchto informací proběhl ústní formou informovaný souhlas. Po zpracování výzkumné části byly přepisy rozhovorů zničeny.

6.5 Interpretace výsledků

Výzkumu se zúčastnilo šest žen a jeden muž. Věk respondentů se pohybuje v rozmezí od 31 do 62 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je nejčastěji vysokoškolské, uvádí ho pět respondentů ze sedmi. Dvě respondentky uvedly středoškolské vzdělání na střední zdravotnické škole. Specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelství v psychiatrii mají čtyři ze sedmi dotazovaných.

Respondentka č. 1 je žena, které je 31 let. Má bakalářský titul v oboru Všeobecné ošetrovatelství a specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelství v psychiatrii. Na oddělení pro duální diagnózy pracuje rok a půl. Předtím pracovala na psychiatrické akutní péči.

Respondentka č. 2 je žena, které je 59 let. Je všeobecná sestra ze střední zdravotnické školy, má bakalářský titul v oboru adiktologie a specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelství v psychiatrii. Na oddělení pracuje od jeho otevření, což je téměř 6 let. Předtím pracovala na oddělení závislosti.

Respondentkou č. 3 je žena, které je také 59 let. Nejvyšší dosažené vzdělání má bakalářské v oboru všeobecné ošetrovatelství. Specializační vzdělání má v oboru Ošetrovatelská péče v intenzivní péči. Na oddělení pro pacienty s duální diagnózou pracuje 3,5 roku, předtím pracovala na ženském oddělení pro léčbu závislosti, a ještě před tímto oddělením pracovala na anesteziologických sálech.

Respondentka č. 4 je žena, které je 40 let. Je všeobecnou sestrou ze střední zdravotnické školy a má specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Na oddělení s duálními diagnózami pracuje již 6 let. Dříve pracovala na gerontopsychiatrii.

Respondentkou č. 5 je žena ve věku 62 let. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské, je všeobecnou sestrou ze střední zdravotnické školy, má specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii a zkušenosti z psychoterapie u doc. MUDr. Jaroslava Skály CSc. Na oddělení pro pacienty s duální diagnózou pracuje již 7 let. Předtím pracovala na psychiatrii, na ženském chronickém oddělení.

Respondent č. 6 je muž, kterému je 35 let. Má bakalářský titul v oboru Všeobecné ošetřovatelství, nyní studuje navazující magisterské studium Adiktologie a je v posledním ročníku psychoterapeutického výcviku SUR. Nemá specializaci v oboru Ošetřovatelství v psychiatrii. S lidmi, kteří mají duální diagnózu pracuje na tomto oddělení již 6 let. Předtím pracoval na chirurgické jednotce intenzivní péče.

Poslední, respondentka č. 7 je žena, které je 33 let, nejvyšší dosažené vzdělání má bakalářské v oboru Všeobecné ošetřovatelství. Nemá specializaci v oboru Ošetřovatelství v psychiatrii. Na oddělení pro duální diagnózy pracuje 2 měsíce. Předtím pracovala na psychiatrickém akutním příjmu.

V následujícím textu budou respondenti označeni jako R1, R2, ... R7. Realizátor výzkumu bude označen jako T (tazatel).

Jelikož byly rozhovory zaznamenávány na papír, nikoli nahrávány na diktafon, nebylo možné pokaždé zajistit přesný přepis rozhovorů. Některé části rozhovorů byly zapisovány v bodech, kdy byly zapsány jen podstatné informace. Z toho důvodu jsou uvedeny výpovědi respondentů formou přímé i nepřímé citace.

6.5.1 VO1: Jaká je náplň práce sester na tomto typu oddělení?

Pro zodpovězení výzkumné otázky byly použity odpovědi respondentů na otázku: Jaká je náplň práce sester na tomto oddělení? A k tomu odpovědi na doplňující otázky vztahující se k tomuto tématu.

R1: „*Vedení podpůrných a motivačních pohovorů, převazy ran, léky, testování na covid, povídání, účast na programech, kontrola pacientů, když mají samořídící program, případně vedení relaxací.*“

T: „*A rozhovory s pacienty provádí všechny sestry nebo jen sestry se specializací?*“

R1: „*Všechny se podílíme na rozhovorech.*“ Dále respondentka uvádí, že mají rozděleny pacienty, kdy každá sestra si řeší své pacienty. „*Občas má nějaký pacient třeba větší důvěru k jiné sestřičce, tak pak si řeší věci s ní. K nám si chodí spíš pro rady do života, jinak chodí za lékařem nebo terapeutem.*“

R3: „*Tak jsou tu ty činnosti, co i jinde na odděleních. Léky atd. Ale taky pohovory, když jsou pacienti například v úzkostech, není jim dobře, nebo si chtějí jen povídat.*“

R4: „*Ranní hygieny, podávání léků, individuální pohovory, pracovní terapie, muzikoterapie, vycházky a další...*“

R5: „*Rozdávání léků, ošetření, aktivity, jako ranní komunity, výtvarné aktivity, vycházky, doprovody, pohovory a tak dál...*“

R6: „*Administrativa – příjmy, propuštění, překlady. Medikace, dohlížení na dodržování režimových opatření. A nově rozjíždíme tu terapeutickou činnost pro sestry, což znamená jako vedení nějakýho druhu skupin.*“

T: „*A to mohou dělat všechny sestry nebo ne?*“

R6: „*Ne, teď zrovna rozjíždíme motivační skupiny, a to můžou dělat sestry po motivačním výcviku – takovým šestidenním kurzu. Takže po získání certifikátu.*“

Z rozhovorů vyplývá, že náplň práce sester je v mnoha ohledech stejná, jako na jiných odděleních. Patří sem vedení dokumentace, příjmy, překlady a propouštění pacientů, rozdávání medikace, převazy ran atd. Co je specifické na psychiatrickém oddělení je dohled na dodržování režimových opatření, účast na ranních komunitách, doprovod pacientů během vycházek po areálu nemocnice, vedení některých aktivit, jako jsou například relaxace, kontrola pacientů při samořídícím programu a další. Co zmiňují všichni respondenti je komunikace s pacienty. Sestry s nimi vedou rozhovory, jak motivační a podpůrné, tak i rozhovory na jakékoli téma, které s nimi pacienti chtějí řešit. Sestry mají pacienty rozděleny, takže každý pacient vede rozhovor se svojí sestrou. Pokud by však pacient neměl k jedné sestře důvěru nebo by měl lepší vztah k jiné sestře, není problém, aby si zašel pro radu nebo podporu k té sestře, ke které chce. Respondent č. 6 také uvádí, že v zařízení, kde pracuje, mohou sestry momentálně vést motivační skupinu po dokončení kurzu a získání certifikátu.

6.5.2 VO 2: Jaké ošetrovatelské intervence vnímají sestry jako důležité u pacientů s duální diagnózou?

Pro zodpovězení druhé výzkumné otázky byly použity odpovědi účastníků na otázky: Jak se liší práce s pacienty s duální diagnózou? Jaké mají tito pacienti specifické potřeby? Jak se od sebe liší pacienti s rozdílnou závislostí nebo psychiatrickou poruchou? Jak vnímáte pacienty s duální diagnózou? Jaké ošetrovatelské intervence vnímáte jako důležité?

T: „*Jak nahlížíte na pacienty s duální diagnózou?*“

R1: „*Jsou to náročnější pacienti. Během odvykání u nich narůstá úzkost, potřebují více podpory personálu.*“ Respondentka uvádí, že kontakt s pacienty je někdy náročnější, občas jsou v kontaktu více manipulativní. „*Hlavně potřebují individuální přístup.*“

R2: „*Jsou specifictí, křehčí. Často nezvládají režim, jsou více manipulativní. Víc se noří do problémů, jsou úzkostnější. Snažíme se hodně s nimi pracovat individuálně.*“

T: „*Jak se liší práce s těmito pacienty?*“

R1: „*Oproti minulému pracovišti, se dá tady s nimi více pracovat, je to víc intenzivní, s pacienty trávíme více času. Řešíme s nimi hodně návaznou léčbu.*“

R2: „*Je tady trochu obtížnější spolupráce pacientů... Je potřeba mít s nimi větší trpělivost. Taký bývají ale víc manipulativní, více si personál musí držet hranice. Myslím, že je tady trochu klidnější režim, aby to pacienti mohli zvládat.*“

R4: „*Neliší. Důležité je pomáhat pacientům vytvářet náhled na jejich užívání a psychiatrickou diagnózu.*“

T: „*Jaké mají pacienti trpící duální diagnózou specifické potřeby?*“

R1: „*Potřebují hodně motivovat... Učí se lepší plánování času, vytvářejí si krizový plán.*“ Respondentka také uvádí, že se zde s pacienty řeší jejich vztahy venku – upevnění nebo odstříhnutí se od nich. Také to, proč chtějí abstinovat, posiluje se zde jejich sebedůvěra a plánuje se život po léčbě. Často se plánuje následná léčba ve stacionářích nebo terapeutických komunitách.

R2: „Potřebují hodně podporu a trpělivost. Důležité je jejich začleňování po léčbě zpět do běžného života.“ Dále uvádí, že s pacienty řeší návazné služby, centra duševního zdraví, stacionáře, terapeutické komunity, chráněná bydlení. „...Řešíme tu s nimi, aby měli i po léčbě zajištěného psychiatra a praktika.“

R6: „Doprovázení, znovunalezení nějakého smysluplného uspořádání dne – srovnat si denní režim a návyky, které byly předtím zanedbávány.“

T: „Jak se od sebe liší pacienti s odlišnou závislostní nebo psychiatrickou poruchou?“

R1: „To hodně záleží... Třeba u pacientů s poruchama příjmu potravy jim musíme kontrolovat stravování a mají intervence s nutriční specialistikou. Jinak se to moc neliší, záleží prostě na individuálních potřebách pacientů.“

R2: „To je hodně individuální, podle toho, v jakém jsou stavu a co potřebují.“

R6: „Dovedu si představit, že to bude dost podobný, ale nedokážu to porovnat. Tady, jak se prolíná ta závislost do té druhé diagnózy, tak často těžko rozlišit, jestli ty problémy vychází z té závislosti nebo z toho psychického onemocnění, nebo jestli to je kombinace.“

T: „Jaké ošetrovatelské intervence vnímáte jako důležité?“

R4: „Důležité je pomáhat pacientům vytvářet náhled na jejich užívání a psychiatrickou diagnózu.“

R5: „Empatie, vstřícnost, pochopení. Nebýt moc naléhaví na pacienta. Když řekne ne, tak prostě ne. Když si třeba nechce vzít léky, tak ho do toho nenutit, ale zkusit to raději za chvíli znova.“ Respondentka také uvádí, že je důležitý kontakt pacienta s rodinou a spolupráce personálu s rodinou. Dále spolupráce s organizací, která s pacienty dělá individuální pohovory a zajišťuje s nimi následnou léčbu.

R7: „Režim, disciplína, učení zbavovat se spouštěčů, komunikace, a to slušné jednání.“

Všichni respondenti uvádějí, že je třeba dbát na individuální přístup k pacientům, každý z nich má jiné problémy a potřeby. Například u pacientů

s poruchami příjmu potravy se dohlíží na jejich stravování a mají intervence s nutričním terapeutem. Většina respondentů uvádí, že pacienti s duální diagnózou potřebují od personálu podporu, trpělivost, dále potřebují hodně motivovat. Dvě respondentky ze šesti uvádějí, že pacienti s duální diagnózou mohou být více manipulativní, personál si tak musí více hlídat hranice. Respondentka č. 5 například uvádí, že je důležitá empatie, vstřícnost a pochopení vůči pacientům, kontakt a spolupráce s rodinou, a spolupráce s organizací, která do zařízení dojíždí. Také uvádí, že v některých situacích je dobré, aby personál nebyl na pacienta naléhavý. Respondentka č. 7 uvádí, že jí přijde důležitý řád a disciplína, komunikace s pacienty a slušné jednání vůči nim. Z rozhovorů dále vyplývá, že je důležité plánování času, opětovné získání denního režimu a návyků a začleňování zpět do běžného života po dokončení léčby. Zmíněná je také pomoc pacientům získat náhled na jejich užívání návykových látek a na jejich psychiatrickou diagnózu.

Respondenti uvádějí různé intervence, které vnímají jako přínosné. Lze se domnívat, že všechny výše zmíněné intervence jsou důležité, a každá z nich je pro pacienty více či méně užitečná. To se odvíjí od jejich požadavků a potřeb, které se mohou v průběhu léčby proměňovat. Důležité je zmínit, že respondenti nevnímají velké rozdíly mezi pacienty na základě jejich psychiatrických diagnóz, ale zmiňují, že práce s pacienty se liší právě na základě jejich potřeb.

6.5.3 VO 3: Jak vypadá náplň dne u těchto pacientů, včetně psychoterapeutické podpory?

U třetí výzkumné otázky byly použity odpovědi respondentů na otázku: Jak vypadá náplň dne, včetně psychoterapeutické podpory? A odpovědi na doplňující otázky.

R1: *„Ráno je budíček, pak rozvíčka, snídaně, léky, ranní komunita, aktivity, oběd, léky, aktivity. Program končí v 15:30. Dopoledne musí splnit jednu aktivitu, odpoledne dvě. Skupiny jsou někdy dopoledne, někdy odpoledne. Od 14:30 do 15:30 mívají vycházku po areálu se sestrou.*

T: *„Co vše zde mají pacienti na výběr za aktivity?“*

R1: *„Mají arteterapie, truhlářskou dílnu, košíkářskou dílnu, skupinu zvládnání emocí s psychologem, edukační skupiny, hipoterapie, pohybové terapie,*

hagioterapie, otevřenou skupinu, relaxace, výtvarný samořídící program – terapeutický tým určí, co mají malovat, poté je chodí jen kontrolovat. Pak mají peer klub, alko a toxo skupiny, genderové skupiny, skupiny s peer konzultantem.“

R2: *„Mají rozepsaný harmonogram na každý den. Ráno budiček, večer večerka ve 22:00. Tříkrát denně jsou léky. V programu mají například truhlářskou dílnu, sklářskou dílnu, edukace, kognitivní funkce. Na každou středu se dřív zvali lidé z různých organizací, například z center duševních zdraví atd. Momentálně je to díky covidu pozastaveno.“*

T: *„Jak vypadá takový režim na tomto oddělení?“*

R2: *„Pacienti mají strukturovaný program, musí se naučit režim a řád a je důležité jim vysvětlit, proč to tak je.“* Uvádí také, že zde mají bodovací systém, kdy pacienti musí dodržovat daná pravidla. Dávají se jim čárky, kdy týdenní limit je šest čárek. Když nasbírají šest čárek, buď sestoupí do nižší léčebné fáze, nebo když jsou v první fázi, tak se jim o týden prodlouží pobyt v té fázi.

R4: *„Mají tady volnější režim. Jinak je budiček, hygiena, snídaně, léky, ranní komunita, pracovní terapie, oběd, léky, vycházka.“* Následně respondentka popisuje, že každé pondělí mají pacienti pohovory s psychologem, ale jen ti, co chtějí. V průběhu dne také probíhají individuální pohovory se sestrami, s lékařem nebo se sociální pracovníci. *„...A ti, co nejdou na pohovory, tak se je snažíme zapojit do pracovní terapie.“*

T: *„Máte zde také adiktologa?“*

R4: *„Adiktolog zde není. Pohovory mají s psychologem, případně s lékařem nebo sestrou. A ve čtvrtek je tady paní sociální. Dojíždí sem také dvě organizace, které s nimi plánují, co dál po léčbě.“*

T: *„Máte zde bodovací systém?“*

R4: *„Nemáme. Máme zde pouze stížnosti a pochvaly, ke kterým se následně přihlíží a podle toho jsou pacientovi buď povoleny vycházky a propustky nebo ne.“*

R5: *„V 6:30 je budiček, pak hygiena, rozcvička, snídaně, léky a ošetření, ranní komunita, dílny nebo zahrada dle rozpisu, jak se kdo napíše. Pak je oběd,*

léky, polední klid, odpolední aktivity, vycházka, večere, úklid rajónů, večerní léky a někteří pak mají ještě noční léky. ...V deset hodin je večerka.“

R6: *„Každý den vypadá trochu jinak. Každý pacient se zapisuje na aktivity, které chce. Vlastně musí každý pacient sestavit svůj individuální den s tím, že musí splnit určitý počet aktivit dopoledne a odpoledne. Do aktivit jim nemluvíme, jen když vidíme, že někdo vůbec nechce chodit třeba na skupiny, tak je blbost, aby tady byl dva měsíce bez skupiny, tak ho popostrčíme k tomu, aby se na tu skupinu zapsal.“*

T: *„A sestavují si ten plán až ten den ráno nebo den předem?“*

R6: *„Den dopředu. Má to na starosti předseda a ten sepisuje, kdo na čem bude.“*

T: *„Mají tady pacienti ještě další funkce kromě předsedy?“*

R6: *„Jojo, předseda má ještě svůj zástup, kdyby chyběl. A pak třeba jsou pacienti, kteří mají na starost úklidy, úklid zahrady, pomoc v kuchyňce, úklid povrchů, odnášení odpadků atd.“*

Harmonogram a náplň dne je u pacientů z obou zařízení velmi podobná, liší se pouze v detailech, jako je například bodovací systém nebo přítomnost adiktologa v zařízení. V jednom zařízení není přítomen adiktolog, pacienti mají pohovory pouze s psychologem, lékařem či sestrou a jednou týdně se sociální pracovníci. Bodovací systém je rozdílný v tom, že v jednom zařízení funguje na principu čárek, které se dávají klientům, když něco například zapomenou udělat. Týdenní limit je šest čárek. V druhém zařízení bodovací systém nemají, pracují na principu pochval a stížností, ke kterým přihlíží v momentě, kdy si pacient například žádá o propustku.

V jednom ze zařízení, kde probíhaly rozhovory, mají pacienti také dané funkce. Pacienti, kteří jsou ve vyšší fázi léčby mají funkce vyšší (např. předseda), pacienti v nižší fázi mají funkce menší, kde nemají tolik zodpovědnosti (úklid zahrady, pomoc v kuchyni a jiné). Funkce je učí zodpovědnosti, a tomu, že pokud svou funkci nebudou vykonávat dobře, bude to mít vliv i na ostatní pacienty.

Můžeme předpokládat, že přidělené funkce vytváří také prostor pro vznik nových interakcí, jak mezi pacienty, tak i mezi pacienty a personálem.

Program pacientů sestává z budíčku, následuje rozcvička, ranní hygiena, snídaně, podávání medikace a případné ošetření, ranní komunita a následující dopolední aktivity. Po skončení aktivit jdou pacienti na oběd, poté dostávají odpolední medikaci. Dále je polední klid, odpolední aktivity, vycházka se sestrou, večere, podání medikace a večerka. Respondent č. 6 zmiňuje mezi večerní medikací a večerkou úklid rajónů. Také udává, že někteří pacienti dostávají ještě noční medikaci.

Pacienti mají na výběr ze široké nabídky aktivit, které mohou během léčby vykonávat. To jim dává možnost, aby si každý našel to, co ho baví, nebo co by ho zajímalo a chtěl by se naučit. Pacienti tak mohou rozvíjet své schopnosti a dovednosti, a zároveň mohou odpoutat svou mysl od nepříjemných myšlenek atd. Kromě aktivit v rámci pracovní terapie mají pacienti také na výběr například hagioterapii, pohybovou terapii, arteterapii, hipoterapii a další. Velkou roli hrají individuální pohovory, skupinové terapie a tematické skupiny, jako například genderové skupiny, skupiny zvládání emocí a jiné, které jsou nedílnou součástí procesu léčby. Pohovory mohou mít pacienti jak s psychoterapeuty, tak i psychologem, adiktologem, lékařem či sestrou.

Z některých rozhovorů vyplynulo, že by se pacienti v léčbě měli naučit řádu, strukturu dne a novým denním návykům. Právě proto léčba sestává ze strukturovaného programu, který pomáhá pacientům si tyto dovednosti osvojit. Je potřeba mít na paměti, že se jedná o pacienty, kteří do léčby přicházejí jak s duševním onemocněním, tak i s problémem z nadužívání návykových látek. Proto příliš přísný režim by mohl způsobit, že by pacienti z léčby mohli předčasně vypadnout, jelikož by nebyli schopni ho zvládat.

6.5.4 VO 4: Jaké mají všeobecné sestry vzdělání v oblasti duálních diagnóz?

Pro zodpovězení poslední výzkumné otázky byly použity odpovědi respondentů na otázky: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Máte specializaci v oboru Ošetrovatelství v psychiatrii? Máte nějaká školení či kurzy přímo na téma duálních diagnóz?

Čtyři respondenti ze sedmi dotazovaných mají specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii, kde se setkali s pojmem duální diagnózy v tematickém bloku s názvem Přístup k pacientům se závislostí. Jedna respondentka má vystudovaný bakalářský obor Adiktologie a další respondent nyní studuje navazující magisterský obor Adiktologie. V rámci studia adiktologie se nepochybně setkali s tématem psychiatrických komorbidit a duálních diagnóz.

T: „Máte nějaká školení či kurzy přímo na téma duálních diagnóz?“

R4: „Ne.“

R6: „Ne, spíš se tady dělají takové obecné kurzy. Například, jak omezit někoho agresivního, hojení ran, základy o medikacích. O duálkách nemáme nic, což mi osobně schází.“

Odpověď na tuto otázku byla u všech respondentů „Ne“. Ani v jednom zařízení nemají kurzy či školení, která by se zaměřovala na duální diagnózy, na to, jak s těmito lidmi v léčbě pracovat a na nové poznatky, které přinášejí výzkumy na toto téma. Respondent č. 6 uvádí, že v rámci zařízení, kde pracuje, mají například kurz, jak omezit agresivního pacienta, kurz na hojení ran a jiné. Kurz zaměřený na duální diagnózy nemají.

7 Diskuze

V první výzkumné otázce byly popsány odpovědi respondentů na otázku, jaká je náplň práce všeobecných sester na oddělení pro duální diagnózy. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že náplň práce sester na tomto typu oddělení se v mnohém neliší od práce na jiných psychiatrických odděleních. Krom administrativních záležitostí zde sestry dohlíží na dodržování režimových opatření, účastní se ranních komunit, doprovází pacienty během odpoledních vycházek, mají na starost vedení některých aktivit, kontrolují pacienty při samořídícím programu a vedou s pacienty rozhovory. V jednom ze zařízení mohou nově také vést motivační skupinu poté, co absolvují kurz a získají certifikát. Sestry jsou v kontaktu s pacientem 24 hodin denně, jsou tam pro pacienty i v době, kdy už tam není například psychoterapeut nebo adiktolog, pacienti za nimi mohou přijít kdykoliv se jim zhorší jejich duševní stav nebo si potřebují jen popovídat. Sestry jsou tak nedílnou součástí multidisciplinárního týmu.

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na to, které ošetrovatelské intervence vnímají všeobecné sestry jako důležité pro pacienty s duální diagnózou. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že nejdůležitějším prvkem pro práci s pacienty je jednoznačně individuální přístup. Co se týče intervencí, respondenti uváděli empatii, vstřícnost, podporu pacientů, slušné jednání, trpělivost a motivování pacientů. Dále byla dvěma respondentkami zmíněna důležitost hlídání si hranic při práci s pacienty. Mezi další zmíněné intervence patřil kontakt s rodinou a práce s ní, spolupráce s dalšími organizacemi, řád a disciplína, které pomáhají pacientů získat opět denní režim a návyky, a intervence zaměřené na získání náhledu, jak na psychiatrické onemocnění, tak i na závislost.

Respondenti zmiňují intervence, které jsou v souladu s intervencemi, které uvádí autoři Gafoor & Rassool (1998). Ti ve své studii uvádějí například nastolení důvěry, nehodnotící přístup, kvalifikovanou komunikaci, poskytování informací o návykových látkách a duševním zdraví a jiné. Brahim, Hanganu & Gros (2020) popisují intervence, které pacienti s duální diagnózou vnímají jako důležité. Mezi ně patří například podpora psychosociálního zdraví, podpora rodinných vztahů,

podpora učení a vzdělávání a volnočasové aktivity. Některé z těchto intervencí zmiňují respondenti u druhé výzkumné otázky také.

Všechny výše zmíněné intervence jsou pro pacienty důležité, některé více a některé méně. To se může během léčby proměňovat na základě jejich potřeb.

Ve třetí výzkumné otázce byla popsána náplň dne u pacientů, včetně psychoterapeutické podpory. Obě zařízení mají velmi podobný harmonogram a poskytovaný program. V obou zařízeních je přítomen lékař, ošetrovatelský personál, psycholog, sociální pracovník a psychoterapeuti. Jedno zařízení má navíc také adiktologa. Jelikož se jedná o oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti se závislostí v kombinaci s další psychiatrickou diagnózou, je dle mého názoru vhodné, aby byl adiktolog v zařízení přítomen a mohl vést s pacienty pohovory na téma závislosti a užívání návykových látek.

Z rozhovorů také vyplývá, že pacienti mají strukturovaný program, podle kterého se řídí a odvíjí se od něj celý den. Jak již bylo zmíněno v předchozí podkapitole, program sestává z budíčku, rozcvičky, následuje ranní hygiena, snídaně, podávání medikace a případné ošetření, ranní komunita a následují dopolední aktivity. Po skončení aktivit jdou pacienti na oběd, poté dostávají odpolední medikaci. Po obědě mají polední klid, odpolední aktivity, vycházku se sestrou, následuje večeře, podání medikace a večerka. Respondent č. 6 zmiňuje mezi večerní medikací a večerkou úklid rajónů. Také udává, že někteří pacienti dostávají ještě noční medikaci.

Aktivity si pacienti vybírají na základě svých preferencí. Co se týče psychoterapeutické podpory, mají pacienti individuální pohovory a terapie, skupinové terapie a tematické skupiny. Psychoterapeutická sezení jsou nedílnou součástí procesu léčby.

Poslední výzkumná otázka se zabývala tím, jaké mají všeobecné sestry na těchto odděleních vzdělání v oblasti duálních diagnóz. Z odpovědí vyplynulo, že čtyři ze sedmi dotazovaných mají specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii, z toho jedna respondentka má také bakalářské vzdělání v oboru Adiktologie. Jeden respondent momentálně studuje navazující magisterský obor Adiktologie. Jak v rámci specializačního vzdělání, tak i v rámci studia adiktologie

se respondenti setkali s pojmy jako psychiatrické komorbidity a duální diagnózy. Jelikož je ale studium obou programů mnohem rozsáhlejší, nemusí být tomuto tématu věnován dostatečný prostor, nebo být na něj zaměřena dostatečná pozornost, obzvláště například v oblasti nových výzkumů a z toho vzešlých poznatků.

Co se týče dalšího vzdělání v oblasti duálních diagnóz, například formou kurzů či školení, ani v jednom ze zařízení nejsou přímo nabízeny. Žádný z respondentů tedy neprošel školením či kurzem na téma duálních diagnóz. Dle mého názoru by bylo vhodné, aby měl personál možnost se v tomto tématu více vzdělávat, buď v rámci školení od zdravotnického zařízení, ve kterém pracují, nebo aby byli seznámeni s kurzy, které nabízejí jiné organizace, a tyto kurzy jim byly aktivně představovány a nabízeny. Tento názor zastává také autor Rassool (2007), který uvádí, že je důležité zvýšit dostupnost školících kurzů o duálních diagnózách a zajistit odborníkům přístup k těmto kurzům.

Co však považuji za přínosné je, že v jednom ze zařízení mají všeobecné sestry možnost absolvovat kurz po jehož splnění mohou vést motivační skupiny. Díky tomu si mohou rozšířit vědomosti a dovednosti v oblasti motivačních rozhovorů, které jsou dle autorů (Kalina a Minařík in Kalina, 2015) u pacientů s duální diagnózou doporučovány.

Tématu ošetrovatelské péče u pacientů s duální diagnózou se zatím u nás nevěnuje dostatek pozornosti, i přes to, že sestry tvoří nejpočetnější skupinu pracovníků v oblasti duševního zdraví, a také přes fakt, že až 50 % psychiatrických pacientů má také problém se závislostí (Edward & Munro, 2009; Gafoor & Rassool, 1998; Kalina & Vácha, 2013).

Limity práce spočívají v realizaci rozhovorů pouze se všeobecnými sestrami, nikoli i s pacienty hospitalizovanými na těchto odděleních, od kterých by se dala získat zajímavá data na téma ošetrovatelských intervencí a jejich přínosu v léčbě.

8 Závěr

Cílem práce bylo zjistit, jaká je ošetrovatelská péče u pacientů s duální diagnózou v zařízeních poskytujících lůžkovou psychiatrickou péči, které intervence jsou pro pacienty nejvíce přínosné z pohledu všeobecných sester, a jaké mají všeobecné sestry na odděleních pro duální diagnózy vzdělání v oblasti této problematiky.

Ze získaných odpovědí vyplynulo, že ošetrovatelská péče u pacientů s duální diagnózou se téměř neliší od ošetrovatelské péče na jiných psychiatrických odděleních. Ošetrovatelská péče zahrnuje administrativu, podávání medikace, ošetrování ran, účast na ranních komunitách, vedení některých aktivit, dohlížení na pacienty, vedení pohovorů, v jednom ze zařízení nově vedení motivačních skupin, a jiné. Všeobecné sestry kladou důraz na individuální přístup a potřeby pacientů. Mezi intervence podstatné pro práci s pacienty řadí vstřícný přístup, empatii, podporu pacientů, slušné jednání, trpělivost a motivování. Dále tam řadí spolupráci s rodinou, naučení se řádu a disciplíně, intervence zaměřené na získání náhledu, jak na psychiatrické onemocnění, tak na závislost či užívání návykových látek, a spolupráci s dalšími organizacemi, které pacientům pomáhají například s výběrem a zařízením následné léčby.

Co se týče vzdělání v oblasti duálních diagnóz, čtyři ze sedmi dotazovaných všeobecných sester mají specializační vzdělání v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii, jedna respondentka má navíc bakalářské vzdělání v oboru Adiktologie. Dále jeden dotazovaný momentálně studuje navazující magisterské studium v oboru Adiktologie. Z toho vyplývá, že větší část všeobecných sester má základní informace o duálních diagnózách získané v rámci studia. Avšak pokud jde o vzdělání přímo zaměřené na duální diagnózy, například formou kurzů či školení, ani jeden z respondentů žádný kurz či školení neabsolvoval. V rámci zdravotnických zařízení, kde pracují, jim žádný takový kurz není přímo nabízen.

Problematiku ošetrovatelské péče u pacientů s duální diagnózou by bylo vhodné podrobit dalšímu zkoumání.

9 Použitá literatura a zdroje

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [online]. American Psychiatric Association, 2013 [cit. 2022-02-25]. ISBN 0-89042-555-8.

ČESKO. Vyhláška č. 391/2017 Sb., vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 26. 9. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

ČESKO. Zákon č. 201/2017 Sb. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 25. 9. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>

DOBIÁŠOVÁ, Veronika. *Hodnotící metody v psychiatrickém ošetřovatelství* [online]. Jihlava, 2014 [cit. 2022-01-11]. Bakalářská práce.

EDWARD, Karen-Leigh a Ian MUNRO. Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 2009, 15(2), 74-79 [cit. 2022-02-22]. ISSN 13227114. Dostupné z: [doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01731.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01731.x)

FELZMANNOVA, Radka. Ošetřovatelská péče v psychiatrii. *Portál inovace vyššího odborného vzdělávání* [online]. 2018 [cit. 2022-01-08]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/109/page00.html>

FOX, Lindy, Robert E. DRAKE, Kim Tornvall MUESER, et al. *Integrovaná léčba duálních poruch*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, [2011]. ISBN 978-80-260-1338-9.

GAFOOR, Mike; RASSOOL, Hussein. The co-existence of psychiatric disorders and substance misuse: working with dual diagnosis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 1998, 27.3: 497-502.

KALINA, Kamil a P. VÁCHA. Dual diagnoses in therapeutic communities for addicts - possibilities and limits of integrated treatment. *Adiktologie*. 2013, 13(2), 144-164. ISSN 1213-3841.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

MACLEAY, Euan, Margaret FRY, Michael Anthony ROCHE a Tim MONTILLA. Care planning and nonpharmacological interventions in a metropolitan inpatient dual diagnosis service: A retrospective exploratory study. *International Journal of Mental Health Nursing* [online]. 2020, 29(5), 856-867 [cit. 2022-02-22]. ISSN 1445-8330. Dostupné z: doi:10.1111/inm.12719

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

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

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru všeobecná sestra – ošetrovatelská péče v psychiatrii* [online]. In Věstník MZČR. 2020, č. 4 [cit. 2021-9-26]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18867/40750/Vestnik%20MZ_4-2020.pdf

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

NEPUSTIL, Pavel a Markéta GEREGOVÁ, ed. *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9667-7

OULD BRAHIM, Lydia, Cezara HANGANU a Catherine Pugnaire GROS. Understanding Helpful Nursing Care From the Perspective of Mental Health Inpatients With a Dual Diagnosis: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* [online]. 2020, 26(3), 250-261 [cit. 2022-02-22]. ISSN 1078-3903. Dostupné z: doi:10.1177/1078390319878773

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PETR, Tomáš. *Zpravodaj reformy péče o duševní zdraví* [online]. 2018, s. 3 [cit. 2021-9-25]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/Zpravodaj-reforma/Zpravodaj_duben.pdf

PINDERUP, Pernille. Challenges in working with patients with dual diagnosis. *Advances in Dual Diagnosis* [online]. 2018, 11(2), 60-75 [cit. 2022-02-22]. ISSN 1757-0972. Dostupné z: doi:10.1108/ADD-11-2017-0021

RASSOOL, G. Hussein. *Dual Diagnosis Nursing* [online]. Chichester, UNITED KINGDOM: John Wiley & Sons, Incorporated, 2007. Dostupné z: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/natl-ebooks/detail.action?docID=351084>

Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, 2021.

TORRENS MÈLICH, Marta, Joan-Ignasi MESTRE-PINTÓ a Antònia DOMINGO SALVANY. *Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, [2017]. ISBN 978-80-7440-194-7.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnictví ČR: Personální kapacity a odměňování* [online]. 2019 [cit. 2021-9-25]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008356/nzis-rep-2020-e04-personalni-kapacity-odmenovani-2019.pdf>

VYTEJČKOVÁ, Renata a kolektiv. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.