

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Znalosti odborné krizové intervence u sester na standardních interních
a chirurgických odděleních

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: Alena Sochorová

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šulěřová

Datum odevzdání práce: 5.5.2008

Crisis intervention introduces professional help to a person in crisis. Every person experiences their crisis in specific way. Crisis intervention doesn't only mean communication skills, which include verbal, nonverbal, and paraverbal areas. Even though crisis intervention is especially a domain of psychiatric units, knowledge of it is important even in departments not specifically conversant with illnesses of psyche. In health care within the Czech Republic exist standards for crisis intervention not yet clearly defined. It is provided by a clinical psychologist as a professional service, or in the terms of psychotherapy, a person who is competent to give systematic psychotherapy in health care (clinical psychologist, doctor – psychiatrist with specified education). The steps of professional crisis intervention are among the basic working tools of a nurse. The knowledge of crisis intervention from nurses and its usage in communication with patients presents significant improvement of the nursing (caring) system of clients who are in crisis situation.

The chapter current status discusses crisis, crisis intervention, questions of nursing, and about the role of the nurse in crisis intervention.

The goal of this work was to explore the knowledge of nurses in professional crisis intervention. In the research process, I focused myself on the nurses' professional crisis intervention knowledge. In addition, I focused on how the nurses perceive the importance of professional communication with patients and, last but not least, whether the nurses perceive patients' problems solely on a physical level, or also as a psycho – social – spiritual part of a human, even within the perception of crisis situations. The first stated hypothesis called “Nurses do not have efficient knowledge in crisis intervention” was confirmed. The second stated hypothesis, “Nurses do not have sufficient information sources”, was not confirmed. And the third hypothesis called “Nurses do not know the rules of communication with components of crisis intervention” was also confirmed.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Znalosti odborné krizové intervence u sester na standardních interních a chirurgických odděleních vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s paragrafem 47b zákona číslo 111/1998 Sb. v platném souhlasím se zveřejňováním své bakalářské práce, a to ve zkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

podpis studenta

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Kateřině Šulěřové za čas věnovaný této bakalářské práci a za její praktické připomínky. Dále děkuji Ing. Ivě Brabcové za rady týkající se ošetrovatelské stránky této bakalářské práce.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Krize	4
1.1.1 Definice krize	4
1.1.2 Typologie krizí	6
1.1.2.1 Řešení krize	7
1.1.2.2 Adaptivní chování	8
1.1.2.3 Maladaptivní chování	9
1.2 Krizová intervence	11
1.2.1 Definice krizové intervence	11
1.2.2 Cíle krizové intervence	12
1.2.3 Principy krizové intervence	12
1.2.4 Formy odborné krizové pomoci	13
1.2.5 Etapy krizové intervence	14
1.2.6 Techniky krizové intervence	15
1.2.7 Speciální tematika krizové intervence v ošetrovatelství	17
1.2.7.1 Agresivita	17
1.2.7.1.1 Specifika ošetrovatelské péče u agresivního klienta ..	18
1.2.7.2 Bolest	19
1.2.7.2.1 Specifika ošetrovatelské péče u klienta s bolestí	21
1.2.7.3 Deprese	22
1.2.7.3.1 Specifika ošetrovatelské péče u depresivního klienta ..	22
1.2.7.4 Úzkost	23
1.2.7.4.1 Specifika ošetrovatelské péče u úzkostného klienta ..	24
1.2.7.5 Hospitalizace	25
1.2.7.5.1 Specifika ošetrovatelské péče u hospitalizovaného klienta s neadekvátní adaptací	25
1.2.7.6 Nemoc	26

1.2.7.6.1 Specifika ošetrovateľskej péče u klienta s chronickým onemocněním	27
1.2.7.7 Sebevražedné chování.....	28
1.2.7.7.1 Specifika ošetrovateľskej péče u suicidálního klienta	32
1.3 Ošetrovateľské diagnózy	33
1.4 Role sestry při krizové intervenci	35
1.4.1 Sestra	35
1.4.2 Definice komunikace.....	35
1.4.2.1 Efektivní komunikace v ošetrovateľství.....	36
1.4.2.2 Kontraproduktivní komunikace v ošetrovateľství	37
1.4.3 Vzdělávání sester	38
1.4.4 Vzdělávání v krizové intervenci	39
2. Cíle a hypotézy	41
2.1 Cíl práce	41
2.2 Hypotézy	41
3. Metodika	42
3.1 Metodika práce	42
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	43
4. Výsledky	44
5. Diskuse.....	74
6. Závěr	79
7. Seznam použitých zdrojů	79
8. Klíčová slova.....	84
9. Přílohy.....	85

Úvod

Problematikou krizové intervence jsem se začala zabývat v prvním ročníku studia na této univerzitě, a to díky předmětu „komunikace v ošetrovatelství“. Moje dřívější zkušenosti z praxe v nemocnici mi říkaly, že spousta lidí má problémy nejen z hlediska vztahů, událostí a osudů, ale velmi často vnímají svůj zdravotní problém z jiného pohledu než zdravotníci, kterým připadají jako přirozené nebo logicky se vyvíjející. Často jsem se setkávala, a doposud se setkávám, s faktem, že „pouhý“ pobyt v nemocnici je pro člověka stresující. Bolest, i přes její dnešní možnosti léčby, je stále děsivým a nevyřešeným problémem. O tom mě přesvědčilo několik situací, ve kterých jsem figurovala jako studentka na praxi, a několik „mých klientů“ se mi svěřilo s neustupujícími prožitky bolesti a touhou po sebevraždě. Samotnou mě v dané situaci překvapila nedosažitelnost slov a vlastní neschopnost promluvit s „mým klientem“ konstruktivně. Z tohoto důvodu jsem se v prvním ročníku studia na této univerzitě věnovala tématu krizové intervence.

Krizová intervence je velmi široké téma. Pro svoji práci jsem zvolila oblast krizové intervence v nemocničním prostředí, na standardních interních a chirurgických odděleních, a to z toho důvodu, že se zde sestry setkávají se strachem, depresí, agresivitou, suicidalitou u klientů, ale jejich úspěšné řešení je jimi odsunováno, zejména kvůli neznalosti tématu, bagatelizaci a přesouvání odpovědnosti na jiné pracovníky. Proto jsem si za cíl stanovila zjistit znalosti sester o odborné krizové intervenci na standardních interních a chirurgických odděleních.

Cílem práce bylo zjistit znalosti sester o odborné krizové intervenci na standardních interních a chirurgických odděleních kvantitativní metodou výzkumu, pomocí techniky dotazníku.

1. Současný stav

1.1 Krize

1.1.1 Definice krize

Etymologický základ slova krize se nachází v řeckých termínech „krinó“ – oddělit, vybrat, volit a „crisis“ – rozdělení, svár, rozhodování, rozsudek. Krize označuje nejvyšší bod, bod obratu nebo zvrát v dění (15). Podle současných psychologických koncepcí představuje krize přechodný stav vnitřní nerovnováhy, který je způsobený kritickými událostmi nebo takovými životními událostmi, které vyžadují zásadní, neodkladné řešení (26). O krizi hovoříme tehdy, když se jedinec ocitne v zatěžující nerovnováze mezi subjektivním významem problémů a možnostmi zvládnutí, které má k dispozici (7).

Krize může vzniknout buď v důsledku vnějších událostí, nebo vnitřních procesů, nebo jejich kombinací (15). Mezi vnitřní precipitory (spouštěče krize) patří např. neschopnost vyhovět požadavkům vývoje, nárokům či zodpovědnosti (26). Do vnějších precipitorů můžeme zařadit ztrátu objektu (smrt blízké osoby, rozchod partnerů, zklamání, zrada ...), změnu, např. v souvislosti se zdravotním stavem, s rodinou, se zaměstnáním, k vnějším precipitorům řadíme i volbu, a to ve smyslu volby mezi dvěma stejnými kvalitami (29). Problém krize bychom měli vnímat komplexně, neboť zahrnuje jak složku jedince, tak i jedince jako součásti celku, jako součásti komunity.

Klasifikace příčin krize je známá ze studie Holmese a Raheho z roku 1964, jedná se o klasifikaci životních událostí (26). Viz příloha č. 2. V nemocnici se nejčastěji zdravotnický personál setkává s příčinami, které vyplývají z faktu nemoci, ztráty soukromí, nutnosti podání léků, jejich nežádoucích účinků, formy jejich podání, bolesti, nepříznivé diagnózy – jak z hlediska prognostického, tak i terapeutického (nejen blížící se smrt, ale i prostředky prodlužující život, jako jsou

operační výkony). Sestra by ve své péči neměla bagatelizovat projevy nemoci, jako je pláč, strach, úzkost, křik a zloba, i když se s nimi setkává každý den.

Pro zpřehlednění krizového vývoje je možné krizový stav rozdělit do několika stádií. Jednotlivá stadia trvají zpravidla několik hodin, jindy však mohou trvat i několik dní (29). První fáze je vnímání ohrožení, tato fáze ukazuje, že vědomosti a dovednosti jedince jsou nedostatečné (26). Důsledkem je zvýšení úzkosti, ta motivuje jedince k aktivizaci obvyklých vyrovnávacích strategií, které nejčastěji představují pomoc na úrovni svépomoci a rodiny. Tato fáze trvá od několika minut po hodiny, maximálně však jeden den. Pokud nedojde k vyrovnání se s problémem v této fázi, nastupuje fáze další. Ve fázi číslo dvě lidé postižení krizí zažívají pocity zranitelnosti a nedostatečné kontroly nad situací. Někteří volí pomoc na linkách důvěry, pokud ale úzkost stále přetrvává a efektivní řešení je v nedohlednu, pak po několika hodinách, maximálně dnech, se klient dostává do další, tedy třetí fáze (29). Ve třetí fázi napětí stále roste, jedinec mobilizuje veškeré psychické rezervy k hledání nových způsobů řešení dané situace (26). Třetí fáze má opět časové trvání několik hodin maximálně několik dnů. V této fázi je krizová intervence jako metoda péče plně postačující. Při nevyřešení problému nastupuje čtvrtá fáze, která se vyznačuje výraznou psychickou dezorganizovaností. Úzkostné reakce se podobají stavům paniky. Dochází k hlubokým kognitivním, emočním a psychickým změnám. V tuto chvíli, za předpokladu, že krize vyúsťuje negativně, se může krizová intervence ukázat jako nezbytná, často je vhodná i psychoterapeutická návaznost. Fáze trvá několik dnů, či dokonce týdnů. Při dalším trvání příčiny krize, může dojít k vytvoření předstupně chronifikovaného stavu tzv. syndromu psychického ohrožení (29).

Pro sestru, která chce klientovi v akutní či chronické krizi pomoci, je nutné si uvědomit, že krizový stav představuje dynamický proces, se svými precipitory, progresí a následným jednáním a prožíváním jedince. Sestra si pro efektivitu své práce s klientem musí být vědoma, že úzkost je kontraproduktivním faktem, který je možné účinně snižovat dostupnými prostředky, především adekvátní komunikací s klientem.

1.1.2 Typologie krizí

Nejvýstižnější a nejpoužívanější z praktického hlediska je Baldwinovo dělení na šest typů krizí podle jejich etiologie (15). Systém typologie krizí, vytvořený Baldwinem, je systém založen na odstupňování závažnosti krize (29). Při posuzování od první k šesté třídě se krize stává závažnější a zdroj stresu přechází od vnějšího k vnitřnímu, tím se také mění přístup krizového intervenanta (26). Baldwinova typologie krizí rozděluje krize na - situační, tranzitorní, traumatické, vývojové a krize pramenící z psychopatologie.

Situační krize představuje událost, která je precipitována nepředvídatelnou, neočekávatelnou situací, jakou je např. smrt blízké osoby, katastrofa, ztráta práce, náhlá ztráta zdraví. Intenzita krize je určena subjektivním hodnocením situace a dostupností vyvažujících faktorů (29). Tranzitorní krize, čili krize z očekávaných životních změn, můžeme definovat jako předvídatelné procesy růstu a vývoje jedince (29). Jsou to krize pramenící ze situací, které je možno anticipovat – předvídat, a to na úrovni přechodu z jedné fáze do druhé, např. v rámci rodinného cyklu nebo v rámci života jedince. Jedinec může změny očekávat a může se na ně jistým způsobem i připravit (26). Krize traumatické jsou precipitovány extrémně silnými vnějšími stresory, které klient neočekává a nemá nad nimi žádnou kontrolu. Takovou stresovou událostí je např. náhlé úmrtí blízké osoby, znásilnění... (29) Vývojové krize obvykle přichází tam, kde nemohla zdárným způsobem proběhnout krize tranzitorní, jejíž podstatou je reakce jedince a jeho rodinného systému na přirozené změny či vývojové úkol (29). Vývojová krize vyplývá z psychodynamiky každého jedince (26). K významným vývojovým krizím řadíme např. ukončení školy, sňatek, nástup do zaměstnání, odchod do důchodu (26). Krize pramenící z psychopatologie se nejčastěji objevuje u neurotických lidí, hraničních osobností a neorganických psychóz. Krize jsou způsobené zvýšenou zranitelností nebo psychopatií (26). Neodkladné krizové stavy jsou jinak řečeno krize vyžadující okamžitou psychiatrickou pomoc. Jde o situace, které na sebe váží vysoký potenciál naléhavosti. Patří sem akutní stavy, které mohou, ale nemusí provázet probíhající

psychické onemocnění. Dále se sem řadí akutní psychotické stavy, alkoholové či drogové intoxikace, porucha kontroly impulsů, jako je sebevražedné nebo vražedné chování a nekontrolovatelná zlost a agrese, panická úzkost (29).

1.1.2.1 Řešení krize

Jednou ze základních komponent ošetrovatelství je pomáhat lidem pozitivně zvládat stresové situace a podporovat pozitivní strategie zvládání stresu. Podpora těchto strategií vyžaduje potřebné znalosti o stresu, o možnostech vyrovnání se s ním a o jeho účincích na zdraví člověka (16). Řešení krize se skrývá v realistickém odhadu precipitujících událostí, v dosažitelnosti podpůrné sítě a v dosažitelnosti vyrovnávacích strategiích. Fyziologicky se jedná o akceleraci aktivity určité části vegetativního nervstva zajišťující aktivizaci nebo útlum. Ve smyslu aktivace vegetativního nervstva, sympatiku, jde o reakce typu útok a útěk. Reakce ve smyslu útlumu jsou zajištěny parasympatikem. Při prožívání velkého stresu se často stírají vyšší a zralější vrstvy osobnosti a projevují se právě tyto mechanismy, které jsou v podstatě na úrovni instinktů zajišťujících přežití (29).

Problematika zvládání krizových stavů, včetně bolesti, akutní i chronické nemoci, je v psychologické literatuře uváděna pod anglickým termínem „coping“ (10). Zvládání životních těžkostí (stresu, krizových situací) je chápáno jako dynamický proces, v jehož rámci dochází k vzájemným interakcím mezi člověkem a jeho zdravotní situací. Obecně lze říci, že existují dva druhy strategií zvládání stresu. Za první strategie zabývající se řešením faktického problému, které se zaměřují na konstruktivní řešení krizové situace, a za druhé strategie zaměřené na vyrovnávání se s emocionálním stavem, které regulují emoční stav (11).

Krizi je možné vyřešit nejen svépomocí, ale i prostřednictvím institucí. Cílem odborné pomoci člověku v krizi je poskytnout klientovi bezpečí, naději a vedení, aby znovu získal pocit úlevy a zvyšovala se jeho schopnost efektivního zvládání krizových situací na minimálně takovou úroveň, jako byla ta předkrizová (29). Aby člověk zvládl krizi, neznamená to, že zapomene na to, co se stalo. Není to efektivní,

ani reálné. Také to neznamena, že život bude stejný jako před započatím vnímání krizového stavu. Pro klienta je nutné si uvědomit, že jeho život se po překonané krizi změní. Zvládnutí krize člověkem představuje znovuzískání energie potřebné k běžnému životu. Vracení schopnosti radovat se, cítit uspokojení z vlastní činnosti, ale na druhou stranu člověk díky zvládnuté krizi pochopí, že krizí v lidském životě je mnoho a kdykoliv se mohou vrátit nebo objevit nové (26).

1.1.2.2 Adaptivní chování

Adaptace je velmi široký pojem, který vyjadřuje vyrovnávání se, obnovu rovnováhy mezi jedincem a prostředím. Adaptace může mít pasivní podobu, ve smyslu akomodace (přizpůsobení se), nebo podobu aktivní adaptace, která představuje přizpůsobování si, tedy asimilaci (33).

Adaptivní chování představuje při copingové strategii orientované na řešení problémů vyvinutí vlastní aktivity a snahu konstruktivně řešit danou situaci – např. léčit nemoc, odstranit to, co působí obavy a strach, likvidovat nežádoucí situační vlivy, změnit podmínky, které zhoršují celkový stav, atp. Adaptivní strategie zaměřené na vyrovnávání se s emocionálním stavem jsou zaměřeny na regulaci emocí, které se radikálně změnily v důsledku nemoci, traumatu, choroby, postižení, atp. (10) K efektivním copingovým strategiím patří aktivní přístup k realitě a hledání informací, ventilování pozitivních a negativních emocí, aktivní hledání pomoci u jiných osob, rozdělení problémové situace na jednotlivé části a dílčí cíle, být schopen odpočinku a relaxace, aktivní vyrovnávání se s emocemi a problémy, eventuelně je akceptovat v případě, že není možná změna, nedbat tvrdošijně na vlastních zásadách, ale být flexibilní a otevřený ke změnám a samozřejmě důvěra v sebe samého, ale i k druhým lidem a víra v nadějně řešení (26).

K adaptivním způsobům zvládnání životních těžkostí, které může profesionál ve zdravotnictví podpořit, patří modifikace chování, kognitivní ovlivňování, „psychologické očkování“ a ventilace emocí. Modifikace chování pracuje s tzv. kladným a záporným posilováním. V praxi daná metoda znamená např. nevěnování

pozornosti stále se opakujícím projevům nařikání klienta nad trvající bolestí, avšak jeho chválení v situaci, kdy se klient sám pokouší bolest zvládat. Posilování v době hospitalizace může poskytovat lékař nebo zdravotní sestra. Psychologické očkování proti stresu a bolesti vede k aplikaci naučeného uklidňujícího chování. Ventilace emocí dává člověku prostor pro osobitě pojmenování s následným efektem, který je v psychologii nazýván katarze, neboli psychické očištění od negativních zážitků (11).

1.1.2.3 Maladaptivní chování

Maladaptace znamená nevládnutí situace, jež se projevuje v prohlubující se beznaději, bezmoci a jinými projevy osobnostní nezralosti (10). Dojde-li k selhání našich adaptivních mechanismů, naše chování se výrazně mění. Kvantita a kvalita reakce, kterou v dané chvíli produkujeme, je závislá na míře odolnosti vůči zátěži, na míře tzv. frustrační tolerance. Neadaptivní chování může nabývat nejrůznějších forem, a to agrese, úniku, ustrnutí, vytěsnění, potlačení, popření, racionalizace, projekce, reaktivního výtvoru, přesunutí a intelektualizace (6).

Agrese je popisována jako útočné jednání s cílem záměrně či nezáměrně ublížit. V ošetrovatelské praxi se setkáváme s následujícími formami agresivního chování. Přímá agrese, která je namířená proti zdravotníkovi, spoluklientovi, rodinným příslušníkům. Může být verbální, projevující se např. křikem, nadávkami, urážkami, vyhrožováním. Také se může projevit i fyzickým násilím vůči lidem z jeho okolí, nebo poškozováním věcí. Další častou formou agrese ve zdravotnictví je tzv. autoagrese, čili agrese produkovaná na vlastní osobu. Jde o formu sebepoškozování, která může vyústit až v sebevraždu. Zadržovaná agrese je vně neprojevovaná agrese, kdy se klient zdánlivě umí ovládat. Instrumentální agrese je taková, která svému vykonavateli přináší jistý zisk, cíl (32).

Další formou neadaptivního způsobu chování je únik. Únik (útěk) je jedna z přirozených obranných reakcí živých organismů na situaci ohrožení. V psychologickém slova smyslu je útek metaforou, která vyznačuje snahu vyhnout

se řešení problému a zvolit raději odklad. Formou útěku je i lež jako vyhnutí se trestu (12). Další možné cesty úniku jsou např. faktický útek z místa tragédie, útek do nemoci, kdy nemoc může poskytovat jisté útočiště, zbavení se zodpovědnosti za sebe i za druhé (6).

Další možnou nepřiměřenou reakcí je ustrnutí, které vzniká pokud je člověk příliš silně vázán k určitému cíli a nedokáže se od něj odpoutat, a současně nedokáže překonat překážku, která stojí na vytyčené cestě. Pokouší se o nové strategie, které jsou stereotypní, neúspěšné a ponaučení se nedostavuje (6).

Regrese je ochranný proces, jehož účel spočívá v návratu ke starým osvědčeným vývojovým vzorcům chování v situaci ohrožení. Novější vrstvy současného já jsou dočasně vytěsněny, dostupnější je chování z ranějších ontogenetických fází existence člověka (29).

Vytěsnění je neuvědomovaný děj, který nás zbavuje nepříjemných zážitků nebo pocitů neslučitelných s naším sebepojetím. Při vytěsnění dochází k vyloučení informací nebo ohrožujících vzpomínek z vědomí. Vytěsnění se odborně nazývá represe. Oproti tomu stojí suprese, neboli potlačení. Jde o vědomý proces tlumení nepříjemných pohnutek, přání, myšlenek. Potlačované myšlenky si uvědomujeme, jen je v daném čase odsouváme z vědomí. Paradoxně však tento mechanismus vede k tomu, že se jedinec potlačenými vzpomínkami zaobírá v duchu častěji, než kdyby jim dal volný průběh (26).

Racionalizace představuje odůvodnění si chování, které není v souladu s vlastním sebepojetím. Projekce znamená připisování vlastních prožitků, myšlenek druhým lidem. Projekce nás chrání před přiznáním si našich vlastností, které nezapadají do vlastního sebepojetí (6). Ale můžeme se setkat i s opačnou reakcí, kterou nazýváme introjekce, to znamená promítání problémů druhých lidí do vlastního života (26).

Reaktivní výtvor, jako další z forem neadaptivních způsobů řešení krize, představuje různé pohnutky, které ukrýváme i před sebou samotnými tím, že je nahradíme pohnutkami většinou opačnými; např. neláska až nenávist k vlastnímu dítěti může vést k přecitlivělé výchově, přehnanému opečovávání dítěte... Dalšími

formami jsou přesunutí, kdy člověk nachází smysl v náhradním cíli (6). Popírání neboli demia se projevuje tím, že si jedinec zakazuje o určité věci přemýšlet, hovořit, slyšet, atp. Jedná tak, jakoby ho to nezajímalo, uzavírá vstup informacím, např. o své nemoci (10).

1.2 Krizová intervence

1.2.1 Definice krizové intervence

Krizová intervence představuje odbornou metodu práce s klientem v situaci, která je pro něj zátěžová, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či manifestní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací, krizová intervence tedy nepracuje s hlubokou minulostí ani budoucností klienta. Krizový pracovník podporuje klienta v jeho kompetenci řešit svůj problém aktivně a konstruktivně s využitím vlastního potenciálu (29). Krizová intervence znamená vstoupení prostředníka mezi jedince a jeho krizi (7).

Krizová intervence je tvořena různými formami pomoci, nejedná se pouze o pomoc psychologického rázu, ale také o pomoc lékařskou, sociální a právní. Krizová intervence ve formě psychické pomoci spočívá v časově omezeném kontaktu interventa a jedince, který prožívá akutní krizový stav, kontakt je zaměřen na zjištění vyvolavatele krize. Lékařská pomoc v sobě zahrnuje především psychiatrický zásah, který může vyžadovat medikační ovlivnění stavu nebo krátkodobou hospitalizaci. V souvislosti se sociální pomocí je krizová intervence činnost směřující k okamžitému sociálnímu zásahu směřujícímu k osobám, které se nachází v akutní krizové situaci. Sociálním pracovníkem může být poskytnuta pomoc právní, ta však spadá primárně do kompetencí právníků. Krizová intervence představuje komplexní, intenzivní pomoc lidem v krizovém stavu (27).

Pojem krizové intervence bývá často spojován s teoriemi a technikami krátkodobé psychoterapie. U nás dnes obecně převládá hledisko, podle kterého krizová intervence není považována za výlučně psychoterapeutický zásah, ale za intervence na úrovni rodiny, sociální opory a intervenci psychiatrickou (15). Krizová intervence s sebou obvykle přináší účinek změny, jedná se o klientovu schopnost svůj prožitek z vyřešené krize integrovat do dalšího života – uchopit smysl a příležitost krize (29).

1.2.2 Cíle krizové intervence

Hlavním cílem krizové intervence je klientovo pojmenování vyvolavatele krize a snížení jeho negativních či nezvladatelných emocí (26). Aktuální cíl spočívá ve stabilizaci stavu klienta, snižuje nebezpečí prohlubování krizového stavu. Perspektivní cíl krizové intervence spočívá v propracování náhledu klienta do blízké budoucnosti, a je-li to vhodné, i v nasměrování klienta na další možnosti řešení (29). Každá krizová intervence má primárně vést k tomu, aby si člověk dokázal pomoci sám. Cíle krizové intervence mají splňovat požadavky na reálnost a krátkodobou dosažitelnost (7).

1.2.3 Principy krizové intervence

K základním principům krizové intervence patří především její snadná dosažitelnost, možnost rychlé pomoci a kontinuita péče, v těch případech, kde je indikována (15). Principy krizové intervence vycházejí z předpokladu vnímání krize. Hlavní těžiště zásahu tkví v řešení klientova problému. Při řešení problému se s jedincem při krizové intervenci dostáváme pouze do blízké budoucnosti. Krizová intervence neovlivňuje pouze jedince samotného, ale také jedince v rámci společnosti, komunity, rodiny. Jedním z principů krizové intervence je dosáhnout cíle především díky sobě, svému snažení. Krizová intervence pracuje v souladu s holistickými přístupy (29). Snahou intervanta, kromě již uvedeného, je obnovit co

nejrychleji vlastní adaptační mechanismy klienta, a to terapeutovým aktivním, v zásadě direktivním, přístupem (15). Direktivní přístup krizového intervenanta není striktně daný, vyvíjí se od trpělivého, empatického naslouchání až po direktivní zásah v situaci ohrožení zdraví či života. Podporu adaptačních mechanismů klienta můžeme vyjádřit emocionální podporou, zajištěním pocitu bezpečí, ale i materiální pomocí (27). Z uvedených principů vyplývá, že krizová intervence je eklektická metoda (metoda „šitá na míru“ jedinci a jeho krizi). Krizová intervence má individuální charakter, protože jak jedinec, tak krize a i vnímání krize jedincem je čistě individuální stránkou každého (15).

1.2.4 Formy odborné krizové pomoci

V ČR existuje pět forem krizové pomoci, které spočívají buď v osobním kontaktu klienta v krizi s krizovým pracovníkem, nebo ve spojení obou subjektů přes telefon. Ambulantní formy krizové intervence lze využívat za předpokladu, že klientův stav dovolí, aby do zařízení docházel. Tato forma pomoci zahrnuje i stacionář (29). Účelem ambulantních krizových zařízení je zajištění rychlého převzetí do péče, bez nutnosti lékařského doporučení a bez čekání. Část klientů bývá indikována k akutní hospitalizaci, z toho důvodu bývají ambulantní krizová zařízení často připojena k lůžkovému psychiatrickému zařízení (15). Hospitalizace je možná v zařízení speciálně k tomu určeném. Obvykle se jedná o krátkodobou, pěti až sedmi denní hospitalizaci. Hospitalizace je nabízena klientům, jejichž stav je tak závažný, že pobyt v domově či v přirozeném prostředí by mohl být ohrožující (29). Lůžková zařízení představují především psychologickou a psychiatrickou první pomoc. Smysl péče na lůžkových krizových centrech je v poskytování bezprostřední pomoci pro zvládnutí psychických krizí, včasná diagnostika a terapie duševních poruch. Terénní služby, nebo jinak řečeno mobilní psychiatrické služby, umožňují aplikaci krizové intervence přímo na místě dění. Z hlediska organizace, času a financí jsou mobilní týmy náročné (15). Telefonní krizová intervence představuje soubor metod a technik krizové práce s klientem, založený na jednorázovém nebo opakovaném

telefonním kontaktu s pracovištěm, které se deklaruje jako pracoviště telefonní krizové intervence (29). Některé linky důvěry poskytují pomoc bez omezení z hlediska různých krizových stavů, jiné jsou naopak specializované na určitý okruh problémů (15). Kontaktní linky jsou zřizované v rámci některých krizových center nebo občanských poraden, předpokládají, že po telefonátu bude následovat návštěva.. Existují i speciální linky, které jsou zaměřené na určitou problematiku, jako např. na AIDS, drogy atp. Další formou je krizová pomoc a služby klientovi v jeho přirozeném prostředí (29).

1.2.5 Etapy krizové intervence

Krizová intervence nepředstavuje stav, nýbrž proces interakce pracovníka s klientem. Proces krizové intervence směřuje od navázání kontaktu k ukončení a zhodnocení intervence. Mezi etapy krizové intervence patří úvod, stať a závěr. Pro úvod je charakteristické navázání kontaktu. Klient v krizi často prožívá strach, úzkost, beznaděj, v této situaci je vhodné klienta akceptovat se všemi jeho projevy (27). V úvodu je třeba vyzvat klienta, aby vyprávěl svůj příběh, ale zároveň je vhodné, aby intervent podal zprávu, že nemusí mluvit o tom, co je mu nepříjemné (29). Druhou fází procesu krizové intervence je stať, která si dává za úkol vybudování dobrého emocionálního kontaktu a shromažďování informací. Jedná se o informace, které vypovídají o době trvání příznaků krize, o okolnostech vzniku krize a významu, který jedinec krizi přikládá. Důležité je identifikovat předchozí způsoby řešení problémů, zda má klient sklon k adaptivním či maladaptivním stylům řešení, a je nutné získat informace o možnostech a limitech řešení krize v současnosti (27). Hned od začátku rozhovoru bychom měli zmapovat klientova očekávání od krizové intervence. Pokud si klient není jist, co by měl od rozhovoru očekávat, nebo není schopen formulace, pak můžeme nabídnout více možností, z nichž si klient buď vybere, nebo se díky tomu lépe zorientuje. Při znalosti klientovy zakázky se rozhovor zpřehlední a nabere určitý směr. Intervent by se neměl bát zeptat na klientův katastrofický scénář. Krizová situace se vykresluje do

zřejmých tvarů, ohraničí se riziko a s reálným rizikem se dá pracovat. Znamená to např. nebát se hovořit otevřeně o sebevražedných myšlenkách. Intervent by nikdy neměl reagovat na klientovi úvahy o smrti podrážděně, s neklidem, bez nadhledu, s potřebou okamžitého odvracení nebezpečí, s potřebou klientovy nápravy, s potřebou klienta strašit a odstrašovat úvahami, jaké by jeho jednání mohlo mít následky. Po celou dobu rozhovoru je nutné respektovat klientovo tempo a jeho potřebu sdělovat i nesdělovat, nevyptávat se na souvislosti, které jsou pro tuto chvíli nepodstatné a zatěžující (29). Stať je tou částí, kdy po určení zakázky vzniká plán, jak krizi řešit. Závěr v krizové intervenci představuje to, že si klient uvědomuje, co ke krizi vedlo a jak by ji měl překonat (získává náhled a pochopení) (27). V rámci zastavení progresu krizového stavu je vhodné navrhnout jasný a konkrétní splnitelný postup týkající se nejbližších klientových dnů (29).

1.2.6 Techniky krizové intervence

Krizová intervence v praxi poskytuje emocionální podporu a pocit bezpečí, usnadňuje komunikaci, podporuje ventilaci emocí, konfrontuje jedince s realitou a eliminuje tendence k odmítání a zkreslování reality. Identifikuje „nejdůležitější“ problémy, odhaluje skryté zakázky, hodnotí dosavadní adaptační mechanismy a využívá efektivních adaptačních mechanismů. Mobilizuje zdroje pomoci a vytváří plán pomoci (27). Tyto intervence zprostředkovává rozhovor s klientem. Důležitou součástí dialogu je i ticho. Aby mohl krizový pracovník pracovat s nadhledem, potřebuje jistou dávku neutrality. Jde o takový postoj, který pomáhá udržet hranici mezi osobou interventa a osobou klienta. Jeden z principů práce s klientem spočívá v nabídce empatického, ale zároveň neutrálního dialogu (29). Mimo empatie využíváme aktivního naslouchání (18). Základní pravidla aktivního naslouchání jsou soustředěně naslouchat, vhodně využívat mlčení (27). Mezi další techniky patří provázení, vedení, rekapitulace, parafráze, kotvení, reflexe pocitů, sumarizace. Provázení je technika, která představuje následování klientova zjevného chování, na úrovni verbální i neverbální. Jde o „držení kroku s klientem“. Smyslem je projevit,

že chápeme, jak se mluvčí cítí, a pomoci mu jeho pocity uchopit a pojmenovat. Vedení jako technika krizové intervence navazuje na úspěšné provázení a ovlivňuje chování žádoucím směrem. Rekapitulace je vyjádření základních myšlenek a faktů, účelem je přesvědčit mluvčího o naší pozornosti, ověření si, zda jeho slova chápeme a interpretujeme v souladu s jeho vnímáním situace. Parafráze znamená zapojení většího množství vlastních myšlenek do rekapitulace. Účelem je poskytnout zpětnou vazbu a nabídnout pohled z jiné perspektivy. Kotvení znamená „zpevnování“ některých odpovědí klienta, přičemž se jiné záměrně opominou (29). Technika reflexe napomáhá tomu, že se klient cítí pochopen. Sumarizace si klade za úkol spojení rozkolísaných myšlenek.

Důležitá je identifikace precipitoru krize. Již krátce po zahájení rozhovoru s klientem by se měl krizový intervent začít ptát na precipitor krize. Identifikace spouštěcí události umožňuje také krizovému interventovi prozkoumat, jak se klient od této události snažil s krizí vyrovnat a nahlédnout do vnímání dané situace. Důležitým faktem je význam, jaký klient precipitoru udává. Dále je vhodné zjistit subjektivní potíže a úroveň fungování. Porozumění svým vlastním pocitům a svému jednání bývá často prvním krokem k vyrovnávání se s nimi. Kromě stanovení aktuálního stupně fungování má intervent zjistit také úroveň fungování před krizí. Toto srovnání může také posloužit jako základ pro závěrečnou evaluaci krizové intervence a pomůže pochopit závažnost důsledků krizové události. Je vhodné také ověřit, zda klient má, nebo nemá, sebevražedné úmysly.

Další součástí krizové intervence je poskytnutí povzbuzujících informací. Je ale rozdíl mezi slaboduchým konejšením a poskytováním naděje. Intervent by měl v průběhu svého působení na klienta normalizovat klientovi pocity, ujistit ho, že jeho pocity jsou vzhledem k dané situaci normální. Podporující formulace patří mezi vhodné intervenční techniky, mnoho klientů v krizi se cítí značně devalvováno, znehodnoceno, ztrácejí moc a kontrolu (26).

Sestra by měla tyto techniky znát a umět je využít při komunikaci s klienty. Velmi cenná je především dovednost aktivního naslouchání. Přítomnost ticha v hovoru je také žádoucí nejen pro klienta, ale i pro sestru - poskytuje čas na

utřídění si myšlenek. Mezi nejčastější chyby, kterých se pracovníci krizové intervence mohou dopouštět, patří - utěšování, přesvědčování, dávání „dobrých rad“, tlumení emocionálních reakcí, vynucování rychlých rozhodnutí, bagatelizace, příliš časně podávání uklidňujících léků (27). Dále je to samota a přílišné sdílení situace – empatie neznamena prožívání stejného (15). Znalost těchto kontraproduktivních technik je jednou z klíčových věcí pro adekvátní komunikaci sestry s klientem v krizi.

1.2.7 Speciální tematika krizové intervence v ošetrovatelství

1.2.7.1 Agresivita

Slovo agresivita pochází z latinského „aggređi“, to znamená přiblížit, napadat, útočit. Agresivita je komplexní psychologický pojem, vymezujeme ji jako poměrně stálou individuální dispozici k útočnému jednání (31). Agresivní chování zahrnuje celou řadu projevů, počíná chladným, ironickým, hostilním způsobem komunikace nemocného se zdravotníky. Jinou formou agresivního jednání je násilí na předmětech, např. bouchání dveřmi, shazování předmětů ... (28)

Komunikace s agresivním klientem

Komunikace s agresivním klientem má jistá pravidla, která vedou k efektivním výsledkům. Jedním z nich je zachovat klid při jednání s klientem, respektovat normy společenského chování, nenechat se vyprovokovat, vyslechnout stížnosti, zachovat akceptující postoj. Nehodnotit chování, neodsuzovat, vyjádřit nesouhlas s jeho chováním, nikoli s jeho osobou. Snažit se spolu klientem hledat reálné důvody klientova hněvu. Udržovat od klienta bezpečnou vzdálenost a respektovat vzájemné osobní prostory (32). Základním principem práce s agresivním klientem je klidný a jasný tón hlasu. Komunikaci udržujeme plynulou. V iniciálních fázích zklidnění vydáváme jednoduché pokyny v jasných formulacích. Přehlízíme slovní útoky na naši osobu a věnujeme se pouze věcnému tématu. Neprojevujeme odpor.

Přesvědčíme klienta o vlivu jeho chování na ostatní, např.: „Svým křikem lidi děsíte.“ Takové komentáře utvrdí klienta o síle jeho chování, a proto ho nemusí zesilovat (3). Pro zdravotníky je nutné si uvědomit jistou změnu postoje, především o nevykazování potřeby dominovat. Volit pomalé tempo řeči, naše tempo přejímá i klient. Udržovat oční kontakt, přerušovat ho jen krátkými pohledy po místnosti. Nechat otevřenou ústupovou cestu a v případě nebezpečí volat pomoc (32). Spolu s verbálními technikami v přirozené komplexnosti používáme i neverbální komunikaci, pro zklidnění agresivního klienta je nutné nezaujmout autoritativní a defenzivní postoj, např. ruce v bok, překřížené ruce na prsou. S klientem hovoříme na stejné výškové úrovni, přizpůsobíme se mu. Udržujeme si od klienta vzdálenost okolo jednoho metru, při slovní agresii je tuto vzdálenost vhodné zvětšit až třikrát. Agresivního klienta se nedotýkáme (3). Reagování protiútokem, potřeba dominance a vítězství nad danou situací jsou naše chyby v přístupu k agresivnímu klientovi (28). Pokud naše intervence vedly ke snížení agresivního napětí, zanecháme dalšího působení na klienta, abychom nevyvolali novou vlnu napětí (3).

1.2.7.1.1 Specifika ošetrovatelské péče u agresivního klienta

Sběr dat

Nejdůležitějším informačním zdrojem o problému je sám klient. Sestra od něj informace získává přímo rozhovorem a pozorováním. Další vhodný informační zdroj je zdravotnická dokumentace, ostatní členové zdravotnického týmu, jako jsou ostatní sestry, lékaři, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, spoluklienti a jejich informace z doby, kdy sestra není přítomna u klienta, a informace z testů, jako jsou cílené škály, dotazníky. Dále to jsou členové klientovy rodiny (25). Za důležité informace sestra v souvislosti s agresivitou považuje přímé projevy agresivního chování (např. impulsivita, agresivita), verbální projevy (křik, nadávky, urážky...) a projevy brachiální (fyzické napadání osob, věcí) (32).

Diagnostika

Mezi časté ošetrovatelské problémy u agresivního klienta patří alkoholismus a jiné intoxikace doprovázené hypomanickou náladou, halucinacemi, zvýšenou impulzivitou... (14)

Ošetrovatelskou diagnózu stanoví sestra na základě vyhodnocení získaných informací. ošetrovatelská diagnóza představuje verbalizaci klientových potřeb a problémů, které může ovlivnit správně zvolená ošetrovatelská péče. Diagnostický proces je proces analýzy a syntézy získaných poznatků, při nichž se uplatňuje objektivita, kritické myšlení, rozhodování, induktivní a deduktivní usuzování (25).

Plánování a realizace, vyhodnocení

Ve fázi plánování je nutné určit role, co je schopna udělat a zařídit sestra, co mohou udělat ostatní, co si je nemocný schopen zajistit sám (24). Sestra musí přesně stanovit ošetrovatelský cíl, výsledná kritéria, ošetrovatelské intervence a následně realizovat naplánované činnosti. Vyhodnocení dosažení cíle provádí v pravidelných intervalech, kdy sestra vyhodnocuje změnu zdravotního stavu klienta, dosažení cíle a následné ošetrovatelské působení. Sestra při jednání s agresivním klientem má zachovat postup výše uvedené komunikace, neprojevat autoritu ani submisivní postoj a být ve spolupráci s týmem, který je informován o její návštěvě u agresivního klienta.

1.2.7.2 Bolest

Bolest je jedním z nejtypičtějších příznaků nemoci, jehož biologickým smyslem je upozornit na vznikající chorobu (30). Z jiného hlediska je vhodné pracovat s bolestí s jako multidimenzionálním zážitkem. Podle IASP (International Association for the Study of Pain) je bolest nepříjemným sensorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně (10). Bolest je nejen nepříjemný, někdy i těžce nesnesitelný prožitek, doprovázející onemocnění nebo úraz, bolest nás také může znepokojovat, vyvolat strach a úzkost. Na bolest se díváme jako na komplexní vjem, většinou negativní, který je mohutně ovlivněn předchozí zkušeností. Bolest je nepříjemný stav

s výraznou negativní, afektivní a emoční složkou. K základním úkolům zdravotníka patří snažit se minimalizovat bolest u nemocného a využívat přitom i nefarmakologických postupů ovlivňujících bolesti (6).

Terapie bolesti

Léčit bolest lze několika způsoby. Oproti zvyklostem v nemocničních odděleních je možné využít mnohostrannou škálu terapie bolesti. Jedná se o farmakologické ovlivnění bolestivého podnětu, nefarmakologické postupy, do nichž můžeme zařadit např. psychologické metody mírnění bolesti.

Lékařské formy tišení bolesti jsou farmakologické, chirurgické, elektrická stimulace nervové činnosti. Psychologické metody jsou modulace dolního prahu bolesti, placebo, sugesce, hypnóza, relaxace, biologická zpětná vazba, kognitivní psychoterapie bolesti, sociálně – psychologické vztahové přístupy k mírnění bolesti (10). Mezi psychologické metody mírnění bolesti, které může u svých klientů zvládat i zdravotní sestra, patří především relaxační techniky, důležitá je i lékařem nebo sestrou podchycená anamnéza bolesti u nemocných a doplnění informací o osobních problémech nemocného, které se mohou na prožitku bolesti spolupodílet (6). I když se v běžné praxi používá převážně lékařských postupů tlumení bolesti, přece se jen stále častěji setkáváme s používáním obou výše zmíněných metod v kombinaci.

Lékařské metody mírnění bolesti jsou analgetika, jejich úkolem je snižovat intenzitu bolesti, aniž by tím bylo ovlivněno klientovo vědomí (10). Mezi nefarmakologické metody tlumení bolesti patří fyzikální terapie, alternativní a doplňkové terapie, kognitivní a behaviorální terapie. Do fyzikálních terapií zahrnujeme: hydroterapii, terapii teplem, terapii chladem, terapii vibracemi, cvičení, imobilizaci. Za cíl si tato terapie klade podporu zdraví, rehabilitaci klientů postižených bolestí, nemocí, poraněním. Fyzikální terapie kromě mírnění bolesti také redukuje zánět, zmírňuje spasmy svalů a navozuje relaxaci (8).

Modulace dolního prahu bolesti představuje intenzitu podnětu, který vede k minimálnímu vjemu bolesti u klienta, stanovuje tzv. dolní práh bolesti. Placebo –

v běžné praxi se jím rozumí lék, či jiný obdobný terapeutický zásah, který se podává proto, aby u klienta vzbudil zdání, přesvědčení nebo víru, že je mu podáváno něco, co ho vyléčí (10). Další kategorií jsou kognitivní a behaviorální přístupy. Kognitivní přístup se zaměřuje na ovlivnění klientovy interpretace zážitku bolesti, klade si za cíl vytvoření klientových dovedností ve zvládnutí bolesti a změnit reakce na bolest. Kognitivní a behaviorální přístupy zahrnují také meditaci, biofeedback (8). Relaxační techniky působí antagonisticky v souvislosti s příčinou bolesti (10). Imaginativní techniky navazují na relaxační postupy, pracujeme s klientovými představami, které si zprvu vytváří sám pod vedením terapeuta. Představuje si s bolestí inkompatibilní obrazy, např. přírodu (31). Do alternativních a doplňkových metod řadíme aromaterapii a muzikoterapii (8).

1.2.7.2.1 Specifika ošetrovatelské péče u klienta s bolestí

Sběr dat

Nejdůležitějším informačním zdrojem je sám klient, kdy sestra od něj informace získává přímo buď rozhovorem, nebo pozorováním, často kombinací obojího (25). Za cenné informace sestra v souvislosti s bolestí považuje intenzitu, lokalitu, charakter bolesti, ústup bolesti, dobu účinku analgetik, úlevovou polohu atd. Hodnotné jsou také informace získané prostřednictvím škál, např. vizuálních.

Diagnostika

Ošetrovatelské problémy u klienta s bolestí jsou např. změny tělesné hmotnosti, popudlivost, nadměrné soustředění se na svou osobu, neklid, změny spánku, vyčerpání, zvýšené pocení... (14)

Plánování a realizace, vyhodnocení

Sestra musí být pečlivá při stanovování ošetrovatelského cíle a výsledných kritérií. Intervence ošetrovatelské činnosti musí naplánovat v logickém sledu a následně realizovat naplánované činnosti. Vyhodnocení dosažení cíle se provádí v pravidelných intervalech (u klienta s bolestí je vhodné hodnotit nejen po podání analgetik, ale během celého dne, mít na paměti bolestivý převaz a aplikaci analgetik

zkonzultovat s lékařem před terapeutickými a diagnostickými metodami). Sestra vyhodnotí změnu zdravotního stavu klienta, dosažení cíle a následné ošetrovatelské působení.

1.2.7.3 Deprese

Deprese představuje stav charakterizovaný nadměrným smutkem, který může být buď součástí psychopatologického stavu, nebo se může jednat o reakci na závažnou událost, pak mluvíme o tzv. reaktivní depresi (30). Depresivní prožívání je úzce spojeno s pocity smutku, viny a úzkosti. Chování depresivního klienta často vzbuzuje u zdravotnického personálu rozdílné reakce a postoje. Klient nám může připadat velmi zatěžující svými nářky, na druhé straně může sestra, nebo jiný pracovník spolupracující s klientem, pociťovat odmítání ze strany klienta, nebo vlastní bezmoc. Někteří depresivní klienti mohou být naopak vnímáni jako příjemní lidé, zvláště když plní jen očekávání zdravotníků (29). Péče o depresivního klienta může být obtížná. K častým důvodům patří počáteční sesterské ošetřování s tendencemi nadměrné pomoci nemocnému. Nemocný může dávat sestře najevo, že její péče je zbytečná a pro něj nezasloužená (28).

1.2.7.3.1 Specifika ošetrovatelské péče u depresivního klienta

Sběr dat

Nejdůležitějším informačním zdrojem je sám klient, kdy sestra od něj informace získává přímo buď rozhovorem, nebo pozorováním, nebo kombinací obojího. Dalším vhodným informačním zdrojem je zdravotnická dokumentace, ostatní členové zdravotnického týmu, jako jsou ostatní sestry, lékaři, fyzioterapeuti, sociální pracovnice, spoluklienti a jejich informace z doby, kdy sestra není přítomna u klienta, a informace z testů, jako jsou cílené škály, dotazníky (25). Depresivní nálada je popisována jako „bolestně smutná“, někdy až prázdná nálada, doprovázená

pocity ztráty emocí. Psychomotorika jedince je inhibována, chybí mu iniciativa, klient je ochromený. Jeho volní neschopnost se stupňuje, vrcholem může být depresivní stupor, čili ustrnutí (5). Často se objevují i tělesné příznaky jako poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, pocit tlaku v srdeční krajině, bolesti hlavy, břicha, dyspeptické potíže, sexuální poruchy ... (29)

Diagnostika

Mezi ošetrovatelské problémy u depresivního klienta patří např. hněv, projevy viny, pasivita, závislost na druhých osobách, apatie... (4)

Plánování a realizace, vyhodnocení

Sestra musí přesně stanovit ošetrovatelský cíl, kterého chce dosáhnout. Musí také v logickém sledu naplánovat výsledná kritéria, intervence ošetrovatelské činnosti a následně realizovat naplánované činnosti. Jako zásady komunikace s depresivním klientem lze brát projevení pochopení s jeho situací a stavem. Je vhodné nesnažit se ovlivnit jeho negativní emoční ladění a umožnit mu jeho přirozenou reakci podle jeho aktuálního stavu; nevyhýbat se rozhovorům s klientem. Chybou je bagatelizace a zlehčování obtíží. Doporučování nových aktivit může působit nevhodně z toho důvodu, že zvyšuje nároky na adaptaci, a přetěžuje tak nemocného. Nucení klienta k rozhodnutí je kontraproduktivní. Nadměrná liberalita ve vztahu k nemocnému je také nevhodná. Vyhodnocení dosažení cíle se provádí v pravidelných intervalech, kdy sestra vyhodnocuje změnu zdravotního stavu klienta, dosažení cíle a následné ošetrovatelské působení.

1.2.7.4 Úzkost

Úzkost je nepříjemný stav projevující se od nejisté stísněnosti až po panický děs (28). Úzkostí označujeme především obavu z něčeho dosud neuchopitelného, nejasného či neznámého, oproti strachu, který má konkrétní podobu, obsah, předmět. Obecně lze říci, že úzkost je tím větší, čím více překračuje zátěžová situace

naše možnosti ji ještě zpracovat (21). Subjektivně je úzkost prožívána jako pocit sevření, tísně, vnitřního napětí, klient projevuje obavy a prožívá bezradnost. V oblasti fyziologických změn se úzkost projevuje spíše nespecificky. Tělesné projevy představují zrychlení či zpomalení dechu i tepu, sucho v ústech, kůže je naopak zpcená a zvyšuje se svalové napětí (31). Úzkostný klient se chová tak, aby získal potřebnou péči, jeho potřeba blízkosti a ochrany je neadekvátní situaci, objektivním výsledkem bývá ale odmítání ze strany druhých, sestra má spíše tendence unikat, což u klienta vyvolává další vlnu úzkosti. Při komunikaci s úzkostným klientem je dobré zachovat s ním přirozený kontakt, neuchylovat se k infantilnímu jednání (zvýšená péče staví nemocného do role dítěte, a podporuje tak úzkostné modely chování), poskytnout dostatek času na rozhovor. Mezi chyby v přístupu o úzkostného jedince patří přílišné zatížení detaily, které podněcují vznik úzkosti, dominantní postoj k nemocnému a vlastní vyhýbání se komunikaci s klientem (28).

1.2.7.4.1 Specifika ošetrovatelské péče u úzkostného klienta

Sběr dat

Nejdůležitějším informačním zdrojem je sám klient, zdravotnická dokumentace, ostatní členové zdravotnického týmu, jako jsou ostatní sestry, lékaři, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, dále spoluklienti a jejich informace z doby, kdy sestra není přítomna u klienta, a informace z testů, jako jsou cílené škály, dotazníky (25). Vhodné otázky k získání informací o stavu úzkosti jsou typy zjištění příčiny úzkosti, osobní projevy u klienta, jejich řešení klientem v domácím prostředí a jejich možné řešení během hospitalizace. Sledujeme také typické tělesné příznaky úzkosti.

Diagnostika

Mezi ošetrovatelské problémy u klienta s úzkostí řadíme např. poruchy spánku, bezděčné pohyby, neklid, zvýšená ostražitost, lítostivost, třes rukou, zvýšené pocení, sucho v ústech, nechutenství ... (14)

Plánování a realizace, vyhodnocení

Sestra musí přesně stanovit ošetrovatelský cíl, výsledná kritéria a intervence ošetrovatelské činnosti. Ty je vhodné naplánovat s ohledem na klientův stav úzkosti, na jeho možnou aktivitu, která může být inhibována úzkostí. Následuje realizace naplánovaných činností. Vyhodnocení dosažení cíle se provádí v pravidelných intervalech, kdy sestra vyhodnocuje změnu zdravotního stavu klienta, dosažení cíle a následné ošetrovatelské působení.

1.2.7.5 Hospitalizace

Hospitalizovaný klient je vystaven mnoha událostem, které na něho kladou výrazné emocionální nároky. Vnímání a prožitek situace hospitalizace jsou závislé na zkušenostech, genetických predispozicích, hodnotách, přesvědčení, vnímání sebe sama, medikaci se svými specifickými vedlejšími účinky a nutností vyrovnat se se specifickými životními událostmi (23). Klient potřebuje věřit svému lékaři a cítit lidský zájem od své ošetrovatelky (9). Člověk je vytržen z domácího prostředí, ze vztahů, ze zažitého způsobu života. Tato fakta obzvláště nepříznivě ovlivňují starší osoby, které se v novém prostředí hůře orientují (31). Negativně vnímají klienti často neosobní jednání. Během doby hospitalizace se zdravotníci zajímají o potřeby klienta, oproti holistickému pojetí ošetrovatelství se však často zajímají pouze o fyziologické potřeby (10). Zatímco většina zdravotníků teoreticky věří, že psychosomatická interakce existuje, prakticky se touto teorií neřídí, a k člověku nepřístupují jako k celku (16).

1.2.7.5.1 Specifika ošetrovatelské péče u hospitalizovaného klienta s neadekvátní adaptací

Sběr dat

Informace, které by měly výpovědní hodnotu, jsou nejen o somatickém průběhu onemocnění, ale i o zvládnutí zátěže, co klientovi v nemocnici působí stres, jaké by

bylo jeho vhodné řešení... Tyto informace sbíráme nejen od klienta, ale je možné je získat od jeho rodiny, od nejbližších osob, které s ním žijí.

Diagnostika

Mezi ošetrovatelské problémy u klienta s nepřiměřenou adaptací na hospitalizaci patří např. porucha spánku, nedostatečné udržení pozornosti, hněv, nedostatečné řešení problémů... (14)

Plánování a realizace, vyhodnocení

Sestra musí u klienta přesně stanovit ošetrovatelský cíl, kterého chce svými intervencemi dosáhnout, taktéž výsledná kritéria a intervence ošetrovatelské činnosti, která je nutné naplánovat v logickém sledu a následně realizovat naplánované činnosti. Vyhodnocení dosažení cíle se provádí v pravidelných intervalech, kdy sestra vyhodnocuje změnu zdravotního stavu klienta, dosažení cíle a následné ošetrovatelské působení.

1.2.7.6 Nemoc

Autoplastický obraz nemoci znamená subjektivní prožívání nemoci se všemi jeho projevy v chování a jednání nemocného. Do senzitivní složky autoplastického obrazu řadíme vše, co klient cítí, např. bolesti. Emoční složka v sobě zahrnuje emoce, často strach, úzkost. Volní složka prožívání nemoci spočívá v úsilí odolávat nemoci, léčit se a ve vlastním přístupu k vlastnímu zdraví. Racionální a informativní složka v sobě zahrnuje znalosti o nemoci a jejich hodnocení. Determinanty autoplastického obrazu nemoci závisí na charakteru nemoci a osobnosti nemocného, zda vlivem nemoci došlo k omezení sociálních kontaktů, či má nemoc za následek jiné sociální důsledky. V komunikaci s nemocnými nestačí zjišťovat symptomy onemocnění, ale také představy nemocného o nich (20).

1.2.7.6.1 Specifika ošetrovatelské péče u klienta s chronickým onemocněním

Sběr dat

Nejdůležitějším informačním zdrojem je klient, zdravotnická dokumentace, ostatní členové zdravotnického týmu, jako jsou ostatní sestry, lékaři, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, dále spoluklienti a jejich informace z doby, kdy sestra není přítomna u klienta, a informace z testů, např. cílené škály, dotazníky. Ale i rodina a jejich interpretace informací (25). Informace se týkají především celkového zvládnutí situace klientem, jeho adaptace na nemoc; dále se zaměřujeme např. na charakter nálady, chování v přítomnosti rodiny a v přítomnosti zdravotníků, příznaků onemocnění.

Diagnostika

Ošetrovatelské problémy u klienta s onemocněním, které je různého druhu, prognózy a léčby, vychází přímo z příznaků onemocnění. Jde o jednotlivé ošetrovatelské problémy, které se dotýkají jak sféry somatické, tak psychosociální i duchovní (14).

Plánování a realizace, vyhodnocení

Sestra při plánování ošetrovatelské péče musí přesně stanovit ošetrovatelský cíl, kterého chce dosáhnout, také výsledných kritérií. Intervence ošetrovatelské činnosti plánuje v logickém sledu s ohledem na běh oddělení a priority klienta. Následuje realizace naplánované činnosti. Sestra vyhodnocuje dosažení cíle, které provádí v pravidelných intervalech, kdy sestra vyhodnocuje změnu zdravotního stavu klienta, dosažení cíle a následného ošetrovatelského působení. Při ošetrování chronicky nemocného klienta musí mít sestra na mysli nejen jeho somatický a psychický stav, ale musí vždy brát v potaz také sociální kontext klienta, zejména jeho rodinu, která je chronickým onemocněním také výrazně zasažena. Vždy je nutné adekvátní použití komunikačních dovedností, velmi důležitá je správně vedená edukace.

1.2.7.7 Sebevražedné chování

Sebevražda (suicidium) je akt násilí obrácený vůči vlastní osobě, může představovat extrémní a drastický způsob řešení krize. Je projevem hlubokého zoufalství člověka, který neumí, nemůže nebo už nechce hledat jiné alternativy řešení své situace (27). Vymezením vlastního pojmu sebevražda se zabývala řada lékařů, psychologů, filozofů a dalších odborníků. Sebevražedné jednání je považováno za celosvětově závažný problém, kterému se věnuje i Světová zdravotnická organizace. Podle její statistiky z roku 2000 zemřelo sebevraždou na světě asi 814 000 osob. Sebevražedností se v České republice zabývá Ministerstvo zdravotnictví ve svém programu „Zdraví pro všechny v 21. století“, ve kterém v kapitole „zlepšení duševního zdraví“ vytyčuje cíl snížení počtu sebevražd alespoň o jednu třetinu (13).

Je nutné od sebe rozeznávat termíny. Suicidium představuje sebevraždu jako vědomé a úmyslné ukončení života. Sebezabití nelze chápat jako sebevraždu s vědomým úmyslem zemřít, setkáváme se s nimi u osob s poruchou vědomí, u osob s halucinacemi či bludy. Parasuicidium nahradilo dřívější termín „demonstrativní sebevražda“. Často jde o zkratkovité jednání s cílem úniku z nesnesitelné či neřešitelné situace, je možné označit ho jako volání o pomoc. Suicidální pokus předpokládá vědomý úmysl člověka zemřít, přesto však zůstane na živu, riziko opakování sebevražedného pokusu je nejvyšší v prvních 6 měsících po pokusu, 20% jedinců do roka zopakuje svůj pokus a 10% lidí zemře do deseti let na dokonané suicidium. Sebeobětování je jistou formou sebezabití, kde schází touha po smrti. Motivací je prospět svou smrtí jinému jedinci nebo celku.

Z určitého hlediska je možné se na sebevražedný pokus dívat i jako na specifickou formu autoagrese, další, jinou formou autoagrese, je sebepoškozování, čili automutilace. Motivace je různá, spektrum možností nezačíná ani nekončí u duševních onemocnění ani u dosažení určitého vědomého cíle, dokonce se může jednat až o manipulativní jednání. Základní rozdíl je ten, jestli je příčina na podkladě biickém, kde jednání vychází z reality, nebo zda je podklad patický, kde

příčina vězí v psychopatologii, jako např. deprese, schizofrenie... (15) K biickým motivům řadíme rodinné konflikty, erotické problémy, pracovní a školní, existenční (hmotné), konflikt s veřejnými zájmy, problémy se somatickým onemocněním, s tělesnou vadou, ale i bez srozumitelného a zjištěného motivu.

Obecně lze říci, že vzestupnou tendenci má sebevraždnost ve stáří a u nevléčitelně nemocných. Jako nejčastější motivy sebevražd u mužů se udávají konflikty v povolání, ekonomický stav a strach před trestem. U žen se zpravidla jedná o mezilidské vztahy, přátelství, lásku a manželství (2).

Bilanční sebevražda představuje sebevraždu v důsledku anticipace - předzvěsti nekvalitního budoucího života. Tento typ sebevraždy je typický pro seniory, kteří většinou žijí osamoceně, jejich partner je po smrti, děti a vnoučata mají daleko a do jejich života přicházejí onemocnění a bolesti. Tento typ sebevraždy je ryze promyšleným tahem.

Zda má suicidální pokus akutní nástup, zda se jedná o impulsivní tah - právě v těchto informacích se literatura a různí autoři liší (15). Sebevražda je náhlé, impulzivní rozhodnutí, zpravidla není důsledkem náhlého myšlenkového zkratu, jedná se o různě dlouhý rozhodovací proces (27). Nejprve se dostávají depresivní úvahy a myšlenky: „Takový život nemá cenu. Jenom trápím sebe a ostatní“. Myšlenky na sebevraždu zpočátku nemají konkrétní podobu, jedinec se jim brání a snaží se je zapuzovat. Poté přichází suicidální tendence. Jedinec se jim už nebrání, ale zatím má pasivní či alespoň ambivalentní postoj. Často sděluje své myšlenky svému okolí. V poslední fázi suicidálního vývoje se jedinec ztotožňuje s myšlenkami na konec života, začíná promýšlet nejvhodnější způsob smrti. Plánují sebevraždu. Rozhodnutí o realizaci suicidia má na člověka vyvolává uklidnění efekt, okolí nabývá představy zlepšení se situace klienta. Následuje vlastní akt sebevraždy (15).

Sebevraždě je možné zabránit, pokud si všimneme, že jedinec je sebevraždou ohrožen, pokud neignorujeme, či nedevalvujeme varovné signály, které nám vysílá (5). Sebevražedné signály dle Franketa a Kranzové jsou - rozdávání majetku, negativní poznámky o budoucnosti, zájem o smrt, umírání, a to co bude po smrti,

a příznaky těžké deprese (depresivní nálada, ztráta zájmu a potěšení, úbytek či přírůstek hmotnosti, porucha spánku, psychosomatická agitovanost či naopak zpomalení, únava a ztráta energie, pocity bezmocnosti a viny, pokles myšlenkové aktivity a schopnosti soustředění, úvahy o smrti a sebevraždě) (27).

Ringelův presuicidální syndrom je definován třemi znaky, a to zúžením subjektivního prostoru, zablokovanou nebo proti vlastní osobě zaměřenou agresivitou a naléhavými sebevražednými fantaziemi. Posouzením těchto tří kvalit získáme možnost diagnosticky i prognosticky rozpoznat míru ohrožení sebevraždou. Narůstající zúžení se projevuje v oblasti situační, kdy člověk ztrácí orientaci. K tomu se přidává zúžení dynamické, emoce se zaměřují jedním směrem, kterým je zoufalství, beznaděj, úzkost, strach a bezmoc. Jedinec ztrácí schopnost své emoce regulovat a vidí jen to, co jej znehodnocuje, nebo naopak idealizuje. Zúžení nastává i ve vztahové rovině, jedinec se začne úplně uzavírat a izolovat od lidí, případně vztah, v němž žije, pro něj ztrácí hodnotu (29). Sociální izolace, stažení ze sociálních kontaktů snižuje možnost a prostor pro ventilaci negativních emocí, především agrese vede k zesílení pocitu strachu (27). Zúžení se dotýká i oblasti hodnot, to, co bývalo přitažlivé, zajímavé, inspirující, pozbývá ceny. Potom nastává fáze obrácení agresivity proti sobě. V této situaci je stále více přesvědčen, o vlastní neschopnosti a nedostatku kvalit, které způsobily tento stav. Znevažuje se a nenávidí se. Hněv v něm stále roste a obrací jej proti sobě. A pak se objeví suicidální fantazie, které přinášejí představu úlevy, osvobození, jsou stále lákavější a příjemnější. A jeví se jako jediné možné řešení (29).

Krizová intervence u suicidálního jedince

Vzhledem k tomu, že sestra je v častějším kontaktu s klienty, než ostatní členové zdravotnického týmu, může být pověřena sledováním nemocného se sebevražednými tendencemi a zajištěním jeho bezpečnosti. Aby byla sestra schopna zakročit u klienta potenciálně ohroženého sebevraždou včas, je nutné aby uměla rozeznat sebevražedné signály, posoudit rizikové faktory (1). Zcela nezbytné pro práci s člověkem v suicidální situaci je zbavit se předsudků o sebevraždách, zejména

toho, že sebevražda je záležitostí slabých, patologických, duševně nemocných jedinců. Nutné je i vyjasnění si otázky direktivního přístupu ke klientovi (29). Krizová intervence se v případě sebevražedného jednání nevztahuje pouze na pomoc ohroženému jedinci, ale také na krizovou pomoc po neúspěšném suicidálním pokusu, ale i po dokonaném suicidium ve formě pomoci rodině, blízkých... (27)

Průběh krizové intervence v situaci ohrožení suicidálním pokusem

Při navázání kontaktu s klientem je nutné zachovat klid, neprojevat zděšení ani překvapení, zhodnotit situaci a nebát se zeptat: „Chystáte se spáchat sebevraždu? Kdy jste se naposledy zabýval otázkou vlastní smrti?“ Pokud klient odpoví, že to bylo v posledních dvou letech, má smysl stanovit Ringelův presuicidální syndrom. Máme-li jasno, že o sebevraždu jde, měla by přijít otázka, zda má dotyčný člověk nějaký sebevražedný plán a je nutné zhodnotit ohrožení. V souladu s Ringelovým presuicidálním syndromem je třeba se zaměřit na zúžení světa hodnot (27). Jako vhodné se jeví nabídnutí jiné alternativy, než je sebevražda. Vedení otevřeného rozhovoru o tom, že sebevražda je pouze jedno z mnoha alternativ řešení, zobrazení spektra řešení problémů je vhodnou strategií při řešení suicidální krize. Intervent nesmí přemlouvat klienta, aby nespáchal sebevraždu, měl by dát klientovi najevo, že stojí na straně života, ale zároveň mu musí nechat otevřenou možnost volby mezi dalším životem a smrtí. Uzavření kontraktu o nespáchání sebevraždy, je další vhodnou metodou krizové intervence, účelem této „smlouvy“ je získání relativního času a prostoru, kdy je možné pro klienta zajistit jinou adekvátní formu pomoci.

Komunikace s klientem ohroženém sebevraždou

Tempo řeči klienta je nutné respektovat a do jisté míry se mu musíme podřídít. Mluvíme pomalu, zřetelně, jednoduchým jazykem. Rozhodně nesmíme dávat najevo netrpělivost, nenabízet slova, která člověk k sebevražedné krizi obtížně hledá. Pro něho je zásadně důležité, aby své myšlenky vyjádřil svými slovy. Pomlky, které v rozhovoru nastanou, mohou mít velký význam. Po celou dobu rozhovoru se musí věnovat výhradně jemu a jeho problémům. Důležitá je emoční angažovanost. Prostá

sdělení můžeme vícekrát zopakovat, nepoužívat cizí slova, ani terapeutickou hantýrku. Není nutné se obávat, že nás nenapadnou ta nejpřiléhavější slova, není tolik důležité, co říkáme, ale jak to říkáme. Zůstáváme v nižší tónině, abychom nezvyšovali rozčilení své ani klientovo. Fráze nejsou vhodnou komunikační technikou. Během celé komunikace je nutné dát prostor k projevení emocí, především těch negativních. Efektivní je zůstat sám sebou. V přímém kontaktu s klientem musíme mít na mysli i nonverbální komunikaci, tedy nejen ovládat hlas, ale i řeč těla. Oční kontakt by měl být dostačující, ale klient musí mít prostor i pro pohled jinam. Není proto dobré, aby klient i pracovník seděli přímo čelem proti sobě (29). Nejčastější chybou v přístupu ke klientovi je bagatelizace signálů, které nemocný vysílá. Není ani vhodné nechat nemocného bez přítomnosti druhé osoby. Empatie, kterou vyjadřujeme, nesmí být přemrštěná (15).

1.2.7.7.1 Specifika ošetrovatelské péče u suicidálního klienta

Sběr dat

Nejdůležitějším informačním zdrojem je klient. Sestra od něj informace získává přímo rozhovorem i pozorováním. Při podezření na suicidální tendence u klienta je vhodné využít také informací od spoluklientů, ostatních zdravotníků a ze zdravotnické dokumentace (sebevražedné tendence v anamnéze) (25).

Diagnostika

Mezi ošetrovatelské problémy u suicidálního klienta patří např. chronická bolest, zoufalství sociální izolace, problémy plynoucí z nevléčitelné choroby jak na úrovni somatické, tak i psycho-socio-spirituální (14). Při diagnostice rizika sebevraždy je nutné využívat analýzy a syntézy získaných poznatků, při nichž se uplatňuje objektivita, kritické myšlení, rozhodování, induktivní a deduktivní usuzování (25). Pro diagnostiku sebevražedného jednání je vhodné stanovit míru symptomů Ringelova presuicidálního syndromu.

Plánování a realizace, vyhodnocení

Sestra si musí při stanovení ošetrovatelského cíle být vědoma možností jejího intervenčního působení. Při stanovení výsledných kritérií musí mít na paměti dosažitelnost výsledku a intervence ošetrovatelské činnosti by měla naplánovat hlavně v souvislosti se zajištěním bezpečí klienta, následná péče může být naplánována až po intervenčním působení. Vyhodnocení dosažení cíle se provádí v pravidelně, ale v souvislosti s intimní tematikou velmi empaticky a taktně. Nakonec zhodnotí dosažení cíle.

1.3 Ošetrovatelské diagnózy

Z oblasti krizových stavů, které klienti mohou prožívat denně v nemocnicích, jsou diagnostické domény rozloženy nerovnoměrně, krizový stav může každý prožívat jak z biologického hlediska, tak z hlediska psycho-sociálního a spirituálního. Řešením krizového stavu se zabývá diagnostická doména Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu. Poskytuje informace pro sesterskou diagnostiku, z oblasti zvládání životních událostí. Standardizované názvy ošetrovatelských diagnóz jsou v této doméně zařazeny do tří tříd, jedná se o posttraumatickou odezvu, reakci na zvládání zátěže a na neurobehaviorální stres.

Třída posttraumatická odezva je určena ošetrovatelským diagnózám, které jsou standardním pojmenováním ošetrovatelských problémů v oblasti reagování člověka na předchozí fyzické či psychické trauma. Tato diagnostická třída nabízí dvě kategorie ošetrovatelských diagnóz. K aktuálním ošetrovatelským diagnózám patří stresový syndrom po přemístění – 00114, traumatický syndrom po znásilnění – 00142, tichá reakce traumatického syndromu po znásilnění – 00144, smíšená reakce traumatického syndromu po znásilnění – 00143, posttraumatický syndrom – 00141. K potenciálním patří riziko stresového syndromu po přemístění – 00149 a riziko posttraumatického syndromu – 00145. Diagnóza s názvem úzkost a číselným označením 00146 je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nejasným pocitem vnitřního nepokoje a s obavami, jejichž zdroj může být

nespecifický nebo neznámý. Diagnóza úzkost je zde rozšířená i do několika dalších sfér, jedná o úzkost ze smrti 00147, chronický zármutek 00137... Diagnóza oslabené přizpůsobení s číselným označením 00070 vyjadřuje ošetřovatelský problém člověka, který v souvislosti se změnou zdravotního stavu není schopen upravit svůj životní styl. Další je např. neefektivní zvládnání zátěže 00069, který vyjadřuje ošetřovatelský problém člověka s neschopností správně odhadnout stresory a s neschopností na ně vhodně reagovat.

Řešení krizového stavu je možné z různých důvodů i v jiných diagnostických doménách a třídách. Např. v diagnostické doméně Podpora zdraví jsou některé ošetřovatelské diagnózy, které mohou vystihovat klientům problém jako je hledání zdravého životního stylu (specifikovat) – 00084. Tato diagnóza je vhodná u klientů, u nichž se vyskytují jisté znaky jako např. verbální vyjadřování přání k efektivnější podpoře svého zdraví a sociální pohody. Klient má dostatek informací, které potřebuje, ale není seznámený s konkrétními prostředky a zařízeními ze své lokality. Hledání zdravého životního stylu je standardizované označení situace, ve které člověk hledá změnu zdravotních návyků nebo prostředí za účelem posílení svého zdraví.

Diagnostická doména Hledání sebe sama nabízí např. diagnózu bezmocnost – 00125, která vystihuje člověka s pocitem neschopnosti ovlivnit výsledek události a s pocitem nedostatečné kontroly sledu událostí. Diagnóza beznaděj – 00124, který v ošetřovatelské terminologii vystihuje neměnnost situace člověka, který není schopen pro její změnu zmobilizovat energii. Diagnostická doména nabízí několik možností, z vybraných např. riziko násilí vůči jiným – 00138, riziko násilí vůči sobě – 00140, riziko sebevraždy – 00150. Diagnostická doména komfort zprostředkovává informace k ošetřovatelské problematice v potřebách souvisejících s psychikou, tělesnou a sociální pohodou. Z konkrétních ošetřovatelských diagnóz to je např. akutní bolest - 00132, jež je používána u klienta, který prožívá nepříjemnou bolest od střední až k prudké intenzitě, s náhlým nebo pozvolným nástupem a je u ní předpoklad vymizení do šesti měsíců. Chronická bolest má číselné vyjádření –

00133 a od akutní bolesti se liší tím, že zde není předpoklad vyřešení bolesti do šesti měsíců.

1.4 Role sestry při krizové intervenci

1.4.1 Sestra

Sestra je osoba, která získala odbornou způsobilost v oboru všeobecná sestra a je oprávněna vykonávat profesi sestry ve své zemi (19). Na území svého státu je uznávaná, registrovaná a vlastní licenci pro poskytování ošetrovatelské péče. Ošetrovatelství má nezaměnitelné postavení v péči o zdraví člověka. Ošetrovatelství je individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jejich zdraví nebo potřebám vzniklých nebo pozmeněných onemocněním. Potřeby člověka jsou uspokojovány plánovitou, vysoce kvalifikovanou ošetrovatelskou péčí, která je založena na ošetrovatelském procesu, čili na systematickém shromažďování informací o nemocném, jeho analýzou a stanovením individuálního plánu ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelská péče pracuje na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem. Ošetrovatelská péče jde ruku v ruce s poskytováním holistické péče (17).

1.4.2 Definice komunikace

Komunikaci je možné zjednodušeně chápat jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Jde o proces sdělování, přenosu a výměny významů a hodnot zahrnující nejen oblast informační, ale také další projevy a výsledky lidské aktivity (20). V každodenní práci zdravotní sestry zaujímá komunikace výlučné postavení.

V praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace. Sociální komunikace představuje běžný rozhovor, který vytváří vztah mezi lidmi. Ve zdravotnictví jsou

vhodné situace pro rozvoj sociální komunikace např. úprava lůžka, hygiena klienta, pomoc při jídle... Specifická, strukturovaná komunikace, je oblast komunikace, ve které sdělujeme důležitá fakta, motivujeme nemocného k další léčbě, působí edukačně... Terapeutická komunikace, při které poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných či velmi závažných skutečností, pomoc při adaptaci na změnu. Terapeutický rozhovor s nemocným má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných u nemocných (28).

Komunikaci obecně dělíme na tři druhy – verbální, neverbální a paraverbální (3). Neverbální komunikace je komunikace beze slov. Fylogeneticky je starší než verbální komunikace (20). Řeč těla se obecně považuje za upřímnější projev než verbální. Antropologické studie ukázaly, že jen 7% informací z rozhovoru pochází z toho, co slyšíme. Verbální fakta, která přijímáme, jsou pouze holá, bez jakékoliv emoční složky, ale naopak neverbální komunikace nám poskytuje informace o postojích, náladách, pocitech mluvčího (28). Do nonverbální komunikace řadíme viziku, mimiku, kinetiku, gestiku, haptiku, chronemiku, proxemiku, posturologii (20). Ovládat vlastní neverbální a paraverbální projevy, umět je při své práci využít a umět pozorovat nemocného s tím, že jsme schopni pojmenovat jeho neverbální projevy, patří k práci všech zdravotnických pracovníků. Záleží však na jejich znalostech a zkušenostech, které ve své profesi využívají (33).

1.4.2.1 Efektivní komunikace v ošetřovatelství

Jedná se o otevřenou komunikaci, kde během procesu komunikace nedojde ke znehodnocení informace a komunikující partneři adekvátně rozumí jeden druhému. Efektivní komunikace navozuje vztah důvěry mezi poskytovatelem pomoci a jejím žadatelem.

Jednou z možných variant efektivní komunikace je využití technik aktivního naslouchání. Aktivní naslouchání je definováno jako stav, kdy aktivně posloucháme druhou osobu, snažíme se porozumět tomu, co nám sděluje (20). Naslouchání neznámá pohodlné pasivní mlčení, je to aktivní proces (9). Aktivně naslouchající

reaguje na sdělení, dává najevo, že soustředěně vnímá a že rozumí obsahu, naslouchající dává zpětnou vazbu a podporuje. Při aktivním naslouchání neřešíme, neradíme, nemoralizujeme (20). K základním charakteristikám aktivního naslouchání patří vhodné prostředí pro soukromý rozhovor. Oční kontakt by měl být udržován z 65 -85 % doby rozhovoru, přičemž se vyprávějímu do očí díváme o něco déle, než on nám, abychom mu tak dali možnost podívat se stranou. Povzbuzuje vyprávějího neverbálně – příkyvováním, jemným dotekem, povzbuzuje jej i verbálně, např. vybídnutím. Naslouchající legitimizuje emoce vyprávějího, ubezpečuje ho, že není třeba se za citové projevy omlouvat, stydět. Aktivní naslouchání poskytuje zpětnou vazbu. Aktivní naslouchání umožňuje společné sdílení ticha a mlčení, jde o významnou komunikační dovednost (18). Lze pracovat na zlepšování této schopnosti, stejně jako jiných komunikačních dovedností (20).

Bariéry bránící naslouchání pramení z nevhodného prostředí (fyzikální podmínky místnosti, příliš tvrdá či měkká židle, špatné osvětlení, hluk, pachy...) Dále to jsou lingvistické bariéry - např. náročný slovník, složitá souvětí, příliš tichý či hlasitý projev. Psychologické bariéry vyplývající z emocionálního stavu vnášeného do komunikace nebo již jsou výsledkem komunikace (např. rozladěnost klienta, sestry, stres, nedůvěra). Patologické bariéry jsou např. bolesti hlavy, únava, vada sluchu, zraku. Bariéry vyplývající z očekávání (jako je např. vzhled mluvčího, jeho věk apod.) Mezi osobní bariéry řadíme např. netrpělivost posluchače (6).

1.4.2.2 Kontraproduktivní komunikace v ošetrovatelství

Kontraproduktivní či neefektivní komunikací rozumíme takový typ komunikace, který nevede k vzájemnému porozumění. Příčinami neefektivní komunikace jsou překroucené informace, které vznikají nepozorností nemocného, špatnou výslovností, nebo nedostatečnou zpětnou vazbou. Další příčinou může být komunikační zahlcení, ať množstvím informací, nebo kombinací nevhodné rychlosti a formy podání zpráv. Kontraproduktivně působí používání vágních

a bezvýznamných slov. Manipulace je považována za neproduktivní komunikační strategii, primárně ji členíme na manipulaci kognitivně orientovanou, kdy sdělující používá pojmy, které jsou poslouchajícímu zcela neznámé a na manipulaci emocionální, kdy manipulující působí na emoce druhé osoby, která nemá dostatečné množství informací. K dalším nevhodným strategiím patří příkazy, nařízení, varování, sliby, napomínání, moralizování, rady, dávání řešení a navrhování, poučování, kritizování, obviňování, pokoušení se odpoutat někoho od problému vtípkováním, „zbavit“ jej tak problému (20).

1.4.3 Vzdělávání sester

Strategie Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny, vyžaduje nový způsob profesní přípravy sester. Tento nový způsob profesní přípravy musí naučit kritickému a kreativnímu myšlení a samotné sestry mají zaujmout odlišný postoj ke své práci a rozšířeným rolím. Jádrem učebních osnov tvoří primární péče, která sestry připravuje k nemocniční péči, ale i na samotnou práci v terénu. Úkolem sester je naučit lidi péči o sebe sama, aby uměli adekvátně uspokojovat své tělesné, psychosociální potřeby a aby věděli, jak podporovat, zachovávat a posilovat své vlastní zdraví. Vedle znalostí biologických a medicínských je pro sestry nutné rozumět psychosociálním aspektům zdraví a nemoci, jako jsou např. etnické a kulturní faktory, spiritualita a religiozita, zdravé sebepojetí (17). Celoživotní vzdělávání má funkci obnovující, zvyšující, prohlubující a doplňující vědomosti, dovednosti a způsobilost v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Formami celoživotního vzdělávání jsou specializační vzdělávání, certifikované kurzy, inovační kurzy, publikační, vědecko – výzkumná činnost, samostatné studium odborné literatury (19).

1.4.4 Vzdělávání v krizové intervenci

V praxi se krizovými pracovníky stávají lidé ze všech možných psychosociálních a zdravotnických oborů. Běžně v této oblasti pracují nejen odborníci, ale také laici a dobrovolníci. Vymezením těchto skupin se ve svých stanovách podrobně zabývá Česká asociace linek důvěry. Za odborníky jsou v krizové práci považováni lékaři, lékaři psychiatři, psychologové, speciální pedagogové, středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaní sociální pracovníci, střední zdravotničtí pracovníci a duchovní. Za laika je považován pracovník jiných profesí s ukončeným minimálně středoškolským vzděláním. Laik i odborník může potom poskytovat krizovou intervenci jako profesionál (tzn., že je za službu placen), nebo jako dobrovolník (nedostává za službu plat). Laik musí být speciálně vyškolen pro poskytování krizové intervence, případně telefonické krizové intervence. I u odborníků se začíná uplatňovat požadavek na absolvování specializačního výcviku v krizové intervenci, případně v telefonické krizové intervenci (29).

Toto rozdělení však plně platí pouze pro pracovníky v krizové práci na linkách důvěry. V oblasti zdravotnictví v ČR má oblast krizové intervence prozatím velmi nejasně definované normy. Jako specifický odborný výkon ve zdravotnictví ji může samostatně poskytovat pouze klinický psycholog, v rámci psychoterapie potom pouze osoby kompetentní provádět systematickou psychoterapii ve zdravotnictví (klinický psycholog, lékař psychiatr s předepsaným vzděláním). Postupy odborné KI mohou ale jistě být součástí běžné komunikace zdravotníků s klienty. Komunikační dovednosti patří k základním pracovním nástrojům sestry. Znalosti KI u sester a jejich využití při komunikování s klienty představuje významné zkvalitnění ošetrovatelské péče o klienty, kteří se nacházejí v krizové situaci.

Kurzy a specializované výcviky krizové intervence a telefonické krizové intervence nabízí více společností, např. se jedná o pražskou společnost Remedium, nebo Společenství pro vzdělávání a supervizi v krizové intervenci také v Praze, pražskou společnost Rafea o. s., Občanské sdružení D z Liberce, Sdružení Podané

ruce, o. s. z Brna, certifikátový kurz nabízí i prostřednictvím Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích PhDr. Rostislav Nesnídal.

Obsah těchto kurzů si je do značné míry podobný. Zaměřují se zejména na tyto okruhy: základy komunikace, krize v životě člověka, kontexty krize z hlediska krizové intervence, metody, techniky, principy krizové intervence, specifická témata krizové intervence, burn – out syndrom, etické aspekty práce s člověkem v krizi. Rozšiřující okruhy potom jsou např. traumatické a posttraumatické stavy, úskalí pomáhajících profesí, standardy krizového pracoviště a právní aspekty práce s krizí, základní prvky sebeobrany při fyzickém napadení... (22)

2. Cíle a hypotézy

2.1 Cíl práce

Zjistit znalosti sester o odborné krizové intervenci na standardních chirurgických odděleních a standardních odděleních vnitřního lékařství.

2.2 Hypotézy

- H:1 Sestry mají nedostatečné znalosti o odborné krizové intervenci.
- H:2 Sestry mají nedostatek informačních zdrojů o odborné krizové intervenci.
- H:3 Sestry neznají zásady komunikace s prvky krizové intervence.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Výzkum, který je součástí této práce, byl koncipován jako výzkum kvantitativní.

K potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz byla zvolena metoda dotazování, která byla provedena technikou dotazníku. Zvolený dotazník byl originální, konstruovaný pouze pro výzkumné účely této práce. Při jeho konstrukci jsem vycházela z poznatků uvedených v teoretické části práce. Plné znění dotazníku je uvedeno v Příloze č. 1.

Dotazník obsahoval celkem 32 položek. Aby byla daná problematika zmapována v co největší komplexnosti, byly v dotazníku zvoleny otázky uzavřené, ale také otevřené a polootevřené, ve kterých měli respondenti možnost se k dané otázce vyjádřit dle svého názoru bez možného zkreslení předpoklady examinátora.

Otázky 1, 2, 3, 4, 5 zjišťovaly charakteristiky respondentů – tj. oddělení, na kterém respondent pracuje, délku jeho působení na oddělení i ve zdravotnictví, jeho pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání. Otázka č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 25, 29, 30 byly zaměřeny na zjištění úrovně znalostí sester o krizi, řešeních krize, krizové intervenci. Otázky č. 19 a 32 mapovaly zkušenosti sester a jejich vlastní názory z oblasti komunikace a krizové intervence. Otázky č. 18 a 20 se týkají vzdělávání ve zdravotnictví a byly do dotazníku vloženy pro zjištění dostupnosti informací o krizové intervenci, stejně jako získání materiálů pro aplikaci holismu do ošetrovatelské péče. Znalosti komunikace a aplikaci komunikačních dovedností v ošetrovatelské praxi mapují v dotazníku otázky č. 14, 17, 21, 22, 23, 24, 26. Konkrétní osobní zkušenosti sester se sebedestruktivním či sebevražedným chováním a jejich řešením mapují otázky č. 27, 28. Otázky č. 15, 16, 17 byly směřované na psychologické a psychiatrické služby. Otázky č. 30, 31 byly zaměřeny na znalosti a aplikaci strategií zvládnání bolesti jako možností pomoci klientovi k krizi, který trpí bolestmi.

Vyplňování dotazníků bylo anonymní. Výzkumné šetření proběhlo během tří týdnů na rozhraní měsíců leden, únor v roce 2008. Dotazníky jsem rozdávala po

schválení hlavní sestry v Pelhřimovské nemocnici, na jednotlivých odděleních jsem dotazníky rozdala vedoucím pracovníkům (staniční nebo vrchní sestra) společně s informacemi o účelu dotazníku, o tématu mé bakalářské práce, a osobách, které jej mají vyplnit a instrukcemi k vyplnění. Vedoucí pracovníci je potom rozdali přímo sestřám.

Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel 2003. Otevřené otázky byly zpracovány pomocí postupů kvalitativní obsahové analýzy.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

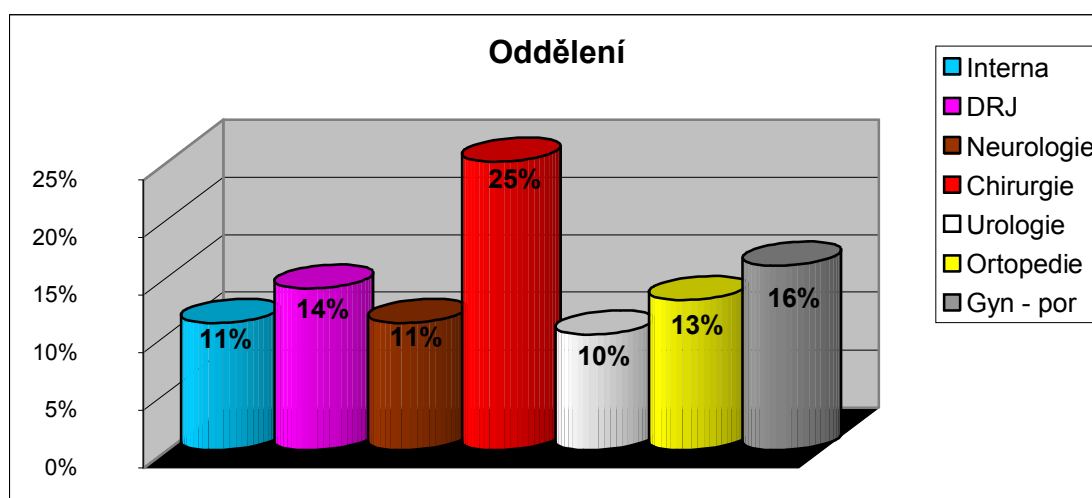
Dotazník byl rozdán sestřám ze standardních interních a chirurgických odděleních. Z chirurgických oddělení byl rozdán na oddělení chirurgické, ortopedické, urologické a gynekologicko – porodnické. Z oddělení vnitřního lékařství byl dotazník rozdán na oddělení interny, DRJ (doléčovací a rehabilitační jednotka) a na neurologické oddělení. Sestry byly voleny náhodným výběrem. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, navraceno jich bylo 93, celková návratnost byla 85%. Nevyplněných nebo pouze částečně vyplněných dotazníků bylo celkem 30, tyto dotazníky byly proto z dalšího vyhodnocení vyřazeny. 63 dotazníků bylo vhodných pro zpracování výsledků, výzkumný soubor tedy tvořilo 63 respondentů.

4. Výsledky

Položka č. 1: Oddělení

Z celkového počtu 63 respondentů se účastnilo z interního oddělení 7 respondentů (11%), na oddělení doléčovací a rehabilitační jednotky (DRJ) 9 respondentů (14%), na neurologickém oddělení 7 osob (11%). Celkem se účastnilo 23 respondentů (36%) na oddělení vnitřního lékařství. Na chirurgickém oddělení se zúčastnilo 16 respondentů (25%), na urologickém oddělení 6 respondentů (10%), na ortopedickém oddělení se zúčastnilo výzkumu 8 osob (13%) a na oddělení gynekologicko – porodnickém 10 respondentů (16%). Celkem se účastnilo 40 respondentů (64%) z chirurgických oddělení.

Graf č. 1 - Oddělení

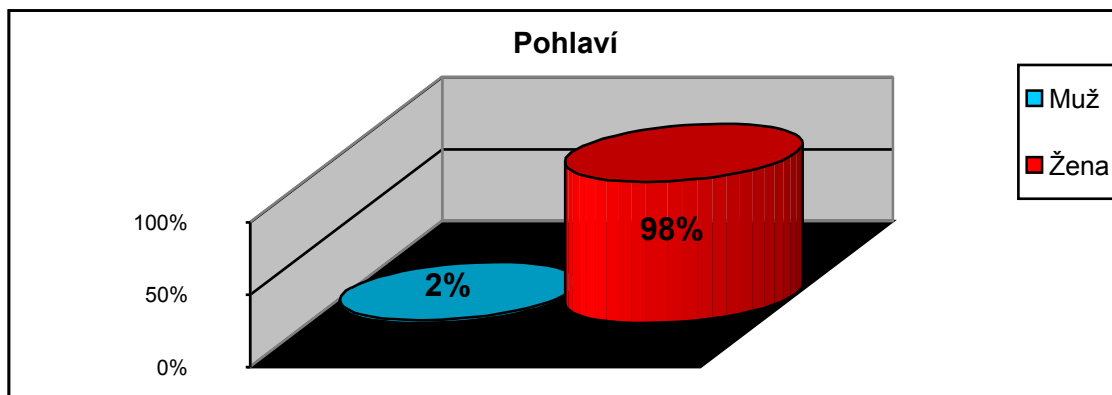


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 2: Pohlaví respondentů

Výzkumu se účastnilo z celkového počtu 63 respondentů 62 žen (98%) a 1 muž (2%).

Graf č. 2 – Pohlaví

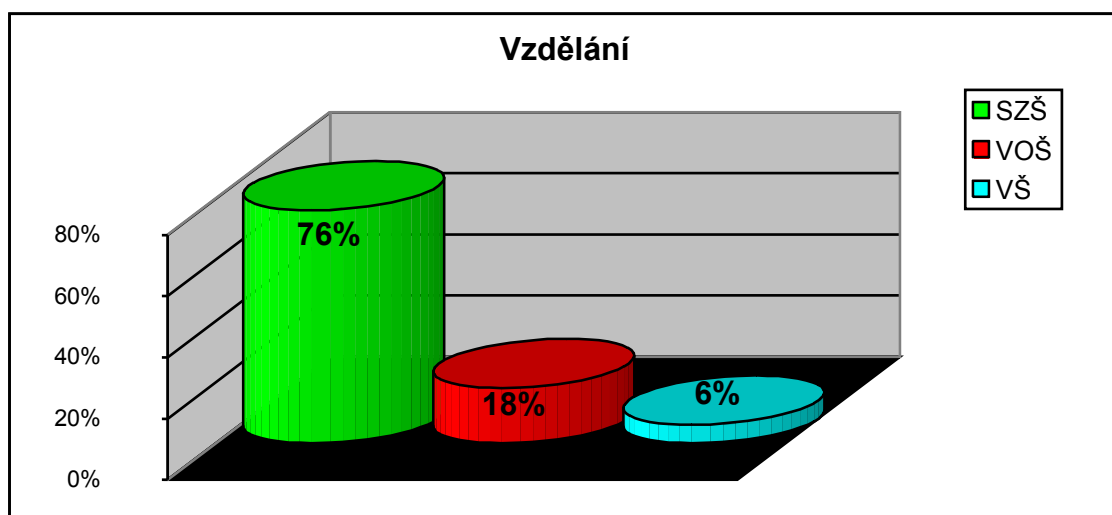


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvíce respondentů ukončilo studium na střední zdravotnické škole, jedná se o 48 osob (76%), ukončené studium na vyšší zdravotnické škole má 11 osob (18%) a vysokoškolské vzdělání 4 respondenti (6%).

Graf č. 3 - Vzdělání

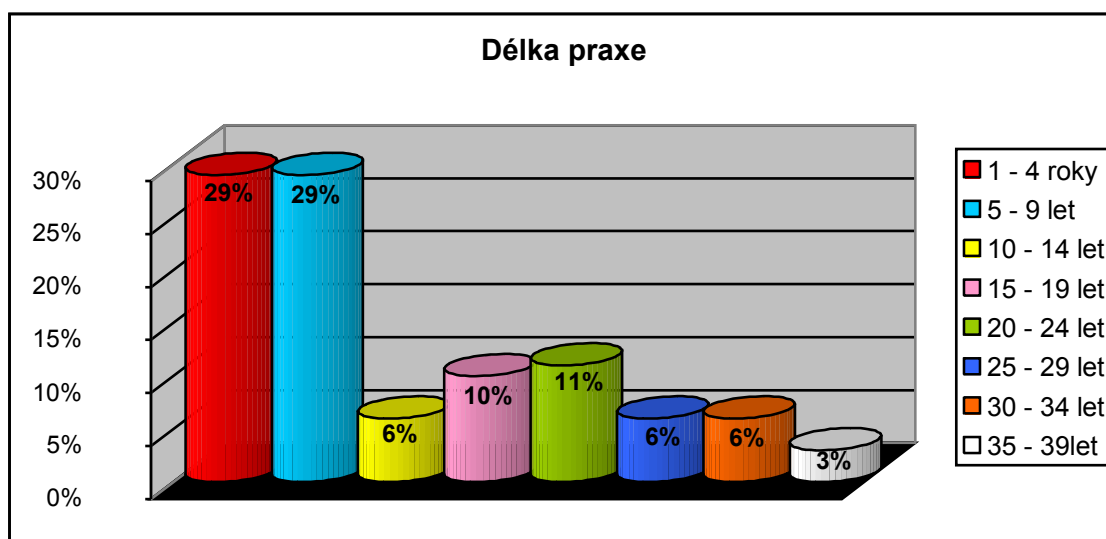


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 4: Celková délka praxe

Zde odpovědělo z celkového počtu 63 osob 18 respondentů (29%) v intervalu 1 – 4 roky, v intervalu 5 – 9 let odpovědělo 18 dotázaných (29%), interval 10 – 14 let obsahoval odpověď od 4 sester (6%), 15 – 19 let odpovědělo 6 sester (10%), interval 20 – 24 let uvedlo 7 sester (11%), 25 – 29 let byli 4 respondenti (6%) také v interval 30 – 34 let odpověděly 4 respondenti (6%) a poslední údaj 35 – 39 let odpověděly 2 sestry (3%).

Graf č. 4 - Celková délka praxe

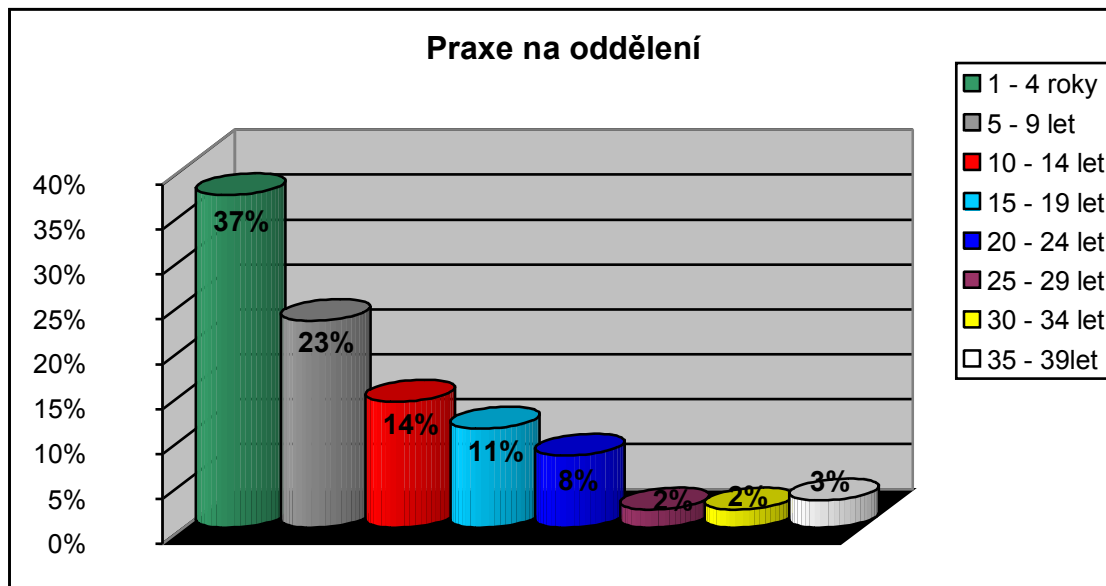


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 5: Praxe na oddělení

Nejvíce sester, které se účastnily výzkumu v současné době, pracuje mezi jedním až čtyřmi lety, celkem se jednalo o 23 osob (37%). Na současném oddělení pracuje v intervalu 5 – 9 let 15 osob (23%), v intervalu 10 – 14 let 9 osob (14%), v intervalu 15 – 19 let 7 osob (11%). Interval 20 – 24 let byl zvolen 5 respondenty (8%), v intervalu 25 – 29 let pracuje na současném oddělení 1 sestra (2%) a také v intervalu 30 – 34 let to je 1 respondent (2%). 35 – 39 let pracují na současném oddělení 2 osoby (3%).

Graf č. 5 – Praxe na oddělení

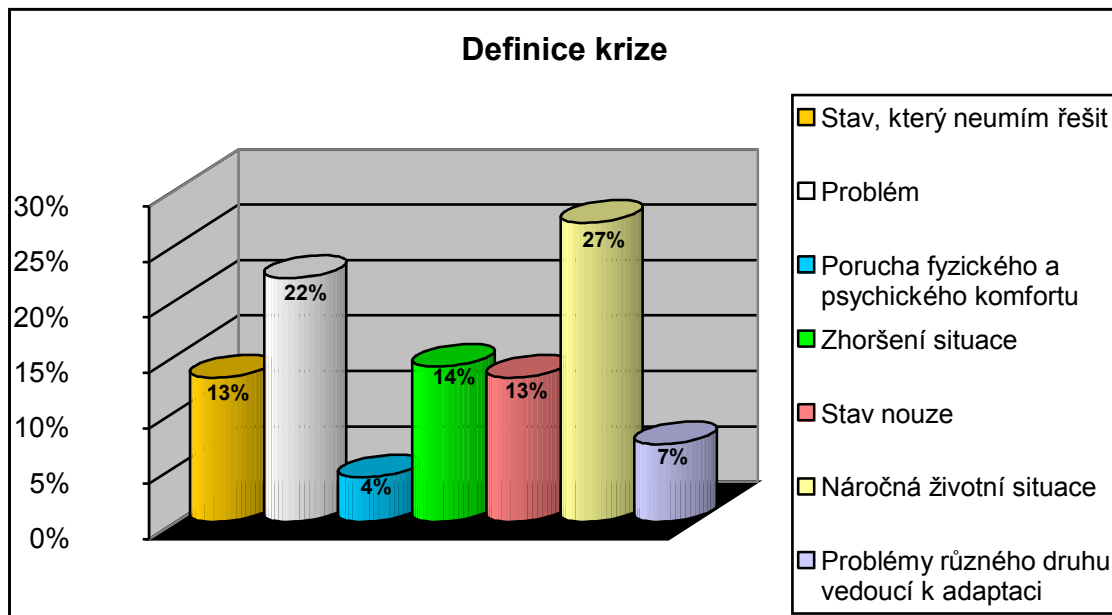


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 6: Definice krize

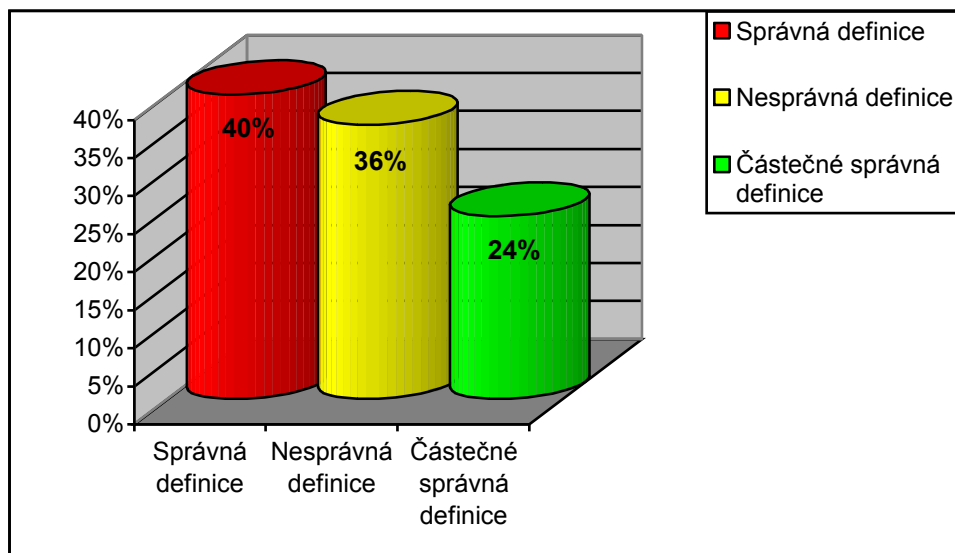
Někteří respondenti odpovídali více možnostmi než jednou. Nejvíce odpovědí 27% bylo v souvislosti s „náročnou životní situací“, 22% odpovědí označuje krizi za „problém“, ze 14% byly odpovědi prosté „zhoršení situace“, 13% vidí krizi jako „stav nouze“, 13% „stav, který člověk neumí řešit“, 7% odpovědí bylo „problém různého druhu vedoucí k adaptaci“ a 4% vidí krizi spíše v souvislosti s ošetřovatelstvím jako „porucha fyzického psychického komfortu“.

Graf č. 6 – Definice krize



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7 - Hodnocení definic krize



Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 7: Příklady krize

Na tuto otevřenou otázku respondenti odpovídali vysoce individualizovanými odpověďmi. Jejich odpovědi byly na základě provedené kvalitativní obsahové analýzy seskupeny do 5 kategorií. Nejčastější odpovědi sester – smrt, bolest - spadají do kategorie, kterou jsem nazvala Somatické aspekty; celkem zde bylo uvedeno 62 odpovědí (51%), druhou kategorií tvoří Sociální aspekty, které byly celkem uvedeny ve 12 odpovědích (10%), přičemž sestry nejčastěji v této kategorii odpovídaly směnnost (jejich vlastní) a komunikaci s rodinou zemřelého. Psychické aspekty byly uvedeny celkem 35 krát (29%). Ekonomické aspekty byly uvedeny ve 3 odpovědích (2%) a kategorie nazvaná Běh oddělení byla uvedla celkem 9 krát (7%).

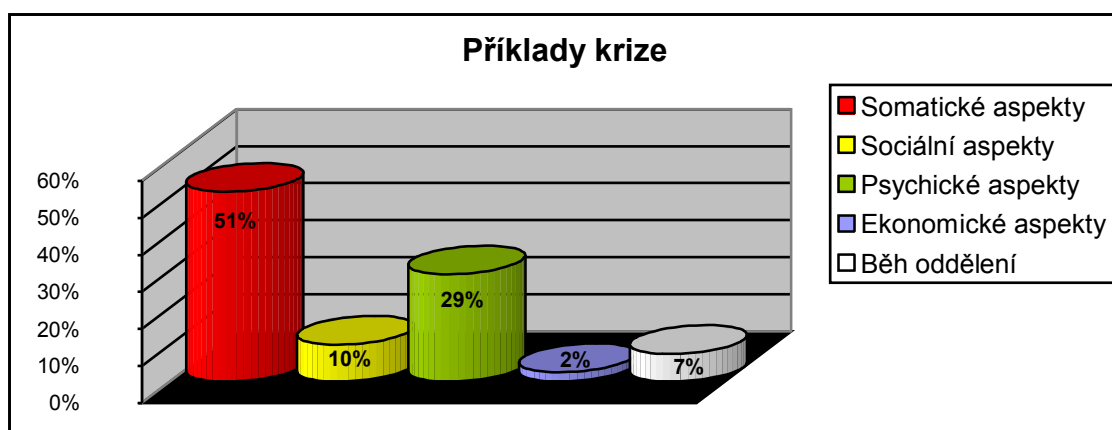
Tabulka č. 1 Příklady krize

Příklady krize	Počet odpovědí	Procenta
Somatické aspekty	62	51%
Smrt	17	14%
Bolest	12	10%
Nevyléčitelná choroba	9	7%
Potrat	8	7%
Specifické onemocnění pro dané oddělení	6	5%
Fyzická zátěž sestry	3	2%
Amentní klient	2	2%
Onemocnění	2	2%
Operace	1	1%
Porod	1	1%
Ztráta mobility	1	1%
Sociální aspekty	12	10%
Směnnost sestry	9	7%
Komunikace s rodinou zemřelého	3	2%
Psychické aspekty	35	29%
Psychická zátěž	11	9%
Deprese	9	7%
Syndrom vyhoření	9	7%
Agresivní klient	3	2%
Osobní problémy klientů	1	1%
Strach	1	1%
Úzkost	1	1%

Ekonomické aspekty	3	2%
Finanční ohodnocení sestry	3	2%
Běh oddělení	9	7%
Skladba klientů na oddělení s pohledu sestry	1	1%
Řešení akutních stavů při nedostatku personálu s pohledu sestry	8	7%
Celkem	121	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8 – příklady krize

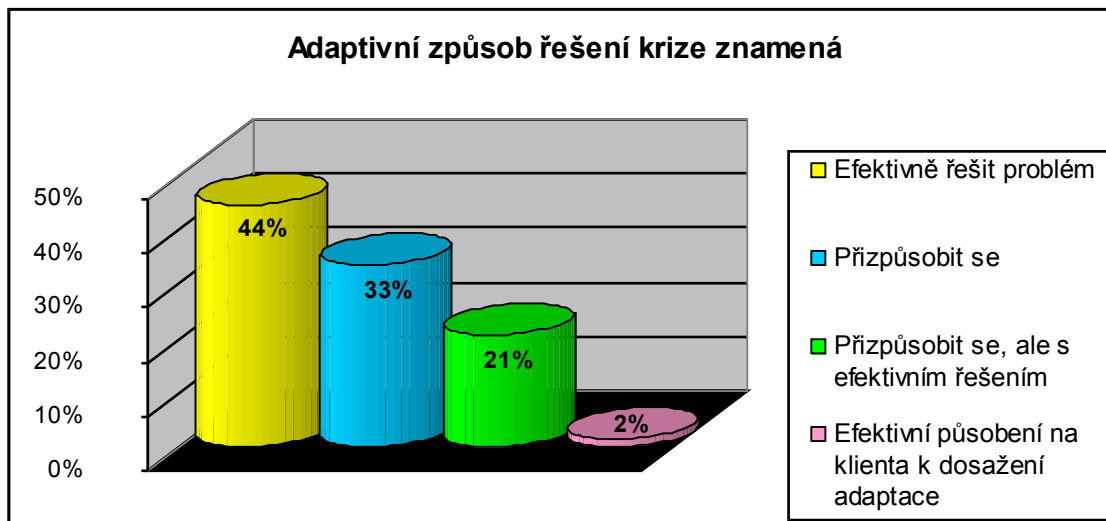


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 8: Adaptivní způsob řešení krize

Největší počet respondentů odpověděl, že adaptivní způsob řešení krize znamená efektivně řešit problém, tuto odpověď uvedlo 28 respondentů (44%), druhou nejčastější odpovědí bylo přizpůsobit se, tuto odpověď zvolilo 21 respondentů (33%), 13 respondentů (21%) vidí adaptivní způsob řešení krize v přizpůsobení se s efektivním řešením. A 1 respondent (2%) vidí adaptivní způsob řešení krize v efektivním působení na klienta k dosažení adaptace.

Graf č. 9 – Adaptivní způsob řešení krize znamená

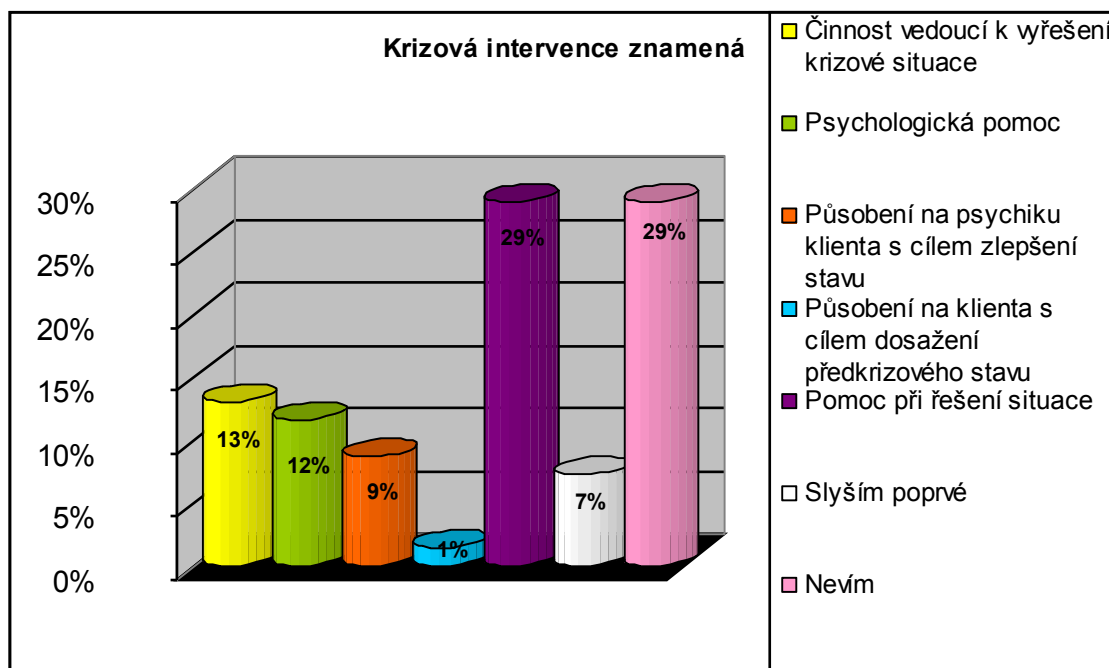


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 9 Krizová intervence znamená

Na tuto otázku někteří respondenti odpovídali více než jednou odpovědí. Nejčastěji volené odpovědi byly „nevím“, 20 odpovědí (29%), a naprosto stejný počet respondentů odpovědělo „pomoc při řešení situace“. Jako „činnost vedoucí k vyřešení krizové situace“ byla krizová intervence popsána 9 krát (13%). „Psychologická pomoc“ byla odpověď, která byla opakována 8 krát (12%). 6 odpovědí (9%) označilo „působení na psychiku klienta s cílem zlepšení stavu“. 5 odpovědí (7%) uvádělo, že termín krizová intervence slyší poprvé a 1 odpověď (1%) ukazovala na „působení na klienta s cílem zlepšení stavu“. 36% respondentů nevědělo, co znamená pojem krizová intervence, 54% uvedlo nesprávnou odpověď a 10% odpovědí bylo částečně správných.

Graf č. 10 – Krizová intervence znamená

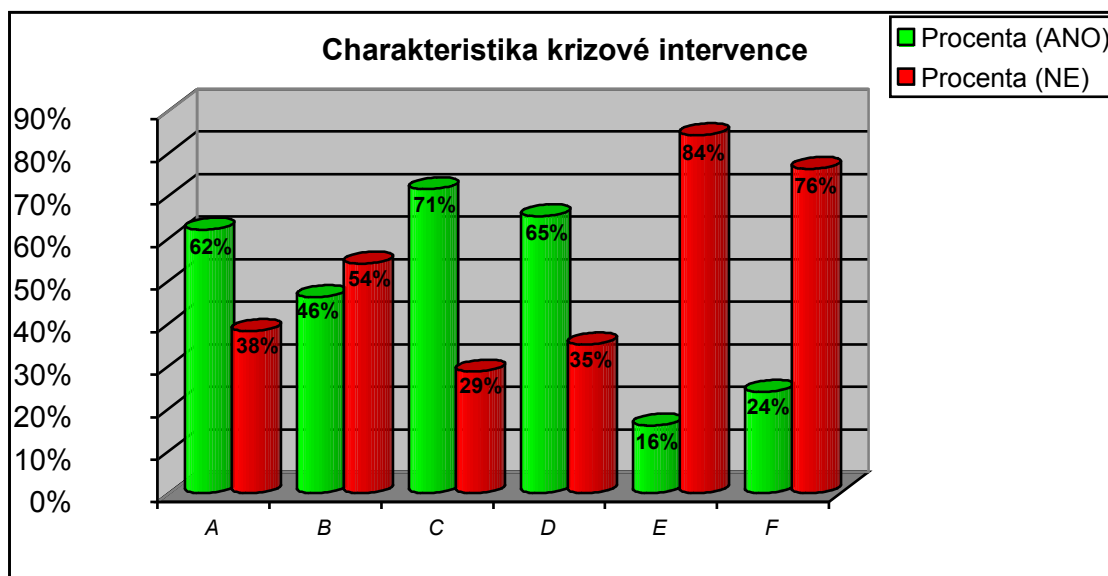


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 10: Charakteristika krizové intervence

Na konstatování Krizová intervence je eklektická odpovědělo ANO 39 respondentů (62%), NE 24 respondentů (38%). Na výrok Krizová intervence se zaměřuje pouze na jedince odpovědělo ANO 29 respondentů (49%), NE 34 respondentů (54%). Na tvrzení Krizová intervence – mimo efektivní komunikace – znamená i odstranění nebezpečné noxy odpovědělo ANO 45 respondentů (71%), NE 18 respondentů (29%). K tvrzení Krizová intervence má mít tam, kde je to indikováno kontinuitu v další odborné práci s klientem přiřadilo odpověď ANO 41 respondentů (65%), NE 22 respondentů (35%). U konstatování Krizová intervence se zabývá zejména hlubokou analýzou minulosti klienta 10 respondentů (16%) odpovědělo ANO, odpověď NE zvolilo 53 respondentů (84%). Na výrok Krizovou intervencí může provádět pouze psychiatr odpovědělo ANO 15 respondentů (24%), NE 48 respondentů (76%).

Graf č. 11 – Charakteristika krizové intervence



- A Krizová intervence je eklektická ("šitá na míru").
- B Krizová intervence se zaměřuje pouze na jedince.
- C Krizová intervence - mimo efektivní komunikace - znamená i odstranění nebezpečné noxy.
- D Krizová intervence má mít tam, kde je to indikováno, kontinuitu v další odborné práci s klientem.
- E Krizová intervence se zabývá zejména hlubokou analýzou minulosti klienta.
- F Krizovou intervencí může provádět pouze psychiatr.

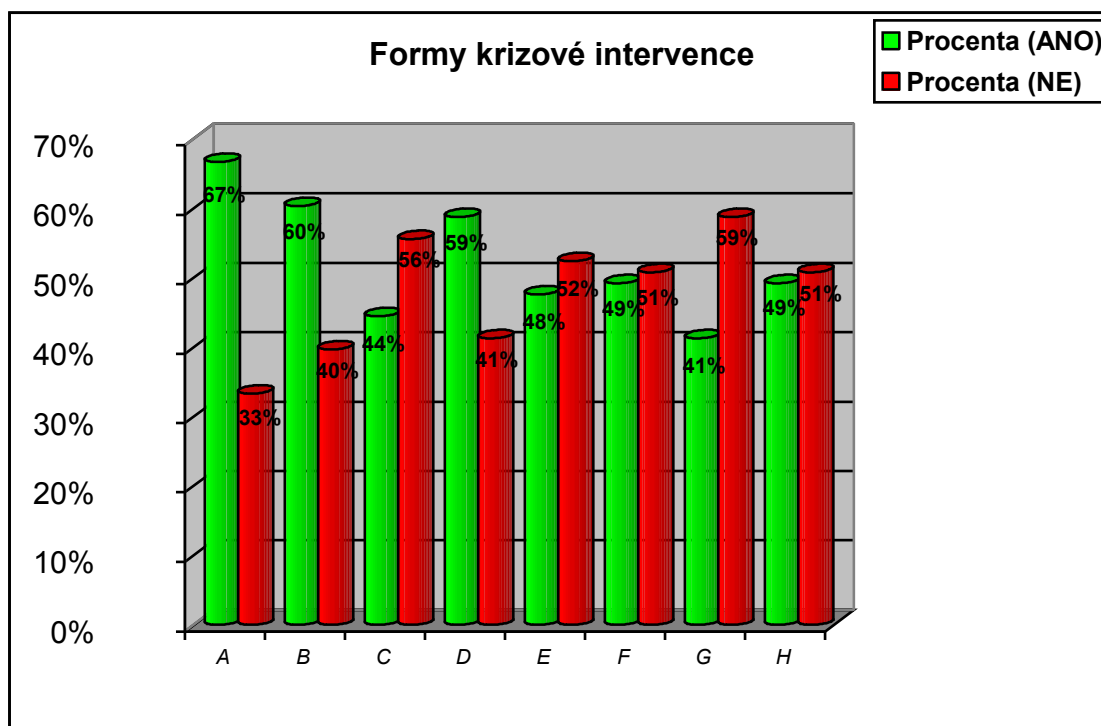
Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 11: Formy krizové intervence

Na konstatování Ambulantní péče v krizovém centru odpovědělo 42 respondentů (67%) ANO a 21 respondentů (33%) NE. Na tvrzení Krátkodobá hospitalizace (pouze po dobu akutní krize, cca 5 – 7 dní) odpovědělo 38 respondentů (60%) ANO a 25 (40%) respondentů NE. Tvrzení Hospitalizace (do doby, než se celá krize vyřeší, cca 1 měsíc) odpovědělo 28 respondentů (44%) ANO a 35 respondentů (56%) NE. U konstatování Linka důvěry odpověď ANO zvolilo 37 respondentů (59%) a odpověď NE zvolilo 26 respondentů (41%). K výroku Systematická psychoterapie přiřadilo odpověď ANO 30 respondentů (48%) a možnost NE zvolilo 33 respondentů (52%). K tvrzení Výjezd ke klientovi v krizi odpověď ANO zvolilo 31 respondentů (49%), možnost NE zvolilo 32 respondentů (51%). U konstatování Komplexní psychologické vyšetření přiřadilo ANO

26 respondentů (41%), NE 37 respondentů (59%). U tvrzení Rodinné konstelace zvolilo odpověď ANO 31 respondentů (49%) a odpověď NE 32 respondentů (51%).

Graf č. 12 – Formy krizové intervence



- A Ambulantní péče v krizovém centru
- B Krátkodobá hospitalizace (pouze po dobu trvání akutní krize; cca 5 - 7 dní)
- C Hospitalizace (do doby, než se celá krize vyřeší; cca 1 měsíc)
- D Linka důvěry
- E Systematická psychoterapie
- F Výjezd ke klientovi v krizi
- G Komplexní psychologické vyšetření
- H Rodinné konstelace

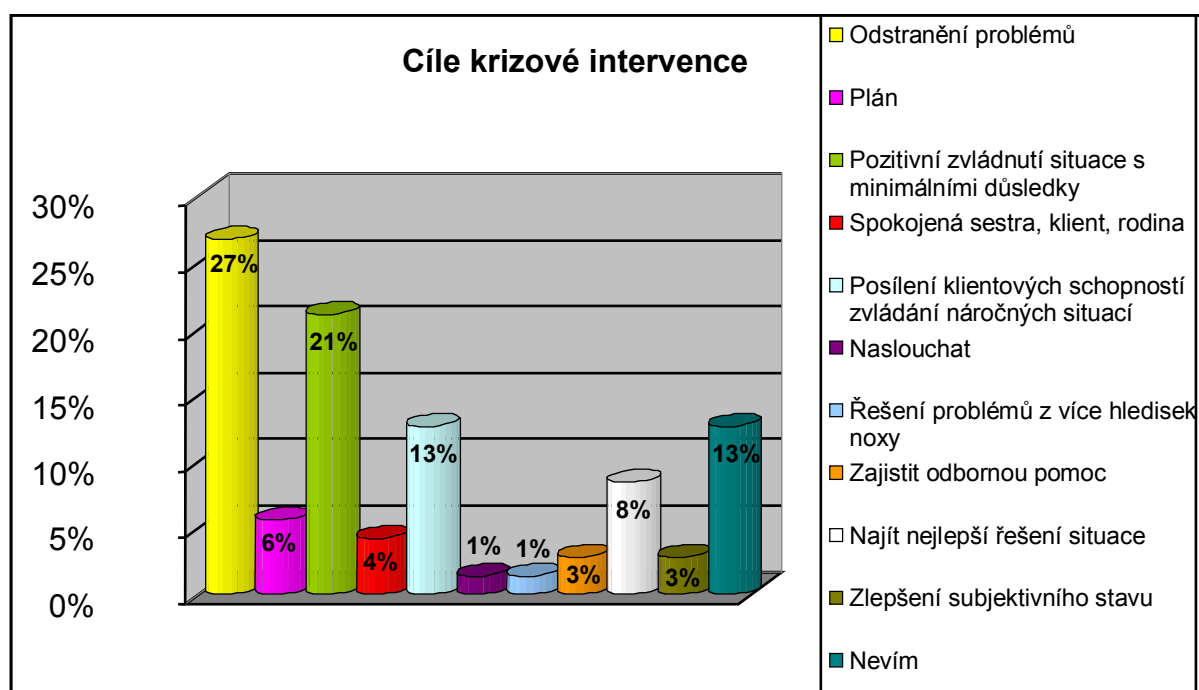
Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 12: cíle krizové intervence

Na tuto otevřenou otázku někteří respondenti odpovídali více možnostmi. Nejčastější odpovědí bylo „odstranění problémů“ ve 27% odpovědí, „pozitivní zvládnutí situace s minimálními důsledky“ v 21%. 13% odpovědí je „posílení klientových schopností

zvládnout náročné situace“, 13% odpovědí zní „nevím“. 8% odpovědí je „najít nejlepší řešení situace“, 6% odpovědí uvádí „plán!, 4% odpovědí vidí cíl krizové intervence ve „spokojenosti jak sestry, tak klienta a jeho rodiny“. 3% odpovědí uvádí cíle krizové intervence v „zajištění odborné pomoci“, další 3% ve „zlepšení subjektivního stavu“. 1% odpovědí obsahovalo „naslouchání“ a 1% v „řešení problémů z více hledisek – noxy“.

Graf č. 13 – Cíle krizové intervence

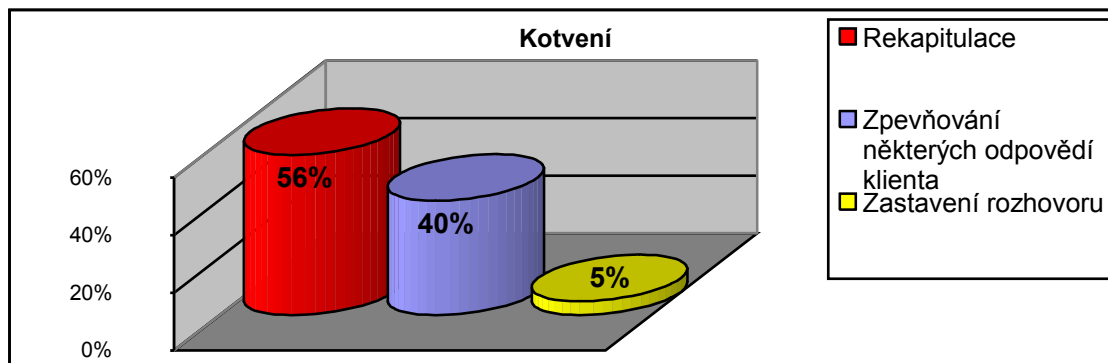


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 13 - Kotvení

Odpověď rekapitulace zvolilo 35 respondentů (56%). Za správnou odpověď považuje 25 respondentů (40%) zpevnování některých odpovědí klienta. A 3 respondenti (5%) považují za správnou odpověď zastavení rozhovoru.

Graf č. 14 - Kotvení

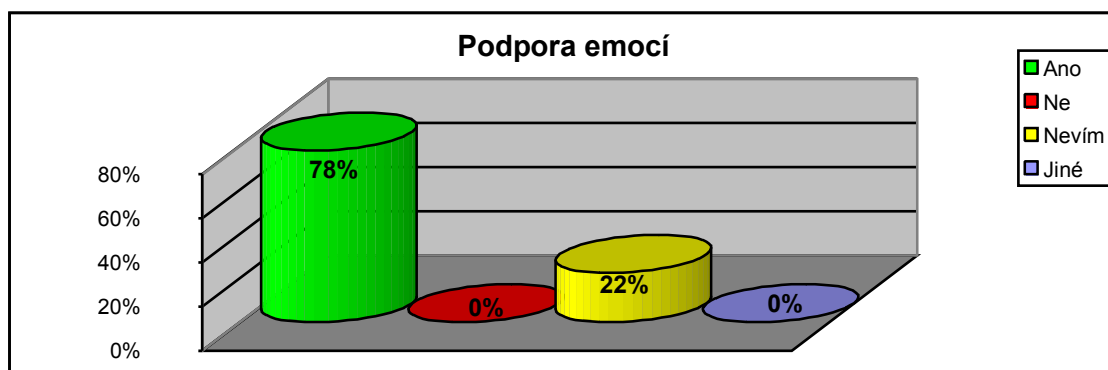


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 14 Podpora emocí

49 respondentů (78%) uvádí, že dokáží podpořit klienta při vyjadřování emocí. 14 respondentů (22%) neví, zda dokáže podpořit klienta při vyjadřování emocí. Nikdo z dotázaných nevedl, že neumí podpořit klienta při vyjadřování emocí a nikdo nevedl možnost jiné, vyjádření se k problému.

Graf č. 15 – Podpora emocí



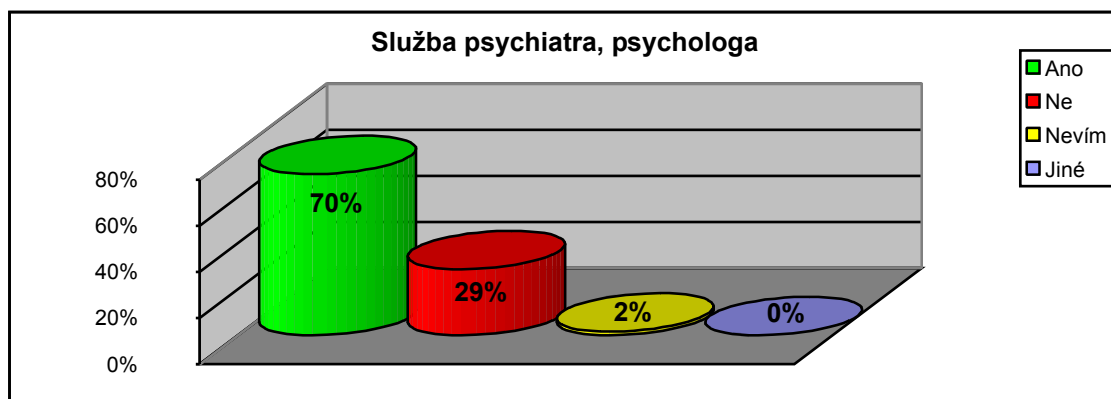
Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 15 Služba psychologa, psychiatra

44 respondentů (70%) uvádí, že mají možnost využít služeb psychologa nebo psychiatra, 18 respondentů (29%) uvádí, že nemají možnost využití těchto služeb,

1 respondent (2%) neví zda má tuto službu k dispozici. Nikdo z dotázaných nevedl možnost jiné.

Graf č. 16 – Služba psychologa, psychiatra

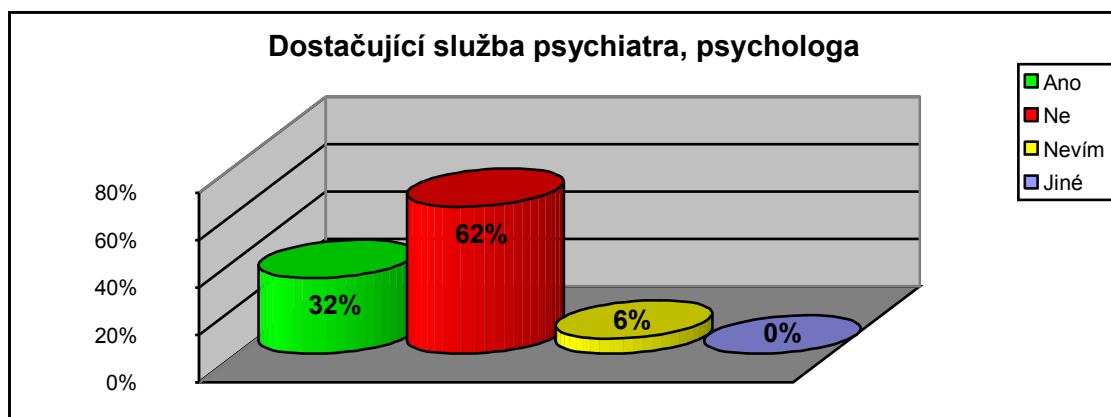


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 16 Dostačující služba psychiatra, psychologa

Nejvíce respondentů – 39 (62%) nevidí službu z hlediska efektivity, rychlosti a flexibility jako dostačující. 20 respondentů (32%) označuje službu psychiatra, psychologa za dostačující. 4 respondenti (6%) uvedli, že neví, zda je služba dostačující či nikoliv.

Graf č. 17 – Dostačující služba psychiatra, psychologa

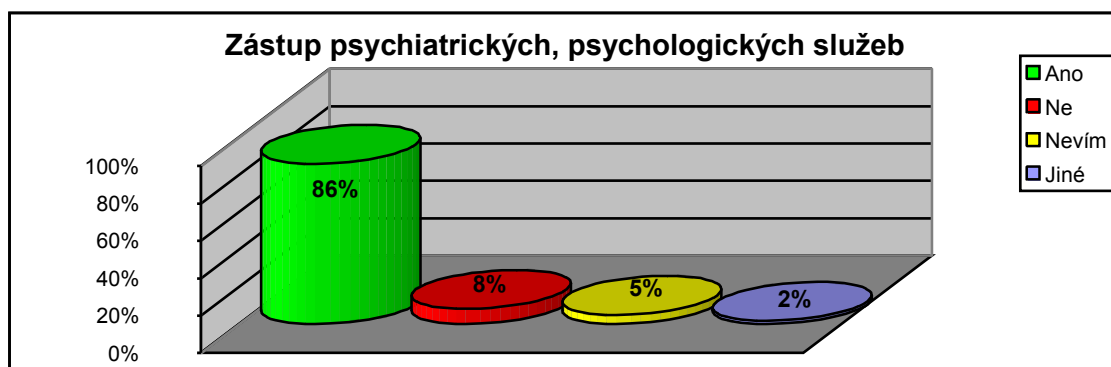


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 17 Zástup psychiatrických, psychologických služeb sestrou

54 respondentů (86%) se domnívá, že práci psychologa v komunikaci zastupují, 5 respondentů (8%) se nedomnívá, že by zastupovali práci psychologa v komunikaci. 3 respondenti (5%) neví zda práci psychologa, psychiatra zastupují v oblasti komunikace s klientem. 1 respondent (2%) uvedl možnost jiné, ale bez doplňující informace.

Graf č. 18 – Zástup psychiatrických, psychologických služeb sestrou

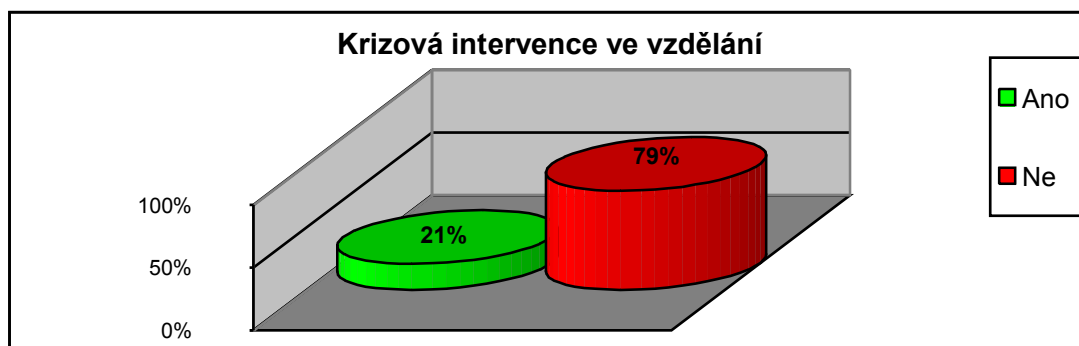


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 18 Krizová intervence ve vzdělávání

50 respondentů (79%) odpovědělo, že se během jejich vzdělávání nesetkalo s tématem krizová intervence. 13 respondentů (21%) uvedlo, že se během jejich vzdělávání setkalo s tématem krizová intervence.

Graf č. 19 – Krizová intervence ve vzdělávání

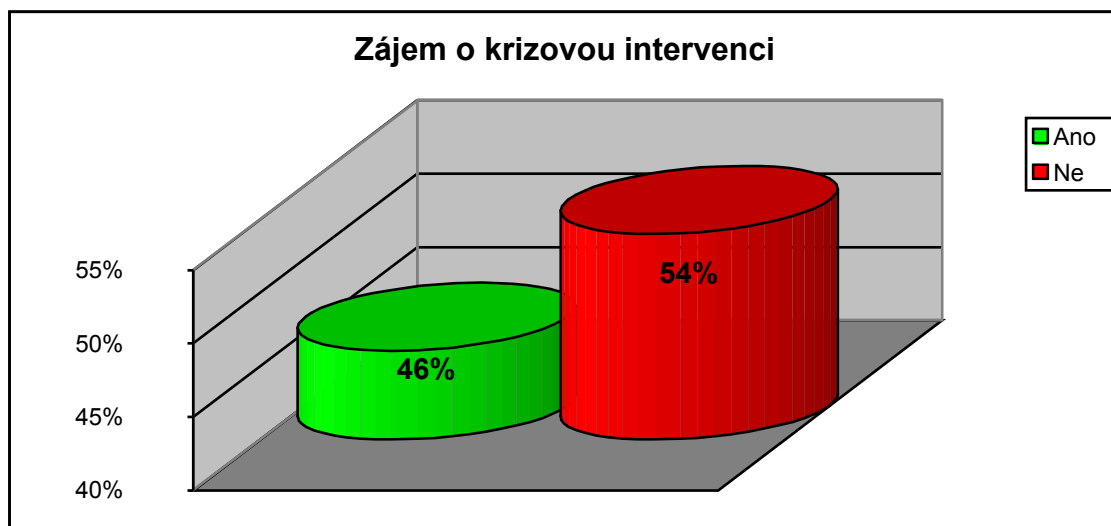


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 19 Zájem o informace o krizové intervenci

Na tuto otázku odpovědělo 34 respondentů (54%) záporně a 29 respondentů (46%) kladně.

Graf č. 20 – Zájem o informace o krizové intervenci

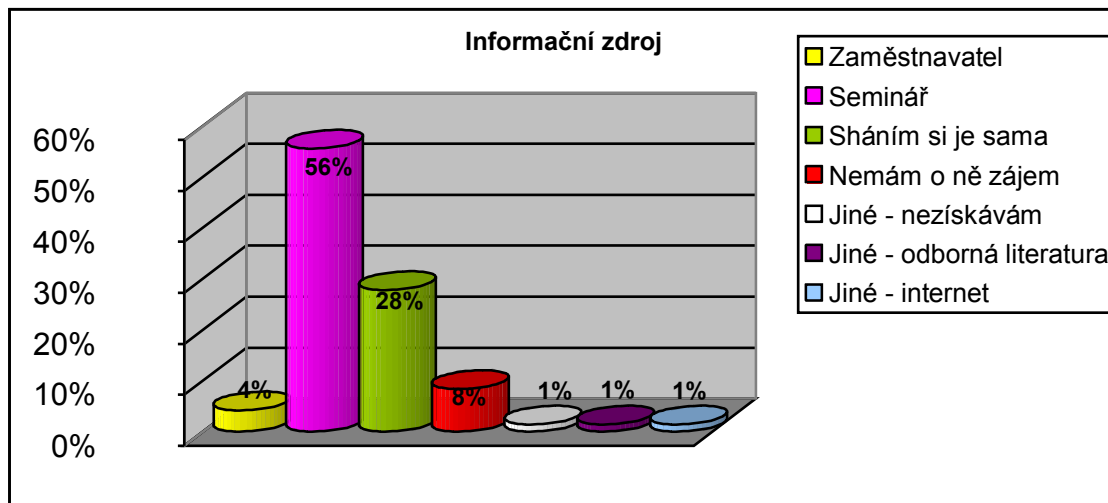


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 20: Informační zdroj

Na tuto otázku někteří respondenti odpovídali označením více možností. Z celkového počtu 63 respondentů největší počet respondentů zvolil možnost seminář a to 56% odpovědí, 28% odpovědí bylo označeno možností „Sháním si je sama“, z 8% respondenti odpovídali „Nemám o ně zájem“, 4% odpovědí byly označeny možností „Zaměstnavatel“. Možností „Jiné“ byly označeny 3% odpovědí. Z těchto odpovědí poukazovaly respondenti dále na další „jiné“ možnosti, a sice „nezískávám“, „formou odborné literatury a pomocí internetu“.

Graf č. 21 – Informační zdroj

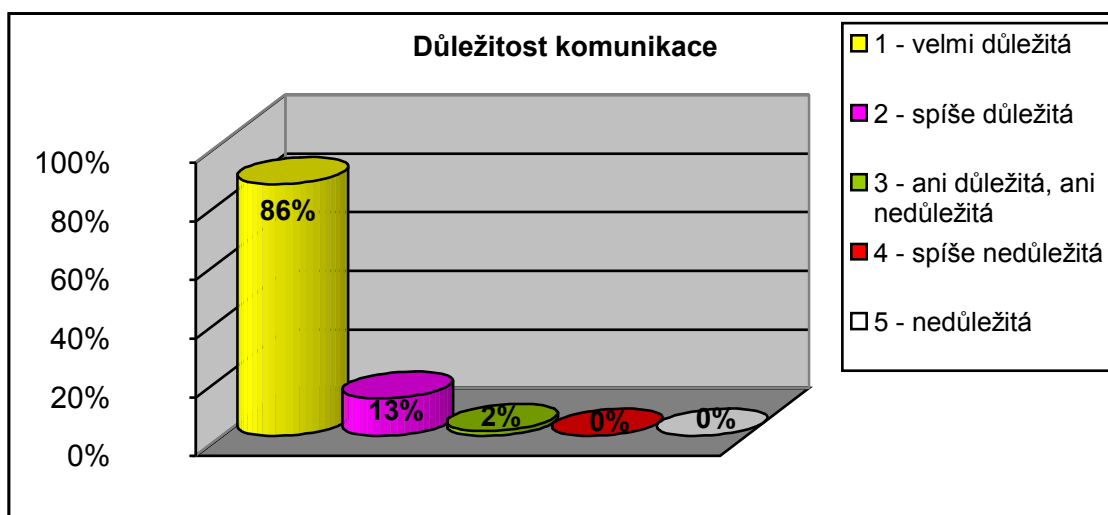


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 21: Důležitost komunikace

Na tuto otázku odpovědělo 54 respondentů (86%) tak, že vnímá důležitost komunikace ve svém povolání jako velmi důležitou, 8 respondentů (13%) jako spíše důležitou, a 1 respondent (2%) jako ani důležitá, ani nedůležitá. Ostatní možnosti nikdo nezvolil.

Graf č. 22 – Důležitost komunikace

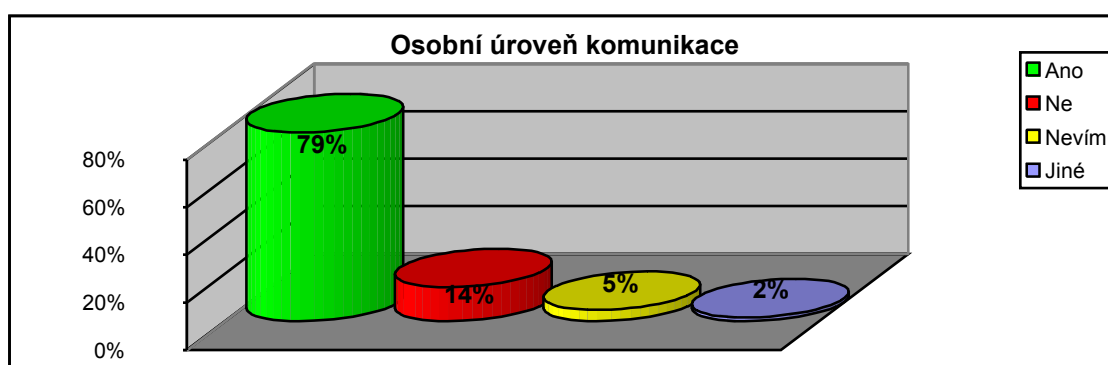


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 22: Osobní úroveň komunikace

50 (79%) respondentů uvedlo, že dostatečně komunikují při plnění ošetrovatelského procesu, 9 (14%) respondentů uvedlo, že se domnívají, že dostatečně nekomunikují při plnění ošetrovatelského procesu. 3 respondenti (5%) neví, zda dostatečně komunikují a 1 respondent (2%) uvedl možnost jiné, s doplněním: „Ráda bych, ale je stále větší časová tíseň.“

Graf č. 23 – Osobní úroveň komunikace



Zdroj: vlastní výzkum

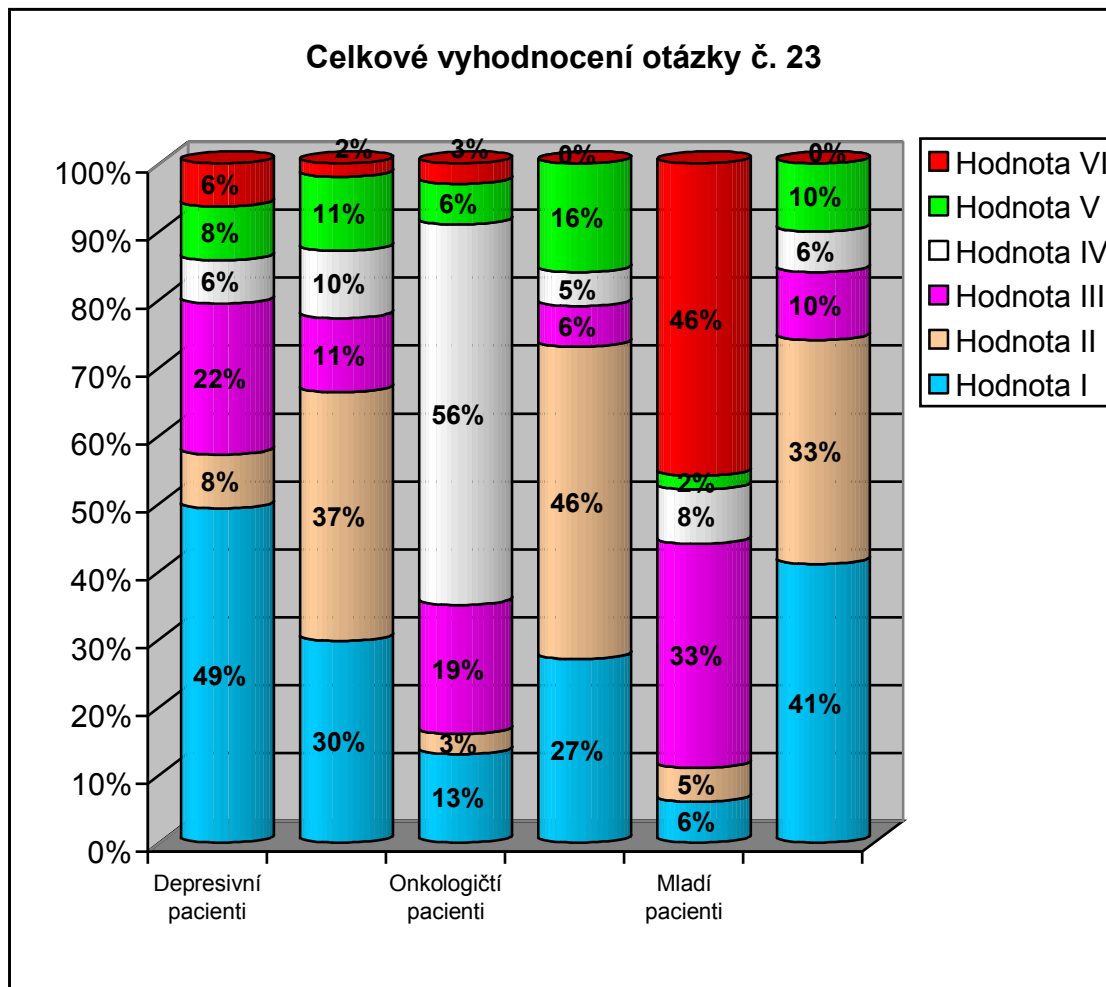
Položka č. 23: Preferované skupiny klientů při komunikaci

Úkolem respondentů bylo přiřadit hodnotu 1 až 6 ke klientům podle času a prostoru, který jim při komunikaci věnují. Hodnota 1 označuje skupinu, které věnují nejvíce komunikace a hodnota 6 označuje skupinu, které věnují nejméně komunikace.

Z celkového počtu 63 respondentů k „depressivnímu klientovi“ přiřadilo největší počet respondentů 31 (49%) hodnotu I, hodnotu II 5 respondentů (8%), hodnotu III 14 respondentů (22%), hodnotu IV 4 respondenti (6%), hodnotu V zvolilo 5 respondentů (8%), hodnota VI byla přiřazena 4 respondenty (6%). Z celkového počtu 63 respondentů k „klientům v seniorském věku“ přiřadilo nejvíce respondentů 23 (37%) možnost II, 19 respondentů (30%) zvolilo možnost I, 7 respondentů (11%) zvolilo hodnotu III a stejný počet respondentů zvolil hodnotu V, 1 respondent (2%) zvolil hodnotu VI. Z celkového počtu 63 respondentů k „onkologičtí klienti“ přiřadilo nejvíce respondentů – 35 (56%) přiřadilo hodnotu IV, 12 respondentů (19%) přiřadilo hodnotu

III, 8 respondentů (13%) odpovědělo vyjádřením hodnoty I, 4 respondenti (6%) označili hodnotu V, 2 respondenti (3%) uvedli hodnotu II a stejný počet respondentů odpověděl hodnotou VI. Z celkového počtu 63 respondentů u „klientů s bolestmi“ nejvyšší počet respondentů – 29 (46%) označil hodnotu II, hodnotu I zvolilo 17 respondentů (27%), hodnotu V přiřadilo 10 respondentů (16%). 4 respondenti (6%) jako svou odpověď označili hodnotu III, 3 respondenti (5%) zvolili možnost IV, žádný z respondentů neuvedl u klientů s bolestmi hodnotu VI. Z celkového počtu 63 respondentů nejčastější odpovědí u „mladých klientů“ bylo stanovení hodnoty VI, celkem ji označilo 29 respondentů (46%), další nejčastější odpovědí v této kategorii byla hodnota III, kterou zvolilo 21 respondentů (33%), hodnotu IV zvolilo celkem 5 respondentů (8%), 4 respondenti (6%) zvolili možnost první hodnoty, 3 respondenti (5%) zvolili možnost II a hodnotu V zvolil 1 respondent (2%). Z celkového počtu 63 respondentů v kategorii „klienti projevy strachu“ byla nejčastější odpověď hodnota č. I, kterou zvolilo 26 respondentů (41%), další častou odpovědí bylo označení hodnoty II, kterou zvolilo 21 respondentů (33%), stejný počet respondentů zvolilo hodnotu III a V, kdy u každé z této hodnoty odpovědělo 6 respondentů (10%), 4 respondenti (6%) uvedli odpověď hodnota IV. Hodnota VI nebyla nikým v této kategorii zvolena.

Graf č. 24 - Preferované skupiny klientů při komunikaci

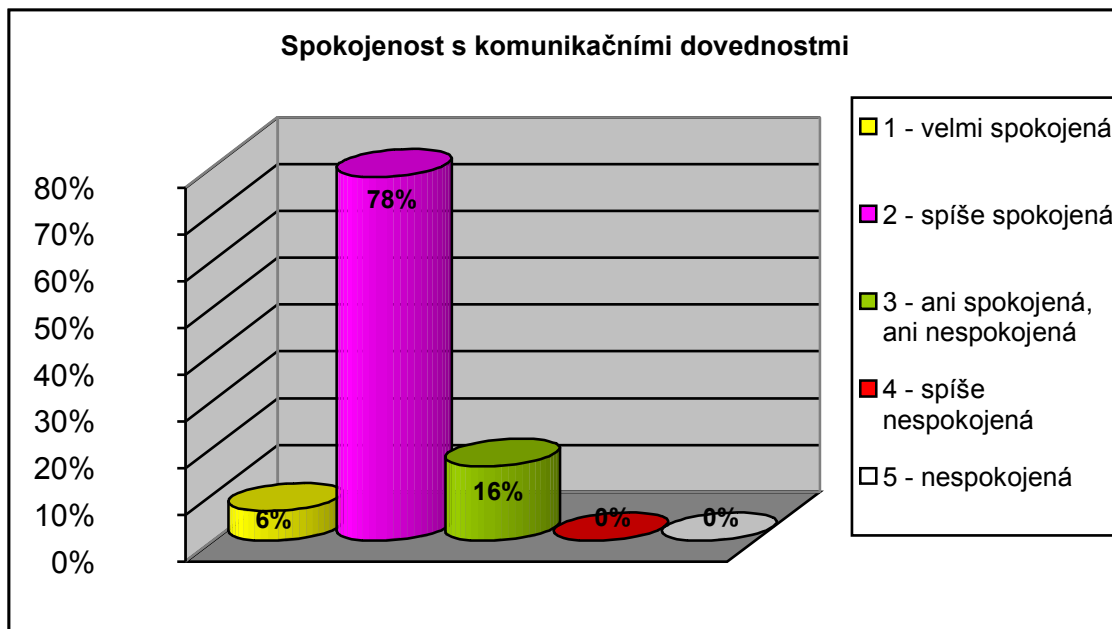


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 24: Spokojenost s komunikačními dovednostmi

Z celkového počtu 63 respondentů bylo uvedeno od 4 respondentů (6%), že jsou se svými komunikačními dovednostmi velmi spokojeni. 49 respondentů (78%) uvádí, že jsou se svými komunikačními dovednostmi spíše spokojeni. 10 respondentů (16%) zhodnotilo, že jsou průměrně spokojeni se svými komunikačními dovednostmi. Hodnotu spíše spokojená a nespokojená neuvedl žádný z respondentů.

Graf č. 25 – Spokojenost s komunikačními dovednostmi

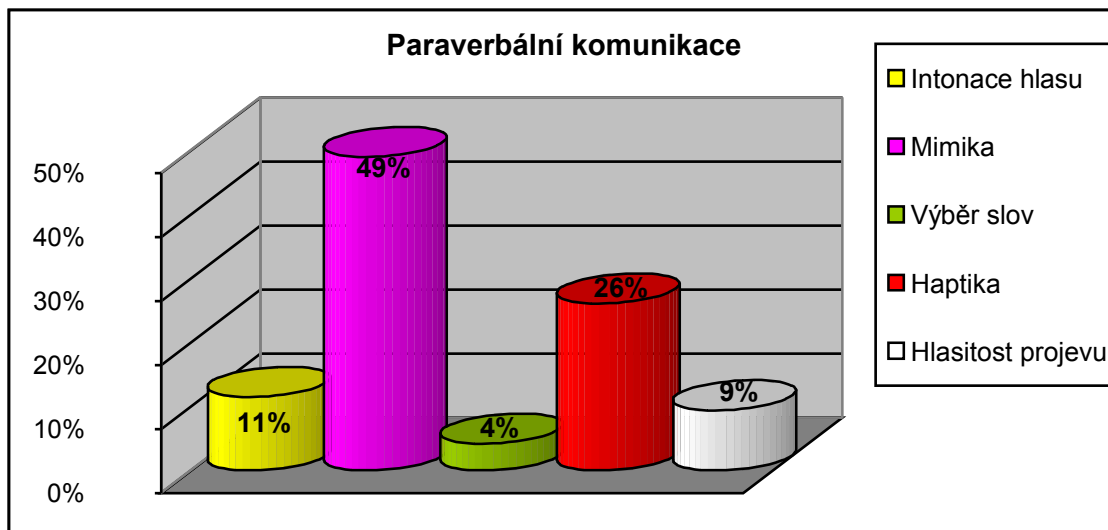


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 25: Paraverbální komunikace

V možnostech odpovědí se ukrývaly 2 správné odpovědi – intonace hlasu a hlasitost projevu. Někteří respondenti odpovídali pouze jednu možnost, jiní označili více možností. Odpověď intonace bylo zvolena celkem 11 krát (11%), odpověď mimika bylo zvoleno 47 krát (49%), možnost výběr slov bylo uvedeno ve 4 odpovědích (4%), 25 odpovědí (26%) neslo možnost haptika. Hlasitost projevu bylo zvoleno celkem 9 krát (9%). Úplně správné odpovědi byly uvedeny u 18 respondentů (29%), částečně správné odpovědi u 8 (13%) respondentů a nesprávné odpovědi u 37 respondentů (59%).

Graf č. 26 – paraverbální komunikace

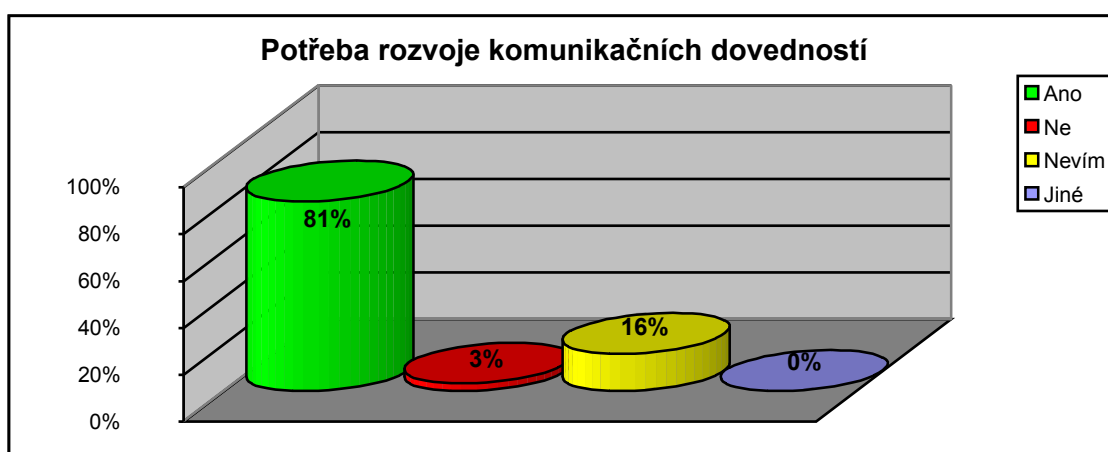


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 26: Potřeba rozvoje komunikačních dovedností

51 respondentů (81%) se domnívá, že potřebují rozvíjet své komunikační dovednosti. 2 respondenti (3%) se domnívají, že nepotřebují rozvíjet své komunikační dovednosti, 10 respondentů uvedlo, že neví, zda potřebuje či nepotřebuje rozvíjet své komunikační dovednosti. žádný z respondentů ne zvolil odpověď jiné.

Graf č. 27 – potřeba rozvoje komunikačních dovedností

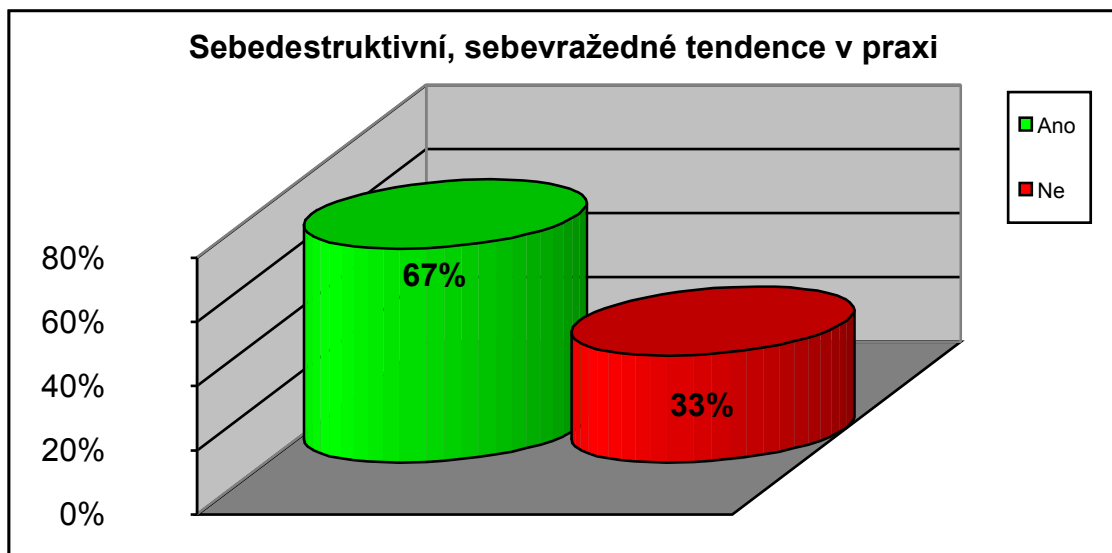


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 27: Sebedestruktivní, sebevražedné tendence

42 respondentů (67%) se během své sesterské praxe setkala se sebedestruktivními či sebevražednými tendencemi. 21 respondentů (33%) se neseťkalo během svého sesterského povolání se sebedestruktivními či sebevražednými tendencemi.

Graf č. 28 – sebedestruktivní, sebevražedné tendence

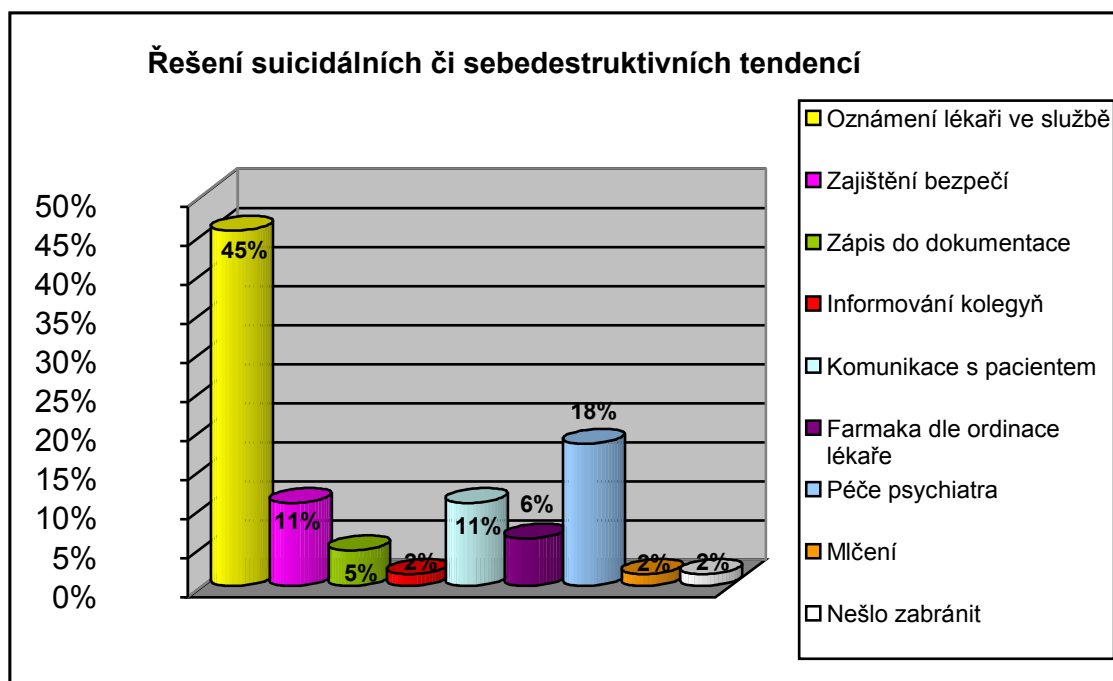


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 28: Řešení suicidálních, sebevražedných tendencí

Na tuto otázku respondenti odpovídali buď jednou odpovědí, nebo více odpověďmi. Z celkového počtu respondentů, kteří v předešlé otázce odpověděli „ANO“, čili 42 respondentů, 30 odpovědí (45%) ukazuje na to, že sestry řeší situaci oznámením situace lékaři, který je ve službě. Předání do péče psychiatra je další frekventovanou odpovědí - 12 odpovědí (18%). Zajistit klientovi bezpečí bez bližších specifikací bylo uvedeno celkem sedmkrát (11%). Komunikace s klientem, opět bez bližších údajů byla celkem uvedena sedmkrát (11%). 4 odpovědi obsahovaly možnost podání farmak dle ordinace lékaře. K dalším možnostem, které se vyskytovaly v nižších četnostech než je 6%, byly přidány zápis do dokumentace, informování kolegyně, mlčení a konstatování, že případu nešlo zabránit.

Graf č. 29 – řešení suicidálních či sebeustruktivních tendencí



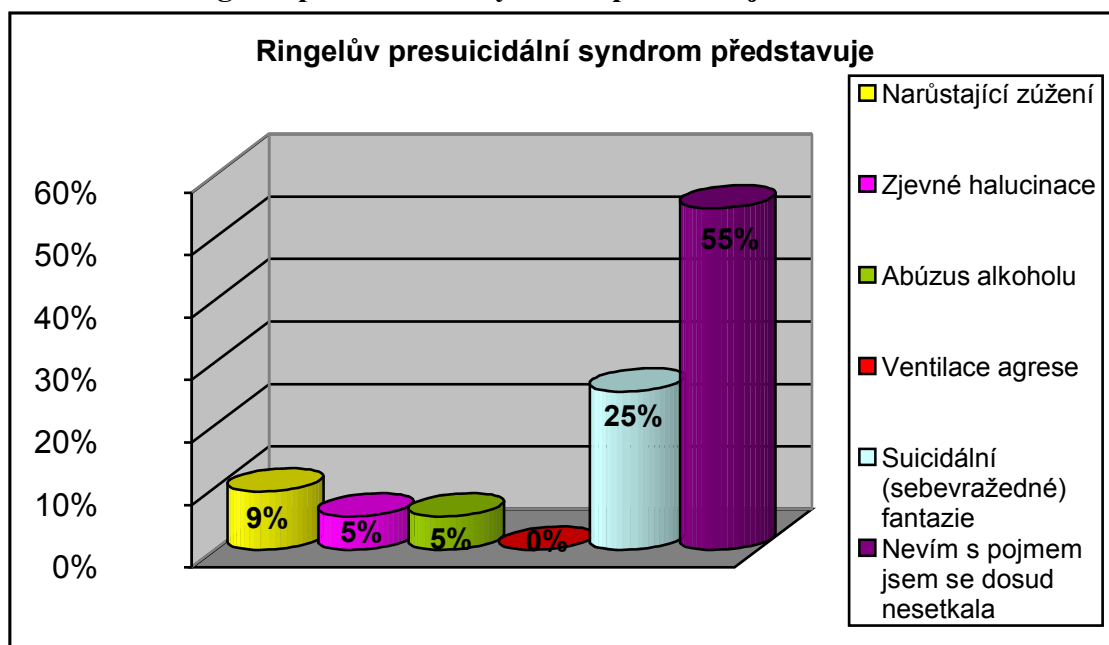
Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 29 Ringelův presuicidální syndrom

Správné odpovědi jsou: narůstající zúžení, ventilace agrese, suicidální fantazie. 7 respondentů (9%) označilo odpověď narůstající zúžení, 4 odpověď (5%) zjevné halucinace, 4 odpověď (5%) abúzus alkoholu. Možnost ventilace agrese nebyla nikým zvolena. Suicidální fantazie byla označena celkem 19 krát (25%) a možnost nevím, doposud jsem se nesešla byla označena 41 krát (55%).

Úplně správných odpovědí bylo 0%, za úplně správnou odpověď je považováno označení všech tří správných možností. Za částečně správné odpovědi bylo považováno zatrhnutí 2 správných možností a žádné nesprávné - bylo celkem od 16 respondentů (25%). Nesprávných odpovědí, které znamenají zatrhnutí buď pouze nesprávné odpovědi a nebo kombinaci správné/ých odpovědi/í je 47 respondentů (75%).

Graf č. 30 – Ringelův presuicidální syndrom představuje



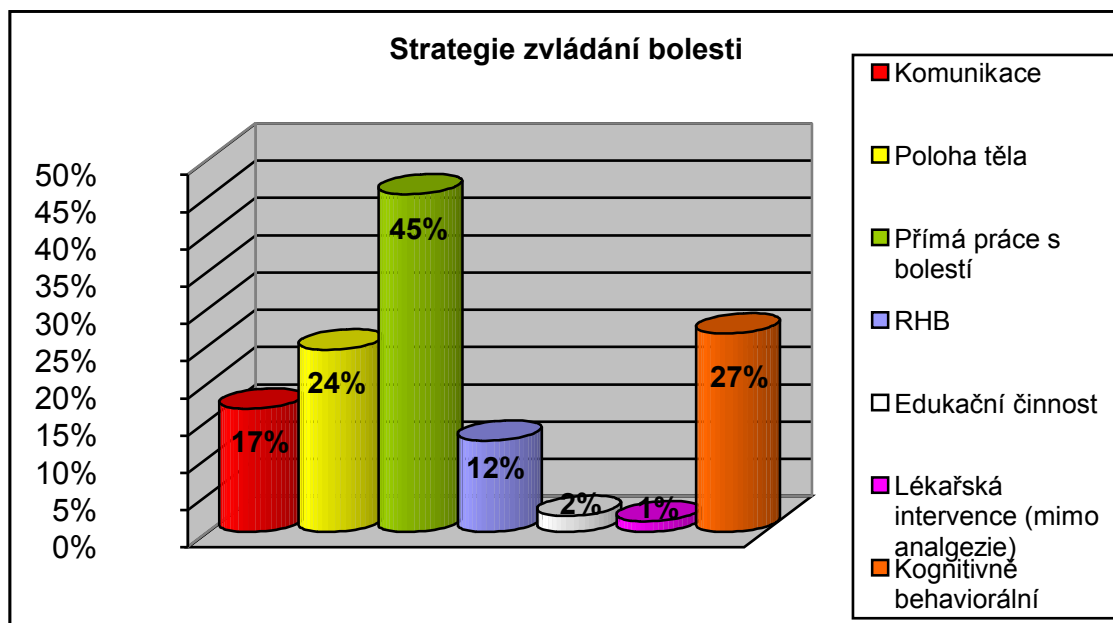
Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 30: Strategie zvládnání bolesti

Na tuto otevřenou otázku odpověděli někteří respondenti více možnostmi. Odpovědi respondentů jsou kategorizované podle druhů odpovědí. Největší počet odpovědí je zahrnut v kategorii přímá práce s bolestí, kde jsou zahrnuty strategie analgetika dle ordinace lékaře, anamnéza bolesti, odstranění příčiny. Tyto odpovědi byly uvedeny celkem 63 krát (45%). Další častou kategorií je kognitivně behaviorální metody, která byla označena celkem 37 krát (27%), do této kategorie byly zaznamenány strategie relaxace, autogenní trénink, autosugesce, kognitivně behaviorální terapie, odvedení pozornosti různými způsoby. Dalšími častými odpověďmi byly ty, které jsou kategorizovány do názvu poloha těla. Do této kategorie byly přiřazeny odpovědi typu polohování, poloha těla. Tyto odpovědi byly celkem označeny 34 krát (24%). 23 vepsaných odpovědí (17%) byly vyhodnoceny do kategorie komunikace, kam byly zařazeny odpovědi typu komunikace, psychická podpora, spolupráce s rodinou, empatie. Kategorie, nazvaná RHB obsahuje odpovědi typu cvičení, aplikace tepla a chladu, bazální stimulace, práce s dechem, sprcha. Tyto odpovědi byly celkem

zvoleny 17 krát (12%). Kategorie edukační činnost obsahuje odpověď změna životního stylu. Tato odpověď byla uvedena celkem 3 krát (2%). 1% odpovědi – 2 odpovědi byly kategorizovány jako lékařská intervence (mimo analgezie). Tyto odpovědi byly podání anxiolytik, antidepresiv, akupunktura, akupresura.

Graf č. 31 – strategie zvládnání bolesti



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 4 – Strategie zvládnání bolesti

Strategie zvládnání bolesti	Počet odpovědí	Procenta
Komunikace	23	17%
Komunikace	15	11%
Psychická podpora	1	1%
Spolupráce s rodinou	6	4%
Empatie	1	1%
Poloha těla	34	24%
Polohování	8	6%
Úlevová poloha	26	19%

Přímá práce s bolestí	63	45%
Analgetika dle ordinace lékaře	46	33%
Anamnéza bolesti	7	5%
Odstranění příčiny	10	7%
RHB	17	12%
Cvičení	10	7%
Aplikace tepla a chladu	1	1%
Bazální stimulace	3	2%
Práce s dechem	1	1%
Sprcha	2	1%
Edukační činnost	3	2%
Změna životního stylu	3	2%
Lékařská intervence (mimo analgezie)	2	1%
Anxiolitika, antidepresiva	1	1%
Akupunktura, akupresura	1	1%
Kognitivně behaviorální metody	37	27%
Kognitivně behaviorální terapie	1	1%
Relaxace	6	4%
Autogenní trénink	2	1%
Autosugesce	1	1%
Odvedení pozornosti od bolesti - četba	7	5%
Odvedení pozornosti od bolesti - TV	11	8%
Odvedení pozornosti od bolesti - hudba	5	4%
Odvedení pozornosti od bolesti - luštění	1	1%
Odvedení pozornosti od bolesti - ruční práce	1	1%
Odvedení pozornosti od bolesti - PC	2	1%
Celkem	139	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 31 Využívané strategie proti bolesti

Na tuto otázku někteří respondenti uvedli, že ve své práci užívají více než jednu strategii.

Nejvyšší počet odpovědí – 48 odpovědí (41%) se nachází v kategorii přímá práce s bolestí, kde jsou zařazeny odpovědi analgetika dle ordinace lékaře, získání anamnézy bolesti. V velmi častým odpovědím patří kategorie poloha těla, odpovědí celkem v této kategorii bylo 34 (29%), do kategorie poloha těla jsou zařazeny odpovědi polohování, zaujmutí úlevové polohy. 24 odpovědí (20%) bylo uvedeno jak v kategorii komunikace, tak kognitivně behaviorální přístup. Kategorie komunikace obsahovala odpovědi komunikace, psychická podpora, spolupráce s rodinou, empatie. Kategorie kognitivně behaviorální přístup obsahuje odpovědi relaxace, odvedení pozornosti od bolesti a to různého druhu, např. četbou, pomocí hudby, luštění... Kategorie nazvaná RHB obsahuje cvičení, aplikaci tepla a chladu, bazální stimulaci, práci s dechem, sprcha. Tyto odpovědi se opakovali celkem 12 krát (10%).

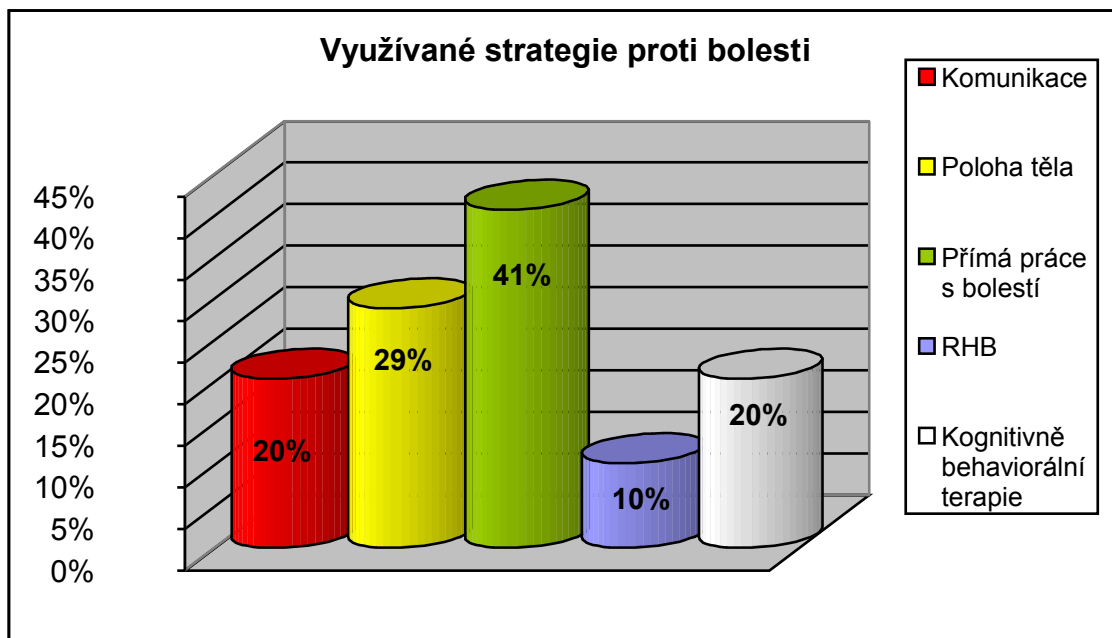
Tabulka č. 5 – využívané strategie proti bolesti.

Využívané strategie proti bolesti	Počet odpovědí	Procenta
Komunikace	24	20%
Komunikace	10	8%
Psychická podpora	9	8%
Spolupráce s rodinou	4	3%
Empatie	1	1%
Poloha těla	34	29%
Polohování	6	5%
Úlevová poloha	28	24%
Přímá práce s bolestí	48	41%

Analgetika dle ordinace lékaře	44	37%
Anamnéza bolesti	4	3%
RHB	12	10%
Cvičení	6	5%
Aplikace tepla a chladu	1	1%
Bazální stimulace	2	2%
Práce s dechem	1	1%
Sprcha	2	2%
Kognitivně behaviorální terapie	24	20%
Relaxace	2	2%
Odvedení pozornosti od bolesti - četba	8	7%
Odvedení pozornosti od bolesti - TV	8	7%
Odvedení pozornosti od bolesti - hudba	2	2%
Odvedení pozornosti od bolesti - luštění	1	1%
Odvedení pozornosti od bolesti - ruční práce	2	2%
Odvedení pozornosti od bolesti - PC	1	1%
Celkem	118	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 32 – využívané strategie proti bolesti

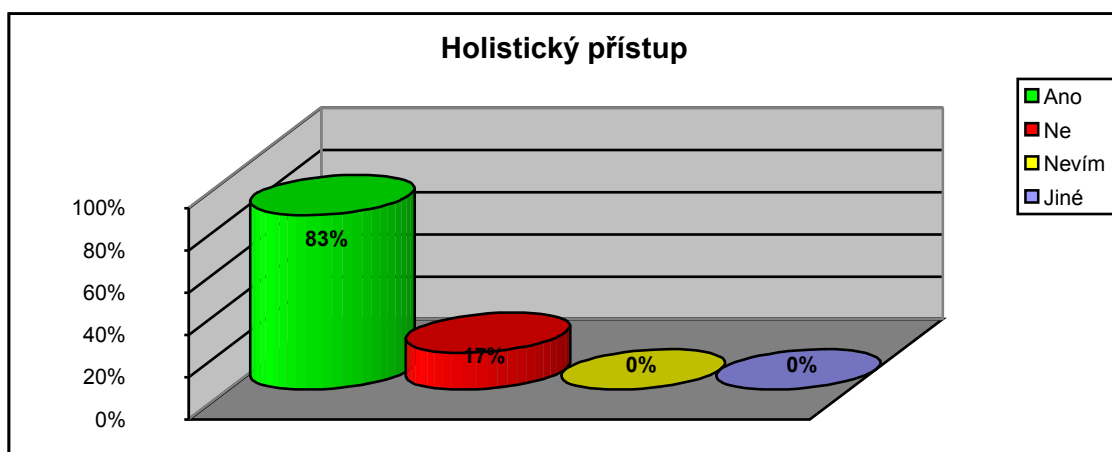


Zdroj: vlastní výzkum

Položka č. 32: Holistický přístup

Z celkového počtu 63 respondentů, 52 respondentů (83%) uvádí, že podle holistického přístupu pracuje, 11 respondentů (17%) říká, že nepracují podle holistického přístupu ke klientovi. Odpovědi Nevím a Jiné žádný z respondentů neuvedl.

Graf č. 33 – holistický přístup



Zdroj: vlastní výzkum

5. Diskuse

První stanovená hypotéza zní - Sestry mají nedostatečné znalosti o odborné krizové intervenci.

Platnost této hypotézy ověřovaly v dotazníku otázky č. 9, 10, 11, 12, 13 a 29.

Otázka č. 9 se týkala definice krizové intervence. 29% respondentů uvedlo nevím, 29% pomoc při řešení situace, 13% činnost vedoucí k vyřešení krizové situace, 12% psychologická pomoc, 9% působení na psychiku klienta s cílem zlepšení stavu, 7% termín krizová intervence slyší poprvé, 1% působení na klienta s cílem zlepšení stavu. Respondenti odpovídali převážně velmi stroze, v definicích nebrali ohled na krizi a její specifika (její účinek, její integraci do života člověka, její možnosti ve smyslu příležitosti), jak ji definuje např. Vodáčková (29). Definice krize jako činnosti vedoucí k vyřešení situace, nebo jako pomoci při řešení situace, nebo jen psychologické pomoci jsou nedostačující, neboť nezahrnují komplexní charakter krizové pomoci – pomoc psychologického rázu, lékařskou, sociální a právní, jak říká Špatenková (27). Pouze odpovědi působení na psychiku klienta s cílem zlepšení stavu a působení na klienta s cílem zlepšení stavu mohou být v mém výzkumu hodnoceny jako zcela správné. Uvedlo je pouze 10% respondentů. 90% odpovědí je tedy hodnoceno jako nedostačujících – buď jako odpovědi zcela špatné, či jako odpovědi pouze částečně správné.

Položka č. 10 se týkala charakteristik krizové intervence. Na otázku, zda je krizová intervence eklektická správně odpovědělo 62%, špatně 38% respondentů. Krizová intervence se zaměřuje pouze na jedince odpovědělo správně 54%, špatně 46% respondentů. Krizová intervence – mimo efektivní komunikace – znamená i odstranění nebezpečné noxy správně odpovědělo 71%, špatně 29% respondentů. Krizová intervence má mít tam, kde je to indikováno kontinuitu v další odborné práci s klientem - na toto konstatování odpovědělo správným způsobem 65% a špatně 35% respondentů. U výroku - krizová intervence se zabývá zejména hlubokou analýzou minulosti klienta – odpověděli respondenti z 84% správně a z 16% špatně. Zda krizovou intervencí může

provádět pouze psychiatr správně znalo 76% respondentů, špatně odpovědělo 24% respondentů.

Otázka č. 11 se týkala forem krizové intervence. Poskytování krizové intervence formou ambulantní péče v krizovém centru označilo 67% respondentů správně, 33% špatně. Na otázku krátkodobé hospitalizace odpovědělo 60% respondentů správně a 40% špatně. K otázce hospitalizace do doby, než se celá krize vyřeší, zvolilo 56% respondentů správnou odpověď a 44% respondentů nesprávnou odpověď. Otázka linek důvěry byla zodpovězena z 59% správně a 41% špatně. Na konstatování systematické psychoterapie jako formy krizové intervence reagovalo 52% respondentů správně a 48% respondentů špatně. Výjezd ke klientovi v krizi označilo správným způsobem 49% respondentů a špatně odpovědělo 51% respondentů. Správnou možnost u označení rodinných konstelací jako jedné z forem krizové intervence zvolilo 51% respondentů a 49% zvolilo nesprávnou odpověď.

Otázka č. 12 byla zaměřena na znalosti cílů krizové intervence. Nejčastější odpovědí bylo odstranění problémů ve 27%, dále pozitivní zvládnutí situace s minimálními důsledky v 21%. 13% odpovědí obsahovalo posílení klientových schopností zvládnout náročné situace, 13% odpovědělo nevím. 8% sester uvedlo najít nejlepší řešení situace, 6% odpovědělo plán, 4% respondentů vidí cíl krizové intervence ve spokojenosti jak sestry, tak klienta i jeho rodiny. 3% z odpovědí uvádí jako cíle krizové intervence zajištění odborné pomoci, další 3% zlepšení subjektivního stavu. 1% odpovědí obsahovalo naslouchání a 1% řešení problémů z více hledisek – noxy.

Žádný z respondentů neuvedl v souladu s koncepcemi krizové intervence hlavní cíl, který spočívá v pojmenování vyvolavatele krize a snížení negativních či neovladatelných emocí klienta (26). Žádný z respondentů neuvedl jako možnost dosažení aktuálního cíle, který spočívá ve stabilizaci stavu klienta a neprohlubování krizového stavu. Žádný z respondentů neuvedl perspektivní cíl krizové intervence, který je zaměřen na propracování interventa u klienta náhledu do blízké budoucnosti a pokud je to vhodné v zajištění následné péče, jak uvádí Vodáčová (29). Všechny výše uvedené definice cílů krizové intervence jsou v souladu s koncepcemi krizové intervence hodnoceny jako neúplné, vágní či zcela nedostatečné (29), (27), (15).

Otázka č. 13 se týkala znalostí techniky „kotvení“ Nesprávných odpovědí bylo zaznamenáno 61%, správných odpovědí bylo celkem 40%.

Otázka č. 29 byla zaměřena na znalosti příznaků Ringelova presuicidálního syndromu. Počet správných odpovědí byl 34%, špatných odpovědí bylo 65%.

Hypotéza č. 1 byla potvrzena, z výsledků získaných pomocí dotazníku vyplývá, že sestry mají nedostatečné znalosti o odborné krizové intervenci.

Druhá stanovená hypotéza zní - Sestry mají nedostatek informačních zdrojů o odborné krizové intervenci.

Platnost hypotézy č. 2 testovaly otázky č. 18, 19, 20. Otázka č. 18, týkající se krizové intervence ve vzdělávání, byla použita s cílem zjištění dostupnosti informací o krizové intervenci během středoškolského, vyššího odborného případně vysokoškolského vzdělávání sester. 79% respondentů se během studia nesetkalo s tímto tématem. Pouze 21% respondentů se při svém vzdělávání setkalo s tématem krizové intervence.

Otázka č. 19 mapovala zájem o vzdělávání v krizové intervenci. Zaznamenala jsem zde celkem vyrovnaná procentuální vyjádření, kdy 54% respondentů odpovědělo nemám zájem a 46% odpovědělo mám zájem o další informace v souvislosti s krizovou intervencí. Otázka č. 20, týkající se informačních zdrojů o aplikaci holismu do ošetrovatelského procesu, přinesla výsledky, které ukazují, že největší počet respondentů, získává informace o holismu prostřednictvím seminářů – 56%. Z ostatních možností bylo z 28% uvedeno sháním si je sama, nemám o ně zájem z 8%. 4% odpovědí byly označeny možností zaměstnavatel. Možností jiné byly označeny 3% odpovědí.

Přestože se s tématem krizové intervence během vzdělávání setkala méně než třetina sester, mají sestry dostatečné informační zdroje především díky seminářům nebo vyvinutím vlastní snahy. Více než 51% sester nemá zájem o krizovou intervenci, i přes dostupné informační zdroje. Hypotéza č. 2 nebyla potvrzena.

Třetí stanovená hypotéza zní - Sestry neznají zásady komunikace s prvky krizové intervence.

Potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 3 zkoumají otázky č. 13, 14 a 25. Otázka č. 13 týkající se znalostí techniky „kotvení“ ukázala na počet nesprávných odpovědí, kterých bylo zaznamenáno 61% a správných odpovědí, které představovaly odpověď zpevňování některých odpovědí klienta, bylo celkem 40%. Jak uvádí Vodáčková kotvení znamená zpevňování některých odpovědí klienta, zatímco jiné se nechávají vyhasnout (29). Teoretickou otázkou č. 25 zjišťující znalost termínu „paraverbální komunikace“ bylo zjištěno, že pouze 9% respondentů zaznamenalo obě správné odpovědi (intonace hlasu a hlasitost projevu) a žádnou nesprávnou, ostatní možnosti vyhodnocují jako nesprávné, tedy 91%. Otázka č. 14 související s podporou vyjadřování emocí byla uvedena v souvislosti se znalostmi zásad komunikace s prvky krizové intervence.

78% respondentů se domnívá, že dokáže podpořit klienta při vyjadřování emocí. 22% neví, zda dokáže podpořit klienta při vyjadřování emocí. Nikdo z dotázaných neuvedl, že neumí podpořit klienta při vyjadřování emocí a nikdo neuvedl možnost jiné. Výsledky ukazují na fakt, že sestry komunikaci považují za velmi důležitou, při plnění ošetrovatelského procesu jsou přesvědčené o dostatečném osobním uplatnění komunikace, jsou spokojené se svými komunikačními schopnostmi, ale na druhou stranu nemají potřebné znalosti o komunikaci a komunikačních technikách, i když přiznávají potřebu rozvoje komunikačních dovedností.

Hypotéza č. 3 byla potvrzena.

Výzkum přinesl také řadu dalších informací. Zajímavé byly výsledky u otázky č. 23, která zjišťovala jistou predeterminaci v souvislosti s různými kategoriemi klientů. Zjistila, že sestry označují jako skupinu klientů, kteří potřebují největší prostor pro komunikaci, depresivní klienty a jako skupinu, kteří potřebují nejméně komunikace mladé klienty. V této souvislosti považují za vhodné uvést citaci Vodáčkové, která říká, že dospívající jsou velice zranitelnou skupinou. U adolescentů se můžeme setkat s krizí identity či depersonalizační krizí, krizí autority, sebeúcty. Suicidální krize představuje v této věkové kategorii svébytné téma. Nejenom způsob adolescentního prožívání, ale

i konfrontace s novým významem pojmu smrti, časté suicidální myšlenky a tabuizace smrti v dospělém světě disponují dospívající k suicidálnímu jednání. Krize dospívajících mají nejčastěji příčiny ve školní a sexuální problematice, konflikty v rodině nebo vlastní rozchod s partnerem (29). Sestry tedy výrazně podceňují nebezpečí těchto krizí.

6. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit znalosti sester o odborné krizové intervenci na standardních interních a chirurgických odděleních. K potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz byl vytvořen originální dotazník. Dotazníky byly rozdány sestřám ze standardních interních a chirurgických oddělení v Pelhřimovské nemocnici.

Teoretická část práce byla zaměřena na krizi, krizovou intervenci a roli sestry při krizové intervenci.

První stanovená hypotéza byla potvrzena, to znamená, že sestry mají nedostatečné znalosti o odborné krizové intervenci. Druhá hypotéza nebyla potvrzena, čili sestry mají dostatek informačních zdrojů o krizové intervenci. Třetí hypotéza byla potvrzena, tedy výsledky poukazují na to, že sestry neznají zásady komunikace s prvky krizové intervence.

Cíl práce byl splněn, byly zjištěny znalosti sester o odborné krizové intervenci na standardních interních a chirurgických odděleních.

Výsledky bakalářské práce by mohly být využity pro další studie na obdobné téma.

Na základě poznatků bakalářské práce jsem vytvořila standardní ošetrovatelský postup znějící - Zásady komunikace sestry s klientem v suicidální krizi (s použitím postupů krizové intervence). Standard může být také využit pro další studie na obdobné téma.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAMS, B.; HAROLD C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha : Grada, 1999, 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. BARTLOVÁ, S. *Sociální patologie*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. 53 s. ISBN 80-7013-259-0.
3. BEER, M. D.; PEREIRA, S. M. ; PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
4. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M., F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha : Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
5. DÖRNER, K.; PLOG, U. *Bláznit je lidské : učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. vyd. Praha : Grada, 1999. 353 s. ISBN 80-7169-628-5.
6. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
7. KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní : typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 167 s. ISBN 80-7178-365-X.
8. KOLEKTIV AUTORŮ *Vše o léčbě bolesti : příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 355 s. ISBN 80-247-1720-4.
9. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha : Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha : Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
12. KOŤOVÁ, M. Útěk do nemoci. *Psychologie Dnes*. Portál : 2007. roč. XIII, č. 2, s. 42 – 44. ISSN 1212-9607.
13. KOUTEK, J.; KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-732-9.
14. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
15. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
16. MASTILIÁKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
17. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. Díl : Systémový přístup*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005, 160 s. ISBN 80-246-0429-9.
18. PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací : přístupy - dovednosti - poruchy*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 146 s. ISBN 80-247-0858-2.
19. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství I : Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005, 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
20. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 86 s. ISBN 80-7178-440-2.

21. PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 1. vyd. Praha : Triton, 2004. 232 s. ISBN 80-7254-593-0.
22. REMEDIUM. *Krizová intervence - Pokračovací kurz krizové intervence*. [online]. [cit.2008-3-04]. Dostupné z: <http://www.remedium.cz/vzdelavaci-programy/kurz-pokracovaci-krizova-intervence.php>
23. RICHARDS, A.; EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
24. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 3 : Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
25. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 4 : Jak provádět ošetřovatelský proces*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
26. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizy psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.
27. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 197 s. ISBN 80-247-0586-9.
28. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
29. VODÁČOVÁ, D. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.

30. VOKURKA, M.; HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 8. vyd. Praha : Maxdorf, 2007. 518 s. ISBN 978-80-7345-123-3.
31. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha : Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
32. ZACHAROVÁ, E. Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi. *Florence*. Galén : 2007. roč. III, č. 7/8, s. 18 – 21. ISSN 1801-464x.
33. ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ M. ; ŠRÁMKOVÁ J. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

8. Klíčová slova

Krizová intervence

Krize

Sestra

Role sestry

Komunikace

9. Přílohy

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Tabulka Náročných životních událostí dle Holmes a Rahe

Příloha č. 3 Standardní ošetrovatelský postup – Zásady komunikace sestry s klientem v suicidální krizi (s použitím postupů krizové intervence)

Příloha č. 4 Návrh vypracování ošetrovatelských diagnóz

8) Napište vlastními slovy, co znamená pojem „*adaptivní způsob řešení krize*“:

.....

.....

.....

9) Napište vlastními slovy, co znamená pojem „*krizová intervence*“:

.....

.....

.....

10) Z následujících výroků označte podtrhnutím „ano“ ty, které charakterizují krizovou intervenci a označte podtržením „ne“ ty, které necharakterizují krizovou intervenci:

Krizová intervence je eklektická („šitá na míru“)	Ano	Ne
Krizová intervence se zaměřuje pouze na jedince	Ano	Ne
Krizová intervence - mimo efektivní komunikace - znamená i odstranění nebezpečné noxy	Ano	Ne
Krizová intervence má mít tam, kde je to indikováno, kontinuitu v další odborné práci s klientem.	Ano	Ne
Krizová intervence se zabývá zejména hlubokou analýzou minulosti klienta	Ano	Ne
Krizovou intervencí může provádět pouze psychiatr.	Ano	Ne

11) Z následujících možností označte podtrhnutím „ano“ ty, které představují formy krizové intervence a „ne“ ty, které nepředstavují formy krizové intervence:

Ambulantní péče v krizové centru	Ano	Ne
Krátkodobá hospitalizace (pouze po dobu trvání akutní krize, cca 5-7 dní)	Ano	Ne
Hospitalizace (do doby, než se celá krize vyřeší; cca 1 měsíc)	Ano	Ne
Linka důvěry	Ano	Ne
Systematická psychoterapie	Ano	Ne
Výjezd ke klientovi v krizi	Ano	Ne
Komplexní psychologické vyšetření	Ano	Ne
Rodinné konstelace	Ano	Ne

12) Napište vlastními slovy, jaké jsou *cíle krizové intervence*:

.....

.....

13) Kotvení, jako jedna z technik krizové intervence, znamená (podtrhněte správnou odpověď):

- a) Rekapitulaci
- b) Zpevňování některých odpovědí klienta
- c) Zastavení rozhovoru

14) Domníváte se, že dokážete podpořit klienta při vyjadřování emocí - pozitivních i negativních?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím
- d) Jiné (doplňte):

15) Je na Vašem oddělení možnost v případě krizové situace využít služby psychiatra či psychologa?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím
- d) Jiné (doplňte):

16) Je podle Vašeho názoru tato možnost dostačující? (Z hlediska rychlosti, flexibility, efektivnosti ...)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím
- d) Jiné (doplňte):

17) Domníváte se, že sestra v komunikaci s klienty práci psychologa či psychiatra do jisté míry zastupuje?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím
- d) Jiné (doplňte):

18) Setkal/a jste se během vašeho vzdělávání (na střední zdravotnické škole, vyšší nebo vysoké škole) s tématem krizové intervence?

- a) Ano
- b) Ne

19) Měla byste zájem o bližší informace o krizové intervenci?

- a) Ano
- b) Ne

20) Materiály týkající se aplikace holistických přístupů do praxe získáváte prostřednictvím:

- a) zaměstnavatele
- b) seminářů
- c) sháním si je sama
- d) nemám o ně zájem
- e) jiné (doplňte):.....

21) Na následující škále určete hodnotu, pod kterou vnímáte důležitost komunikace ve vašem povolání.

- | | | | | |
|----------------|----------------|------------------------------|------------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| velmi důležitá | spíše důležitá | ani důležitá, ani nedůležitá | spíše nedůležitá | nedůležitá |

22) Myslíte si, že dostatečně komunikujete s klientem při plnění ošetrovatelského procesu?

a) Ano b) Ne c) Nevím d) Jiné (doplňte):

23) Kterým skupinám klientů věnujete v praxi víc času a prostoru pro komunikaci? Přiřaďte hodnoty od čísla 1 do čísla 6 skupinám klientů podle času a prostoru, který jim při komunikaci věnujete. Označení 1 bude mít skupina které věnujete nejvíce komunikace a označení 6 skupina, které věnujete nejméně komunikace.

Skupina klientů	Přiřazené pořadí (číslo od 1 do 6)
Depresivní klienti	
Klienti v seniorském věku	
Onkologičtí klienti	
Klienti s bolestmi	
Mladí klienti	
Klienti s projevy strachu	

24) Na následující škále určete hodnotu, která odpovídá stupni Vaší spokojenosti s úrovní Vašich komunikačních dovedností při kontaktu s klientem.

1 **2** **3** **4** **5**
velmi důležitá spíše důležitá ani důležitá, ani nedůležitá spíše nedůležitá nedůležitá

25) Podtrhněte, které z uvedených možností patří do tzv. paraverbální komunikace.

- a) Intonace hlasu
- b) Mímika
- c) Výběr slov
- d) Haptika
- e) Hlasitost projevu

26) Domníváte se, že pro výkon Vašeho povolání potřebujete rozvíjet Vaše komunikační dovednosti?

a) Ano b) Ne c) Nevím d) Jiné (doplňte):

27) Setkala jste se během výkonu sesterského povolání se sebedestruktivními či sebevražednými tendencemi klienta?

a) Ano b) Ne

28) Pokud jste na předcházející otázku odpověděla „ano“, napište, jak jste takovou situaci jako sestra řešila:

.....
.....

29) Podtrhněte, které z uvedených příznaků patří do Ringelova presuicidálního syndromu:

- a) Narůstající zúžení (ve smyslu psychodynamickém, interpersonálním, situačním, hodnot)
- b) Zjevné halucinace
- c) Abúzus alkoholu
- d) Ventilace agrese
- e) Suicidální (sebevražedné) fantazie
- f) Nevím, s pojmem „Ringelův presuicidální syndrom“ jsem se dosud nesetkala

30) Napište, jaké znáte strategie zvládnání bolesti:

.....

.....

.....

31) V odpovědi na otázku č. 30 podtrhněte, které z těchto strategií v praxi v managementu bolesti užíváte.

32) Pracujete s klientem, během jeho pobytu v nemocnici, dle holistického přístupu ke klientovi?

- a) Ano b) Ne c) Nevím d) Jiné (doplňte):

Příloha č. 2

Tabulka Holmes a Rahe

Pořadí a body (Holmes-Rahe)		Životní události	Body a pořadí (De Meuse)	
1.	10	smrt životního partnera	93	1.
2.	73	rozvod	84	4.
3.	65	rozvrat manželství		
4.	63	uvěznění	85	3.
5.	63	úmrť blízkého příbuzného	87	2.
6.	53	úraz nebo vážné onemocnění	62	11.
7.	50	sňatek	50	19.
8.	47	ztráta zaměstnání	76	7.
9.	45	usmíření a přebudování manželství	57	13.
10.	45	odchod do důchodu	63	10.
11.	44	změna zdravotního stavu člena rodiny	56	15.
12.	40	těhotenství	72	8.
13.	39	sexuální potíže	61	12.
14.	39	příchod nového člena rodiny	56	14.
15.	39	změna zaměstnání	39	31.
16.	38	změna finančního stavu	52	18.
17.	37	úmrť blízkého přítele	78	5.
18.	36	přeřazení na jinou práci	54	16.
19.	30	propadnutí hypotéky, ztráta větší částky peněz	64	9.
20.	29	změna pracovní způsobilosti	39	32.
21.	29	odchod syna nebo dcery z domova	53	17.
22.	29	nesoulad v manželství	41	29.
23.	28	mimořádný osobní úspěch	40	30.
24.	26	manželka nastupuje (příp. odchází) ze zaměstnání	4	25.
25.	26	začátek nebo konec školní docházky	5	24.
26.	25	změny v životních podmínkách	47	22.
27.	24	revize osobních zvyků, návyků	33	35.
28.	23	potíže s nadřizeným	44	26.
29.	20	změna bydliště – změna školy	50	20.
30.	19	změna během rekreace	20	41.
		změna v náboženských činnostech	19	42.
31.	18	změna v sociálních činnostech	24	40.
32.	16	změna spánkového návyku	42	28.

33.	15	změna stravovacích návyků	28	37.
34.	13	prázdniny	26	39.
35.	12	Vánoce	34	33.
36.	11	menší přestupky zákona	28	38.

Zdroj: Krize psychologický a sociologický fenomén, Špatenková (26)

Standardní ošetřovatelský postup
(edukační ošetřovatelský standard)

Zásady komunikace sestry s klientem v suicidální krizi (s využitím postupů krizové intervence)

Platnost od:	1.1.2008	Kontrola:	1x za 3 rok
Kontaktní osoba:	Alena Sochorová	Prodlouženo do:	1.1. 2011
Schválil:	Ing. Iva Brabcová	Odborný garant.	Mgr. Kateřina Šulěřová

Obsah

Úvod	1
Indikace a kontraindikace	3
Definice	3
Cíl	3
Kompetentní osoby k výkonu	3
Pomůcky	4
Ošetřovatelský postup	4
Komplikace	6
Zvláštní upozornění	6
Literatura	7
Zpracoval	7
Seznam osob, které na SOP spolupracovaly	7

Úvod

Počet sebevražd s rozvojem civilizace roste. Podle statistik na světě zemře sebevraždou denně asi tisíc lidí, další dva tisíce lidí se o sebevraždu pokusí každý den. Zcela nezbytné pro práci s člověkem v suicidální situaci je zbavit se předsudků o sebevraždách. Zejména toho, že sebevražda je záležitostí slabých, duševně nemocných jedinců. Sebevražda je těžká a ohrožující právě pro svou nesrozumitelnost. To proč se sebevraždami zabýváme, není smutek, je to naopak život, který podporujeme. Sebevražedné myšlení lze rozpoznat a většinou i zastavit, pokud se

správně díváme a pokud v sobě pěstujeme a podporujeme schopnost zachycovat sebevražedné signály a adekvátně na ně reagovat. Úvahy sebevrahů často směřují k úlevě, obsahují naději. Tato skutečnost může být inspirací, jak suicidálního jedince z jeho krize vyvést. Při rozhovoru o sebevraždě s blízkou osobou se jedinec často setkával s bagatelizací, jistě ne z nezájmu, ale naopak z bezradnosti. Pokud člověk o sebevraždě uvažuje, většinou potřebuje o svých úvahách mluvit a skrze slova se dotknout svých emocí. Pro rozeznání sebevražedných úmyslů nám napomáhá Ringelův presuicidální syndrom. Je definován třemi znaky – (zúžení subjektivního prostoru, člověk ztrácí orientaci, dynamické zúžení – kdy emoce jsou na straně zoufalství, beznaděje, úzkosti a strachu, ztráta schopnosti regulovat své emoce, zúžení v mezilidských vztazích – sociální izolace, oblast životních hodnot je také zúžená – bezcenný život). Zablokovaná nebo proti sobě zaměřená agresivita (přesvědčení o své vlastní neschopnosti a nedostatku vlastních kvalit, rostoucí nenávisť a hněv proti vlastní osobě). Naléhavé sebevražedné fantazie (přináší představu úlevy, osvobození, fantazie jsou příjemné a úlevné, osvobozující, vypadají jako jediná cesta vedoucí od problému). Úkolem krizové intervence je směřovat vývoj jednotlivých znaků ke zvrácení tohoto syndromu.

Prvním úkolem pro pomáhajícího pracovníka, nezbytným pro bezpečnou práci se sebevražedným člověkem, je reflektovat své vlastní sebevražedné postoje a ujasnit si svůj vlastní obraz smrti. Každý z nás má v sobě nějakým způsobem zpracovanou suicidální tematiku, kterou si více nebo méně uvědomuje. Pokud všechno, co v nás samých souvisí se sebevraždou, odmítáme, zaháníme a potlačujeme, můžeme si být jisti, že nás strach a úzkost budou věrně provázet při práci se suicidálním klientem.

Krizová intervence (dále jen KI) znamená odbornou pomoc člověku v krizi, který jí prožívá specifickým způsobem. Krizová intervence v sobě zahrnuje verbální, nonverbální a paraverbální složku. Odborná práce v krizové intervenci je eklektická – je šitá na míru člověka a jeho situaci. Jedná se o specifickou formu komunikace, se kterou běžně pracují psychologové, psychoterapeuti či psychiatři. Krizová intervence je doménou zejména psychiatrických oddělení, přesto je důležitá její znalost i na odděleních nezabývajících se nemocemi duševními.

Pro správné vedení krizové intervence je důležitá znalost principů krizové intervence. Především se jedná o to, že každý z nás jiným způsobem a intenzitou prožívá krizové stavy, krizová intervence je eklektická. Hlavním těžištěm krizové intervence je řešení problému, jedním z hlavních cílů je podpořit jedince natolik, aby zvládl si své problémy vyřešit především vlastní snahou. Krizová intervence je holistickým přístupem, vidí člověka jako integrovaný celek bio–psycho–socio–spirituálních potřeb.

Důležitost znalosti krizové intervence i na „nepsychiatrických odděleních“ je nezpochybnitelná. Současná koncepce ošetřovatelství v sobě zahrnuje holistický přístup ke klientovi, čili bio-psycho-socio a spirituální jednotky, který je nutný vnímat jako integrovaný celek. Každá jednotka je v dynamické interakci s druhou, každá je

nezaměnitelná a neopominutelná. Z těchto a dalších důvodů je nutná vstřícná komunikace mezi sestrou a klientem. Krizová intervence je jednou z možností, která toto nabízí. Proto by se sestry měly učit zásadám krizové intervence, aby ji využívaly a v zásadě, tak i naplňovaly jeden z předpokladu holismu. Sestry poskytnutím správných informací mohou urychlit proces uzdravování, snižovat počet komplikací, a potřeby tlumit bolest. Zaměstnanci nemocnic a dalších zařízení akutní péče nemají dostatečnou dovednost verbálně komunikovat, poskytovat informace a naslouchat. Nonverbální komunikaci sestry mohou terapeuticky využít. Krizová intervence v podstatě znamená opatření, která snižují rizika – např. suicidálního jednání. Kromě odstranění nebezpečných předmětů z okolí klienta, podání uklidňujících léků atd. sem patří rozhovor, s notnou dávkou kreativity, mezi dvěma lidmi, kteří nesou zodpovědnost za své činy. Jedná se o komunikační dovednosti, které je třeba se naučit. A pochopit princip takovéto citlivé komunikace.

V praxi jsou krizovými pracovníky profesionálové z mnoha psychosociálních a zdravotnických oborů (jako odborníky v KI vymezuje Česká asociace pracovníků linek důvěry lékaře, psychology, speciální pedagogy, středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané sociální pracovníky, střední zdravotnické pracovníky a duchovní). Běžně se v této oblasti také setkáváme s vyškolenými laiky a dobrovolníky. Odborník poskytující KI má tedy odpovídající středoškolské nebo vysokoškolské vzdělání a zatím nepovinný výcvik v KI, telefonní krizové intervence. (Vodáčová, 2002).

V oblasti zdravotnictví v ČR má oblast krizové intervence prozatím velmi nejasně definované normy. Jako specifický odborný výkon ve zdravotnictví jí může samostatně poskytovat pouze klinický psycholog, v rámci psychoterapie potom pouze osoby kompetentní provádět systematickou psychoterapii ve zdravotnictví (klinický psycholog, lékař psychiatr s předepsaným vzděláním). Postupy odborné KI mohou ale jistě být součástí běžné komunikace zdravotníků s klienty. Komunikační dovednosti patří k základním pracovním nástrojům sestry. Znalosti KI u sester a jejich využití při komunikování s klienty představuje významné zkvalitnění ošetrovatelské péče o klienty, kteří se nacházejí v krizové situaci.

Indikace a kontraindikace

Indikace:

Daný postup je indikován u klienta, u kterého jsou patrné příznaky Ringelova presuicidálního syndromu, u klienta ohroženého suicidiem.

Kontraindikace:

Daný postup není pro žádného klienta kontraindikován.

Definice

Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou klient osobně prožívá jako zátěžovou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovi minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Aktuálním cílem krizové intervence je stabilizace stavu klienta, snižování nebezpečí

dalšího prohlubování krizového stavu. Minimálně je důležité zajistit předkrizovou úroveň fungování klienta. Perspektivním cílem je zpracovat blízkou budoucnost klienta, nasměrovat jej k dalším možnostem řešení a jedním z takových prvků je podpora kompetence a samostatnosti klienta, aby klient dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své síly a schopnosti využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence obvykle s sebou přináší účinek změny, kterou klient po vyřešení krize integruje do svého života, aby uchopil smysl a potenciál krize.

Krizová intervence u suicidálního klienta je situací, kdy intervent (sestra) se musí v zájmu klienta na jednu stranu odklonit od moralizace, hodnocení, apelů na odpovědnost člověka vůči rodině, manželce, dětem, rodičům ... naopak zdůraznit fakt nezvratnosti a konečnosti. Základním předpokladem je ochota a schopnost po celou dobu kontaktu s klientem soustředit se na jeho osobu a jeho problém, vnímat jeho informace, ale především city, které prožívá. Povzbuzujeme prožívání emocí, jejich vyjádření, pro vyjadřované emoce poskytujeme bezpečný rámec. Na druhou stranu je třeba pro zachování klientova života neplnit pouze klientova přání, ale je vhodné být i direktivní.

Cíl

- C_{obecný} Snížení rizika suicidálního ohrožení.
- C_{aktuální} Snížení nebezpečí akutního suicidia.
- C_{perspektivní} Nasměrovat klienta na návaznou péči.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

- Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb.
- Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace.
- Porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb.
- Porodní asistentky specialistky v rozsahu získané specializace

S2 Potřebné znalosti, dovednosti sestry

- Znalost problematiky teorií krize
- Znalost základů krizové intervence
- Znalost problematiky suicidalinity
- Komunikační dovednosti (znalosti specifik komunikace s klientem v krizi, verbální, neverbální a paraverbální zručnost)
- Znalost právních a etických aspektů krizové intervence
- Intervize a supervize

S3 Dokumentace

- Dokumentace podporující ošetrovatelský proces.
- Dokumentace podporující supervizi a intervizi.

S4 Prostředí

Bezpečné prostředí pro klienta i sestru
Mříže za okny
Nerozbitná okna
Nemožnost přístupu k řezným nástrojům
Zázemí týmu (možnost následné péče)

KRITÉRIA PROCESU

- **před výkonem (Zhodnocení suicidální krize u klienta)**

- P1 Zhodnoťte riziko sebevražedného pokusu.
- P2 Zaznamenejte riziko sebevraždy do dokumentace.
- P3 Zajistěte bezpečné prostředí, tak aby nedošlo ke zranění klienta.
- P4 Pokuste se jej umístit do místnosti, kde jsou nerozbitná okna.
- P5 Nenechávejte klienta samotného.
- P6 Odstraňte všechny osobní věci, které by mohli být nebezpečné, např. léky, žiletky, pásky, punčochy...
- P7 Zajistěte adekvátní personální dohled u klienta, zejména v době střídání směn personálu.
(většina sebevražd klientů v nemocnici se vyskytuje právě v tomto čase)
- P8 Zajistěte i.v. pumpu a ostatní regulační mechanismy mimo osobu nebo dosah klienta.
- P9 Pozorujte náhlé změny nálad a chování klienta

při / během výkonu (zásady komunikace sestry s klientem v suicidální krizi)

- P10 Uvědomte si, že navázání důvěryhodného vztahu je velmi důležité – na něm stojí základy krizové intervence.
- P11 Vytvořte a udržujte empatický kontakt.
- P12₁ Rozhovor s klientem započněte jednoduchou a výstižnou větou, např.: „Co se stalo?“. Pamatujte na vstřícné chování ke klientovi – pozdrav, představení se,...
- P12₂ Aktivně se dotazujte typem otevřených otázek na vzniknuvší situaci, např.: „Jak se cítíte? Co se vám honí hlavou?“ Nevyhýbejte se přímým otázkám na sebevraždu: „Máte na mysli sebevraždu?“
- P12₃ Vyhýbejte se otázce „proč“, raději ji nahraďte otázkou začínající na „co?“. např. místo otázky: „Proč jste se pokusila zabít?“, volte otázku: „Co se odehrávalo ve Vaší mysli, když jste si vzala ty prášky?“.
- P12₄ K ujasnění si informací se používejte komunikačních technik typu parafrázování, sumarizace, reflexe pocitů.

- P12₅ Sledujte při verbální komunikaci nejen obsah řečeného, ale také paralingvistické Náležitosti své komunikace s klientem – není vhodný vysoký tón hlasu, rychlá řeč. Upřednostňujte pomalou, dobře artikulovanou řeč, jednoduché věty, přirozeně tlumený tón hlasu.
- P12₆ Respektujte obecně platné postupy při nonverbální komunikaci – postrulogie, gestika, mimika...
- P12₇ Na základě rozhovoru s klientem a cílených vhodně položených otázek stanovte přítomnost jednotlivých příznaků Ringelova presuicidálního syndromu.
- a) Narůstající zúžení – omezené vnímání, jednostranné vnímání reality, ochuzení mezilidských vztahů – izolace, zužování světa hodnot, bezcennost vlastní existence.
Klient je zaměřen úzce na svoje neúspěchy, selhání, smutek, pocity viny, není schopen vidět možná pozitivní fakta ...
- b) Zablokování agresivity nebo její obrácení vůči sobě. Např. klient se cítí jako by paralyzován, není schopen vybit své emoce, má vůči sobě agresivní myšlenky, tendence ...
- c) Naléhavé sebevražedné fantazie – přání být mrtev, představy o sebevraždě, o způsobu provedení, nutkání k sebevraždě.
- P12₈ Ptejte se klienta na detaily jeho suicidálního plánu.
- P12₉ Uvědomte si, že čím přesnější sebevražedný plán je, tím je vyšší riziko sebevraždy.
- P12₁₀ Uvědomte si, že často, když se příznaky deprese jeví jako vylepšující se, pak klient může získat sílu k uskutečnění svého suicidálního plánu
- P12₁₁ Povzbudujte klienta k vyjadřování pozitivních, ale také negativních emocí.
- P12₁₂ Neměňte téma rozhovoru, když klient začne mluvit o sebedestruktivních záměrech.
- P13 Identifikujte problém společně s klientem.
- P13₁ Identifikujte precipitor – spouštěč krize a význam, který připisuje klient tomuto precipitoru.
- P13₂ Zjistěte subjektivní potíže, které krize klientovi přinesla a zároveň objektivní potíže.
- P13₃ Normalizujte klientovi pocity tím, že je označíte za přirozené (pokud je to adekvátní).
- P13₄ Pokuste se o reformulaci, jejím cílem je změna náhledu na klientův problém.
- P14 Zjistěte dosavadně platné copingové strategie (vyrovnávací mechanismy – jakým způsobem se vyrovnává s krizovou situací).
- P15₁ Napište klientovi a jeho rodině telefonní čísla ke kontaktu na lékaře, linku důvěry, centrum pro prevenci sebevražd, tísňová volání.

- P15₂ Pomozte klientovi najít alternativy řešení k jeho problému
- P16 Oznamte lékaři proběhlou situaci, doporučte psychologické, psychiatrické vyšetření,
eventuelně psychoterapeutickou péči o klienta.
- P17 V dalších dnech hospitalizace komunikujte s klientem o proběhlé situaci.

- **záznam do dokumentace**

Ošetrovatelská diagnóza – riziko sebevraždy.

Komplikace

Agresivní chování u klienta (auto či heteroagresivita)

Právní aspekt - nutnost použití omezovacích prostředků, nedobrovolná hospitalizace

Etický aspekt - kompetence klienta vs snaha o jeho nedobrovolnou záchranu

Suicidalita v kontextu vážné psychopatologie (psychotická porucha, intoxikace – omezené užití běžných komunikačních technik)

Nezvládnutá a nereflektovaná projekce postojů sestry ke smrti a suicidii

Zvláštní upozornění

Pro adekvátní holistický přístup ke klientovi je důležitá týmová práce. Je nutné spolupracovat s lékařem, psychologem, psychiatrem a ostatními sestrami – stanovit u klienta v týmu ošetrovatelské postupy, diagnózy, stejný postup a informace, aby nedocházelo k mylným informacím a kontraproduktivním postupům, aby sestry postupovaly stejným způsobem. Postupy krizové intervence sestry skutečně používat může a dokonce jsou pro její práci přínosem. Je nutné mít na pracovišti stanovené kompetence jednotlivých osob, aby při různých situacích pracoval odborně způsobilý zaměstnanec s klientem.

Při dokonání suicidii, po naší krizové intervenci, je nutné si uvědomit práva klientů, obrátit se k vlastnímu prožívání, projekci sebevraždy. Nebránit se emocím a nebát se komunikovat s klienty po nezdařeném výsledku našeho snažení. Vždy je důležitá intervize (způsob sdílení případové práce, zkušeností, vzájemné podpory a reflexe mezi kolegy) a supervize (zprostředkování nezatíženého náhledu na činnost, kterou člověk vykonává) na pracovišti.

Je také důležité, aby zdravotnický personál vyhodnotil tento incident jako Mimořádnou událost a postupoval standardně dle směrnice „Hlášení mimořádné události“.

KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 Klient během hospitalizace nespáchá sebevraždu.

Literatura

1. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
2. MASTILIÁKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství: II. díl systémový přístup*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
3. ŠPATENKOVÁ, N. a kol., *Krize psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.
4. RICHARDS A., Edwards S., *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 376s. ISBN 80-247-0932-5.

Zpracoval

Alena Sochorová

Seznam osob, které na SOP spolupracovaly

Mgr. Kateřina Šulěřová

Ing. Iva Brabcová

Příloha č. 4

Návrh vypracování ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelská diagnóza u agresivního klienta

00138 Riziko násilí vůči jiným v souvislosti s osobnostní charakteristikou klienta.

Cíl: Klient se asertivním způsobem účastní péče o sebe sama do měsíce.

Kritéria: Klient má vyrovnaný stabilní postoj bez známek agrese do měsíce.

Klient není ve svém jednání impulzivní a vznětlivý do měsíce.

Intervence: Zjisti, jak klient vnímá sám sebe a své chování vůči okolí do 2 dnů.

Zjisti, zda klient užívá obranných neadaptivních mechanismů, jako např. popření, projekce... do 2 dnů.

Zaznamenej do dokumentace zjištěné údaje do půl hodiny po sběru informací.

Měj na paměti, u kterých stavů dochází k poruše schopností kontrolovat své chování (např. poporodní psychóza, stav zmatenosti vyvolaný medikací...) vždy.

Sleduj pravidelně neverbální projevy klienta i své – působí nervózně nebo je rozrušený? Výhrůžně či nápadně gestikuluje? Dívá se upřeně do očí? Má semknuté rty?

Využívej zklidňujících vlivů – neverbální, zpomalení tempa řeči, klidný způsob řeči, snížená gestikulace. Verbální – dotazujte se klienta, co si přeje. Nepřete se. Vždy.

Seznam se s laboratorními nálezy u klienta (např. hladina glykémie, kreatinin, urea, hodnoty arteriálních krevních plynů...) aktivně.

Pátřej po sebevražedných tendencích u klienta empaticky.

Vytvoř si mezi klientem a sebou terapeutický vztah empaticky.

Naslouchej klientovi beze spěchu aktivně.

Diskutuj o dopadech jeho agresivního chování taktně.

Dovol klientovi vyjádřit pocity hněvu, ale uveď, že je k dispozici dostatek personálu k udržení pořádku během rozhovoru.

Udržuj optimální vzdálenost a nedotýkej se klienta při atace agrese.

Podávej léky dle ordinace lékaře (např. anxiolytika...).

Zajisti bezpečné a klidné prostředí a odstraň předměty možné ke zneužití útoku na druhou osobu ne sebe sama aktivně.

Při atace agrese u klienta přivolej ostatní personál (který je informovaný, předem máte určené znamení...) ihned.

Vyhodnoť, zda situaci zvládneš sama, přítomnost dalšího člověka je vhodná také u klientů, kteří manipulují realitou, stěžují si.

Přistupuj k agresorovi zřepředu ve vzdálenosti těsně z jeho dosahu a zaujmi dominantní postoj s dlaněmi dolů vždy při útoku.

Udržuj s klientem přímý oční kontakt a mluv na něj hlubším, výraznějším hlesem vždy při agresivním útoku.

Udržuj volnou cestu pro personál i klienta a buď připravena k rychlému pohybu vždy při projevení agrese.

Podporuj klienta při plánování ošetrovatelské péče aktivně.

Veď klienta k asertivnímu jednání kontinuálně.

Prodiskutuj příčiny klientovi agresivity s jeho rodinou empaticky.

Dle vhodnosti odkaž na formální zdroje pomoci (např. psychoterapie, sociální služby, zabezpečení domova...) aktivně.

Zhodnocení: Klient se asertivním způsobem účastnil / neúčastnil na péči o sebe sama.

Ošetřovatelská diagnóza u klienta s bolestí

001333 Chronická bolest v souvislosti s progredujícím onemocněním projevující se verbalizací bolesti, vyhledáváním antalgických poloh, častým vyžadováním analgetik, snížená interakce s lidmi z jeho okolí.

Cíl: Klient udává snížení bolesti na analogové škále do měsíce

Kritéria: Klient neverbalizuje bolest do měsíce.
Klient dokáže sám zaujmout efektivní antalgickou polohu do dvou týdnů.
Klient vyžaduje analgetika v delších intervalech do měsíce.

Intervence: Zjistí anamnézu bolesti do dvou hodin.
Zaznamenej anamnézu bolesti poté.
Pátrej po algických faktorech vždy.
Zvaž úlohu kulturních faktorů při projevu bolesti během hospitalizace.
Zhodnoť ve spolupráci s klientem současné a minulé užívání analgetik během hospitalizace.
Posuď chování klienta v souvislosti s prožitkem bolesti během hospitalizace.
Urči individuální práh bolesti klienta během prvního dne.
Pozoruj vliv bolesti na jednání klienta (snížená aktivita, úbytek či zvýšení tělesné hmotnosti, spánkové obtíže...) během celé doby hospitalizace.
Posuď míru adaptace, či maladaptace klienta na bolestivé podněty během pobytu v nemocnici.
Postarej se o klidné prostředí nemocného vždy.
Pečuj o pohodlí nemocného (namazání zad, aktivní či pasivní změny polohy, čisté a suché osobní i ložní prádlo...) neustále.
Doporuč relaxační techniky (dechová cvičení), vhodné zájmové činnosti (poslech hudby, získávání informací na internetu...)

Seznam nemocného se zákroky, které bude podstupovat a včas ho upozorněte na bolestivé okamžiky aktivně.

Hledej spolu s nemocným způsoby, jak se vyhnout jeho bolesti (postavení těla, správná chůze, pevná obuv, vhodná antidekubitní pomůcka...) aktivně.

Podávej analgetika dle ordinace lékaře.

Informuj lékaře o době analgetického účinku u klienta aktivně.

Aplikuj u klienta vhodné nefarmakologické postupy (hydroterapie, aplikace tepla a chladu, relaxační techniky ...) dle potřeby klienta.

Ukaž členům rodiny, jak provádět masáže aktivně.

Zhodnocení: Klient udává / neudává snížení bolesti.

Ošetřovatelská diagnóza u hospitalizovaného klienta

00069 Neefektivní zvládání zátěže v souvislosti s hospitalizací klienta projevující se poruchou spánku, únavou, sníženou chutí k jídlu, verbalizací stížností na emoční napětí, netrpělivostí, podrážděním.

Cíl: Klient efektivně reaguje na stresory do měsíce.

Kritéria: Klient efektivně vyhodnocuje stresory způsobené hospitalizací.

Klient nemá poruchu spánku do čtrnácti dnů.

Klient neverbalizuje projevy emočního napětí do měsíce.

Klient není podrážděný do týdne.

Intervence: Zhodnot' schopnost reagovat na různé události empaticky.

Zhodnot' způsob komunikace aktivně.

Posuď nakolik klient rozumí současné situaci a jejímu dopadu pravidelně.

Naslouchej a zajímej se o to, jak klient vnímá danou situaci aktivně.

Zkoumej dřívější způsob řešení životních problémů během celé doby hospitalizace.

Podporuj klientovu orientaci v realitě (přítomnost hodin, kalendáře...) aktivně.

Podporuj klientovu komunikaci s ostatním zdravotnickým personálem soustavně.

Jednoduše, ale přesně vysvětli klientovi jeho onemocnění, prováděné postupy...

Vyslechni jeho reakci, při níž může vyjádřit své pocity, pevněji uchopit situaci, získat větší pocit kontroly nad svou situací empaticky.

Zajisti klidné, tiché prostředí, protože hluk zvyšuje úzkost – vždy.

Povzbuzuj klienta k relaxačním technikám aktivně.

Zdůrazni pozitivní somatickou odezvu na léčení (např. stabilní tlak krve u žaludečního krvácení) taktně.

Pečuj o klienta s laskavostí a respektem vždy.

Umožni klientovi vyjádření strachu a úzkosti, spolu s možnými pocity popření, deprese a zlosti empaticky.

Normalizuj jeho pocity empaticky.

Posud' potřebu přítomnosti duchovního a zprostředkuj ji během celé doby hospitalizace.

Zhodnocení: Klient vhodně zvládá / nezvládá stresory vzniklé hospitalizací.

Ošetřovatelská diagnóza u klienta s chronickým onemocněním

00084 Hledání zdravého životního stylu v souvislosti přítomností s chronickým onemocněním projevující se verbalizací touhy po upevňování zdraví, vyjádření touhy změnit chování pro upevnění zdraví.

Cíl: Klient jedná ve prospěch svého zdraví do měsíce.

Kritéria: Klient projevuje touhu po upevňování zdraví do měsíce.

Klient efektivně spolupracuje na ošetřovatelském plánu péče ve spolupráci se sestrou do měsíce.

Intervence: Hovoř s klientem o jeho osobních starostech aktivně.

Empaticky naslouchej.

Vyhodnoť možné precipitatory krize – fyzické, či psychické etiologie, aktivně.

Pracuj s klientovými již dříve nabytými znalostmi dovednosti vždy.

Sleduj chování klienta vždy.

Vyhodnoť nevhodné zdravotní návyky aktivně.

Vyhodnoť s klientem oblasti zdraví, jež je schopný sám ovlivnit aktivně.

Ved' klienta k zamyšlení se nad úkony, které vedou k žádanému zlepšení průběžně.

Pouč klienta o individuálně vhodných postupech (např. samovyšetření prsu...) do dvou dnů.

Poskytni informace o zdravotních rizikových faktorech verbálně, písemně, audiovizuální formou během hospitalizace.

Doporuč veřejné zdroje (např. program pro snížení hmotnosti, nekuřáctví...) aktivně.

Využij terapeutické komunikace k podpoře nově naučených dovedností a znalostí klienta po celou dobu hospitalizace.

Uznej klientovo vynaložené úsilí k realizaci změn empaticky.

Povzbuzuj k využití relaxačních dovedností každý den.

Zhodnocení: Klient jedná / nejedná ve prospěch svého zdraví.

Ošetřovatelská diagnóza u klienta s úzkostí

00146 Úzkost v souvislosti s krizovým stavem projevující se vyjadřováním obav z výrazné životní změny, lítostivostí, rozrušením, nervozitou, zhoršenou pozorností a nesoustředěností, zvýšením krevním tlakem, třesem rukou, pocitu nejistoty.

Cíl: Klient udává snížení úzkosti do dvou týdnů.

Kritéria: Klient nevyjadřuje nadměrné obavy ze životních změn do dvou týdnů.
Klient není nadměrně lítostivý do týdne.
Klient nevyjadřuje nadměrné obavy v souvislosti s tělesnými příznaky úzkosti do dvou týdnů.

Intervence: Zjistí jak klient prožívá ohrožení v dané situaci empaticky.
Sleduj fyziologickou odpověď klienta, např. zrychlení pulzu, zvýšení krevní tlak ... pravidelně.
Zaznamenej zjištěné údaje do dokumentace vždy.
Vytvoř terapeutický vztah mezi sebou a klientem naplněný vstřícností a respektem empaticky.
Hovoř s klientem, naslouchej mu pravidelně.
Uznej klientovu úzkost, nepři se sním a neujišťuj ho, že vše bude zas pořádku vždy.
Poskytni klientovi seznam dostupných krizových pracovníků, krizových pracovišť aktivně.
Podávej léky dle ordinace lékaře (např. anxiolytika).
Pouč klienta o povaze úzkosti, zejména o jejích tělesných příznacích aktivně.

Zhodnocení: Klient udává / neudává snížení úzkosti do dvou týdnů.

Ošetrovatelská diagnóza u klienta se sebevražedným jednáním

00150 Riziko sebevraždy v souvislosti s vyjadřováním touhy po ukončení života.

Cíl: Klient je kognitivně stabilizován (nechce spáchat sebevraždu) během celé doby hospitalizace.

Kritéria: Klient neverbalizuje touhu po ukončení života do pěti dnů.
Klient nevykazuje sebevražedné tendence do pěti dnů.

Intervence: Zhodnot' riziko sebevražedného pokusu při projevech sebevražedných tendencí.

Zaznamenej do dokumentace zjištění riziko ihned jak je možné.

Zajisti bezpečné prostředí, odstraň nebezpečné předměty z klientova dosahu aktivně.

Nenechávej klienta samotného kontinuálně.

Zajisti aktivně přítomnost člena ošetrovatelského týmu u klienta v době předávání hlášení.

Navaž s klientem důvěryhodný vztah empaticky.

Aktivně se dotazuj pomocí otevřených otázek, např. : „Jak se cítíte?“

Nevyhýbej se přímým otázkám o sebevraždě, např. : „Máte na mysli sebevraždu?“

Otázku „proč“ nahrad' otevřeným typem otázky vždy.

K ujasnění si informací využívej prvky terapeutické komunikace (sumarizace, parafrázování, reflexe pocitů) vždy.

Sleduj verbální a neverbální projevy klienta soustavně.

Zjisti přítomnost Ringelova presuicidálního syndromu aktivně.

Zjisti zda má klient vytvořený plán sebevraždy empaticky.

Povzbuzuj klienta k vyjadřování pozitivních i negativních emocí během hovoru.

Normalizuj klientovi pocity tím, že je označíš za přirozené po vyjádření klientových emocí.

Identifikuj spolu s klientem precipitor krize dle průběhu situace.

Zjisti klientovi vyrovnávací strategie, kterých užíval v minulosti taktně.

Pomoc klientovi najít alternativy řešení jeho problému, ale za využití jeho přirozeného potenciálu s ohledem na klientovo vnímání.

Oznamte lékaři proběhlou situaci ihned jak je možné.

Doporuč psychologickou, psychiatrickou, event. psychoterapeutickou péči taktně.

Poskytni seznam krizových pracovišť, telefonní číslo linky důvěry, centra pro prevence sebevražd aktivně.

Zhodnocení: Klient během doby hospitalizace spáchal / nespáchal sebevraždu.