



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Úloha sestry v péči o hospitalizovaného suicidálního
pacienta.**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Klára Srbová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Úloha sestry v péči o hospitalizovaného suicidálního pacienta*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2020

.....

podpis

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D., za odborné vedení práce, trpělivost, ochotu a cenné rady, které mi v průběhu psaní práce věnovala. Dále bych chtěla poděkovat za podporu mé rodině, partnerovi a přátelům, za jejich pomoc v průběhu studia. Také bych chtěla poděkovat všem sestřám, které mi byly ochotné pomoci při získávání informací, které byly nezbytné pro zpracování výzkumné části.

Úloha sestry v péči o hospitalizovaného suicidálního pacienta

Abstrakt

Současný stav: Suicidium je jedním z nejvýznamnějších problémů v oblasti veřejného zdraví. Tato bakalářská práce se zaměřuje na úlohu sestry v péči o hospitalizovaného suicidálního pacienta. Teoretická část se zaměřuje na příčiny vzniku, rizikové faktory a prevenci rizik suicidálního jednání, intervence z pohledu sestry, monitoraci stavu pacienta, zajištění bezpečného prostředí a krizovou intervenci.

Cíle práce: 1. Zmapovat činnosti sestry v péči o hospitalizovaného suicidálního pacienta na akutním psychiatrickém oddělení. 2. Zjistit, jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovanému suicidálnímu pacientovi na akutním psychiatrickém oddělení.

Metodika: Výzkumná část byla provedena pomocí výzkumného šetření formou polostrukturovaného rozhovoru, který obsahoval 18 otázek. Odpovědi byly zpracovány do 8 kategorií, které se dále dělily na podkategorie. Pro analýzu dat bylo použito otevřené kódování, pomocí metody tužka a papír.

Výzkumný soubor: Záměrně vybraný výzkumný soubor, který tvořilo 13 sester pracujících na akutním psychiatrickém oddělení.

Výsledky práce: Z výsledků výzkumného šetření plyne, že úloha sestry v péči o hospitalizovaného suicidálního pacienta je stěžejní, nevykonává pouze ošetrovatelskou péči a nezaměřuje se pouze na suicidálního pacienta, ale i jeho rodinu a okolí. Ne vždy jsou ale podmínky pro práci sestry příznivé. Doporučujeme se zaměřit na rozvoj možností vzdělání, zdravotnického managementu tak, aby měly sestry na suicidální pacienty více času, a technické zabezpečení oddělení, jako je kamerový systém, který není dostupný všude.

Využití v praxi: Bakalářská práce může být použita jako studijní materiál pro sestry a studenty ošetrovatelství, výsledky mohou být publikovány v časopisech a na odborných konferencích.

Klíčová slova: psychiatrie; suicidium; suicidální pacient; sestra

The role of nurse in care of hospitalized suicidal patient

Abstract

Current situation: Suicide is one of the main problems in the public health field. This thesis focuses on the role of a nurse in the care of suicidal patients. The theoretical framework concentrates on the origination of this particular situation, the risk factors, how to prevent suicidal behaviors, how the nurse manages this conduct and monitors the state of the patient, how to create a safe environment and how to intervene in a crisis situation.

Objectives of the thesis: First, to study the different responsibilities of the nurse in the duty of care of suicidal inpatients in the psychiatric wing under maximum safety. Second, to explore the diverse security restrictions used during the treatment of this type of patients.

Methodology: The research is based on a survey of eighteen questions in which all the participants had the opportunity to answer to open questions. These eighteen questions are also divided into eight categories and, at the same time, these eight are classified into different subcategories. Analysis of the collected data was processed using the pencil-paper method, the so called coding.

Research group: Thirteen nurses selected from the psychiatric wing under maximum safety.

Results of the thesis: From this investigation could be assumed that the role of a nurse in the care of suicidal patients is a crucial factor. The medical treatment is not enough, but it is important to include the family circle. The conditions are not always optimum. Recommendations include focusing on the development of education and awareness, also medical management so that nurses can devote time to the patient with these problems, and a technical equipment such as a surveillance system, which is not always available for every medical center.

Practical use: The present final thesis could be used as a case of study for nurses and nursing students. The results could be published in scientific magazines and conferences.

Keywords: psychiatry; suicide; suicidal patient; nurse

Obsah

Úvod	7
1. Současný stav	8
1. 1. Příčiny suicidálního jednání	8
1. 2. Rizikové faktory vyvolávající suicidální jednání	10
1. 3. Vyšetření pacienta z pohledu sestry	11
1. 4. Monitorace stavu pacienta	15
1. 5. Zajištění bezpečného prostředí	16
1. 6. Prevence rizik vzniku suicidálního jednání	17
1. 7. Krizová intervence	18
2. Cíl práce a výzkumné otázky	20
2. 1. Cíl práce	20
2. 2. Výzkumné otázky	20
3. Metodika	21
4. Výsledky výzkumného šetření	23
Kategorizace a příprava interpretace	23
4. 1. Kategorie - Identifikační údaje	25
4. 2. Kategorie - Suicidální pacient na psychiatrickém oddělení	30
4. 3. Kategorie - Suicidální pacient	32
4. 4. Kategorie - Péče o suicidálního pacienta	34
4. 5. Kategorie - Bezpečnostní opatření	37
4. 6. Kategorie - Suicidium na oddělení	41
4. 7. Kategorie - Specifika	44
4. 8. Kategorie - Názor na změnu péče	47
5. Diskuse	50
6. Závěr	58
7. Seznam použité literatury	60
8. Seznam příloh	65

Úvod

Tématem bakalářské práce je úloha sestry v péči o hospitalizovaného pacienta. Psychiatrie je vědní a klinická disciplína zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou duševních poruch (Raboch et al., 2012). Sebevražda je čin vědomého a úmyslného ukončení vlastního života (Látalová et al. 2015). Sebevražedný pokus předpokládá vědomý úmysl člověka zemřít, přestože zůstane naživu (Dohnalová a Jáchymová, 2010). Rozhodnutí, která vedou člověka vykonat sebevraždu, v lepším případě se o ni pokusit, jsou různá.

Suicidální pacient ale nemusí být pouze člověk, který se o suicidium pokusil. Suicidální může být i v důsledku dalšího onemocnění, ať už je psychické, nebo fyzické. Pokud dojde k hospitalizaci, dostává se do kontaktu nejen s lékaři a psychoterapeuty, ale především se sestrami, které s ním spolupracují 24 hodin denně.

Tohle téma jsem si vybrala, protože bych jednou chtěla pracovat na psychiatrickém oddělení a jelikož jsem se v průběhu psaní práce s takovým člověkem v mém nejbližším okolí setkala, jsem za to vděčná.

V teoretické části práce se budeme zabývat příčinami vzniku, rizikovými faktory a prevencí rizik suicidálního jednání, vyšetřením pacienta z pohledu sestry, monitorací stavu pacienta, zajištěním bezpečného prostředí a krizovou intervencí. Pro tuto práci byl vybrán kvalitativní výzkum a byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru.

Prvním cílem je zmapovat činnosti sestry v péči o hospitalizovaného suicidálního pacienta na akutním psychiatrickém oddělení. Druhým cílem je zjistit, jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovanému suicidálnímu pacientovi na akutním psychiatrickém oddělení.

1. Současný stav

1. 1. Příčiny suicidálního jednání

Jedna z hlavních příčin, které v klientovi vyvolávají suicidální jednání, jsou duševní onemocnění. Nejvýznamnějšími duševními onemocněními, která mohou vést k sebevražednému jednání, jsou psychotická onemocnění, neboli psychózy a především depresivní poruchy. Doubek (2010) uvádí, že depresivní porucha je závažné duševní onemocnění, které je léčitelné, ale které svým průběhem zasahuje hluboko do osobnosti klienta a také do jeho vztahů s okolím, jelikož dochází ke změně prožívání sebe samého i okolního světa. Další příčinou jsou organická poškození mozku (poškození mozku, kvůli kterému není mozek schopen plnit svou funkci, např. v důsledku úrazu). Dále jsou to poruchy osobnosti (např. schizoidní porucha, paranoidní porucha, aj.). Látalová (2015) uvádí, že u osob pokoušejících se o suicidium nemusí být příčinou vždy psychická porucha, ovšem psychická porucha, zejména deprese, výrazně zvyšuje riziko suicidia. Kučerová (2013) uvádí, že pokud mluvíme o pacientovi s těžkou formou deprese, může mu být motivací snaha odstranit ze světa objekt deprese, tedy sebe samotného, nebo může mít pacient bludy a bludně se domnívá, že zasluhuje trest, nebo nechce být jiným na obtíž (Kučerová, 2013). Suicidium se ale také může vyskytovat u lidí, kteří trpí somatickým onemocněním, např. dlouhodobá bolest, tělesná bezmocnost, nepříznivá prognóza onemocnění, aj. (Dohnalová a Jáchymová, 2010). Dalším důvodem může být sociální a ekonomická situace klienta (např. nezaměstnanost, ztráta sociálního postavení, rozpad rodiny, aj.). Suicidium může být chápáno jako únik z krizové situace, kterou právě prožívají. V dalším případě se může jednat o tzv. volání o pomoc, kdy se člověk nechce ve skutečnosti zabít. Tento způsob se nazývá demonstrativní suicidium. Může se stát, že člověk neodhadne danou situaci a může zemřít, i když to ve skutečnosti nechce. K tomu může dojít, pokud např. požije větší množství léků, nebo neodhadne dobu příchodu potenciálního záchránce. Takové jednání, kdy se člověk snaží někoho jiného jen vystrašit, nebo ho k něčemu donutit, můžeme označit za manipulaci a psychický nátlak (Kučerová, 2013). K suicidálnímu jednání může dále docházet i v důsledku akutní intoxikace alkoholem, nebo drogami.

Dítě, adolescent

Mezi problémy, které mohou vést k pokusu o suicidium u dětí a adolescentů, můžeme zařadit špatnou komunikaci s rodiči, zhroucení osobního vztahu (rozchod s přítelem/ přítelkyní, hádka), problémy ve škole (selhávání, neprospěch, vyloučení ze školy, konflikty s vrstevníky nebo učiteli, šikana, vysoké nároky), abúzus alkoholu a drog, vyskytující se tělesné nebo psychické onemocnění, kumulace životních stresů, prožitek ztráty, existence nějakého tajemství a strach, že se to někdo dozví (nechtěné těhotenství, homosexuální orientace, dospívající jako oběť sexuálního zneužívání), apod. (Špatenková, 2011). Dalším varovným signálem, který by mohl být považován za varování před vykonáním pokusu o suicidium, je tzv. suicidální triáda adolescenta. Ta zahrnuje negativní pohled na sebe samého, negativní pohled na události kolem a negativní výhled do budoucna (Špatenková, 2011). Spouštějícím faktorem u dětí a dospívajících může být nezvládnutí nároků, které na ně klade okolí, týrání, sexuální zneužívání nebo zanedbávání, abúzus alkoholu nebo drog, nechtěné těhotenství, strach ze zkoušek, odmítnutí, nebo ztráta milované osoby (rozchod s přítelem či přítelkyní, ztráta kamarádky, rozvod nebo rozchod rodičů), změna prostředí (bydliště, školy), prožitek ztráty (Špatenková, 2011).

Děti a dospívající představují nejnižší míru sebevraždnosti. Adolescenti jsou velmi zranitelní, citlivější, labilnější, nemají tolik zkušeností s řešením náročných životních situací jako třeba dospělý. U dospívajících dochází k označení sebevražd jako demonstrativní, kdy chtějí suicidiem ukázat nebo upozornit na nějaký problém, který je trápí, který se jich týká a nevědí, co dál. Při demonstrativní sebevraždě, neboli tzv. parasuicidii, nemají úmysl zemřít, ale jen upozornit. Můžeme říct, že to může být volání o pomoc, nebo snaha o získání zájmů a spolupráci z okolí (Špatenková, 2011). Důležitá je souvislost mezi suicidálním jednáním a sebepoškozováním. Sebepoškozování je fenomén, jehož výskyt v posledních letech zejména v dospívajícím věku dramaticky stoupá. Jde o specifické vědomé autoagresivní chování, které není primárně cíleno na závažnější sebezranění ani nemá sebevražedný cíl (Koutek a Kocourková, 2018).

Většina adolescentů, kteří přemýšlejí o suicidii nebo o suicidálním sebepoškozování, se za svůj život o suicidium naštěstí nepokusí (Mars et al, 2019).

Dospělý

U dospělých by mohla být spouštějícím faktorem partnerská krize, rozvod, rozchod, odchod dětí z domova, stav sociální krize, apod. (Špatenková, 2011). Např. krize středního věku je čas hodnocení dosavadního života, hledání nového smyslu života, je to čas přehodnocování a velkých změn. V tomto období lidé upouštějí od některých snů, které již nepůjdou uskutečnit. Výraznou roli zde hraje celková situace člověka, kvalita jeho vztahů, zázemí, ekonomická úroveň, zdravotní stav (Jáchymová, 2008).

Senior

U seniorů by mohla být spouštějícím faktorem osamělost, nemoc, zhoršující se psychický nebo fyzický stav, smrt životního partnera, odchod ze zaměstnání, ztráta smyslu života, nebo nečinnost (Špatenková, 2011). Sousa et al (2019) uvádějí, že je nutné zhodnotit rizikové faktory behaviorálních událostí, které se vyskytují po celou dobu života této populace, aby se dala posoudit rizika sebevraždy u seniorů (Sousa et al, 2019). Abychom zabránili sebevraždám starších lidí, musíme zabránit pokusům. Klíčovou identifikací je návštěva praktického lékaře. Stejně jako u jiných věkových skupin je důležité, aby lékaři dokázali rozpoznat klíčové body a posoudit rizikový faktor. U seniorů je třeba pochopit životní situaci a vcítit se do pocitů tím, že naslouchají tomu, co říkají (Klinger, 2008).

1. 2. Rizikové faktory vyvolávající suicidální jednání

Rizikové faktory suicidálního chování představují důležitou problematiku při prevenci, při posuzování akutní hrozby suicidálního jednání a při plánování následné terapie. Některé faktory působí více na úroveň psychologickou či sociální, jiné zasahují do oblasti biologické. Není však snadné je podle tohoto hlediska rozdělovat. Různé faktory se mohou ve svém účinku doplňovat, případně i umocňovat (Jáchymová, 2008). Mezi nejvýznamnější faktory patří abúzus alkoholu a drog, sebevražedný pokus v anamnéze, riskantní a destruktivní chování vůči sobě (vystavuje se nebezpečným situacím), prohlášení typu: „Už vás dlouho nebudu trápit, už budete mít pokoj.“ nebo „Proč mám žít, radši bych umřel.“, vyjasňování si některých záležitostí, urovnávání si konfliktů, rozdávání významných předmětů, otevřená hrozba sebevraždou - téma suicidia ve školní práci, mluví o různých způsobech suicidia (jaká je smrtelná dávka určitého léku), suicidální pokusy nebo hrozby v minulosti, narušená rodina (jako rozhodující moment

uvádějí zachránění suicidanti, že už přestali snášet to, co se jim v dané chvíli zdálo nesnesitelné a že cítili malou emoční podporu své rodiny) (Špatenková, 2011).

Celkově tedy můžeme říct, že sem patří pokus o suicidium v minulosti, klíčovými jsou také spouštěcí události, které vedou k ponížení, pocitu studu, poruchy sebehodnocení a také přístup k potenciálně nebezpečným a sebevražedným předmětům (Pokorná et al, 2019).

1. 3. Vyšetření pacienta z pohledu sestry

Ošetrovatelské vyšetření sestrou se ve své podstatě neodlišuje od vyšetření lékařem. Běhounek (2014) vysvětluje, že jedinečnost ošetrovatelskému vyšetření dává postavení sestry, která je s nemocným v případě jeho hospitalizace 24 hodin denně a má tak mnohem více prostoru pro jeho pozorování v různých fázích dne. V rámci ošetrovatelské péče, kterou sestra plánuje na psychiatrickém oddělení tak jako na jiných odděleních, je potřeba posoudit stav pacienta, následně odebrat ošetrovatelskou anamnézu, provést vyšetření základních fyziologických funkcí, ale i těch psychických (např. vnímání, emotivita, myšlení, paměť, apod.), dále je nutné zhodnotit stav výživy, hydratace, nebo soběstačnost. Využíváme také hodnotící škály, které jsou nedílnou součástí vyšetření v psychiatrii.

Posuzování stavu pacienta

Stav zhodnotíme po získání anamnézy, po provedení základních fyziologických a psychických vyšetření, ke kterým můžeme přidat další pomocná vyšetření, např. laboratorní vyšetření, strukturální, nebo funkčně zobrazovací metody, apod. Posuzování stavu pacienta je dlouhodobý a nepřetržitý proces a údaje se neustále obnovují. Součástí posuzování stavu je pozorování pacienta, dále vhodně vedený rozhovor, nebo schopnost porozumění. Zjištěné informace sestra předává ostatním pracovníkům, aby i oni byli seznámeni se skutečnostmi, které pacient prožívá (Běhounek, 2014).

Ošetrovatelská anamnéza

Anamnéza je úvodní, ucelený a systematicky sebraný souhrn informací. Je klíčová a odvíjí se od ní veškerá následná péče. Soustředí se na oblasti, které sestra sleduje a hodnotí (Běhounek, 2014). Zpracováváme identifikační údaje pacienta (jméno, příjmení,

datum narození, tituly), osobní údaje o nemocném (bydliště, příbuzní, praktický lékař, lékařská diagnóza), základní vyšetření sestrou (fyziologické funkce, výška, hmotnost, celkový vzhled), vnímání zdravotního stavu (náhled na onemocnění, motivace k léčbě), výživa, hydratace, metabolismus, vzhled kůže (BMI, dietní omezení, kožní turgor, stav sliznic, poranění, vpichy, exantém), vylučování (stolice, průjem, zácpa), aktivita a cvičení (úroveň soběstačnosti v sebezpečí, chůze po rovině, do schodů, schopnost umýt se, najíst se, napít se, obléct se), spánek a odpočinek, vnímání a poznávání (vědomí, paměť, myšlení, koncentrace, vnímání, psychomotorika, orientace, komunikace, nálada, chování, zrak, sluch, řeč, tiky, bolest, sebepojetí, sebeobviňování, pocity, omezení), role a mezilidské vztahy (sociální zázemí, zvládání problémů), sexualita a reprodukční schopnost, stres, zátěžové situace, víra, přesvědčení, životní hodnoty, jiné (Běhounek, 2014).

Je třeba zdůraznit, že anamnestické údaje jsou právem označovány jako údaje citlivé, a jsou proto opodstatněně předmětem povinné mlčenlivosti (Vondráček a Wirthová, 2009).

Rozhovor

Sestra by rozhovor měla vést srozumitelně, na úrovni slušného, společensky přijatelného chování, i když není ze strany pacienta opětováno, z různých důvodů (např. snížený stav vědomí, agrese, apod.). Na úvod je důležité se seznámit, tím sestra sníží anonymitu a zvýší tak důvěryhodnost. Rozhovor může být veden neformálně, volně, nebo formálně s jasnou strukturou otázek, které jsou otevřené a uzavřené. Nordgaard et al (2013) ve svém článku uvádí, že plně strukturovaný rozhovor spočívá v položení předem určených otázek pacientovi v pevném pořadí a hodnocení odpovědí jako pozitivních, negativních nebo prahových hodnot. Plně strukturovaný rozhovor se opírá o řadu předpokladů, které chceme prozkoumat (Nordgaard et al, 2013). Dále uvádí, že polostrukturovaný rozhovor se skládá ze seznamu položek (obvykle souhrn příslušných měřítek), na kterých musí tazatel získat dostatečné odpovědi, aby bylo možné získat odpovědi a souvislosti po dokončení rozhovoru. Zde je však průběh rozhovoru konverzační. Otázky jsou kontextově přizpůsobeny a sledují pacientovo vyprávění s neustálou možností požádat o podrobnější nebo další podrobnější informace (to zahrnuje možnost jemného přerušování a změny směru rozhovoru). Spontánnost, vzpomínky a reflexe ze strany pacienta jsou silně podporovány. Odpovědi „ano / ne“ nikdy nestačí, ale vždy vyžadují příklady vlastních

slov pacienta (Nordgaard et al, 2013). V průběhu zaznamenávání nesmí sestra zapomenout zapsat to, co pacient skutečně řekl. Je možné pacienta citovat. Důležité je získat informace nejen od pacienta, ale i z jeho okolí.

Pozorování

Běhounek (2014) uvádí, že pozorování může být náhodné nebo záměrné, účelové a vede k němu každá příležitost, či jakýkoliv kontakt s pacientem. Dále říká, že smyslem je zaregistrování důležitých jevů, které mohou souviset s potížemi nemocného. Důležité je všimnout si nejen somatických stavů (např. dušnost, kašel, pocení), ale také chování pacienta, jako jsou reakce na mimořádné události, stav vědomí, orientace místem, časem a prostorem, stav paměti, halucinační chování (vykřikování, samomluva, nesouvisající smích, pláč, apod.), schopnost navázat kontakt, nálada, řeč, psychomotorické tempo, reakce na léčbu (léky, terapie), postoj k onemocnění, spolupráce, motivace, projevy agrese (Marková et al. 2006).

Stanovení ošetřovatelské diagnózy

Stanovení ošetřovatelské diagnózy patří mezi jednu z nejdůležitějších složek vyšetření a terapie. Pacient může mít suicidální myšlenky v důsledku duševní poruchy a je tedy klíčové určit, o kterou poruchu se jedná.

Hodnotící škály a testy

Hodnotící škály a testy jsou nedílnou součástí vyšetření. Sestra může prostřednictvím škály potvrdit předpokládaný problém pacienta a zároveň může sledovat efektivitu naplánované a poskytované péče (Běhounek, 2014). Mezi škály a testy, které u pacientů můžeme využít, patří Barthelové test základních všedních činností, screening pro určení zvýšeného rizika pádu, riziko vzniku dekubitů dle Nortonové, základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku), hodnocení rizika sebevražedného jednání (Nurses Global Assessment of Suicide Risk), vyhodnocení rizika agrese (Broset Violence Checklist), test kreslení hodin, stupnice hodnocení psychického zdraví, geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage) (Běhounek, 2014).

K rozpoznání ohrožení jedince suicidálním jednáním existuje celá řada diagnostických schémat, nejznámějším a nejpoužívanějším je tzv. Ringelův presuicidální syndrom

(Novotná, 2014), který je založen na třech základních znacích. Prvním hlavním znakem je stupňující se a narůstající zužování, tím Ringel myslí omezování jednání, prožívání a chování suicidálního jedince. Může se jednat o situační zužování, tím je myšleno zužování osobních možností jedince, situace, kdy se jedinec domnívá, že je ohrožován okolím, nemá vliv a nemůže zvítězit. Situační zužování může být důsledkem osudového neštěstí (např. nevyléčitelná nemoc, smrt blízké osoby), také k němu ale může docházet vlivem vlastního chování (např. zavinění nehody, prohráním všech peněz, apod.). Situační zužování může být reálné, ale může být také pouhým produktem vlastní představivosti jedince nebo negativním, špatným odhadem situace (Špatenková, 2011). Dalším typem zužování je dynamické zužování. Uvědomování si vlastních zužujících se pocitů, jedinec vnímá realitu i sám sebe jednostranně, zúženě, vidí sebe i svět přes „černé brýle“ a vykazuje obvykle jen dva obranné mechanismy, a to popření a idealizaci. Negativní emoce vedou k pesimismu, depresivnímu prožívání a k apatii. Myšlenky na suicidium jsou vtíravé a zeslabují, nebo eliminují pud sebezáchovy. Jedinec v emocionálním zúžení jedná pod vlivem negativních emocí a nedokáže uvažovat racionálně (Špatenková, 2011). Dále by to mohlo být mezilidské zužování. Zužování sociálních kontaktů může být důsledkem totální izolace, omezením sociálních kontaktů (počitatelný úbytek mezilidských vztahů, až se nakonec jedinec připoutá k jedné určité osobě, s níž pak spojuje vlastní osud, život, nebo smrt), např. u seniorů, postupně jim umírají přátelé, sourozenci, vrstevníci, apod. Dalším důvodem může být znehodnocení existujících vztahů (ztráta pocitu sounáležitosti, pocity nepochopení, osamělosti), případně neschopností jedince vytvářet a formovat vztahy (Špatenková, 2011). Jako poslední můžeme zařadit hodnotové zužování, neboli zužování hodnotového světa, projevuje se narušením hierarchie hodnot, nedostatkem smyslu hodnoty, přikládáním menší důležitosti dříve uznávaným hodnotám, nebo přijetím takového systému hodnot, který je jiný, než všeobecně přijímaný v naší společnosti, „již neexistuje žádná hodnota, o jejíž dosažení má smysl usilovat“ (Špatenková, 2011). Druhým hlavním znakem Ringelova presuicidálního syndromu je zadržování agrese. Vztah mezi agresivitou a suicidalitou je významný. Jestliže nedochází k ventilaci agrese (zejména nejsou-li dostatečně ventilovány pocity hněvu a vzteku vůči těm, kteří tyto pocity vyvolali a zapříčinili, může následovat obrácení hněvu a agrese proti vlastní osobě. Takový jedinec se nenávidí, považuje se za neschopného, nedostatečně kvalitního, a tudíž nehodného žití.

Každé suicidium je projevem zesílené autoagrese, zároveň je silným projevem agrese vůči okolí, chuti všechny potrestat). Velké riziko suicidia proto hrozí u osob, které nemohou svou agresi zaměřit na okolí kvůli svým vlastním zábránám, nebo v důsledku vnějších okolností (Špatenková, 2011). Třetím hlavním znakem Ringelova presuicidálního syndromu je suicidální fantazie o vlastní smrti a suicidiu, může přinášet osvobození, úlevu, „návod k řešení problémů a ukončení utrpení“. „Představa, že jsem mrtvý“ tato fantazie neobsahuje ještě žádnou aktivitu a takové myšlenky v podstatě napadnou někdy každého z nás. „Jaké by to bylo, kdybych se zabil?“ úvahy o tom, jak by vypadalo okolí bez něho, komu by chyběl, apod. Konkrétní plány k provedení suicidia (čím jsou tyto plány realističtější a konkrétnější, tím je riziko spáchání suicidia vyšší-hovoříme o suicidálních tendencích). Vtíravé suicidální myšlenky (objevují se nejčastěji u schizofrenních, stavů, depresivních stavů, akutních onemocnění, ale i u zcela zdravých osob), (Špatenková, 2011).

Tyto tři faktory presuicidálního syndromu se vzájemně doprovázejí a vzniká tak začarovaný kruh.

1. 4. Monitorace stavu pacienta

Základní informace o stavu pacienta vycházejí z anamnézy. Dále sestra provádí základní fyzikální vyšetření a základní psychická vyšetření, pozorování a další pomocná vyšetření. Všechny výsledky se neustále aktualizují a obnovují. Dohnalová a Jáchymová (2010) uvádějí kroky v péči o nemocného se suicidálními tendencemi. Na úvod je potřeba zjistit, jak nemocný vnímá a hodnotí svou situaci, podporovat nemocného k vyjádření pocitů, potíží, starostí, pozorně sledovat projevy nemocného, nebagatelizovat sebevražedné projevy (verbální i neverbální). Při jakémkoliv projevu sebevražedné tendence ihned informovat lékaře, neponechávat v osobních věcech nemocného potencionálně nebezpečné předměty (ostré předměty, jako jsou nůžky, nože, holení, skleněné, porcelánové předměty, chemikálie, léky, šňůry, opasky, nabíječky od telefonů, sluchátka, apod.). Tyto předměty převzít do úschovny na oddělení, případně o převzetí a úschově předmětů bude proveden zápis do dekurzu a tiskopisu k tomu určeném, zápis je opatřen podpisem nemocného, sestry, která předměty převzala a podpisem svědka. Odstranit z okolí nemocného nebezpečné předměty, porcelánové nádoby v případě stále hrozícího

suicidia nahradit papírovým nebo plastovým, nebo dohledem při jídle zabránit eventuální nežádoucí manipulaci s porcelánem. Kontrola počtu vydaných a vrácených přístrojů, umístit pacienta na pokoj, kde je možno zajistit maximální dohled nad nemocným (stálá, nebo velmi častá přítomnost personálu, pokoj s kamerovým systémem), zajistit nemocnému klidné, příjemné a bezpečné prostředí, zajistit dohled personálu při pohybu nemocného po oddělení, dohlédnout na bezpečný pobyt v koupelnách, toaletách, podávat pacientovi léky dle ordinace lékaře. Při podávání léků dohlédnout na jejich řádné užití, nikdy neponechávat léky u nemocného bez zpětné kontroly, sledovat účinek léků, poučit rodinu o tom, jaké předměty jsou pro pacienta nevhodné. Chování pacienta zaznamenávat do zdravotnické dokumentace (pravidelné zápisy s popisem chování do dekurzu a do ošetrovatelské dokumentace minimálně 1x za směnu a zaznamenávat každé takové chování, které má známky suicidálních tendencí), při zvyšujícím se riziku suicidálního chování a při nutnosti použít omezovací prostředek (Dohnalová a Jáchymová, 2010).

1. 5. Zajištění bezpečného prostředí

Bezpečnost prostředí je hodnocena jako jedna z nejdůležitějších a nejpodstatnějších podmínek pobytu pacienta na lůžkových odděleních. Nejproblematictější bývá nedostatečné vybavení (potencionální místa pro uchycení smyčky), nebo materiály, které mohou napomoci k sebepoškození (zrcadla, okna, dlaždice, materiály, které lze rozbít) (Williams et al, 2018). Právě technické zabezpečení nemocničních zařízení bývá největším problémem, i přesto, že je v souladu s podfinancováním psychiatrického oboru a bylo na něj mnohokrát poukazováno (Ministerstvo zdravotnictví, 2013). Existuje seznam nepovolených věcí a ve většině případů jsou podle tohoto seznamu kontrolováni jak pacienti, tak jejich návštěvy (Žaludek, 2018).

Bezpečnostní opatření je založeno na sledování chování pacienta a odebrání rizikových předmětů již při příjmu pacienta. Rizikové předměty, které jsou nebezpečné či ostré například opasky, nabíječky, léky, šle, disky, skleněné flakony, žehlička na vlasy a kulma jsou uloženy pacientovi v ambulanci (Hasíková a Vrzáčková, 2017).

Důležitou rolí v bezpečnosti pacientů i personálu je zajištění bezpečného prostředí. Za rizika prostředí uvádí Jandl (2014) okna, osvětlení, signalizace, toalety a koupelny, nábytek a jeho uspořádání. U oken je důležité, aby se pacient nemohl dostat ven při

otevřené ventilaci a okna musí být uzamykatelná. Na skle by měla být okenní fólie, která zabrání rozbití a vzniku střepů. Dále jsou rizikové žaluzie na oknech, které by měly být spíš venkovní než vnitřní a jejich ovládání by mělo být skryté (Jandl, 2014). Osvětlení by mělo být zabudováno ve stropních panelech, aby pacienti nemohli za světla nic zavěsit, noční světla by měla být zabudována do zdi a chráněna nerozbitným sklem. Signalizace na oddělení by měla být dostupná pacientovi z lůžka, ale bez přívodního kabelu. Na toaletách a koupelnách nemůže být z etických důvodů kamerový systém, proto je nutné umístit alespoň signalizaci bez kabelů (Jandl, 2014). Kvůli bezpečnosti by měly být ve sprchách vestavěné sprchové hlavice bez hadic a plastová madla, na toaletě a koupelně nerozbitná skla a zrcadla. Při uspořádání nábytku by se mělo přihlížet na to, aby mohl personál rychle uniknout v případě napadení a při práci být co nejbližší ke dveřím, kdy cestě nebrání žádné překážky (Jandl, 2014).

1. 6. Prevence rizik vzniku suicidálního jednání

Součástí prevence rizik vzniku suicidálního jednání může být využití omezovacích prostředků. Frekvence a indikace jejich používání je stále hodně diskutovaným tématem (Kališová, 2008). Kališová (2008) ve svém článku uvádí, že v případě agrese, autoagrese, nebo při závažném ohrožení zdraví se může využívat mechanické omezení aplikací kurtů, nebo se využívá terapeutická izolační místnost, která je kontrolovaná kamerovým systémem. Sestra se setkává s pacienty, kteří jsou neklidní a agresivní, proto musí umět včas rozpoznat signály, které by mohly vyústit v neklid a agresivitu. Na základě těchto signálů by měla sestra učinit opatření, která zajistí bezpečnost pacienta i jeho okolí (Petr, 2014). Petr (2014) uvádí, že sestra, která má k pacientům profesionální přístup dokáže mnoha konfliktům předcházet. V některých případech se zdravotnickému personálu nepodaří včas odhalit rizika a tím předejít nežádoucím událostem. Není možné, aby se podařilo úplně odstranit vznik nežádoucích událostí, ale zdravotnická zařízení jsou povinna udělat vše pro to, aby výskyt minimalizovaly (Petr, 2011). Pokud má sestra podezření na varovné signály, nesmí je bagatelizovat a neignorovat. V případech, kdy je to možné, se nejdříve snaží verbálně, s empatickým přístupem, zvládnout situaci. V případě, že pacient se pokouší o suicidium a chová se agresivně, je standardním postupem omezení zevních dráždivých stimulů a poskytnutí prostoru k vyjádření jeho pocitů. Situace ale bývá nepředvídatelná, i když se personál v rámci možností (s ohledem

na bezpečnost pacienta a jeho okolí) snaží agresivnímu pacientovi vyhovět, může agresivní chování gradovat. (Hanušková, 2008).

Rizika, jejich prevence a jejich šetření se ověřuje pomocí analýzy zaměřené na snížení rizika pomocí různých metod a technik prevence rizik, které eliminují existující nebo odhalující budoucí faktory zvyšující riziko, tzv. řízení rizik, také risk management (ManagementMania, 2011).

Často se stává, že o suicidium se pokoušejí lidé opakovaně. Je proto nezbytné sledovat opatření prováděná u suicidálních pacientů. Jiménez et al, (2019) zkoumali sociodemografické a klinické profily jedinců přijatých po pokusu o suicidium podle pohlaví, určili prevalenci opakovaných pokusů v období šesti měsíců, porovnali profily pacientů, kteří se opakovaně pokusili o suicidium s těmi, kteří se o ni pokusili poprvé a vyhodnotili prediktivní proměnné pro opakované pokusy o suicidium. Zjistili, že riziko recidivy suicidálního jednání bylo nižší u žen. Z celkových 207 zkoumaných pacientů (122 žen a 85 mužů) v následujících 6 měsících zemřelo celkem 5 pacientů, ale jen ve 2 případech se jednalo o suicidium, další 3 zemřeli z jiných příčin.

1. 7. Krizová intervence

Krizovou intervencí lze definovat jako „*odbornou metodu práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, 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 klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací.*“ (Vodáčková, 2007, str. 60). Novotná (2014) uvádí, že krizový stav je časově omezený na několik hodin až dnů, proto by krizová intervence měla být intenzivní a krátkodobá, v podobě 1 až 3 setkání rozvržená do několika dnů a v průběhu krizové intervence by měl být pacient natolik stabilizovaný, aby buď daný problém byl schopen vyřešit sám, nebo aby byl schopen přejít do dlouhodobé péče (Novotná, 2014). Špatenková (2011) ve své knize uvádí, že při poskytování první pomoci v krizi je důležité navázat kontakt s pacientem, zachovat klid, nepropadat panice, krátce zhodnotit situaci, případně identifikovat presuicidální syndrom (např. položit otázku „Vypadá to, jako byste uvažoval o sebevraždě, je to pravda?“ nebo „Už jste v tom ohledu něco podnikl?“.),

dalším krokem je zhodnocení míry ohrožení, okamžitě snížit nebezpečí (např. odradit pacienta od užití alkoholu, přimět ho, aby vyhodil léky, odložil zbraň, apod.), nedělat hlubokou analýzu příčin, neobviňovat, neodsuzovat, nemoralizovat, nebagatelizovat, nebát se vyjádřit opravdové zaujetí a zájem, identifikovat záchytný bod (zjistit, zdali má pacient ještě nějak záchytné hodnoty), určit motivující faktor suicidálního uvažování (impulzivní, nebo plánované jednání, čeho chce dosáhnout, co změnit, atd.), nabídnout alternativu, nabídnout specifický plán, možnost pomoci, uzavřít tzv. kontrakt o nespáchání sebevraždy (nepřemlouvav pacienta, aby nespáchal sebevraždu, ale dát mu najevo, že jsme pro možnost žít) (Špatenková, 2011). Sestra by neměla dávat najevo netrpělivost, neskákat do řeči, vyjádřit respekt k rozhodnutí a účast v utrpení, dále je její povinností chránit a pomoci pacientovi hledat jiná, alternativní řešení a důležité je co nejdříve přizvat pacientovu rodinu, protože o ni se bude pacient dále opírat (Praško a Kamarádová, 2015).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2. 1. Cíl práce

1. Zmapovat činnosti sestry v péči o hospitalizovaného suicidálního pacienta na akutním psychiatrickém oddělení.
2. Zjistit jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovanému suicidálnímu pacientovi na akutním psychiatrickém oddělení.

2. 2. Výzkumné otázky

1. Jaká je úloha sestry v péči o hospitalizovaného suicidálního pacienta?
2. Jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovanému suicidálnímu pacientovi na akutním psychiatrickém oddělení?

3. Metodika

Použité metody

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována formou kvalitativní výzkumné strategie. Sběr dat byl proveden formou dotazování, technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Byl veden se sestrami, které celkem odpovídaly na 18 otázek (příloha 1). Rozhovor je ucelený systém ústního jednání mezi tazatelem a dotazovaným. Cílem je získat odpovědi na otázky, které klade tazatel. Tyto otázky směřují ke zjištění skutečností vztahující se k dané problematice. Jedná se o vzájemný vztah tazatele a dotazovaného, kteří se setkávají tváří v tvář (Bártlová, et al. 2009). Vzhledem k tomu, že se jednalo o polostrukturovaný rozhovor, byla zde možnost otázky vysvětlit a doplnit. Na začátku každého rozhovoru byly pokládány základní otázky, jako je pohlaví, věk, zařízení, ve kterém pracují, délku praxe ve zdravotnictví a jejich vzdělání, případně absolvování specializačních kurzů, seminářů, apod.

Výzkum probíhal se sestrami, které pracují na akutním psychiatrickém oddělení. Výzkumné šetření probíhalo v průběhu května 2020.

Výzkumné šetření probíhalo po souhlasu sester s rozhovorem. Rozhovory byly vedeny po předchozí telefonické domluvě formou internetových videohovorů, či telefonických rozhovorů. Rozhovor byl veden mezi tazatelem a dotazovaným bez přítomnosti dalších osob. Tazatel na úvod rozhovoru popsal svou práci, uvedl její název, vysvětlil její cíl a výzkumné otázky. Rozhovor by měl být veden v přátelské atmosféře (Bártlová, et al., 2009). Dále tazatel ubezpečil dotazované, že zůstanou v anonymitě, tak jako jejich odpovědi, které budou zpracovány pouze za účelem zpracování výzkumné části bakalářské práce. Tazatel doplnil, že každý dotazovaný, nebo i tazatel, může v průběhu daný rozhovor ukončit, nebo na kteroukoli otázku neodpovídat. Před začátkem rozhovoru byli dotazovaní požádáni, aby mohl tazatel pořídit zvukový záznam rozhovoru, který bude dále zpracován jako písemný záznam, anebo vést pouze písemnou formu rozhovoru.

Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládal celkem z 13 sester, jednalo se o 10 žen a 3 muže. Byly vybrány na základě jejich zkušeností s akutním psychiatrickým oddělením, na kterém pracují. Výzkum byl prováděn individuálně mimo nemocniční zařízení. Jedná se o zaměstnance pěti psychiatrických nemocnic v kraji Vysočina, ve Středočeském kraji, v Plzeňském kraji, ve Zlínském kraji a v Praze. Sestry z důvodu anonymity budou dále označovány jako S1 - S13 (S= sestra). Označením sestra jsou nazýváni i dotazovaní mužského pohlaví.

4. Výsledky výzkumného šetření

Kategorizace a příprava interpretace

Výsledky výzkumu získané v průběhu rozhovorů jsou zpracovány do kategorií a podkategorií.

1. Kategorie - Identifikační údaje
 - 1. Podkategorie - Základní informace
 - 2. Podkategorie - Profesní historie
2. Kategorie - Suicidální pacient na psychiatrickém oddělení
 - 1. Podkategorie - Množství suicidálních pacientů na vašem oddělení
 - 2. Podkategorie - Suicidální pacienti se suicidálními tendencemi
3. Kategorie - Suicidální pacient
 - 1. Podkategorie - Nejčastější způsoby provedení suicidia
 - 2. Podkategorie - Popis projevů suicidálního jednání
4. Kategorie - Péče o suicidálního pacienta
 - 1. Podkategorie - Varovné signály
 - 2. Podkategorie - Role sestry v péči o suicidálního pacienta
 - 3. Podkategorie - Rozdíl mezi péčí o suicidálního pacienta a péčí o ostatní pacienty
5. Kategorie - Bezpečnostní opatření
 - 1. Podkategorie - Bezpečnostní opatření na vašem oddělení
 - 2. Podkategorie - Úloha sestry při využití bezpečnostních opatření
 - 3. Podkategorie - Druhy režimů
 - 4. Podkategorie - Bezpečnostní opatření při příjmu a v průběhu hospitalizace
6. Kategorie - Suicidium na oddělení
 - 1. Podkategorie - Pokus o suicidium v průběhu hospitalizace
 - 2. Podkategorie - Četnost pacientů po opakovaných pokusech
 - 3. Podkategorie - Druhy léčby

7. Kategorie - Specifika

- 1. Podkategorie - Návrat pacienta zpět do života
- 2. Podkategorie - Specifika komunikace se suicidálním pacientem.

8. Kategorie - Názor na změnu péče

- 1. Podkategorie - Změna péče v průběhu let
- 2. Podkategorie - Návrh na zlepšení péče

4. 1. Kategorie - Identifikační údaje

První kategorie je rozdělená do dvou podkategorií - základní informace a profesní historie. Zjišťovali jsme věk sester, ve kterých zařízeních pracují, délku jejich praxe ve zdravotnictví, délku jejich praxe na akutním psychiatrickém oddělení, zda někdy pracovaly i na jiném než akutním psychiatrickém oddělení, také jsme se zaměřili na jejich nejvyšší dosažené vzdělání a zda absolvovaly specializační vzdělávání, semináře, nebo kurzy se zaměřením na psychiatrii.

1. Podkategorie - Základní informace

První čtyři otázky zahrnovaly základní informace týkajících se dotazovaných sester. Ptali jsme se na věk sester, ve kterém zařízení pracují, jak dlouho pracují ve zdravotnictví, jak dlouho pracují na akutním psychiatrickém oddělení, jestli někdy pracovaly na jiném než akutním psychiatrickém oddělení, dále na jejich nejvyšší dosažené vzdělání a zda absolvovaly kurzy, školení, nebo specializační vzdělávání. Kategorii jsme pro přehlednost rozdělili do dvou podkategorií a následných tabulek. Sestry jsou přehledně označeny zkratkami S1-S13, stejně tak, jako v textu. Zúčastnilo se celkem 13 sester, z toho bylo 10 žen a 3 muži.

V tabulce 1 můžeme vidět základní údaje sester. Zahrnuje označení sester S1-S13, pohlaví, věk a v jakém zařízení vykonávají praxi.

Tabulka 1: Identifikační údaje

Sestra	Pohlaví	Věk	Zařízení
S1	Žena	32 let	PN Havlíčkův Brod
S2	Žena	25 let	PN Bohnice
S3	Žena	57 let	PN Kosmonosy
S4	Žena	51 let	PN Kosmonosy
S5	Žena	38 let	PN Dobřany
S6	Muž	39 let	PN Havlíčkův Brod
S7	Muž	51 let	PN Havlíčkův Brod
S8	Muž	40 let	PN Kroměříž
S9	Žena	47 let	PN Havlíčkův Brod

S10	Žena	34 let	PN Havlíčkův Brod
S11	Žena	30 let	PN Kosmonosy
S12	Žena	45 let	PN Havlíčkův Brod
S13	Žena	48 let	PN Kroměříž

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

Sestra S1 je dvaatřicetiletá žena, pracující na akutním příjmovém oddělení pro ženy v psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod.

Sestra S2 je pětadvacetiletá žena, která pracuje na akutním psychiatrickém oddělení v psychiatrické nemocnici Bohnice.

Sestra S3 je sedmapadesátiletá žena a pracuje na příjmové ambulanci pro muže v psychiatrické nemocnici Kosmonosy.

Sestra S4 je jedenapadesátiletá žena pracující na akutním psychiatrickém oddělení v psychiatrické nemocnici Kosmonosy.

Sestra S5 je osmatřicetiletá žena pracující na dětské psychiatrii v psychiatrické nemocnici Dobřany.

Sestrou S6 je devětatřicetiletý muž pracující na mužském lůžkovém oddělení psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod.

Sestrou S7 je jedenapadesátiletý muž a pracuje také v psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod na akutním neklidovém ženském příjmovém oddělení.

Sestrou S8 je čtyřicetiletý muž, který pracuje na uzavřeném oddělení akutní péče v psychiatrické nemocnici Kroměříž.

Sestra S9 je sedmačtyřicetiletá žena, která pracuje na akutním neklidovém ženském oddělení v psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod.

Sestra S10 je čtyřiatřicetiletá žena pracující na akutním příjmovém oddělení psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod.

Sestra S11 je třicetiletá žena, která pracuje na ženském příjmovém oddělení psychiatrické nemocnice Kosmonosy.

Sestra S12 pětáctýřicetiletá žena, která pracuje na doléčovacím subakutním oddělení psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod.

Sestra S13 je osmačtyřicetiletá žena, pracující na akutním oddělení psychiatrické nemocnice Kroměříž.

2. Podkategorie - Profesní historie

V druhé podkategorii jsme se zaměřili na celkovou délku ve zdravotnictví, na délku praxe na akutním psychiatrickém oddělení, na vzdělání a zda absolvovaly speciální kurzy a semináře. Výsledky jsou znázorněny v tabulce 2.

Tabulka 2: Profesní historie

Sestra	Praxe ve zdravotnictví	Praxe na akutním PO	Praxe na jiném oddělení	Nejvyšší dosažené vzdělání	Kurzy, specializační vzdělávání
S1	13 let	13 let	Ne	Mgr	Specializovaná sestra pro psychiatrii
S2	6 let	6 let	Ne	Střední s maturitou	Kurzy
S3	38 let	24 let	Ano	Mgr	PSS Brno, postgraduál, certifikovaný psychoterapeut
S4	28 let	4 roky	Ano	Střední s maturitou	PSS Brno
S5	17 let	13 let	Ano	Dis	Kurzy zaměřené na pediatrii
S6	18 let	15 let	Ano	Mgr	Diplomovaná sestra pro psychiatrii

S7	11 let	11 let	Ne	Bc	Specializační vzdělávání ošetrovatelské péče v psychiatrii
S8	12 let	6 let	Ano	Bc	Kurzy
S9	29 let	5 let	Ano	Střední s maturitou	Specializační studium, semináře
S10	10 let	10 let	Ano	Mgr	Psychiatrická specializace
S11	11 let	11 let	Ano	Dis	Kurzy, semináře
S12	25 let	15 let	Ano	Bc	Specializace v psychiatrii, semináře
S13	30 let	11 let	Ano	Mgr	Psychiatrické minimum

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

Sestra S1 pracuje ve zdravotnictví celkem 13 let, stejně tak dlouho pracuje na akutním psychiatrickém oddělení, praxi na jiném oddělení nikdy nevykonávala. Její nejvyšší dosažené vzdělání je magisterské, vystudovala obor specializovaná sestra pro psychiatrii. Sestra S2 pracuje ve zdravotnictví celkem 6 let, to odpovídá i její praxi na akutním psychiatrickém oddělení, na jiném oddělení nikdy nepracovala. Vystudovala střední zdravotnickou školu s maturitou a v rámci praxe absolvovala kurzy. Sestra S3 pracuje ve zdravotnictví 38 let, z toho 24 let na akutním psychiatrickém oddělení. Pracovala i na jiných odděleních a to 15 let na interním oddělení. Její nejvyšší dosažené vzdělání je magisterské, absolvovala pomaturitní specializační studium v Brně, poté absolvovala postgraduální tříleté vzdělávání v oboru psychiatrická sestra a dále pracuje jako certifikovaný terapeut se zaměřením na závislosti. Sestra S4 pracuje ve zdravotnictví 28 let, z toho 4 roky na akutním psychiatrickém oddělení. Před tím pracovala 4 roky na

dětském oddělení a poté 20 let na gerontopsychiatrii. Vystudovala střední zdravotnickou školu s maturitou a poté absolvovala pomaturitní specializační vzdělávání zaměřené na akutní péče v gerontopsychiatrii. Sestra S5 pracuje ve zdravotnictví 17 let. Na akutním dětském psychiatrickém oddělení pracuje 13 let, před tím pracovala 4 roky na dětském oddělení. Vystudovala vyšší odbornou školu obor dětská sestra, v rámci praxe absolvovala kurzy zaměřené na pediatrii a také kurzy, týkající se psychiatrie zaměřené na snášení těžkého onemocnění u dětí a vliv ústavní výchovy na rozvoj osobnosti. Sestra S6 pracuje ve zdravotnictví celkem 18 let, z toho 15 let na akutním psychiatrickém oddělení. Uvedl, že pracoval i na jiném oddělení, ale konkrétní nezmínil. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je magisterské, specializaci získal studiem oboru diplomovaná sestra pro psychiatrii. Sestra S7 pracuje ve zdravotnictví 11 let, stejně tak dlouho pracuje na akutním psychiatrickém oddělení. Na jiném pracovišti nikdy nepracoval. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské v oboru všeobecná sestra a v současné době dokončuje specializační vzdělávání v oboru ošetrovatelská péče v psychiatrii. Sestra S8 uvedl, že ve zdravotnictví pracuje celkem 12 let, 6 let pracuje na akutním psychiatrickém oddělení. Pracoval i na jiných odděleních, a to na urologickém a geriatrickém oddělení. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské a v rámci praxe na psychiatrii absolvoval kurzy. Sestra S9 délka její praxe ve zdravotnictví je 29 let. Na akutním psychiatrickém oddělení pracuje 5 let. Uvedla, že dříve pracovala na interním oddělení, ale v rámci psychiatrické nemocnice. Její nejvyšší dosažené vzdělání je střední s maturitou, poté absolvovala specializační vzdělávání v oboru psychiatrie, dále semináře s různým zaměřením, např. zaměřené na suicidální pacienty, ale i na duševně nemocné obecně, v nadcházející době se chystá na kurz prelapse (prevence relapsu onemocnění). Sestra S10 pracuje ve zdravotnictví 10 let, stejně tak dlouho pracuje na akutním psychiatrickém oddělení. Pracovala také 2 měsíce na anesteziologicko resuscitačním oddělení. Vystudovala vysokou školu, má magisterský titul a specializaci v oboru psychiatrie. Sestra S11 pracuje ve zdravotnictví 11 let, stejně tak dlouho pracuje na akutním psychiatrickém oddělení. Pracovala i na gerontopsychiatrii, ale jen 3 měsíce. Vystudovala vyšší odbornou školu a v rámci praxe absolvovala kurzy a semináře se zaměřením na psychiatrii. Sestra S12 pracuje ve zdravotnictví 25 let, z toho 15 let pracuje na akutním psychiatrickém oddělení. Pracovala i na jiných odděleních, konkrétně ale zaměření nezmínila. Její nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské, má specializaci v psychiatrii a specializaci v organizaci

a řízení ve zdravotnictví. Dále uvedla, že absolvovala kurz interního auditoria a v průběhu praxe školení a semináře v péči o psychiatrické pacienty. Sestra S13 pracuje ve zdravotnictví již 30 let, na akutním psychiatrickém oddělení pracuje 11 let. Také pracovala na gerontopsychiatrii a na psychoterapeutickém oddělení. Její nejvyšší dosažené vzdělání je magisterské, má psychiatrické minimum a specializaci v oboru organizace a řízení ve zdravotnictví.

4. 2. Kategorie - Suicidální pacient na psychiatrickém oddělení

V druhé kategorii jsme se zaměřili na četnost a projevy suicidálních pacientů na akutních psychiatrických odděleních, především jak často se sestry s nimi setkávají a zdali se u hospitalizovaných pacientů projevují suicidální tendence. Tato kategorie je rozdělena do dvou podkategorií - množství suicidálních pacientů na vašem oddělení a suicidální pacienti se suicidálními tendencemi.

1. Podkategorie - Množství suicidálních pacientů na vašem oddělení

Na otázku: „*Jak často se setkáváte se suicidálními pacienty?*“ odpověděly sestry S1 a S13 totožně, setkávají se s nimi denně. Velmi často se s nimi setkávají sestry S2 a S12. Sestry S5 a S7 uvedly, že se s nimi setkávají často. Každou směnu se s nimi setkávají sestry S4 a S11. Sestra S10 uvedla, že se se suicidálním pacientem setká tak 1x týdně. Sestra S3 tvrdí, že záleží na období, průměrně se se suicidálními pacienty setkává 3x do měsíce, někdy i častěji. Sestra S6 odpověděla, že se s nimi setkává minimálně 1 za měsíc. Nejméně se s nimi setkávají sestry S8 a S9, ty se s nimi setkávají jen zřídka. Pro lepší přehlednost jsou odpovědi uvedeny v tabulce 3.

Tabulka 3: Množství suicidálních pacientů na vašem oddělení

Sestra	Četnost
S1	Denně
S2	Velmi často
S3	Průměrně 3x měsíčně
S4	Každou směnu
S5	Často
S6	Minimálně 1x měsíčně

S7	Často
S8	Zřídka
S9	Zřídka
S10	1x týdně
S11	Každou směnu
S12	Velmi často
S13	Denně

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

2. Podkategorie - Suicidální pacienti se suicidálními tendencemi

V této podkategorii sestry odpovídaly na otázku „*Mají hospitalizovaní pacienti s duševním onemocněním na Vašem oddělení suicidální tendence (pasivní, aktivní)?*“ Sestra S1 odpověděla, že pacienti suicidální tendenci určitě mají, především verbální, např. vyhrožování, nebo nad tím uvažují. Podobnou odpověď měla sestra S2, která řekla, že suicidální tendence pacienti mají, ale jsou převážně pasivní. Sestra S3 odpověděla: „*Suicidální tendence určitě mají. Nejčastěji se jedná o vyhrožování, výjimečně vykonají pokus na oddělení.*“ Sestra S4 uvedla, že suicidální tendence se u pacientů vyskytují, převážně pasivně v poměru k aktivním tak 10:2. Sestra S5 odpověděla, že na jejich oddělení pacienti suicidální tendence mají, ale podrobně odpověď nerozvedla. Sestra S6 tvrdí, že většinou jsou patrné suicidální proklamace a aktivní pokusy jsou v rámci oddělení ojedinělé. Sestra S7 odpověděl: „*Suicidální pacienti mívají suicidální proklamace. Pokud zde máme depresivního pacienta po pokusu o suicidium, nebo o něm mluví, jedná se o vážně míněné úmysly, někteří mají vážný suicidální pokus za sebou. Pokud zde máme pacienta s poruchou osobnosti, zejména histrionského typu, jde spíše o demonstrativní proklamace nebo pokusy, které mají někdy spíš charakter sebepoškození s cílem přilákat pozornost okolí. Vážně míněný suicidální pokus přímo na oddělení jsem za svou praxi nezažil.*“ Sestra S8 uvedl, že většinou se jedná o pacienty po aktivním suicidálním pokusu. Sestra S9 tvrdí, že se suicidálními tendencemi se u pacientů setkává zřídka. Sestra S10 odpověděla, že suicidální tendence se u nich na oddělení předpokládají u každého pacienta a musí být stále ve střehu. Sestra S11 uvedla, že pacienti suicidální tendence určitě mají, aktivní i pasivní. Sestra S12 dodala, že pacienti mívají suicidální tendence pasivní a často je mají zapsané z minulosti v anamnéze. Sestra

S13 odpověděla: „*Pacienti se suicidálními tendencemi tvoří základ našeho oddělení. Tendence mají aktivní i pasivní, některé jsou dokonány, o některých jen mluví a vyhrožují, někteří mají pokusů za sebou již více.*“

4. 3. Kategorie - Suicidální pacient

V této kategorii jsme se ptali na způsoby provedení suicidia u hospitalizovaných pacientů a zda existují typické znaky suicidálního chování. Tato kategorie je rozdělena do dvou podkategorií - nejčastější způsoby provedení suicidia a popis projevů suicidálního jednání.

1. Podkategorie - Nejčastější způsoby provedení suicidia

Na otázku: „*Jaké nejčastější způsoby provedení suicidálních pokusů volí pacienti hospitalizovaní na Vašem oddělení?*“ odpověděla sestra S1, že nejčastěji se jedná o aktivní způsoby, jako je poškrábání, pořezání, nebo popálení cigaretou. Sestra S2 uvedla, že se nejčastěji setkává se spolykáním většího množství léků, s kombinací užití léků a konzumací alkoholu, nebo řezným poraněním. Taktéž odpověděla i sestra S13. Sestra S3 uvedla: „*Ženy a muži volí odlišné způsoby. Ženy volí méně radikálnější způsoby, nejčastěji spolykají léky. Muži volí oběšení, nebo podřezání.*“ Sestra S4 odpověděla, že nejčastěji se setkává se způsobem pořezání. Sestra S5 řekla: „*Děti si nejčastěji zkouší podřezat žíly různými předměty, jako jsou zlámané tužky, pravítka, různé školní pomůcky, někdy se jedná o pokusy škracení tepláky nebo podprsenkou. Dívky musíme přísně hlídat, jsou pod neustálým dozorem.*“ Sestra S6 uvedl, že se nejčastěji setkává s různými způsoby řezných poranění. Sestra S7 odpověděl: „*Pokud jde o vážně míněné pokusy, jde nejčastěji o skok z výšky, otrava medikamenty nebo oběšení, pokud jde o tzv. demonstrativní sebevražedné pokusy, jedná se v podstatě o stejné způsoby, které mají charakter pouhých výhrůzek.*“ Sestra S8 uvedl, že se nejčastěji setkává s pacienty, kteří se pokusí se otrávit léky v kombinaci s konzumací alkoholu, dále s pacienty s řeznými ranami, nebo s pacienty, kteří skočí z výšky. Sestra S9 odpověděla, že dříve se setkávala např. s oběšením, nyní se setkává s pacienty, kteří skočí pod vlak, nebo z okna. Sestra S10 a sestra S11 uvedly stejnou odpověď, že se setkávají s pořezáním se žiletkou, nebo pokusem o oběšení se na prostěradle. Sestra S12 odpověděla: „*Nemohu jednoznačně odpovědět, jaké pokusy jsou nejčastější. Pacienti jsou vynalézaví, také záleží na tom, zda*

se jedná o „běžný suicidální pokus“ v tíživé životní situaci nebo depresi, nebo o suicidium v návaznosti na psychotické příznaky.“

2. Podkategorie - Popis projevů suicidálního jednání

Ptali jsme se na projevy suicidálního jednání. Otázky zněly: *„Jak byste popsal/a chování suicidálního pacienta? Jsou nějaké typické znaky takového chování?“* Sestra S1 řekla, že velice záleží na přidružené diagnóze, často jsou typickými znaky úzkost nebo smutek, deprese, uzavřenost, nebo neschopnost hovořit o svých pocitech. Sestra S2 odpověděla: *„Myslím, že hodně záleží na tom, jestli to člověk opravdu udělat chce, nebo jestli to je jen v rámci nějakého demonstrativního chování. Často se stává, že člověk, který to vážně udělat chce o tom nemluví, a naopak se tváří, že je vše v pořádku.“* Sestra S3 uvedla: *„Typickým znakem je deprese, a to buď lehká, střední, nebo i těžká s psychotickými příznaky. Pacient může být i agresivní, anebo jen sedí, kouká do zdi a najednou ožije, má příznaky zlepšení a v takovém případě je nutný dohled a můžeme to považovat za varovný signál, že něco chystá.“* Sestra S4 dodala, že nelze zcela specifikovat typické znaky a chování suicidálního pacienta, někteří pacienti se straní, jiní naopak upozorňují a vyhrožují předcházejícími demonstrativními pokusy. Sestra S5 řekla, že typické znaky takového chování nejsou, je to individuální a často to skrývají. Sestra S6 uvedl, že pomineme-li demonstrační pokusy, můžeme brát jako upozornění neochotu k řešení a popírání jakéhokoliv problému. Sestra S7 odpověděl: *„Zde zůstanu u vážně míněných tendencí. Typickými znaky jsou suicidální úvahy, většinou i verbalizované, někdy nekonkrétní, ale v nejvážnějších případech přichází detailní plány, jak skutek provést, včetně přípravy prostředků k provedení (např. shromažďování léků). U pacientů, kteří skutek provedli či plánovali pod vlivem deprese navíc pochopitelně dominují příznaky typické pro toto onemocnění.“* Sestra S8 řekl, že typickým znakem je proklamace suicidia, tenze, někdy podrážděnost, nepředvídatelné chování, negativismus. Sestra S9 uvedla: *„Z praxe vím, že se straní lidí, často jsou zamyšlení, slyší hlasy, nebo mají bludy, strach, vypadají odevzdaně. Můžu ale také říct, že někdy nelze přesně říct a popsat chování, často mi řekne intuice, že ač pacient vypadá „dobře“, něco provede, většinou během vycházek nebo propustky.“* Sestra S10 si myslí, že pokud o suicidii pacienti uvažují a jsou rozhodnutí to udělat, často o tom vůbec nemluví, straní se, jsou nenápadní a záleží pak pokud mají jen suicidální příznaky nebo mají další psychiatrické onemocnění. Sestra

S11 řekla, že typickým znakem je afektivní, zkratovitě, občas teatrální chování, jindy nenápadné, tiché, samotářské chování, které ukazuje vyšší riziko. Sestra S 12 odpověděla: „*Je třeba odlišit důvody suicidia. U psychotického pacienta to mohou být, pokud jsou příznivé, poruchy vnímání či myšlení, které ho k suicidu vedou, dále neadekvátní a nápadné chování. U ostatních by to mohly být prohlubující se deprese, myšlenky na smrt, rovnání si osobních věcí, přípravné kroky, apod.*“ Názor sestry S13 je takový: „*Hodně záleží, zda se jedná o zkratové jednání vlivem nějaké krizové situace, to pak s odstupem a po záchraně hodnotí jako blbost. Pokud se jedná o pacienta např. s dlouhodobými depresemi, převládá spíše vztek ze záchrany, někdy pak naopak apatie, rezignace a vyhrožování, že to stejně dokoná.*“

4. 4. Kategorie - Péče o suicidálního pacienta

V následující kategorii jsme se zaměřili na otázky vztahující se na péči o suicidálního pacienta. Ptali jsme se, jestli existují varovné signály, které upozorňují na riziko spáchání suicidia, dále jsme se ptali, jakou roli zaujímají sestry v péči o suicidálního pacienta a také jsme se ptali, jestli se liší péče o suicidálního pacienta a ostatní hospitalizované pacienty. Kategorie je rozdělena do tří podkategorií - varovné signály, role sestry v péči o suicidálního pacienta a rozdíl mezi péčí o suicidálního pacienta a péčí o ostatní pacienty.

1. Podkategorie - Varovné signály

Na otázku: „*Jakých varovných příznaků si jako sestra musíte u suicidálních pacientů všimnout?*“ jsme dostali velmi pestré odpovědi. Můžeme vidět, že zkušenosti sester jsou různé a individuální. Sestra S1 řekla, že varovným signálem může být jakékoliv zhoršení i zlepšení stavu, snížený příjem jídla a tekutin, zvýšený příjem tekutin (tzv. přepíjení), neuzítí léků, pokles nálady, fyzická prohlídka těla, nebo zhoršení spánku. Sestra S2 uvedla, že si musí všimnout samoty pacientů, jak jsou uzavřeni do sebe, zda mají nebo nemají zájem o aktivity. Dále řekla, že někdy i sami pacienti přijdou, že mají špatné myšlenky, nebo se svěří jinému pacientovi, někdy upozorní i rodina, která zná pacienta nejlépe. Sestra S3 řekla, že podstatnými signály bývá deprese, dále je typickým znakem, že pacienti jen sedí, „*koukají do zdi*“, nemluví a najednou ožijí, chovají se, jako by se jim nic nedělo. Další názor měla sestra S4, která tvrdí, že varovným signálem může být stranění se kolektivu, zamlklost, nebo naopak opakující se demonstrativní pokusy. Sestra

S5 tvrdí, že to je velmi individuální, často to skrývají a nelze to dobře rozeznat. Sestra S6 řekl, že pacient v rámci oddělení vyhledává místa, kde je relativně skryt, proto je potřeba zvýšené pozornosti. Sestra S7 řekl: „*Pacient může mít sebevražedné úvahy, vede řeči o tom, že by bylo lepší nebýt, případně lítost, že se předchozí pokus nepovedl, nejzávažnějším příznakem jsou indicie svědčící o konkrétních přípravách na čin.*“ Sestra S8 uvedl, že varovným signálem může být proklamace, tenze, negativismus, uzavřenost a stranění se ostatních. Sestra S9 řekla: „*Pacienti vyhledávají místo, kde mohou být sami. Mají skleslou náladu, nemluví. Někteří slyší hlasy, špatně spí, mnohdy, když jsou rozhodnutí suicidium vykonat, přemlouvají lékaře, ať je pustí na propustku, na které suicidium vykonají.*“ Sestra S10 si myslí, že varovným signálem by mohla být změna chování, neochota komunikovat, nebo samotářství. Sestra S11 řekla: „*V rámci anamnézy si hlídáme právě ty pacienty, kteří se moc neprojevují a snaží se být nenápadní a jsou celkově depresivní.*“ Sestra S12 řekla, že se nejčastěji jedná o neadekvátní a nápadné chování, u některých pacientů se prohlubují deprese, myšlenky na smrt, rovnají si osobní věci, vykonávají přípravné kroky, apod. Sestra S13 je názoru, že za varovné signály můžeme považovat špatnou komunikaci a spolupráci ze strany pacienta, stranění se ostatních, nebo nechutenství.

2. Podkategorie - Role sestry v péči o suicidálního

Na otázku „*Jakou roli v péči o suicidálního pacienta zaujímáte Vy jako sestra?*“ odpověděly všechny sestry celkem podobně. Sestra S1 řekla, že její role je ošetřovatelka, pečovatelka, má kontrolní roli a psychotherapeutickou funkce. Sestra S2 je toho názoru, že její role je psychická podpora, motivovat pacienta k léčbě, podávání medikace, důležité je z její strany zapojení do kolektivu a terapeutických aktivit, nebo že vede s pacienty podpůrné pohovory. Sestra S3 řekla, že je oporou pro pacienty a psychotherapeutem. Sestra S4 si myslí, že je důležité pacienty vyslechnout, pozorovat a hlídat je. Sestra S5 řekla, že dětským pacientům především nahrazuje matku nebo někoho blízkého, dále že užitečné jsou podpůrné rozhovory. Sestra S6 tvrdí, že jeho úkolem je pozorování, dohlížet na pacienty a vést s nimi rozhovory. Sestra S7 řekl: „*Role sestry spočívá především v tom, aby právě takové hrozící příznaky zaznamenala a předala lékařům či psychologům.*“ Sestra S8 řekl, že jeho úkolem je především ošetřovatelská péče a dohled. Sestra S9 řekla: „*Pokud takového pacienta na oddělení máme, sledujeme jeho projevy chování, často*

kontrolujeme jeho pokoj, provádíme pravidelně zápisy do dokumentace, informujeme lékaře, psychologa, uděláme si na něj čas a mluvíme s ním, neodbyváme ho.“ Sestra S10 zaujímá přátelskou roli pozorovatele. Sestra S11 řekla: „Role sestry je ta nejdůležitější. Pokud si takového pacienta sestra nedokáže pohlídat, může se o suicidium pokusit na oddělení, nebo na lékaře zahrát zlepšení stavu a získat tak víkendovou propustku, na které plánují suicidium.“ Sestra S12 odpověděla, že role sestry v péči o suicidálního pacienta je stěžejní. Sestra S13 si myslí: „Dle mého názoru má sestra velice důležitou roli, mnohdy je ona jediný člověk, se kterým je pacient ochotný komunikovat a otevřít se mu, proto musí sestra umět naslouchat.“

3. Podkategorie - Rozdíl mezi péčí o suicidálního pacienta a péčí o ostatní pacienty

V této podkategorii jsme se zaměřili na rozdíl péče, zda jsou nějaké rozdíly mezi péčí o suicidálního pacienta a ostatní pacienty na psychiatrickém oddělení. Otázka zněla: *„Liší se něčím péče o suicidálního pacienta od péče o ostatní pacienty na Vašem oddělení? Uveďte, prosím, v čem konkrétně?“* Získané odpovědi byly různé. Sestra S1 říká, že suicidální pacienti vyžadují zvýšený ošetrovatelský pohled. Sestra S2 tvrdí: *„Vyloženě si myslím, že se neliší. Možná jen tím, že takové pacienty si víc hlídáme.“* Sestra S3 odpověděla, že suicidální pacienti potřebují celkově zvýšený dohled, kontrolu příjmu jídla a tekutin, dohled na hygienu a snažit se s nimi více mluvit a být s nimi na stejné vlně, nemluvit s ním a smát se, když je pacient depresivní. Sestra S4 řekla, že suicidální pacienti potřebují důslednější kontrolu. Sestra S5 odpověděla, že na dětském oddělení to moc rozlišovat nejde, protože sestry mají k dětským pacientům spíš vztah matka - dítě než sestra - pacient. Sestra S6 řekl: *„Péče se neliší, jde spíše o konkrétní dohled na výskyt sebepoškozování v rámci standardního intenzivního dohledu.“* Sestra S7 odpověděl: *„Pacienti mají předepsaný zvýšený dohled s ohledem na riziko suicidia. Konkrétní postupy nejsou žádným předpisem stanoveny, dohled je realizován spíše obecnou formou, kterou bych lidově řečeno popsal slovy: „Dejte pozor na XY“ ...Jedná se např. o častější a důkladnější kontroly během noci, dohled nad tím, aby takový pacient nechodil sám do koupelny apod.“* Sestra S8 řekl, že péče se liší pouze v dohledu, suicidální pacienti musí být pod intenzivnějším dohledem. Sestra S9 odpověděla: *„Ano, taková péče se liší. Zaměřujeme se více na jeho chování a projevy, musíme mu naslouchat, vést s ním více*

individuálních pohovorů, během kterých by neměl mít pocit, že nás zdržuje, konzultovat s lékařem jeho stav a provádět častější zápisy.“ Sestra S10 si myslí: „Myslím si, že se neliší. Všichni pacienti potřebují intenzivní péči a nepřetržitý monitoring.“ Sestra S11 je opačného názoru: „Určitě se liší. Sestra musí být empatická, nenápadně získat pacientovu důvěru, nechat mu prostor, ale zároveň ho mít neustále pod dohledem. Což je i u jiných pacientů, ale jiné diagnózy mají i jiná kritéria.“ Sestra S12 řekla: „Péče o každého pacienta je individuální, zjišťujeme příznaky, sledujeme chování, provádíme rozhovory. Vždy individuálně se zaměřením na aktuální potíže. Nemyslím si, že by se výrazně lišila. Stejně tak musíte sledovat i agresivního pacienta např. se schizofrenií.“ Sestra S13 se k této otázce nevyjádřila.

4. 5. Kategorie - Bezpečnostní opatření

Pátá kategorie zahrnuje otázky týkající se bezpečnostních opatření. Zaměřili jsme se na to, jaká nejčastěji sestry využívají při poskytování ošetrovatelské péče, jaká je v případě využití bezpečnostních opatření role sestry a ptali jsme se, jaké druhy režimů rozlišují na jejich pracovišti. Kategorie je rozdělena do čtyř podkategorií - bezpečnostní opatření na vašem oddělení, úloha sestry při využití bezpečnostních opatření, druhy režimů a bezpečnostní opatření při příjmu a v průběhu hospitalizace.

1. Podkategorie - Bezpečnostní opatření na vašem oddělení

Na otázku „*Jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče o suicidálního pacienta?*“ sestra S1 řekla: „*Pacienti u sebe nemají žádné ostré předměty - sklo, plechovky, kovy, apod. Jsou pod nepřetržitým ošetrovatelským dohledem a v případě sebepoškozování (škracení, polykání předmětů, apod.) pacienta kurtujeme, nebo ho přemístíme na izolovaný pokoj. Pacient je po příjmu hospitalizovaný na uzavřeném oddělení, na vycházky chodí až po zaléčení a pouze se sestrou.*“ Sestra S2 odpověděla: „*Hned při příjmu jsou pacientovi odebrány nebezpečné předměty, které mu po dobu hospitalizace nejsou vydány a má je v úschovně. V případě, že je jeho stav velmi vážný, hospitalizuje se na pokoji s kamerami, aby byl pod větším dohledem.*“ Sestra S3 řekla, že suicidální pacient u sebe nesmí mít ostré předměty a nejlépe se hospitalizuje na pokoji s kamerovým systémem. Sestra S4 řekla, že při příjmu jsou pacientovi odebírány nebezpečné předměty, které se mu v průběhu hospitalizace nevracejí, dále u sebe nemají

žádné léky (ani doplňky stravy), vše vydává sestra dle ordinace lékaře. Sestra S5 tvrdí: „Ve většině případů jsou pacientky pod zvýšeným a pravidelným dohledem, přes den se kontrolují 1x za půl hodiny, v noci 1x za hodinu. Pokud je to potřeba, překládají se dívky na neklidové oddělení do izolačních pokojů, ty se evidují jako omezovací prostředek. Při neklidu pacientek aplikujeme např. Apaurin, nebo Tisercin.“ Sestra S6 řekl, že jako bezpečnostní opatření vykonává farmakologické klidnění pacientů, omezení pacientů v pohybu a musí mít intenzivní a nepřetržitý dohled nad suicidálními pacienty. Sestra S7 uvedl: „Pacienti mají předepsaný zvýšený dohled s ohledem na riziko suicidia. Jedná se např. o častější a důkladnější kontroly během noci, dohled nad tím, aby takový pacient nechodil sám do koupelny. Dále lze v nejvážnějších případech přistoupit k omezení pacienta např. v izolační místnosti, síťovém lůžku nebo kurtováním k lůžku – ve všech těchto situacích jsou pacienti nepřetržitě – to je právě úlohou sester - sledování buď přímo nebo prostřednictvím kamery. Další bezpečnostní opatření platí obecně pro všechny pacienty a vyplývají přímo z charakteru oddělení – nemožnost samovolně opustit oddělení (zamčené dveře, mříže v oknech), přímý dohled na okamžité užití všech podaných léků ve stanovený čas, také že pacienti nemají u sebe žádné ostré předměty.“ Sestra S8 odpověděl, že bezpečnostní opatření, která vykonávají, jsou především preventivní, při příjmu jsou prováděny osobní prohlídky u každého pacienta, odebírají se jim všechny potenciálně nebezpečné předměty– sklo (zrcátka, skleněné nádoby), pinzety, nůžky, pilníky, sponky, šňůrky, opasky, tkaničky, apod. Sestra S9 řekla: „Pokud jde o neklidného pacienta se suicidálními sklony, musí se užít restrikce - izolační místnost, sledování kamerou, injekční terapie, po odeznění akutního stavu nemoci, psychologicky nastavené léčby, atd.“ Sestra S10 řekla, že při příjmu jsou pacientům odebírány opasky, šály, nůžky, zapalovače, vše ostré a nebezpečné, pacienty poté umisťují na pokoje s kamerovým systémem a pokud je to velmi akutní, používají restriktivní metody, nejčastěji kabátek, nebo kurty. Sestra S11 odpověděla: „Při příjmu se každému pacientovi musí udělat důkladná prohlídka všech věcí, co mají s sebou ale i oblečení, které mají na sobě. Sepíšou se všechny věci, které jsou nebezpečné i potencionálně. Každá návštěva je upozorněna, aby nenosila nevhodné věci, všechny věci jsou při jejím příchodu kontrolovány. Sestra je zodpovědná za to, co bude mít pacient na oddělení.“ Sestra S12 řekla, že sestry na oddělení musí pacientovi zajistit bezpečné prostředí, to znamená, že by pacient neměl mít dostupné předměty, kterými by si mohl ublížit, včetně např.

nabíječky od telefonu, ostrých nože, sklenice apod. Sestra S13 odpověděla, že pacienti nemají u sebe žádné ostré předměty, spreje, nůžky, pásky, přístroje jsou uzamčené a vydávány jen k jídlu, během dne se pacienti zdržují jen ve společných prostorách.

2. Podkategorie - Úloha sestry při využití bezpečnostních opatření

Na otázku: „*Jaká je úloha sestry v případě využití bezpečnostních opatření?*“ nám dokázala odpovědět pouze sestra S12, která řekla, že úloha sestry spočívá především v dohledu nad pacientem.

3. Podkategorie - Druhy režimů

V této podkategorii jsme se zaměřili na druhy režimů na pracovištích. Otázka zněla: „*Jaké druhy režimů jsou používány na Vašem oddělení?*“ Sestra S1 řekla, že pracuje na uzavřeném oddělení, takový mají i režim, to znamená, že pacienti nemají vycházky, pokud je patrné zlepšení tak chodí na vycházky se sestrou a v případě pokroků k lepšímu mají pacienti volné vycházky na jednu po areálu nebo po městě. Sestra S2 pracuje taktéž na uzavřeném oddělení, pokud je pacientův stav velice vážný, je umístěn na pokoj s kamerovým systémem, aby byl pod větším dohledem. Sestra S3 řekla: „*Rozlišujeme dvě fáze hospitalizace. První je tzv. filtrová, neboli přijímací, během které je pacient pod kamerami, nebo na izolačním pokoji, má zvýšený dozor a je oblečen jen v pyžamu. Druhá fáze je tzv. režimová, kdy má na sobě civilní oblečení, má u sebe osobní věci, vlastní skříňku a má u sebe cennosti, kromě ostrých předmětů.*“ Sestra S4 řekla, že pacient s akutními suicidálními tendencemi je v režimu B s kontrolou každé 2 hodiny. Sestra S5 odpověděla: „*Pokud dojde k příjmu suicidálního pacienta, přijímá se do tzv. dohled č. 2, to znamená, že dohled je zvýšený a pravidelný, přes den po 30 minutách a v noci po hodině. Pokud je to potřeba, překládají se dívky na neklidové oddělení na dohled č. 3 do izolace, ta se eviduje jako omezovací prostředek.*“ Sestra S6 řekl, že na jejich oddělení mají intenzivní, nepřetržitý dohled nad pacienty, druhy režimů nezmínil. Sestra S7 řekl, že ve všech situacích jsou pacienti nepřetržitě sledováni a hlídáni buď přímo nebo prostřednictvím kamery. S8 na otázku neodpověděl. Sestra S9 řekla, že pokud je stav pacienta velmi akutní, hospitalizuje se na pokoj s kamerovým systémem. Sestra S10 uvedla, že rozlišují dva režimy, prvním je intenzivní dohled a druhým je velmi intenzivní dohled. Sestra S11 řekla: „*Máme dva druhy režimů, první je tzv. filtr, kdy pacienti nemají*

možnost jít ven, druhý je tzv. chodba, kdy má pacient možnost společných, i samostatných vycházek, nebo má terapie mimo oddělení.“ Sestra S12 odpověděla: „Pacient je přijímán na oddělení uzavřeného typu, kde může být lépe sledován a je zajištěno jeho bezpečí. Jde převážně o nedobrovolnou hospitalizaci. Při příjmu mu jsou na základě ohrožujícího stavu odebrány rizikové předměty. V průběhu hospitalizace a na základě úpravy aktuálního zdravotního stavu se opatření uvolňují.“ Sestra S13 řekla, že pracuje na uzavřeném oddělení bez klik a vše je uzamykáno.

4. Podkategorie - Bezpečnostní opatření při příjmu a v průběhu hospitalizace

Na otázku: *„Popište bezpečnostní opatření uplatňovaná při příjmu, v průběhu hospitalizace.“* sestra S1 jako odpověď uvedla: *„Pacienti u sebe nemají žádné ostré předměty - sklo, plechovky, kovy, apod. ty jim jsou při příjmu odebrány a zapsány na seznam osobních věcí pacienta. V průběhu hospitalizace jsou nepřetržitým ošetrovatelským dohledem, v případě sebepoškození jsou hospitalizováni na izolovaný pokoj, dle potřeby kurtování a jsou pod zvýšeným dohledem. Pacient je hospitalizován na uzavřeném oddělení, na vycházky chodí až po zaléčení, a to jen se sestrou.“* Sestra S2 měla stejnou odpověď a ještě dodala, že pokud je pacientův stav velmi vážný a akutní, hospitalizuje se na pokoj s kamerovým systémem. Sestra S3 řekla, že při příjmu se suicidálnímu pacientovi odeberou nebezpečné předměty a pacient se hospitalizuje na pokoj s kamerovým systémem, díky kterému je pod nepřetržitým dohledem a je jen v pyžamu. Pokud se jeho stav zlepší, přemístí se na normální, běžný pokoj, kde už může mít na sobě civil, má u sebe osobní věci, svou vlastní skříňku a cennosti, kromě ostrých předmětů. Sestra S4 také zmínila odebrání nebezpečných předmětů při příjmu a dodala, že suicidální pacienti u sebe nemají žádné léky, ani doplňky stravy, všechny léky vydává sestra dle ordinace lékaře. Sestra S5 uvedla, že děti se hospitalizují jen s nejnужnějšími věcmi, které mají v úschově, u sebe nemají nic a jsou pod nepřetržitým dohledem. Sestra S6 uvedl jako odpověď, že pacientům se při příjmu podávají farmaka na zklidnění, pokud je to nutné omezují se v pohybu a mají nad ním intenzivní a nepřetržitý dohled. Sestra S7 řekl: *„V nejvážnějších případech přistupujeme k omezení pacienta např. v izolační místnosti, síťovém lůžku nebo kurtováním k lůžku. Ve všech těchto situacích jsou pacienti nepřetržitě sledováni buď přímo nebo prostřednictvím kamery. Další bezpečnostní opatření platí obecně pro všechny pacienty a vyplývají přímo z charakteru oddělení, jako*

je nemožnost samovolně opustit oddělení - máme uzamčené dveře a mříže v oknech. Máme přímý dohled na okamžitým užitím všech podaných léků ve stanovený čas, pacienti nemají u sebe žádné ostré předměty.“ Sestra S8 řekl, že při příjmu je všem pacientům prováděna osobní prohlídka, během které dochází k odebrání všech potenciálně nebezpečných předmětů, jako je sklo (zrcátka, skleněné nádoby), pinzety, nůžky, pilníky, sponky, konzervy, šňůry, opasky, tkaničky, což jim není ani po zlepšení stavu vráceno. Sestra S9 uvedla: *„Pokud jde o neklidného pacienta se suicidálními sklony, musí se užít restrikce - izolační místnost, sledování kamerou, injekční terapie a po odeznění akutního stavu nemoci dochází k psychologickému nastavení léčby.*“ Sestra S10 odpověděla: *„Při příjmu pacientům odebíráme opasky, šály, nůžky, zapalovače, všechny ostré a nebezpečné předměty. Pacienty umísťujeme na pokoje, kde jsou pod kamerovým systémem. Pokud je to velmi akutní, používají se restriktivní metody jako je kabátek, nebo kurty.*“ Sestra S11 jako odpověď uvedla: *„Při příjmu se každému pacientovi musí udělat důkladná prohlídka všech věcí, co mají s sebou, ale i oblečení, které mají na sobě. Sepíšou se všechny věci, které jsou nebezpečné i potencionálně. Každá návštěva je upozorněna, aby nenosila nevhodné věci, všechny věci jsou při jejím příchodu kontrolovány. Sestra je zodpovědná za to, co bude mít pacient u sebe.*“ Sestra S12 řekla: *„Pacient je přijímán na oddělení uzavřeného typu, kde může být lépe sledován a je zajištěno jeho bezpečí. Jde převážně o nedobrovolnou hospitalizaci. Při příjmu mu jsou na základě ohrožujícího stavu odebrány rizikové předměty. V průběhu hospitalizace se na základě úpravy aktuálního zdravotního stavu se opatření uvolňují.*“ Sestra S13 uvedla, že pracuje na uzavřeném oddělení, bez klik a vše je uzamykáno, dále zde mají kamerový systém, suicidální pacienti u sebe nemají žádné ostré předměty, spreje, nůžky, pásky, přístroje mají bez nože, ty jsou uzamčené a vydávají se jen k jídlu a v průběhu dne se pacienti zdržují ve společných prostorách.

4. 6. Kategorie - Suicidium na oddělení

V této kategorii jsme se zaměřili na vykonání suicidia na oddělení, zda se s pokusem o suicidium v průběhu hospitalizace sestry již setkaly, zda se na jejich pracovišti vyskytují pacienti po opakovaných pokusech o suicidium a jaké druhy léčby využívají. Kategorie je rozdělena do tří podkategorií - pokus o suicidium v průběhu hospitalizace, četnost pacientů po opakovaných pokusech a druhy léčby.

1. Podkategorie - Pokus o suicidium v průběhu hospitalizace

Na otázku: „Setkal/a jste se někdy s případem, že se pacient o suicidium pokusil v průběhu hospitalizace na psychiatrickém oddělení?“ odpověděly všechny sestry, kromě jedné, že ano. Odpovědi jsou pro přehlednost znázorněné v tabulce 4.

Tabulka 4: Setkání sester s pokusem o suicidium v průběhu hospitalizace

Sestra	Setkání s pokusem o suicidium v průběhu hospitalizace
S1	Ano
S2	Ano
S3	Ano
S4	Ano
S5	Ano
S6	Ano
S7	Ne
S8	Ano
S9	Ano
S10	Ano
S11	Ano
S12	Ano
S13	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum 2020

Sestra S1 se s ním setkala již několikrát, stejně tak jako sestra S2, S5, S11 a S12. Sestra S3 řekla, že se s ním setkává ne příliš často, ale ano. Sestra S4 řekla, že se s ním setkává opakovaně, taktéž odpověděla sestra S13. Setkal se s ním i sestra S6, S8, S9 a S10. Nikdy se s ním ještě neseťkal sestra S7.

2. Podkategorie - Četnost pacientů po opakovaných pokusech

Na otázku: „Vyskytují se na Vašem oddělení pacienti s opakovanými pokusy o suicidium?“ odpověděly všechny sestry, až na dvě z nich, že se u nich na oddělení

pacienti po opakovaných pokusech o suicidium vyskytují. Dvě z nich odpověděly, že se u nich vyskytují jen někdy a málo. Odpovědi jsou doplněny do tabulky 5.

Tabulka 5: Výskyt pacientů s opakovanými pokusy o suicidium

Sestra	Výskyt pacientů s opakovanými pokusy o suicidium
S1	Ano, často
S2	Ano, často
S3	Ano
S4	Ano
S5	Ano
S6	Ano
S7	Ano
S8	Někdy
S9	Málo
S10	Ano, často
S11	Ano, často
S12	Ano
S13	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

Sestra S1 řekla, že pacienti s opakovaným pokusem o suicidium se u ní na oddělení vyskytují často. Stejně tak odpověděly sestry S2, S10 a S11. Sestry S3, S4, S5, S6, S7, S12 a S13 odpověděly, že u nich na oddělení se pacienti s opakovanými pokusy o suicidium vyskytují. Sestra S8 řekl, že se s nimi setkává jen někdy. Sestra S9 uvedla, že se u nich vyskytují málo.

3. Podkategori - Druhy léčby

Ptali jsme se na otázku: „*Jaké druhy léčby jsou na Vašem pracovišti uplatňovány v péči o suicidální pacienty?*“ Sestra S1 řekla, že na její pracovišti podávají antidepresiva, dočasně anxiolytika a dále zde provádějí ošetrovatelskou i psychologickou psychoterapii. Sestra S2 uvedla, že na jejich pracovišti léčí pacienty medikamentózně, mají zde

terapeutické aktivity a individuální a skupinové pohovory s psychologem. Sestra S3 odpověděla, že léčí pacienty medikamentózně, pracovní terapií, nebo elektrošoky, těmi ale ne příliš často. Sestra S4 uvedla, že pacienti mají pohovory s psychologem, lékařem, sestrou, dále zde léčí farmakoterapii a pracovní terapií. Sestra S5 jako odpověď uvedla individuální i skupinovou psychoterapii, podávání antidepresiv a stabilizátorů nálady. Sestra S6 uvedl, že na jejich oddělení podávají farmaka, dále je zde pro pacienty možnost psychoterapie a u těžkých případů deprese či psychóz elektrokonvulze. Sestra S7 odpověděl: *„Léčíme základní onemocnění, psycholog vede s pacienty podpůrné rozhovory, podávání medikamentů, eventuálně elektrokonvulzivní terapie. Systematická psychoterapie se na našem odd. neprovádí, pokud se jeví pro pacienta vhodná, je přeložen na příslušné doléčovací oddělení.“* Sestra S8 jako odpověď uvedl medikamentózní léčbu, ošetrovatelskou péči a po zlepšení stavu rozhovory s psychologem a psychoterapie. Sestra S9 uvedla medikamentózní léčbu, psychoterapii, pokud má pacient halucinace, nebo je neklidný podávají injekční roztoky, dále uvedla, že důležitá je i aktivizace pacienta tím odvedou jeho pozornost jinam. Sestra S10 řekla, že na jejím pracovišti léčí psychoterapií, medikamenty a elektrokonvulzivní terapie. Sestra S11 jako odpověď uvedla farmakoterapii, psychoterapii a relaxaci. Sestra S12 odpověděla, že provádějí léčbu medikamentózní a psychoterapeutické pohovory. Sestra S13 zmínila farmakoterapii, psychoterapii, arteterapii, ergoterapii a setkávání pacientů v komunitě.

4. 7. Kategorie - Specifika

V sedmé kategorii jsme se zaměřili na specifika suicidálních pacientů. Ptali jsme se sester, jestli se suicidální pacienti dokážou vrátit plně do života a zda existují nějaká specifika při komunikaci se suicidálními pacienty. Kategorie je rozdělena do dvou podkategorií - návrat pacienta zpět do života a specifika komunikace se suicidálním pacientem.

1. Podkategorie - Návrat pacienta zpět do života

Ptali jsme se na otázku: *„Do jaké míry se suicidální pacienti dokážou plně vrátit do života?“* Sestra S1 řekla, že záleží na tom, jestli mají pacienti přidruženou diagnózu (např. poruchu osobnosti) a myslím si, že z většiny tyto pacienti dokážou žít kvalitně. Sestra S2 řekla, že záleží na mnoha faktorech, jako je pacientova rodinná, nebo finanční situace.

Sestra S3 je toho názoru, že velice důležitá je péče sester, dále péče a zájem ze strany rodiny a pacientova okolí, nebo na pomoci psychoterapeuta, nebo psychiatra. Sestra S4 si myslí, že na tuto otázku nelze jednoznačně odpovědět a záleží především na důvodech pokusu u suicidium, od kterých se odráží vše. Sestra S5 se domnívá, že děti se dokážou zpět do života vrátit na sto procent, ale velkou roli hraje rodina, rodinné vztahy a přátelé. Sestra S6 řekl, že je to výrazně individuální a lze říci, že ve většině případů dochází k postupnému náhledu pacienta na problémy a nalezení způsobu jejich řešení. Sestra S7 odpověděl: *„To je velmi individuální, největší naději mají lidé, kteří pokus spáchali v nějakém zkratkovitém hnutí mysli v reakci na krizi, která se jim zdála bezvýchodná a po činu ovšem získali náhled na situaci a byli rádi, že se pokus nepovedl (časté např. i u pacientů s těžkou závislostí na alkoholu či jiných drogách). U pacientů, kteří pokus spáchali např. pod vlivem onemocnění depresí, záleží na tom, jak dalece se podaří kompenzovat toto základní onemocnění. Z hlediska možného opakování suicidálního pokusu naopak ze zkušenosti hodnotím jako téměř beznadějně.“* Sestra S8 uvedl: *„Většinou pacienty po odeznění akutních příznaků překládáme na psychoterapeutické oddělení a nemáme zpětnou vazbu. Ale myslím si, že je to různé, někteří se dokážou vrátit zpět do života naplno, někteří se vrací na naše oddělení s opakovanými pokusy o suicidium, většinou jsou to pacienti po demonstrativních suicidálních pokusech. Sestra S9 se domnívá, že se suicidální pacienti nedokážou vrátit na sto procent, vždy je riziko dalšího suicidia a často záleží na podpoře rodiny. Sestra S10 odpověděla, že pacienti se dokážou vrátit zpět do života, odpověď dále nerozvedla. Sestra S11 řekla: *„Vždy záleží na diagnóze. Pokud se jedná o nepřiměřenou reakci na akutní stres, je velká šance, že se dokážou vrátit zpět do života, někdy se jedná o chronicky suicidální pacienty, kteří se k nám stále vracejí.“* Sestra S12 si myslí, že je to individuální a velice záleží na okolnostech, příčinách, rodinném zázemí a samozřejmě adekvátní léčbě. Sestra S13 odpověděla: *„Pokud se jedná o zkratové jednání, tak téměř vždy, pokud nedojde k nastartování jiného duševního onemocnění, případně to není první známka duševního onemocnění. Pokud se jedná o pacienty, kteří duševní onemocnění diagnostikované mají, je pravděpodobné, že dojde k opakování pokusu.“**

2. Podkategorie - Specifika komunikace se suicidálním pacientem.

Na otázku: „*Jaká jsou specifika v komunikaci se suicidálním pacientem?*“ řekla sestra S1, že důležitá je empatie, naslouchání, musí nechat pacienta vést rozhovor, vyslechnout ho, podpořit ho a motivovat ho k léčbě. Sestra S2 uvedla podobnou odpověď, řekla, že je potřeba nebagatelizovat jejich situaci, snažit se pacientovi porozumět, vyslechnout ho a motivovat ho. Sestra S3 je toho názoru, že při komunikaci se suicidálními pacienty je potřeba být rázná a „nemazat se s nimi“. Sestra S4 uvedla, že je potřeba trpělivost, vstřícnost a ochota pacienta vyslechnout, kterou oni musí vycítit. Sestra S5 odpověděla podobně jako sestra S4. Řekla, že je za potřebí trpělivost, laskavost, empatie a doplnila, že někdy pomůže i objetí, pohlázení, v jejím případě se jedná o péči o děti. Sestra S6 si nemyslí, že by byla v tomto případě nějaká specifika. Sestra S7 odpověděl: „*Umět trpělivě a empaticky naslouchat, ale zároveň kategoricky odmítnout sebevraždu jako řešení, snažit se nabídnout východisko ze situace, neobviňovat, nevyčítat. Někdy je možno využít i kontakt s příbuznými nebo např. s duchovním.*“ Sestra S8 uvedl, že je potřeba vzbuzovat důvěru, nesoudit a neodsuzovat pacienta. Sestra S9 řekla: „*Nejdůležitější je si na pacienta udělat čas, nevyvracet mu jeho myšlenky nebo halucinace, pouze říct svůj názor, podpořit ho, když si to bude přát, ale zároveň ho připravit na to, aby byl schopen zvládat život sám a nestal se závislý na druhých.*“ Sestra S10 odpověděla, že je důležité nebagatelizovat co pacient říká, naslouchat mu, informace pacientovi podávat srozumitelně a rozpoznat varovné signály. Sestra S11 řekla: „*Vždy je potřeba si zachovat zdravý odstup, mít klidný a empatický přístup a projev. Pokud pacient nechce, nenutíme ho k žádným rozhovorům, ale nabízíme možnost, že jsme tu pro něho, pokud potřebuje. Mít neustále kontrolu nad tím, co dělá, především nenápadně v noci.*“ Sestra S12 odpověděla: „*Důležitý je empatický přístup, mapovat situaci, snažit se odhalovat možná rizika sebevražedného jednání, rozhovorem zjišťovat, jak situaci pacient vnímá, zajistit bezpečné prostředí, mít ho pod stálým dohledem. Zásadní chybou je bagatelizace příznaků.*“ Sestra S13 jako odpověď uvedla: „*Je potřeba si udělat čas, připravit pro pacienta klidné prostředí, umět poslouchat, nehodnotit, nekritizovat, nezlehčovat, neradit – nezaujímat postoj, jen provést situaci a poslouchat, umět vysvětlovat, najít si čas, umět čekat, ne vždy je pacient hovorný a je třeba čas, aby začal sám od sebe.*“

4. 8. Kategorie - Názor na změnu péče

V osmé kategorii jsme se zaměřili na názor sester na poskytovanou péči, zda došlo v průběhu let k nějaké změně a nějakému posunu, zda vnímají nějaký rozdíl a za mají nějaký návrh na změnu, co např. postrádají, nebo co by změnily. Kategorie je rozdělena do dvou podkategorií - změna péče v průběhu let a návrh na zlepšení péče.

1. Podkategorie - Změna péče v průběhu let

Položili jsme otázku: *„Jakým způsobem se v průběhu let změnila péče o suicidální pacienty? (Např. dostupnost a možnost využití lepších bezpečnostních prostředků, apod.)“* Sestra S1 si myslí, že v současné době je dostupná modernější farmakoterapie. Sestra S2 se k této otázce nevyjádřila. Sestra S3 řekla, že výhoda je kamerový systém, díky němu pravidelné dohledy, lepší složení léků a větší dostupnost psychologů a psychiatrů. Sestra S4 řekla, že v dnešní době je více psychologů, tím pádem větší možnost pohovorů, rozmanitost péče a aktivity pro pacienty, jako je např. pracovní terapie. Sestra S5 si myslí, že farmakologická léčba postoupila hodně vpřed, také se mění přístup péče Odboru sociální péče a ochrany dětí. Sestra S6 řekl: *„Na takto položenou otázku nedokážu stručně odpovědět, snad jen, že jsou dostupné kvalitní kamerové systémy a vyspělejší farmaka.“* Sestra S7 odpověděl: *„Pozitivním faktorem je vývoj v oblasti farmakoterapie (především anxiolytika a antidepresiva, která jsou lépe působící, a dochází k redukci vedlejších nežádoucích účinků). Velkou pomocí je možnost nasazení audiovizuální techniky. Naopak jako kontraproduktivní se v tomto směru jeví aktivity různých lidskoprávních organizací včetně kanceláře ombudsmana, které pod záminkou zajištění soukromí hospitalizovaných vyvíjejí tlak například právě na odstranění kamer, sloužících k nepřetržitému sledování rizikových pacientů. Rovněž snaha o přestavbu starých budov s cílem rozčlenit prostor na menší (dvoulůžkové či dokonce jednolůžkové) pokoje je obecně jistě chvályhodná, ale zrovna při péči o tento typ pacientů není dlouhý pobyt o samotě a bez možnosti dohledu příliš žádoucí. Rovněž tzv. reforma psychiatrické péče je v tomto ohledu problematická – při jejím necitlivém zavádění hrozí, že pacienti, jejichž stav vyžaduje hospitalizaci (což právě ti s vážnými suicidálními pokusy nepochybně jsou) budou ponecháni svému osudu doma, kde jim ovšem terénní péče nemůže zajistit dostatečně efektivní dohled, který tito lidé vyžadují.“* Sestra S8 se k této otázce nevyjádřil. Sestra S9 jako odpověď uvedla: *„Pokud jde o pacienty, kteří mají*

suicidální tendence a chtějí vyhledat pomoc, je to velmi těžké. Nejrychlejší je pro jejich rodinu zavolat rychlou a nechat je odvést, pokud chtějí ambulantní radu, či psychologa. Určitě si počkají cca 3 měsíce, což už může být pozdě. Mají možnost se poradit v Centru duševního zdraví, pokud je v jejich okolí, nebo zkusit Linku bezpečí, prostě cokoliv, kde ho vyslechnou, v tomto směru vidím jistý posun.“ Sestra S10 si myslí, že výhodou je existence center duševního zdraví, dostupnost péče o duševní zdraví a dostupnost specialistů. Sestra S11 si myslí, že v dnešní době je psychiatrická péče celkově na vysoké úrovni. Sestra S12 řekla, že z jejího pohledu se péče téměř nezměnila. Sestra S13 odpověděla: „Péče o suicidální pacienty se měnila hodně. Mají denní kontakt s psychologem, chodí na skupinová sezení, nebo do komunity. Co se týká farmakoterapie zde je asi největší posun. V dnešní době je personál více kvalifikovaný.“

2. Podkategorie - Návrh na zlepšení péče

Ptali jsme se na otázku: „Máte návrh, jak zlepšit péči o suicidální pacienty na Vašem pracovišti? Existuje něco, co během poskytování ošetrovatelské péče postrádáte?“ Sestra S1 si myslí, že by byl potřeba včasný překlad z akutního na psychotherapeutické oddělení, dále že by byla potřeba eliminovat vznik komplikací (závislost) vznikající dlouhodobým užíváním anxiolytik (např. Neurol, Xanax). Sestra S2 řekla, že v posledních pár letech postrádá především čas se pacientům věnovat. Sestra S3 řekla, že je se vším spokojená, ale že by byla potřeba více personálu, především více odborného personálu, se specializacemi, apod. Sestra S4 řekla, že na jejím pracovišti je péče zajištěna a nic nepostrádá. Sestra S5 odpověděla: „U nás bychom mohli mít více personálu a méně papírování. Místo toho bychom pak mohli sedět s dětmi na herně, hrát karty, člověče nezlob se a jiné hry. Díky tomu se děti otevřou a získáme u nich důvěru. Do dnes mám dvě pacientky jako kamarádky, již pár let od propuštění.“ Sestra S6 řekl, že ho nic nenapadá. Sestra S7 je stejného názoru jako sestra S6, také ho nic nenapadá. Sestra S8 uvedl: „U nás je to obtížné, pacienti jsou umístěny po suicidálních pokusech na uzavřené oddělení akutní péče, jsou vsazeny mezi pacienty s různými psychózami, po odvykacích stavech, s neklidnými pacienty, jde o to, že jsou spíše pod zvýšeným dohledem a zbaveni v podstatě většiny osobních věcí, po psychologickém vyšetření jsou pak překládáni na psychotherapeutické oddělení.“ Sestra S9 uvedla: „Na mém oddělení i v naší psychiatrické nemocnici máme hodně dostupných prostředků, kromě času. Jako zdravotník mám velmi

málo času na to, abych se všem věnovala dostatečně dlouhou dobu. Potřebnou dobu. Proto bych ocenila méně papírování a více času na pacienty.“ Sestra S10 si myslí, že by bylo potřeba rozšířit mimoústavní terénní péči, jako jsou specializované ambulance. Sestra S11 řekla: „Určitě je často problém s tím, že na příjmovém oddělení bývají často i neklidní pacienti a pro suicidální nebo depresivní pacienty je toto rušný element. Ale nestává se, že by to zhoršilo stav pacienta, kolikrát naopak.“ Sestra S12 řekla: „Péče o psychiatrické pacienty obecně je velmi náročná, hlavně na psychiku personálu, kterého je obecně ve zdravotnictví nedostatek. Ať jde o lékaře, nebo sestry. Postrádám právě toto. Sestry vzdělané v psychiatrii, které vědí, jak komunikovat s psychiatrickými pacienty, baví je to a tuto péči i přes všechny překážky zvládají. Je to hodně o komunikaci, pozorném sledování pacientů, zjišťování konkrétních příznaků nemoci.“ Sestra S13 se domnívá: „Ocenila bych více možností seberozvíjení v komunikaci se suicidálním pacientem, supervize, možnost vlastní „očisty duše“ vzhledem k náročnosti oddělení. Každý si musí najít nějaký kousek svého světa, kde relaxuje, tady vidím pomoc zaměstnavatele minimální.“

5. Diskuse

Tato bakalářská práce se zabývá úlohou sestry v péči o hospitalizovaného suicidálního pacienta. Pro výzkumnou část byly stanoveny výzkumné otázky. První z nich byla: Jaká je úloha sestry v péči o hospitalizovaného suicidálního pacienta? Následovala otázka: Jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovanému suicidálnímu pacientovi na akutním psychiatrickém oddělení?

Na úvod jsme zjišťovali základní informace jako je pohlaví, věk a ve kterém zařízení sestry pracují. Všechny tyto údaje jsou zpracované v tabulce 1. Dále jsme se zabývali jejich profesní historií, ptali jsme se na délku jejich praxe ve zdravotnictví, jak dlouho pracují na akutním psychiatrickém oddělení, jestli pracovaly i na jiném než akutním psychiatrickém oddělení, jaké je jejich nejvyšší dosažené vzdělání a zda absolvovaly specializační vzdělávání, semináře, nebo kurzy se zaměřením na suicidální pacienty či pacienty s duševní poruchou obecně. Odpovědi jsou zpracované v tabulce 2. Všechny sestry, které se zúčastnily výzkumu, mají specializaci v psychiatrii, a to díky kurzům a seminářům, které absolvovaly v rámci praxe na psychiatrickém oddělení, nebo psychiatrickou specializaci vystudovaly. Hagen et al. (2016) poukazuje v USA na nedostatečnou způsobilost nebo množství nezkušených pracovníků, což vede k vyšším nárokům na zkušené sestry a horší péči, což může přispět ke zvýšení (sebe) destruktivního chování pacientů. Proto je důležité přiměřené personální obsazení a dostatečné školení všech zaměstnanců. Ve srovnání s touto studií jsou sestry našeho výzkumného souboru vzdělané v oboru a mají možnost se v oboru stále zdokonalovat a vzdělávat. Výhodou také je, že obsazení personálu je pestré, např. že ho tvoří pouze ženy, ale i muži, kteří mnohdy zvládnou více, po psychické i fyzické stránce.

V druhé kategorii jsme se zabývali suicidálním pacientem na psychiatrickém oddělení. Nejprve jsme se ptali na množství pacientů na oddělení, na kterém sestry pracují. Zjištění naznačují, že sestry se se suicidálními pacienty na jejich pracovišti setkávají, některé více, některé méně. Pro lepší přehlednost jsou odpovědi uvedeny v tabulce 3. Domníváme se, že nelze poukázat na pravidelnost jejich výskytu, může záležet na ročním období, nebo na událostech, které se dějí. Dále jsme se ptali, zda mají suicidální pacienti suicidální tendence. Většina sester se shodla na tom, že pacienti suicidální tendence mají. Ať už se

jedná o suicidální tendence verbální, aktivní, nebo pasivní, je vždy důležité, aby je sestra dokázala rozpoznat a odhalit. Elrefaay et al. (2019) uvádějí, že psychiatrická sestra musí vnímat i neverbální komunikaci ze strany pacienta a mimo to musí umět číst mezi řádky verbální komunikace, protože velké množství pacientů se nedokáže vyjádřit přímo, nebo to ani nechtějí.

Ve třetí kategorii jsme se ptali na způsoby provedení suicidia u hospitalizovaných pacientů a zda existují typické znaky suicidálního chování. Jako nejčastější způsoby provedení suicidia uvedly sestry poškrábání, pořezání, intoxikace léky, škrcení, oběšení, nebo skok z výšky. Sakinofsky (2014) uvedl, že nejčastějšími způsoby pokusu o suicidium na oddělení je oběšení, asfyxie, pořezání, a mimo oddělení skok z výšky či pod dopravní prostředek, utopení či předávkování. Pro srovnání, Necid (2010) uvedl, že České republice proběhl průzkum výskytu sebevražedného jednání v letech 2005–2009. Jako nejčastější způsoby pokusu o suicidium uvedl oběšení, skok z výšky, dále zmiňuje otravu léky, nebo otravu jinou látkou. Způsoby sebevraždy závisejí na tom, co mohli pacienti aktuálně využít. Z toho důvody je na oddělení potřeba minimalizovat rizika spojené s prostorami, do kterých mají pacienti přístup, důkladně kontrolovat užití léků, vše zamykat, aby pacienti neměli přístup do skladovacích prostor, kontrolovat pomůcky, které se každodenně používají, jako je ložní povlečení, příbory, zabezpečit vybavení. Na druhou otázku, jak by popsaly chování suicidálního pacienta a zda existují nějaké typické znaky takového chování uvedla sestra S7: *„Z praxe vím, že se strání lidí, často je zamýšlený a vypadá odevzdaně. Můžu ale také říct, že ani někdy nelze přesně říct a popsat chování, často mi řekne intuice, že i když pacient vypadá „dobře“, něco provede, většinou během vycházek nebo propustky.“* Tuto situaci, kdy zkušená sestra vycítí riziko suicidia, popsal Toftthagen et al (2014), který píše, že sestry občas prožívají pocit intuice, s ohledem na hrozící sebepoškozování pacienta. Popsal tento druh intuice jako kombinaci pocitů, zkušeností a znalostí, prostřednictvím kterých aktivně prozkoumávají situaci „tady a teď“. Domníváme se, že to velice souvisí s množstvím zkušeností a znalostí, které sestry mají, protože každý pacient potřebuje individuální pohled a péči a znaky takového chování se projevují u každého jinak. Také to každá sestra vnímá jinak.

Ve čtvrté kategorii jsme se zaměřili na otázky vztahující se na péči o suicidálního pacienta. Na první otázku sestry odpověděly, že varovným signálem může být především

jakékoliv zhoršení i zlepšení stavu, snížený i zvýšený příjem jídla a tekutin, neužití léků, pokles nálady, zhoršení spánku, samota, uzavření se do sebe, nezáměr o aktivity, stranění se kolektivu, zamlklost, suicidální úvahy, podnikání přípravných kroků, uzavřenost, stranění se ostatních, neochota komunikovat, snaží se být nenápadní, myšlenky na smrt. Pro porovnání, Zitelli et al. (2018) uvádějí příklady varovných signálů, které se týkají suicidálních pacientů v Americe. Podle nich pacienti říkají, že by chtěli zemřít, nebo že by se chtěli zabít, že se cítí v pasti nebo nesnesitelnou bolest, chovají se rozčileně, nebo rozrušeně, chovají se bezohledně, hledají způsob, jak se zabít, např. si koupí zbraň, říkají, že jsou všem na obtíž, spí málo, nebo naopak příliš, mají extrémní výkyvy nálad, cítí se beznadějně, říkají, že nemají důvod žít, vyhledávají samotu, izolují se od všech, nebo zvyšují konzumaci drog a alkoholu. Můžeme vidět rozdíl v tom, že suicidální pacienti dávají své pocity najevo více, úmysl sebevraždy neskrývají tolik a asi je jednodušší varovné signály poznat. Dále jsme se ptali na roli sestry při poskytování péče. Všechny sestry se shodly na tom, že jejich role je velice důležitá. Jsou ošetřovatelkami, pečovatelkami, kontrolují pacienta, mají psychoterapeutickou funkci, jsou psychickou podporou, motivují pacienta k léčbě, podávají medikaci, jsou oporou pro pacienty, jejich úkolem je vyslechnout, pozorovat, hlídat, vést s nimi rozhovory, rozpoznat a zaznamenat příznaky, informovat lékaře či psychology o pacientově stavu, sledovat jejich chování, kontrolovat pacienty, provádět pravidelné zápisy do dokumentace. Můžeme doplnit, že sestry hrají klíčovou roli v péči o suicidálního pacienta, protože právě ony jsou ty, které jsou s pacientem v kontaktu nejvíce, ony monitorují jeho stav, všímají si jeho chování a pokroků a je nutné, aby navazovaly kontakt s pacientem, protože právě ony jsou ty, kterým se pacient může svěřit se svými problémy, pocity a situací. Tofthagen et al. (2014) uvádí, že je důležité, aby sestry udržovaly empatickou přítomnost a vedly pacienty prostřednictvím sebepoškozování a přijímaly, podporovaly a měly důvěru v pacienty jako jednotlivce. Můžeme říct, že péče o suicidální pacienty, obecně pro psychiatrické pacienty je velice individuální a je potřeba se o každého pacienta starat zvlášť. Poté jsme se ptali na rozdíl péče, zda jsou nějaké rozdíly mezi péčí o suicidálního pacienta a ostatní pacienty na psychiatrickém oddělení. Sestry se shodly, že suicidální pacienti potřebují především zvýšený dohled. Tam, kde je to možné, využíváme kamerový systém.

Pátá kategorie zahrnuje otázky týkající se bezpečnostních opatření. Nejprve jsme se zeptali, jaká bezpečnostní opatření využívají sestry nejčastěji. Všechny sestry odpověděly jednoznačně, že při příjmu jsou pacientovi odebírány ostré, i potenciálně nebezpečné předměty jako jsou tkaničky, nabíječky, plechovky, kovové předměty, skleněné předměty, pinzety, nůžky, pilníky, ostré nože, nebo opasky. Elrefaay et al. (2019) ve svém článku píše a odpověď doplňují tím, že zabezpečení na jiných místech mimo pokoj pro pacienty zahrnují bezpečnostní sklo ve všech oknech, dveře bez okenních otvorů, zajištěných schodišť bez přístupu na střechu, odstranění předmětů nebo materiálů pro zavěšení, včetně sprchových nebo záclonových tyčí, ramínek na oblečení, odkrytého potrubí a důležité je kontrolovat položky, které se v rámci oddělení používají každý den, jako jsou povlaky na prádlo; Kromě toho by pacienti měli být umístěni v místnosti blízko inspekčního pokoje sester pro bližší sledování s pravidelnými kontrolními intervaly. Těchto intervencí by si měla být vědoma každá sestra, zároveň by měl být na oddělení dostatek personálu, který je schopen takové prostředí připravit. Výhodou je, že v dnešní době existuje kamerový systém, díky kterému lze na suicidální pacienty pravidelně dohlížet a kontrolovat je, avšak ne všude je možnost kamerový systém využívat. Pokud jde o velmi akutní situaci a pacient svým jednáním ohrožuje sebe nebo své okolí je potřeba pacienta omezit v pohybu. Ministerstvo zdravotnictví ve Věstníku MZČR vydaném v dubnu 2018 uvádí, že k omezení pacienta lze použít úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem, omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, umístění pacienta v síťovém lůžku, umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu; tím se rozumí uzamčená nebo jinak zabezpečená místnost, např. tzv. izolační místnost, ve které není s neklidným pacientem žádný další pacient a ve které je zajištěno bezpečí pacienta a dohled nad ním, ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta, psychofarmaka (určená k rychlému zklidnění proti vůli pacienta), popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychické poruchy; tyto přípravky mohou být podávány za účelem celkového zklidnění či zmírnění chování, kterým pacient ohrožuje sebe nebo své okolí, nebo kombinací prostředků. Z odpovědí vyplývá, že sestry z našeho výzkumného vzorku využívají omezovací prostředky, které jsou v souladu s prohlášením Ministerstva

zdravotnictví. Ze získaných odpovědí lze také odvodit, že situace, ve kterých dojde k nutnosti omezení pohybu pacienta, zvládají sestry dobře, a to díky personálu, který je kompetentní a výhodou také je jeho složení, jeho součástí jsou i muži, kteří např. agresivního nebo neklidného pacienta omezí v pohybu snadněji než ženy. V další podkategorii jsme se zaměřili na druhy režimů na pracovištích. Všechny sestry z našeho výzkumného vzorku pracují na uzavřeném oddělení, kde je vše uzamykáno, pacient se přes den pohybuje pouze ve společných prostorách. Na základě úpravy aktuálního zdravotního stavu se opatření uvolňují, pokud dojde ke zlepšení pacientova stavu, může chodit na vycházky, ale jen v areálu a pouze se sestrou, nebo dochází na terapie mimo oddělení. Každé oddělení má jiný systém a názvy režimů, v závěru se jedná o stupně dohledů, jelikož suicidální pacient potřebuje být pod zvýšeným dohledem. Žaludek (2018) uvádí, že je důležité si uvědomit, že zvýšená úroveň dohledu a pozorování pacienta není jednoznačným protektivním faktorem, podle výzkumů jsou pacienti schopni spáchat sebevraždu i v okamžiku nepřetržitého sledování. I přesto je však observace pacienta považována za důležitý protektivní prvek. Na druhou stranu je nutné, aby nemocnice jasně a jednoznačně definovala, jaké poskytuje úrovně dohledu a kteří pacienti do té které úrovně náleží.

V šesté kategorii jsme se zaměřili na vykonání suicidia na oddělení. Na první otázku, zda se již setkaly s pokusem o suicidium na oddělení, odpověděly všechny sestry, kromě jedné, že ano, tedy 92,3 %. Odpovědi nalezneme zpracované v tabulce 4. Srovnáme-li toto číslo s údaji z výzkumu v Japonsku z roku 2011, kdy se se suicidiem na oddělení setkalo 55 % sester, můžeme říct, že u nás se s ním na oddělení setkávají sestry častěji. Na druhou otázku, zda se na jejich pracovišti vyskytují pacienti po opakovaných pokusech o suicidium, odpověděly všechny sestry, až na dvě z nich, že se na jejich pracovišti takoví pacienti vyskytují. Odpovědi jsou zpracované v tabulce 5. Sestry S3, S7 a S11 uvedly, že se jedná o demonstrativní pokusy o suicidium. To potvrzuje i Jacobs D. G. et al (2010), kteří říkají, že u některých pacientů mohou být pokusy o sebevraždu chronické a opakující se, což vede k častým kontaktům se zdravotnickým systémem pro hodnocení sebevražedného potenciálu. To může být za účelem upoutání pozornosti na sebe, nebo vyhýbání se odpovědnosti prostřednictvím hospitalizace. Motivace pacientů pokusit se o suicidium je zcela odlišná. Dále jsme se ptali, jaké druhy léčby uplatňují při

péči o suicidální pacienty. Všechny sestry uvedly, že pacienty léčí především medikamentózně, ale důležitá je pro pacienty také psychoterapie a snažit se s pacienty navázat kontakt, protože role sestry je klíčová, jelikož ona je ta, která o pacientovi mluví s lékařem, nebo psychoterapeutem, ale ona je s pacientem v kontaktu nejvíce a je zde možnost, že se jí pacient svěřít. Díky tomu se stává sestra první osobou, která může pacientovi nejvíce pomoci a pomůže mu najít řešení situace. S tímto názorem souhlasí Tofthagen, et al. (2014), kteří ve svém článku uvádí, že sestry jsou v pozici, kdy mohou podporovat procesy zotavení pacientů tím, že pacientům nabízejí alternativní činnosti a spolupracují s pacienty na podpoře jejich individuálních silných a životních znalostí, snaží se pomáhat pacientům hledat nové způsoby života s jejich problémy. Vaněk (2013) ve svém článku píše, že při snižování suicidálního rizika je potřeba klást důraz na snížení stresu ze somatického onemocnění, psychických poruch a psycho-sociálních problémů, je potřeba spolupracovat se somatickými lékaři, příbuznými i psychiatry, u kterých se dotyčný léčí.

V sedmé kategorii jsme se zaměřili na specifika suicidálních pacientů. Ptali jsme se, do jaké míry se suicidální pacienti dokážou vrátit do života. Sestry S1 a S4 řekly, že záleží na přidružené diagnóze, jakou pacienti mají diagnostikovanou, pokud tomu tak je. To potvrzuje výzkum Tripodi et al (2006), kteří udávají, že drtivá většina lidí, kteří se pokusí spáchat suicidium (přibližně 90 %) trpí duševními poruchami. Většina studií ukazuje, že psychické poruchy, jako je velká deprese, schizofrenie, porucha nálady, zneužívání návykových látek a jiné duševní poruchy, jsou významně spojeny se suicidiem. Domníváme se, velice záleží na pacientově zázemí, jak se k tomu postaví jeho rodina, do jaké míry je ochotná tu pro něho být a připravit mu bezpečné prostředí, dále záleží na okolí pacienta, jeho finanční situaci, na jeho přátelích, práci, ale velký vliv má také péče a zájem ze strany sester. Elrefaay, et al. (2019) ve svém článku uvádějí, že sestry hrají podstatnou roli při rehabilitaci sebevražedných pacientů. Např. učí pacienta přizpůsobit se základním stresorům, dávají mu doporučení k dalším podpůrným službám, zaměřují se na zmírnění následků pokusu o suicidium, také je důležité edukovat rodinu pacienta o léčbě základních příčin sebevražedného pokusu, snížit stigma, nebo jak připravit pacientovi bezpečné prostředí doma a poučit člena rodiny, aby dodržovali léčebný režim. Na další otázku, zda existují specifika v komunikaci se suicidálním pacientem,

odpovídaly sestry velice podobně. Sestra S5, která pracuje na dětském psychiatrickém oddělení, řekla: „*Důležitá je trpělivost, laskavost, empatie, někdy pomůže i objetí, nebo pohlazení, přeci jen jsou to děti.*“ Domníváme se, že fyzický kontakt mnohdy pomůže i dospělým pacientům. Elrefaay et al. (2019) uvádí, že někdy je neverbální fyzický kontakt účinný. Jemný dotek na předloktí může mít důležitý uklidňující účinek a může odstranit lidské obavy. Právě proto by se psychiatrická sestra měla snažit budovat si důvěru, navázat s pacientem kontakt, prostřednictvím kterého si dají najevo respekt a zároveň rozvíjet terapeutický vztah s pacientem. Elrefaay et al. (2019) doplňují, že psychiatrická sestra musí vnímat i neverbální komunikaci ze strany pacienta a mimo to musí umět číst mezi řádky verbální komunikace.

V poslední, osmé kategorii jsme se zaměřili na názor sester na poskytovanou péči. Ptali jsme se, jestli se v průběhu let změnila péče o suicidální pacienty. Tato otázka se odvíjí od zkušeností sester a délce jejich praxe na psychiatrickém oddělení. Některé zmínily, že v dnešní době je více kvalifikovanějších specialistů, kteří jsou dostupnější a personál psychiatrického oddělení je kvalifikovaný, a to díky možnosti vzdělání. Dále že je dostupnější modernější farmakoterapie - lepší složení a působení léků s redukcí vedlejších účinků, výhodou je také kamerový systém, díky kterému máme možnost neustálý dohled nad rizikovým pacientem, i když se určitě najdou i odpůrci kamerového systému, a to z důvodu ztráty soukromí pacientů. Myslíme si, že k uskutečnění kvalitního ošetrovatelského procesu se kamerový systém na psychiatrickém oddělení potřeba. Dále jsme se ptali, zda mají sestry návrh na zlepšení péče o suicidální pacienty. Na tuto otázku sestra S12 řekla: „*Péče o psychiatrické pacienty obecně je velmi náročná, hlavně na psychiku personálu, kterého je obecně ve zdravotnictví nedostatek. Ať jde o lékaře nebo sestry, postrádám právě toto. I přes to se najdou sestry, které jejich práce baví a tuto péči i přes všechny překážky zvládají.*“ Yang et al. v roce 2018 uskutečnili v Japonsku studii, která se zaměřovala na snížení stresu vznikajícím na pracovišti a duševní zdraví psychiatrických sester. Využili program Mindfulness-based stress reduction (MBSR). Jedná se o metodu psychoterapie, která se používá ke snížení úrovně stresu a zvýšení subjektivní pohody. Výsledky studie ukazují, že po absolvování MBSR se duševní zdraví všech sester zlepšilo, snížila se úroveň stresu a úzkosti. Tato studie byla prováděna

s psychiatrickými sestrami v Japonsku. Domníváme se, že by mohla být příznivá i pro psychiatrické sestry v České republice.

6. Závěr

V této bakalářské práci jsme se zaměřili na úlohy sestry v péči o hospitalizovaného suicidálního pacienta. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část.

Pro tuto bakalářskou práci byly stanoveny dva cíle, zmapovat činnosti sestry v péči o hospitalizovaného suicidálního pacienta na akutním psychiatrickém oddělení a zjistit, jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovanému suicidálnímu pacientovi na akutním psychiatrickém oddělení. K dosažení stanovených cílů byly stanoveny dvě výzkumné otázky: „Jaká je úloha sestry v péči o hospitalizovaného suicidálního pacienta? Jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče hospitalizovanému suicidálnímu pacientovi na akutním psychiatrickém oddělení?“ Cíle práce byly splněny.

Výsledky výzkumného šetření ukazují na důležitost činnosti sestry na akutním psychiatrickém oddělení při péči o hospitalizovaného suicidálního pacienta. Má klíčovou roli při poskytování péče a její náplní práce není pouze ošetrovatelská péče, ale zároveň má psychoterapeutickou funkci, díky které je pro suicidálního pacienta oporou, motivuje ho k léčbě, vyslechne ho, ale zároveň ho pozoruje, kontroluje a monitoruje jeho stav. Péče o suicidální pacienty je velice individuální a čím více má sestra zkušeností s takovou péčí, tím snazší je pro ni odhalit skrytá rizika suicidálního chování, jako je pacientovo neverbální chování, za kterým se mnohdy skrývá mnohé. Zjistili jsme, že je potřeba trpělivého, empatického přístupu, prostřednictvím kterého vyjádří sestra pacientovi respekt, nebagatelizuje jeho situaci, ani ho nijak nelituje, nenutí ho k rozhovorům, pokud on sám nechce a snaží se společně najít východisko situace. Sestra ale také musí být v kontaktu s pacientovou rodinou, kterou edukuje např. o přípravě vhodného a bezpečného prostředí po pacientově návratu domů, nebo se snaží o snížení stigmatu suicidia. Z výzkumného šetření dále vyplývá, že psychiatrická péče a péče o suicidální pacienty je v dnešní době na vysoké úrovni, i když sestry při poskytování péče nejvíce postrádají volný čas, který by věnovaly komunikaci s pacienty. Dále jsme zjistili, že pro bezpečí pacienta se jim při příjmu odebírají ostré, i potencionálně nebezpečné předměty, které se mu v průběhu hospitalizace na základě jeho stavu mohou postupně vracet. Suicidální pacienti jsou hospitalizováni na uzavřeném oddělení, kde je vše uzamykáno,

pacient má u sebe jen nejnnutnější věci a oddělení je přizpůsobené tak, aby se nemohl nijak poškodit. Suicidální pacienti se hospitalizují na pokoje co nejbližší inspekčnímu pokoji sestry, aby u nich mohly provádět pravidelné kontroly. Tyto pokoje, pokud to je možné, jsou vybaveny kamerovým systémem, který je v dnešní době obrovskou výhodou při poskytování péče. Dále jsme zjistili, že pokud se na oddělení vyskytne neklidný pacient, využívají sestry farmakologické klidnění a v nejnnutnějších případech se přistupuje i fyzickému omezení, a to nejčastěji pomocí kurtů, kabátku, nebo se pacienti přesouvají na izolovaný pokoj. Výhodou při péči o neklidné pacienty jsou zaměstnanci mužského pohlaví, pro které je jednodušší se o tyto pacienty postarat a zklidnit je.

Bakalářská práce může být použita jako studijní materiál pro sestry a studenty ošetrovatelství, výsledky mohou být publikovány v časopisech a na odborných konferencích. Dále by také mohla sloužit jako zdroj pro zlepšení nedostatků v péči o hospitalizované suicidální pacienty.

7. Seznam použité literatury

- 1) BÁRTLOVÁ, S. et al., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. přepracované a doplněné vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- 2) BĚHOUNEK, J., 2014. *Vyšetřovací metody v psychiatrii*. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 86-92. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 3) BĚHOUNEK, J., 2014. *Léčba v psychiatrii*. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 93-115. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 4) DOHNALOVÁ, H., JÁCHYMOVÁ, R., 2010. *Standardy ošetrovatelské péče v psychiatrii*. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice, 149 s. ISBN 978-80-254-8782-2.
- 5) DOUBEK, P., et al., 2010. *Psychóza v životě-život v psychóze*. Vyd. 2. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-231-5
- 6) HAGEN, J., et al. 2016. *Mental Health Nurses' Experiences Of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor*. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(1):31-37. DOI: 10.1016/j.apnu.2016.07.018. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28104055/>
- 7) HANUŠKOVÁ, V., 2008. *Terapie akutního neklidu a agrese*. *Psychiatrie pro praxi* [online]. [cit. 20-09-01] 9 (4), s. 168-169. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/05.pdf>
- 8) HASÍKOVÁ, B., VRZÁČKOVÁ, I., 2017. *Úschova svršků a cenností pacienta*. *Standard č. 28*. Psychiatrická nemocnice Jihlava.
- 9) JÁCHYMOVÁ, R., 2008. *Pacient po suicidálním pokusu na psychiatrickém oddělení*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
- 10) JACOBS D., G., et al. 2010. *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. s. 59-60. Dostupné z: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/site-wide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf

- 11) JANDL, M., 2014. *Bezpečí pacientů na psychiatrii*. Florence [online]. 10 (4), s. 36-37. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/4/>
- 12) JIMÉNEZ, L., et al. 2019. *Repeated suicide attempts: a follow-up study*. *Actas Esp Psiquiat* [online]. **47**(4), 127-136 [cit. 2020-01-19]. PMID: 31461152. Dostupné z: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/21/120/ENG/21-120-ENG-127-36-513192.pdf>
- 13) KALIŠOVÁ, L. et al., 2008. *Výsledky podrobného sledování použití omezovacích prostředků během hospitalizace-projekt EUNOMIA, výsledky v ČR*. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. [cit. 2018-04-27]. 104 (2), s. 52-58. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsihiatr.cz/dwnld/CSP_2008_2_52_58.pdf
- 14) KLINGER, J. 2008. *Suicide Among Seniors*. *Australasian Journal on Ageing* [online]. **18**(3), 114-118 [cit. 2020-01-19]. DOI: 10.1111/j.1741-6612.1999.tb00110.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1741-6612.1999.tb00110>.
- 15) KOUTEK, J. a J. KOCOURKOVÁ. 2018. *Deprese a suicidální jednání v dětství a adolescenci*. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **19**(1), s. 12-15. ISSN 1803-5272.
- 16) KUČEROVÁ, H. 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.
- 17) LÁTALOVÁ, K., et al. 2015. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4305-9.
- 18) MARKOVÁ, E., et al. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- 19) MARS, B., et al. 2019. *Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study*. *Lancet psychiatry* [online]. **6**(4), 327-337 [cit. 2020-01-18]. DOI: 10.1016/S2215-0366 (19) 30030-6. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494973/>
- 20) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče, verze 1.0*. [online] Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf.

- 21) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2018. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. 4-2018. [cit. 2020-08-06]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15323/36080/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%204-2018.pdf>
- 22) NECID, P., 2010. *Prevence sebepoškození u hospitalizovaných pacientů v ČR*. Praha. Diplomová práce. Kabinet veřejného zdravotnictví 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.
- 23) NORDGAARD, J., et al. 2013. *The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* [online]. **263**(4), 353-364 [cit. 2020-01-18]. DOI: 10.1007/s00406-012-0366-z. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00406-012-0366-z>
- 24) NOVOTNÁ, B., 2014. *Krize a krizová intervence*. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 143-150. ISBN 978-80247-4236-6.
- 25) On-line server ManagementMania.com ©, 2011-2016. *Řízení rizik (Risk management)*. ISSN 2327-3658 [online server], Portál managementmania.com, [cit. 2020-01-09]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/rizeni-rizik>
- 26) PETR, T., 2011. *Řízení rizik na psychiatrickém oddělení*. Praha: Galén. s. 106-109. ISSN 1212-0383.
- 27) PETR, T., 2014. *Prevence rizik na psychiatrických odděleních*. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 166-170. ISBN 978-80-247-4236-6
- 28) POKORNÁ, A., et al. 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. s. 58-59. ISBN 978-80-271-0720-9.
- 29) PRAŠKO, J., KAMARÁDOVÁ, D., 2015. *Krizová intervence*. In: LÁTALOVÁ, K., KAMARÁDOVÁ, D., PRAŠKO, J., *Suicidalita u psychických poruch*. Praha: Grada. s. 174-177. ISBN 978-80-247-4305-9.
- 30) RABOCH, J., et al., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.

- 31) SAKINOFSKY, I. 2014. *Preventing suicide among inpatients*. Can J Psychiatry. 59(3):131-40. DOI: 10.1177/070674371405900304. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079240/>
- 32) SOUSA, G., S., et al. 2019. *Validation by experts of Risk of suicide Nursing Diagnosis in the elderly*. Rev Bras Enferm [online]. 72(2), 111-118 [cit. 2020-01-18]. DOI: 10.1590 / 0034-7167-2018-0252. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31826199>.
- 33) ŠPATENKOVÁ, N., 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2624-3.
- 34) TAKAHASHI, C. et al. 2011. *The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support*. BMC Psychiatry. 3-8; 11:38. DOI: 10.1186/1471-244X-11-38. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3063822/>
- 35) TOFTHAGEN R, et al. 2014. *Mental health nurses' experiences of caring for patients suffering from self-harm*. Nurs Res Pract. DOI: 10.1155/2014/905741. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4248333/>
- 36) TRIPODI, A. et al. 2006. *Factors associated with suicide attempts by older adults: A prospective study*. In: ELREFAAY, SH. et al. *Suicide Among Psychiatric Patients And Nursing Role: A Literature Review*. Journal Nursing and Women's Health. 2019. 3: 156. DOI: 10.29011/2577-1450.100056. Dostupné z: <https://www.gavinpublishers.com/articles/review-article/Journal-of-Nursing-and-Womens-Health/suicide-among-psychiatric-patients-and-nursing-role-a-literature-review>
- 37) VANĚK, D. 2015. *Suicidální jednání a psychiatrická konzilia*. Psychiatria pre prax [online]. Bratislava: Solen. 16(2). ISSN 1335-9584.
- 38) VODÁČKOVÁ, D., 2007. *Krizová intervence*. In: PETR, T., MARKOVÁ, E., et al. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 149. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 39) VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3132-2.
- 40) WASSERMAN, D., et al. 2012. *The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention*. European Psychiatry [online]. 27(2), 129-141 [cit. 2020-01-19]. DOI:

10.1016/j.eurpsy.2011.06.003. ISSN 09249338. Dostupné z:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924933811001088>

- 41) WILLIAMS, S., C., et al. 2018. *Incidence and Method of Suicide in Hospitals in the United States*. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety [online]. **44**(11), 643-650 [cit. 2020-01-06]. DOI: 10.1016/j.jcjq.2018.08.002. Dostupné z:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1553725018302538>.
- 42) YANG, J. et al. 2018. *Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Work Stress and Mental Health of Psychiatric Nurses*. Psychiatr Danub. **30**(2), 189-196. DOI: 10.24869 / psyd.2018.189. Dostupné z:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29930229/>
- 43) ZITELLI, L. et al. 2018. *Recognizing and Reacting to Risk Signs for Patient Suicide*. Semin Hear. Feb;39(1):83-90. DOI: 10.1055/s-0037-1613708. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5802991/>
- 44) ŽALUDEK, A. 2018. *Sebevražedné jednání hospitalizovaných pacientů na českých psychiatrických odděleních*. Psychiatrie pro praxi [online]. **19**(2), 69-75 [cit. 2020-01-19]. DOI: 10.36290/psy.2018.015. Dostupné z:
<http://www.psychiatriepropraxi.cz/doi/10.36290/psy.2018.015.html>
- 45) ŽALUDEK, A. 2018. *Bezpečí prostředí jako atribut redukce sebevražedného jednání hospitalizovaných pacientů*. Psychiatrie pro praxi [online]. **19**(E-verze 1/18), e3-e11 [cit. 2020-08-06]. DOI: 10.36290/psy.2018.027. Dostupné z:
<http://www.psychiatriepropraxi.cz/doi/10.36290/psy.2018.027.html>

8. Seznam příloh

Příloha 1 - Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se sestrami

Příloha 1 - Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se sestrami

Pohlaví dotazované/ho:

1. Jaký je Váš věk?
2. Ve kterém zařízení vykonáváte, nebo jste vykonával/a praxi?
3. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví? Jak dlouho pracujete na akutním psychiatrickém oddělení? Pracoval/a jste na jiném než psychiatrickém oddělení nebo na jiném místě mimo nemocnici?
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Jaké jste absolvoval/a kurzy, školení, nebo specializační vzdělávání v souvislosti s péčí o suicidální pacienty či pacienty s duševní poruchou obecně?
5. Jak často se na psychiatrickém oddělení setkáváte se suicidálními pacienty? Mají hospitalizovaní pacienti s duševním onemocněním na Vašem oddělení suicidální tendence (pasivní, aktivní)?
6. Jaké nejčastější způsoby provedení suicidálních pokusů volí pacienti hospitalizovaní na Vašem oddělení?
7. Jak byste popsal/a chování suicidálního pacienta? Jsou nějaké typické znaky takového chování?
8. Jakých varovných příznaků si jako sestra musíte u suicidálních pacientů všimnout?
9. Jakou roli v péči o suicidálního pacienta zaujímáte Vy jako sestra?
10. Liší se něčím péče o suicidálního pacienta od péče o ostatní pacienty na Vašem oddělení? Uveďte, prosím, v čem konkrétně?
11. Jaká bezpečnostní opatření jsou uplatňována při poskytování ošetrovatelské péče o suicidálního pacienta? Jaká je v tomto případě úloha sestry? Prosím popište bezpečnostní opatření uplatňovaná při příjmu, v průběhu hospitalizace. Jaké druhy režimů jsou používány na Vašem oddělení?
12. Setkal/a jste se někdy s případem, že se pacient o suicidium pokusil v průběhu hospitalizace na psychiatrickém oddělení?
13. Vyskytují se na Vašem oddělení pacienti s opakovanými pokusy o suicidium?
14. Do jaké míry se suicidální pacienti dokáží plně vrátit do života?
15. Jaká jsou specifika v komunikaci se suicidálním pacientem?
16. Jaké druhy léčby jsou na Vašem pracovišti uplatňovány v péči o suicidální pacienty?

17. Jakým způsobem se v průběhu let změnila péče o suicidální pacienty? (Např. dostupnost a možnost využití lepších bezpečnostních prostředků, apod.)
18. Máte návrh, jak zlepšit péči o suicidální pacienty na Vašem pracovišti? Existuje něco, co během poskytování ošetrovatelské péče postrádáte?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020