

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Bakalářská práce

Anna Vojtíšková

Krizová intervence ve zdravotní péči

Crisis Intervention in the Health Care

Praha, 2013

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Markéta Niederlová, Ph.D.

Ráda bych poděkovala PhDr. Mgr. Markétě Niederlové, PhD. za její laskavé a vstřícné vedení, profesionální doporučení a cenné rady k mé bakalářské práci. Dále také děkuji rodině, která mi byla velkou podporou.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 13. července 2013

.....
Anna Vojtíšková

Abstrakt:

Bakalářská práce „Krizová intervence ve zdravotní péči“ je zaměřena na schopnost sester pracujících na oddělení JIP/ARO komunikovat s pacienty v krizi za pomoci prvků krizové intervence. Nemocnice jsou místa, kde je vyšší riziko toho, že se pacient dostane do krize. Stejně tak oddělení JIP/ARO, kde jsou obvykle pacienti hospitalizováni na delší období. Z toho důvodu je vhodné, aby sestry uměly komunikovat s každým pacientem včetně toho, který je momentálně v krizi. Bakalářská práce klade důraz na vymezení pojmů krize a krizová intervence, pokouší se zpřehlednit různé definice těchto termínů. Dále je zaměřena na způsoby komunikace s různými typy pacientů, u kterých lze předpokládat vyšší riziko výskytu krizového stavu. Výstupem je návrh výzkumu, který by mohl poskytnout odpověď na to, zda by byl výcvik krizové intervence přínosný pro sestry v rámci komunikace s pacienty.

Klíčová slova:

Krize, krizová intervence, sestra, pacient, komunikace

Abstract:

The bachelor thesis “Crisis Intervention in the Health Care” is focused on nurses working at ICU/ARD and their ability to communicate with patients in crisis situations using crisis intervention features. Hospitals are places with higher risk of patient getting into the crisis situation, as well as ICU/ARD, where the hospitalization generally takes longer period of time. For that reason, it is appropriate for nurses to be able to communicate with each patient included the one who is having the crisis at the moment. The thesis emphasizes definitions of crisis and crisis intervention terms and tries to clarify different versions of these terms definitions. It is also focused on ways of communication with different types of patients, where higher risk of state of crisis is expected. The outcome of the thesis is a research proposal, which could be able to give the answer to the question if the training of crisis intervention for nurses would be valuable within the communication with patients.

Keywords:

Crisis, Crisis Intervention, Nurse, Patient, Communication

Obsah

Seznam použitých zkratek.....	8
Úvod.....	9
1 Krize.....	11
1.1 Příčiny krize.....	12
1.2 Typologie krizí.....	14
1.3 Krize z hlediska trvání v čase a její fáze.....	16
1.4 Průběh krize.....	18
2 Krizová intervence.....	20
2.1 Neformální pomoc v krizi.....	20
2.2 Formální pomoc v krizi – krizová intervence.....	21
2.3 Typy krizové intervence.....	24
2.4 Pracovník krizové intervence.....	25
2.5 Pracoviště krizové pomoci, služeb a intervence.....	26
3 Zdravotní sestra jako krizový intervent.....	28
3.1 Komunikace s nemocným člověkem.....	28
3.1.1 Efektivní komunikace ve vztahu sestra – pacient.....	30
3.1.2 Neefektivní komunikace ve vztahu sestra – pacient.....	30
3.2 Krizová intervence při komunikaci s pacientem.....	31
3.2.1 Agresivní pacient.....	31
3.2.2 Depresivní pacient, pacient se suicidálními myšlenkami.....	31
3.2.3 Úzkostný pacient.....	32
3.2.4 Vážně nemocný pacient s bolestmi.....	33
3.2.5 Umírající pacient.....	34
3.2.6 Pozůstalí.....	35

4	Intenzivní péče	37
4.1	Pacient na JIP/ARO	37
5	Design navrhovaného výzkumu	39
5.1	Předchozí výzkumy	39
5.2	Výzkumný problém	40
5.3	Typy proměnných a jejich operacionalizace	41
5.3.1	Závisle proměnné	41
5.3.2	Nezávisle proměnné	42
5.3.3	Intervenující proměnné	42
5.4	Výzkumný soubor.....	42
5.4.1	Sběr dat.....	43
5.5	Diskuze	43
	Závěr.....	45
	Seznam použité literatury.....	47

Seznam použitých zkratek

JIP – Jednotka intenzivní péče

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

ICU – Intensive Care Unit

ARD – Anaesthetic Resuscitative Department

Úvod

*Jakákoli tragédie se může obrátit v největší dobro,
pokud k ní přistupujeme tak, aby nám mohla pomoci růst.*

(Louise L. Hay)

Krize potká v životě snad každého z nás. Spousta lidí krizi řeší samostatně, jiní vyhledají podporu přátel, další se obrátí na odborníky. V krizi se člověk může ocitnout naprosto nečekaně, nepřípraven reagovat a osamocen. V ten moment je nasnadě využít krizovou intervenci. Sama se krizové intervenci věnuji a tak vím, jak je důležité vědět, co a jak říct člověku, který je v krizi a potřebuje pomoc a podporu.

Svou bakalářskou práci jsem zaměřila na krizovou intervenci v nemocnicích, konkrétně na schopnost sester využít prvky krizové intervence při jednání s pacienty v krizi. Nemocnice je místo, kam se dostanou lidé, kteří jsou ve fyzické nepohodě. K této nepohodě se může přidat i ta psychická a tak není výjimkou, že se nemocný člověk dostane do krize. Lidé, kteří jsou v nemocnicích hospitalizováni, jsou nejčastěji v kontaktu se zdravotními sestrami. Není neobvyklé, že lékař pacientovi řekne, co mu je, ale poté odchází a u pacienta zůstává sestra. Sestra by tak měla umět komunikovat se spolupracujícími pacienty, ale také s těmi, kteří z různých důvodů nespolupracují tak, jak si sestra představuje. Právě sestra by měl být ta, která bude pacientovi aktivně naslouchat, zároveň by měla umět brát každého pacienta jako jedinečného člověka a podle toho k němu přistupovat, což rozhodně není snadný úkol.

První část bakalářské práce se zaměřuje na vymezení pojmu krize a krizová intervence. Popisuje možné pohledy na tyto termíny, uvádí různá dělení, aby bylo pro čtenáře snáze představitelné, co to vlastně znamená, když se řekne „krizová intervence“.

Další část práce je zaměřena na sestru jako krizového intervenanta. Představuje způsoby komunikace, je zde vysvětlen rozdíl mezi efektivní a neefektivní komunikací. V této části jsou vymezení nároční pacienti, kteří se mohou dostat do krize. Jde o pacienty depresivní, úzkostné, agresivní, pacienty s bolestí, umírající pacienti a také o pozůstalé. U každého typu pacienta je popsán model efektivní komunikace s prvky krizové intervence.

Literárně přehledová část je uzavřena kapitolou popisující, co se odehrává na odděleních JIP/ARO a jací pacienti se na tato oddělení dostávají. Výstupem této části je navržený design výzkumu, který je zaměřen na schopnost sester komunikovat s pacientem v krizi. Zde jsou také zmíněny výzkumy, které byly zaměřeny na podobné téma, z nichž jsem čerpala informace při sestavování mého výzkumu. Ve výzkumu si pokládám výzkumné otázky, přičemž výsledky by měly přinést odpovědi na tyto otázky.

Zdroje uváděné v práci jsou citovány podle normy APA, veškeré překlady cizojazyčných zdrojů jsou autorské.

1 Krize

Slovo krize můžeme zaslechnout téměř každý den. Krize je v současné době zmiňována z hlediska vývoje světové ekonomiky. Ve zprávách se dozvíme, že nastala hospodářská krize. Známý je termín „krize středního věku“. Mnoho lidí také sděluje svým blízkým, že je v krizi jejich vztah, že mají krizové období v práci anebo prostě, že je toho na ně moc, jsou v krizi. Často tím mohou myslet, že se nachází v obtížné situaci, ať už osobnostní, finanční nebo vztahové.

Pojem krize se zdá jako jasný. Existuje však více možností, jak tento termín definovat. Jeho původ lze najít v řečtině. Řecké *krisis* se překládá jako *oddělení, rozhodnutí*. Zajímavá je čínština, která slovo krize skládá ze dvou znaků „*wej-ji*“. Tyto znaky se přeloží jako nebezpečí – příležitost. Krize jako nebezpečí, protože člověk se ocitá ve stavu, který ohrožuje nejen jeho samotného, ale také jeho rodinu a zdolávání takovéto krize může vést k sebevražedným tendencím nebo psychickému zhroucení. Krize je na druhé straně také příležitost, protože během krize jsou lidé přístupnější pomoci zvenčí či jistému terapeutickému působení (Aguilera & Messick, 1986).

Vymětal (2009) hovoří o dvou pohledech na tento termín. Jednak jako na situaci, kdy dochází k narušení rovnováhy v systému. Na druhé straně zmiňuje pojem krize jako „*postoj okolního prostředí k danému systému*“ (Vymětal, 2009, s. 15). Kastová (2000) mluví o krizi jako o situaci, kdy se jedinec ocitne v nerovnováze mezi tím, jak svůj problém vnímá a tím, jak by ho mohl zvládnout. Jedinec se tak cítí ohrožen.

Gilliand a James (1997) definují krizi jako vnímání události nebo situací, která se jeví obtížná na to, aby jí jedinec pomocí svých mechanismů zvládnul.

Jako krize je tedy označována situace, kdy dochází k nějakému vyvrcholení, po kterém následuje zvrát. Zvrát to může být pozitivní i negativní a z toho pak vyplývá, jak se na krizi bude jedinec koukat po určité době. Každá krize je jedinečná a každý jedinec ji prožívá individuálně. Krize lze tedy pojmut jako „*situaci, která přesahuje obvyklý repertoár vyrovnávacích strategií. Krize má subjektivní charakter. Krize znamená nebezpečí i příležitost. Je důležitým činitelem změny a zraní pro každého jedince*“ (Vodáčková et al., 2012, s. 43).

1.1 Příčiny krize

Krizi může odstartovat mnoho podnětů. Znovu zde platí, že jedinec reaguje na podněty různě. Mlčák a Thom hovoří o podnětech neboli precipitorech, které dělí na vnitřní a vnější (Mlčák, 2011; Thom, 1992).

1. vnější podněty:

- ztráta objektu (smrt blízkého člověka, zvířete nebo přírodní katastrofa)
- volba mezi více objekty (spánek vs. zábava, partnerství vs. kariéra)
- změna vnějších podmínek (stěhování, změna zaměstnání)

2. vnitřní podněty

- vývojové krize (puberta, klimakterium, krize středního věku)
- destruktivní postoje (vina, žárlivost, vztek)
- nesplnění vlastního očekávání (neúspěch v pracovním/školním prostředí, potrat)

Špatenková et al. (2004) pro lepší představu vyjmenovává jednotlivé situace, u kterých je předpoklad vyvolání krize:

1. Individuální – autonehoda, sexuální útok, zneužití, loupež, vážný fyzický úraz, smrt blízké osoby, sebevražda mezi rodinnými příslušníky, vražda, svědectví traumatu.
2. Komunitní – zemětřesení, hurikán, požár, povodně, mnohočetné úrazy nebo úmrtí při nehodách, terorismus, násilná a sexuální kriminalita, která vyvolá pozornost médií či velké neštěstí.

Autoři Tabulky životních událostí (viz. tabulka 1) Holmes a Rahe (1967) seřadili 43 životních událostí podle jejich závažnosti. Každou položku ohodnotili příslušným počtem bodů. Jedinec, který tabulku vyplňuje, má označit položky, které prožil za poslední rok. Součet bodů indikuje míru prožitého stresu. Pokud se dostanu k hodnotě 250 bodů, znamená to, že byl vystaven nadměrnému stresu.

životní událost	bodové vyjádření intenzity zátěže
úmrtí partnera	100
rozvod	73
rozchod manželů	65

Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Výkon trestu	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Odchod do důchodu	45
Smíření manželů	45
Onemocnění člena rodiny	44
Těhotenství	40
Přírůstek nového člena do rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Sexuální potíže	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	38
Závažné neshody s partnerem	37
Konflikty se zetěm/snachou	35
Problémy s příbuznými partnera	29
Manželka začala nebo přestala pracovat	29
Odchod dítěte z domu	29
Vynikající osobní úspěch	28
Zahájení nebo ukončení studia	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Změna bydliště	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna sociálních aktivit	18
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky)	16
Změna stravovacích návyků	15
Vánoce	12
Drobné porušení zákona	11

Tabulka 1 – Tabulka životních událostí Holmese a Raheho (Holmes & Rahe, 1967).

Přestože škálu Holmes a Rahe sestavovali ve vztahu k nemoci a ne ve vztahu ke krizím, může poskytnout jakési vodítko, jak moc jsou lidi, kteří prožili některou z uvedených událostí v riziku vzniku stresu a tím pádem krizové situace. Je zde však jedna závažná námitka a to, že každý z nás životní události prožívá individuálně a tak je možné, že někdo bere změnu zaměstnání jako velmi krizovou událost a jiný to bere jako pozitivní zkušenost (Špatenková et al., 2004).

1.2 Typologie krizí

Stejně jako definice, tak i typologie krizí jsou různé dle různých autorů. Každý z nás se může přiklonit k určitému dělení, je však důležité, abychom věděli, jaké existují možnosti krizí.

1. Dělení podle délky a hloubky trvání (Mlčák, 2011):

a) Akutní krize

Krize, u kterých bývá jasné, kdy začaly a mají dramatický průběh. Lidé v akutní krizi jsou pohlceni silnými emocemi. Jako zdroj těchto krizí je nejčastěji interpersonální precipitor, většinou se objevují do 8 týdnů po působícím podnětu.

b) Chronické krize

Tyto krize mají méně zřejmý průběh a také příznaky jsou vyjádřené v nižší intenzitě. Často mohou být psychosomatického charakteru. Zde jsou zdrojem spíše intrapersonální precipitory, které jsou pro jedince dlouhodobou zátěží.

c) Kumulované krize

Tyto krize mohou mít akutní i chronickou formu. „*Jsou způsobeny působícími precipitory, které odkrývají vzpomínky na předchozí nezpracované a zraňující podněty, takže reakce člověka bývá vzhledem k působícím podnětům inadekvátně silná*“ (Mlčák, 2011, s. 19-20). Kumulované krize tak mohou přijít i po letech po kritické události či podnětu. I to je důvod, proč je v případě těchto krizí na místě docházet na systematickou psychoterapii.

2. Vodáčková et al. (2012) dělí krize podle závažnosti. Uvádí, že „*při posunu od třídy I ke třídě 6 se krize stává závažnější a zdroj stresu přechází od vnějšího k vnitřnímu*“ (Vodáčková et al., 2012, s. 34).

a) Situační krize

Tato krize je vyvolána neočekávaným a nepředvídatelným stresem. Obtížnost takovéto krizové situace je dána subjektivním pohledem jedince na situaci. Převládají zde ztráta a její hrozba, změna a její anticipace a volba.

b) Tranzitorní krize

Jinak také krize z očekávaných životních změn. Každý člověk prochází očekávanými vývojovými a růstovými změnami, například pubescence, klimakterium, svatba, porod.

c) Krize pramenící z náhlého traumatického stresoru

Krize, která se objevuje po závažné, neočekávané události, nad kterou nemá jedinec žádnou kontrolu. Jsou to různé přírodní katastrofy, hromadná neštěstí, či úmrtí v rodině. Jedinec v tu chvíli může cítit naprostou beznaděj a bezmoc.

d) Krize zrání

Pokud se jedinec nedostal do krize tranzitorní, krize zrání neboli krize vývojová naplní přirozený životní vývoj.

e) Krize pramenící z psychopatologie (krize v kontextu psychopatologie)

Lidé, kteří jsou duševně nemocní, jsou obvykle zranitelnější. Zejména jde o tato onemocnění: porucha osobnosti, neurotické obtíže, závislosti, deprese či psychóza a jiné. Lidé, kteří mají dispozici k těmto onemocněním, jsou také hůře vybaveni k tomu, aby zvládli zátěž a vývojové nároky.

f) Neodkladné krizové stavy

Krize pramenící z psychiatrické neodkladnosti. Jsou to situace, které jsou velice naléhavé. Například intoxikace, sebevražedné chování, nekontrolovaná zlost a agrese, panická úzkost atd.

3. Další možné dělení je podle rozsahu zasažení, nebo je možné říci, podle organizačního hlediska. Rosenthal (1997) dělí krize na mezinárodní, národní, regionální a lokální. Dále uvádí možné řešení, zda je to krize vnitřní nebo vnější.

4. Gundel (2005) dělí krize podle předvídatelnosti a ovlivnitelnosti

a) Konvenční krize

Tyto krize jsou předvídatelné a existují možnosti, jak krize ovlivnit. Může jít o katastrofy týkající se technologických systémů, jako například havárie trajektů. Tyto události jsou považovány za zvládnutelné zaměstnanci postižené společnosti.

b) Nečekané krize

Tyto krize se nedají předvídat, ve srovnání s konvenčními krizemi jsou vzácné. Jelikož v těchto případech není možné předvídat, není zde možná ani prevence. Jako příklad slouží požár lanové dráhy v rakouském Kaprunu v roce 2000.

c) Neřešitelné krize

Tyto krize je možné předvídat, ale je zde téměř nemožný zásah v důsledku vlastností dotčených systémů. Příkladem může být havárie v Černobylu.

d) Fundamentální krize

Tyto krize jsou nejnebezpečnější, jelikož nejsou předvídatelné a nelze je ovlivnit. Pro běžnou populaci jsou takovéto krize nevysvětlitelné a nepochopitelné. Příkladem je teroristický útok v USA 11. 9. 2001.

PŘEDVÍDATELNOST	velká	nečekané krize ②	fundamentální krize ④
	malá	konvenční krize ①	neřešitelné krize ③
		malá	velká
		OVLIVNITELNOST	

Obrázek 1 – Matice krizí (Gundel, 2005).

1.3 Krize z hlediska trvání v čase a její fáze

Krize je vlastně proces, který netrvá příliš dlouho, má však zákonitou posloupnost. Krizi lze tedy rozdělit do krátkých etap, které trvají hodiny až dny. Fáze krizového stavu definoval Caplan (podle Pasquasli, 1989).

1. fáze: fáze ohrožení, která vede ke zvýšené úzkosti. Postižený člověk reaguje tak, že použije obvyklé vyrovnávací strategie. Někteří v tuto chvíli vyhledávají své blízké, jiní si pomůžou sami. Pokud tyto strategie nefungují, přichází druhá fáze.

2. fáze: fáze zranitelnosti a nedostatku kontroly nad situací. Lidé mohou pocítovat ochromení, případně se snaží vyrovnat se se situací náhodnými způsoby. V tuto chvíli někteří kontaktují odbornou pomoc ve formě anonymní linky důvěry. Pokud však člověk cítí stále stejnou úzkost, dostává se do další fáze.

3. fáze: fáze predefinování krize s nadějí, že známé vyrovnávací prostředky budou úspěšné. V této fázi si člověk obvykle připouští pocity a také je schopný dělat určitá rozhodnutí. V tuto chvíli je postižený nejpřístupnější pomoci a právě metoda krizové intervence je nyní velice žádoucí. Lidé tak v této fázi spontánně navštěvují krizová centra. Pokud však člověk ani v této fázi nevyhledá pomoc, přichází fáze poslední.

4. fáze: fáze závažné psychologické dezorganizovanosti. Úzkost a reakce na ni se podobají stavům paniky. V tuto chvíli je krizová intervence nezbytná a měla by na ni navázat systematická psychoterapie.

Honzák a Novotná (1994) rozdělují krizovou situaci do 4 etap.

1. Fáze prodromů krize

Tato fáze je fází varovnou, pokud jsou předzvěstné příznaky přítomny. Někdy se stane, že člověk si těchto příznaků nevšimá. Pak existuje možnost je vysledovat zpětně. Tyto příznaky se mohou objevit jak na fyzickém stavu, tak v signálech při komunikaci s ostatními. Často se však stává, že člověk veškeré příznaky ignoruje, případně se je snaží potlačit. Z toho vyplývá, že se postupně dostane do druhé fáze.

2. Fáze akutní

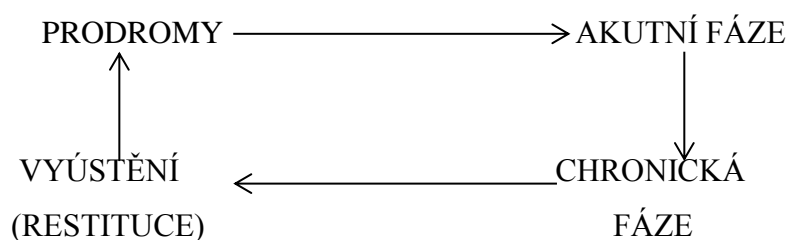
Tato fáze je charakterizována srážkou s předvídatelnými i nepředvídatelnými okolnostmi. Může to být i srážka s předvídatelnými okolnostmi, které ale člověk nezvládne. Akutní fáze je většinou krátká, trvá hodiny až dny. V tuto chvíli se člověk může cítit naprosto bezbranný a bezmocný. Právě v této chvíli má člověk poslední příležitost, jak zvrátit chod událostí a zmírnit negativní důsledky krize.

3. Fáze chronická

Fáze, která může trvat týdny, měsíce i roky. To, jak se člověk zachoval ve fázi akutní, ovlivňuje průběh fáze chronické. V podstatě jde o období „*sčítání ran a ztrát, ale také časem sbírání drobných zisků, jež se nám díky předcházejícím správným postupům podařilo uchovat*“ (Honzák & Novotná, 1994, s. 21).

4. Fáze restituce

V tuto chvíli dochází k posunu do jiných oblastí. Člověk, který si krizí prošel, získal zkušenosti, jež mu mohou v budoucnu pomoci při vyrovnávání se s jinou krizí.



Obrázek 2 – Schéma průběhu krize (Honzák & Novotná, 2004).

Reakce na krizové situace jsou velmi individuální, často však bývají doprovázeny silnými emocemi (pláč, strach, hněv, úzkost, vztek). Při práci s člověkem v krizi je proto velmi důležité se i těmito emocím věnovat a pracovat s nimi. Je také důležité vědět, ve které fázi se jedinec nachází, kterým konkrétním fázím jeho reakce odpovídají (Honzák & Novotná, 2004).

1.4 Průběh krize

Nějaký typ krize může během života prožít každý z nás a každý ji prožívá jinak, dle výzkumu Silverové a Wortmanové (1980 podle Mohapl, 1992), které vytvořily analýzu empirických studií o vlivu náročných životních situací, lze vyvodit následující:

1. Reakce lidí na krizi neexistují v nějaké prediktabilní podobě. Je sice možné očekávat, že se objeví takové emoční stavy jako šok, popření, hněv a deprese, ale ne každý z nich se musí při krizové situaci zákonitě vyskytnout.
2. Existuje jistá shoda v tom, že adaptace na krizovou situaci probíhá v těchto po sobě následujících fázích: šok, popření, hněv a agrese, deprese a akceptace. Tyto fáze jsou analogické modelu Kübler-Rossové. Fáze ovšem nemusí probíhat přesně v daném sledu, mohou se překrývat, některé z nich mohou klienti přeskočit a k jiným se opakovaně vrací.
3. Obvykle se předpokládá, že po určité době od kritické události se s ní lidé nakonec vyrovnají.

Klimpl (1998) dodává, že v počáteční fázi (šok) se jedinec soustředí hlavně na kontrolu úzkostných impulzů a nevěnuje energii na hledání možností řešení krize. K mobilizaci obranných mechanismů dochází později, mohou se objevovat sebedestruktivní sklony či suicidální jednání. Až poté je člověk schopný vyvinout aktivitu a je možné vidět i pozitivní důsledky krize.

Existuje tedy velká variabilita mezi reakcemi lidí na nepříznivé životní události. Pozitivní vliv na vyrovnání se s krizí má zejména: sociální opora, možnost ventilace, schopnost nalézt v krizi nějaký smysl a zkušenost s předcházejícími stresory.

Průběh krize, její zvládnutí a dopady na jedince je ovlivněno mnoha faktory. Řadí se mezi ně věk, rodinné zázemí, osobnostní charakteristiky, hodnotový systém, pohlaví, zdravotní stav, schopnost zvládat náročné životní situace, náboženské přesvědčení a také naděje (Špatenková et al., 2004; Vymětal, 1995).

2 Krizová intervence

Pomoc v krizi můžeme rozdělit na formální a neformální. Neformální nebo také přirozená pomoc v krizi znamená, že si jedinec pomůže svépomocí, díky rodinným příslušníkům, přátelům. Jedinci v těchto chvílích používají přirozené vyrovnávací mechanismy (Vodáčková et al., 2012).

Pomoc formální nebo také odborná či institucionalizovaná přichází obvykle na řadu tehdy, když neformální pomoc selhává, je nedostatečná nebo nedostupná (Špatenková et al., 2011). Pojem krizová intervence znamená zásah v krizi. Základní charakteristiky a principy odborné krizové pomoci jsou: princip dostupnosti, princip individuality krize, princip komplexnosti péče, princip vnitřní bezbariérovosti a princip návaznosti (Vodáčková et al., 2012). Dattilio a Freeman (1994) dodávají, že krátkodobé, časově omezené sezení je nejlepší volbou v řešení krizových situací. Intervent by měl být aktivní, orientovaný na cíl, strukturovaný, spolupracující a nápomocný při hledání řešení problémů.

2.1 Neformální pomoc v krizi

Krize není novým psychosociálním fenoménem, docházelo k nim nepochybně již od pradávna. Věřím, že i naši předci prožívali krize, se kterými se museli vypořádat. Dnešní svět je však rychlejší než dříve. Hlavní důraz je kladen na rychlost, bezchybnost, dokonalost. Lidé by neměli dávat najevo své slabosti, naopak, společnost vyžaduje silné jedince, kteří dovedou překonat veškeré nástrahy světa bez jakýchkoliv problémů. Myslím, že to je důvod, proč lidé nevnímají své tělo. Jsou schopni překonávat mnohé, ale často za pomoci různých medikačních přípravků. Klimpl však mluví o tom, že „*svépomoc a vzájemná pomoc představují cenné tradiční a zároveň nejobvyklejší způsoby zvládnání krizových životních situací*“ (Klimpl, 1998, s. 55).

Pod pojmem svépomoc si můžeme představit všechny strategie a postupy, kterými se člověk snaží pomoci sám sobě. Důležitou funkci zde hrají obranné mechanismy. Mezi nejběžnější obranné mechanismy patří útok, útek, represe (vytěsnění), suprese (záměrné a vědomé potlačení), regrese (návrat k vývojově nižšímu stádiu), inverze („převrácené“ chování), popírání, racionalizace (zdánlivě logické objasnění chování), introjekce (promítání problémů druhých lidí do vlastního života), projekce (přisuzování vlastní chyby druhým lidem) a sebeobviňování (Špatenková et al., 2004). Klimpl (1998) celkově dělí obranné mechanismy na:

- a) Psychotické obrany, které jsou vždy patologické. Nesmí se však zaměřovat za diagnózu psychózy. Řadí sem bludnou projekci a popření.
- b) Nezralé obranné mechanismy, které jsou velmi časté, a většina z nás se k nim někdy uchyluje. Mezi tyto mechanismy patří projekce, únik do fantazie, pasivně agresivní chování, hypochondrie a tzv. acting-out, což je přímý převod citění do jednání.
- c) Neurotické obrany, které opět nelze snadno slučovat s neurózami. Tyto obrany užívá mnoho z nás a jsou to intelektualizace, tedy tendence zacházet s emocemi formálním, neafektivním způsobem, afektualizace, což je přílišná emocionalizace. Dále k neurotickým obranám řadíme přemístění afektu ze skutečného zdroje na jiný objekt a reaktivní formaci, kdy dochází k vytvoření opačného pocitu, vedoucímu až ke změnám osobnosti.
- d) Zralé obrany jsou ty, které by neměly vytvářet nárůst úzkosti nebo agresivního chování, ale naopak tyto stavy zmírňovat. K těmto obranám patří suprese, anticipace (realistické očekávání), altruismus, kdy člověk po prožití krizi přepracuje bolestné zkušenosti do pomoci druhým, sublimace, tedy napětí převést do kreativního chování. V neposlední řadě je zralou obranou také humor, který má velký vliv a význam pro psychickou stabilitu jedince.

Termín coping znamená zvládání náročných životních situací, při copingu by měl být jedinec schopný respektovat realitu. Rozdělují se dvě základní strategie zvládání a to zaměření na sebe a zaměření na problém. Samozřejmě i v těchto případech dochází k použití jak efektivních, tak neefektivních strategií.

Jedinec tak může využít mnoho způsobů svépomoci, je však žádoucí, aby také fungovala vzájemná pomoc. Tedy, když pomohou jedinci v krizi jeho blízcí. Vhodná a vyhledávaná podpora od blízkých je na emoční bázi. Je však nutné udržet svou míru pomoci, aby nedošlo ke stavu, kdy člověk v krizi upadne do závislosti a pasivity (Špatenková et al., 2004).

2.2 Formální pomoc v krizi – krizová intervence

Pro odbornou pomoc při psychické krizi se vžil název krizová intervence. Jde o komplexní přístup, kdy je kladen důraz na individualitu člověka a také jeho akutní potřeby. Jde o sortiment technik určených k návratu jedince v krizi na jeho normální fungování (Lanceley, 2003).

Krizová intervence je tedy „*odborná metoda 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*“ (Vodáčková et al., 2012, s. 60).

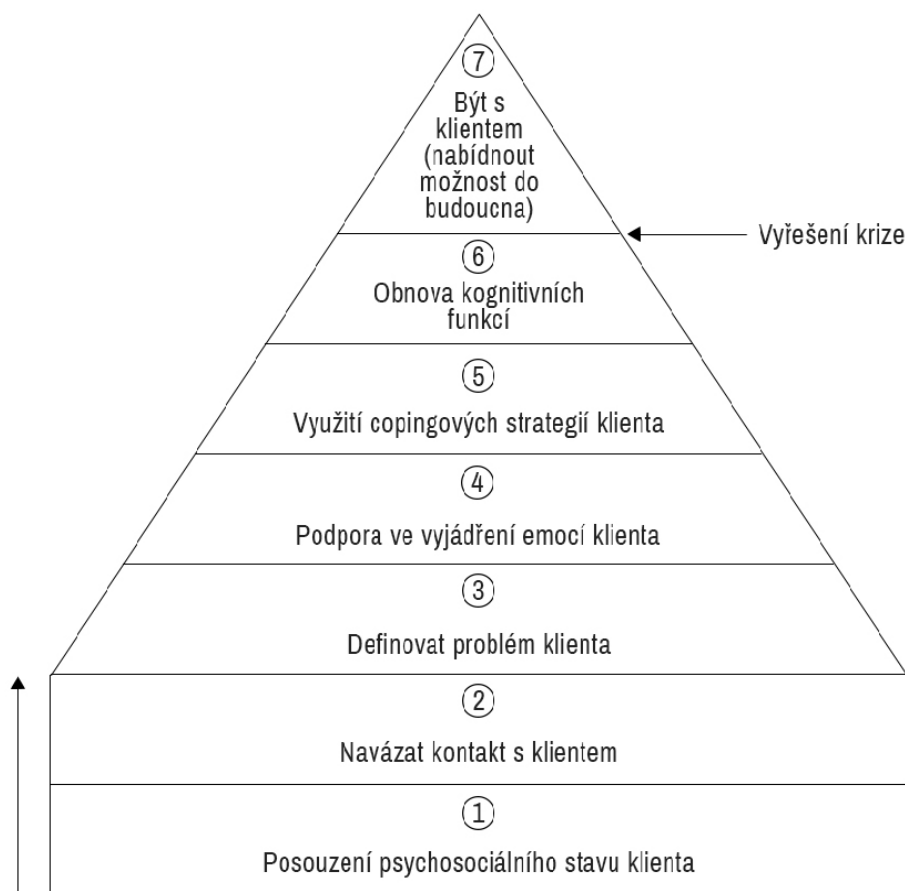
Krizová intervence je formou odborné pomoci jedinci, který se nachází v krizi. Jelikož je to formální pomoc, existují určité specifické znaky. Špatenková et al. (2011) mezi ně řadí:

- a) okamžitou pomoc – poskytnout jedinci v krizi pomoc, by mělo být tak rychlé, jak jen to je možné
- b) redukce ohrožení – člověk v krizi by měl cítit emocionální podporu, pocit bezpečí a také je zde důležitá pomoc materiální
- c) koncentrace na problém „tady a teď“ – krizová intervence by se měla zaměřit pouze na aktuální situaci a aktuální problém
- d) časové ohraničení – krizová intervence by měla trvat po dobu klientova krizového stavu
- e) intenzivní kontakt – je potřeba navázat kontakt mezi krizovým interventem a jedincem v krizi
- f) strukturovaný, aktivní a někdy i direktivní přístup krizového intervenanta
- g) individuální přístup – krize je subjektivní záležitost a tak je potřeba k lidem v krizi přistupovat individuálně

Krizovou intervencí nesmíme zaměňovat s psychoterapií, „*zatímco individuální (a do značné míry také skupinová) psychoterapie za dostatečně příznivých okolností umožňuje vyřešit široké spektrum pacientových intrapsychických konfliktů a životních problémů, bývají cíle krizové intervence skromnější, dosažitelnější a bezprostřednější*“ (Klimpl, 1998, s. 65). Mlčák (2011) vidí zásadní odlišnost v tom, že cílem psychoterapie je hluboká změna osobnosti klienta, cíl krizové intervence je pomoc klientovi při řešení akutního stavu a situace, obnovení základní psychické rovnováhy a dosažení úrovně předkrizového stavu. Další rozdíly jsou v časové dotaci. Krizová intervence má na rozdíl od psychoterapie krátkodobý charakter.

Roberts (2000) sestavil 7stupňový model krizové intervence, který je použitelný na pomoc lidem v akutní psychické krizi a v akutní situační krizi. Sedm etap je následujících:

1. naplánovat a provést důkladné posouzení psychosociálního stavu klienta, včetně suicidálních myšlenek
2. být v kontaktu s klientem a navázat vztah založený na spolupráci
3. identifikovat a definovat dimenze představující problém klienta
4. podporovat klienta, aby se dostal ke svým pocitům a emocím
5. zmapovat a vyhodnotit copingové strategie, které klient použil v minulosti
6. formulovat a rozvíjet plán do budoucna, čímž se obnoví kognitivní funkce
7. být s klientem, nabídnout možnost být pro klienta i v budoucnu



Obrázek 3 – Sedmistupňový model krizové intervence (Roberts, 2000).

Etapám krizové intervence se věnuje i Mlčák (2011), který rozlišuje 3 základní. Úvodní etapu, realizační etapu a závěrečnou etapu.

Při úvodní etapě by mělo dojít k navázání kontaktu mezi klientem a interventem. Klient by se měl cítit v bezpečí a k interventovi pociťovat důvěru. Intervent by měl v této fázi pracovat s technikami akceptace, poskytování sociální opory, uklidnění klienta. Měl by se věnovat emocím klienta a poskytnout mu prostor pro ventilaci. V této etapě by mělo dojít k formulaci zakázky klienta, tedy to, co klient očekává, čeho by chtěl během intervence

dosáhnout. Je vhodné, aby byla zakázka zopakována ze strany intervenanta a klient s ní souhlasil. Tato etapa končí, pokud se mezi klientem a interventem podařilo formulovat kontrakt, což je dohoda či plán, jak budou při intervenci společně postupovat.

Realizační etapa je zaměřena na hlubším vhledu do problematiky klienta, na posouzení jeho aktuálního psychického stavu a na stanovení možností dosažitelných pozitivních změn v chování a prožívání klienta. „*Realizační etapa je v podstatě prací s příběhem klienta, jímž popisuje okolnosti vzniku krizové situace, hloubku svých negativních prožitků a způsob svých neúspěšných pokusů, jak krizi řešit* (Mlčák, 2011, s. 35). Právě v této etapě je čas na práci s plánem řešení krizového stavu klienta, zároveň zde také dochází k možnosti budování podpůrné sociální sítě.

Závěrečná etapa přichází, pokud se klient dostane do psychické rovnováhy na úroveň předkrizového stavu. Tato etapa má za cíl upevnit pozitivní změny dosažené v chování a prožívání klienta a také analýzu budoucnosti v kontextu s překonaným krizovým stavem. Intervent by měl klienta podpořit ve schopnosti samostatně zvládat své životní starosti a problémy. Jedinec by se tak měl naučit nové copingové mechanismy, nové metody řešení problémů (Infante, 1982).

2.3 Typy krizové intervence

Krizovou intervenci můžeme rozdělit do dvou základních typů a to prezenční a distanční formu pomoci. Mlčák (2011) mluví o prezenční formě, jako o krizové intervenci, kterou lze realizovat ambulantně, ústavně nebo prostřednictvím terénních a mobilních služeb. Distanční krizová intervence je realizována pomocí techniky. Jedná se tedy o telefonickou nebo internetovou krizovou intervenci.

a) Krizová intervence tváří v tvář

Krizová intervence tváří v tvář (prezenční forma pomoci) může být rozdělena na terénní služby, ambulantní pomoc a pobytové služby. Při takovéto krizové intervenci dochází k přímému setkání krizového intervenanta a klienta (Špatenková et al., 2011).

b) Telefonická krizová intervence

Telefonická krizová intervence je řazena do distanční formy pomoci společně s internetovou pomocí. Mezi základní charakteristiky se řadí permanentní nebo převažující oddělení krizového intervenanta a klienta, (de)institucionalizace, nízké náklady, dostupnost,

bezbariérovost, anonymita jak klienta, tak i krizového intervenanta (Špatenková et al., 2011; Vodáčková et al., 2012).

Forma krizové intervence	Tváří v tvář	Telefonní	Internetová
Hloubka explorační práce	xxx	xx	x
Časová strukturace	xxx	x	xx
Informace od klienta	xxx	xx	x
Anonymita klienta	x	xx	xxx
Zpětná vazba od klienta	xxx	xx	x
Dostupnost služby klientem	x	xxx	xx
Zábrany klienta vyhledat pomoc	xxx	xx	x
Spektrum metod použitých intervenantem	xxx	xx	x
Potřebná erudice intervenanta	xxx	xx	xx
Systematičnost práce s klientem	xxx	xx	x
Anonymita intervenanta	x	xx	xxx

Tabulka 2 – Srovnání různých forem krizové intervence (Mlčák, 2011).

Legenda k tabulce 2: xxx vyšší úroveň, xx středně vysoká úroveň, x nízká úroveň

Jak je z tabulky zřejmé, každá z forem krizové intervence má své výhody i úskalí. Krizová intervence tváří v tvář má velkou výhodu v tom, že intervenant je s klientem na tomtéž místě. Má tak možnost pozorovat škálu verbálních i nonverbálních reakcí. Na druhou stranu je u tohoto typu intervence nutné překonat předsudky, obavy a bariéry, které může klient prožívat.

Telefonická krizová intervence je omezena pouze na auditivní kontakt a tak intervenant nemůže pracovat s nonverbálními reakcemi klienta. Velikou výhodou je snadná dostupnost, v dnešní době má většina klientů možnost zavolat na linku důvěry, pokud se ocitnou v krizi.

Pro internetovou krizovou intervenci je typické, že intervenant pracuje s klientem, aniž by ho viděl a slyšel. V tomto případě je zajištěna maximální anonymita, což může klientovi poskytnout odvahu, aby krizovou pomoc vyhledal (Mlčák, 2011).

2.4 Pracovník krizové intervence

Pracovníkem krizové intervence se může stát v podstatě kdokoliv, proto je nutné rozlišovat mezi odborníkem a laikem. Vodáčková et al. (2012) definuje odborníka jako

někoho, kdo má odpovídající vzdělání a mívá specializační výcvik v krizové nebo telefonické krizové intervenci. Jde o obory lékař, psycholog, speciální pedagog, středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaný sociální pracovník, střední zdravotnický personál a duchovní. Laikem je člověk alespoň středoškolsky vzdělaný, který musí mít výcvik v krizové nebo telefonické krizové intervenci.

Mlčák (2011) a Vodáčková et al. (2012) předkládají „Inventář dovedností a znalostí krizového pracovníka“:

- dovednosti aktivního naslouchání s důrazem na vcítění
- dovednosti krizové intervence a vyjednávání
- dovednosti zacházení s oběťmi a s agresivními klienty
- znalosti pomáhající sítě a dovednosti nepředpojaté spolupráce s ní
- znalosti základů právního vědomí
- znalosti základů sebeobrany
- dovednosti při vedení dokumentace a komunikace v týmu
- dovednosti při získávání a předávání informací
- schopnost otevřeně komunikovat s lidmi
- schopnost rychlého a subjektivně nezatíženého rozhodování
- schopnost spolupráce
- schopnost reflektovat svou práci a zvládat zátěž
- schopnost rozpoznat hranice možností a sil

Krizový intervent také musí akceptovat platné etické zásady své práce a to hlavně princip mlčenlivosti a anonymity. Také zde platí zásada nezneužívat získané informace pro osobní potřeby, či za cílem poškodit klienta.

2.5 Pracoviště krizové pomoci, služeb a intervence

Krizová intervence by měla být dostupná pro každého a v současné době mohou klienti využít v České republice těchto služeb: krizové centrum s ambulantním a lůžkovým programem; krizové centrum ambulantního typu; pracoviště s krizovým programem; linky důvěry jako součást krizového centra; linky důvěry, které tvoří součást pracoviště s krizovým centrem a linky důvěry jako samostatná regionální pracoviště.

Krizovou intervencí by měly být schopny poskytnout všechna pracoviště, kde je potenciální šance výskytu lidí v krizi. Velkou skupinou tak tvoří nemocnice, kde se nachází

pacienti, kteří mohou prožívat velmi obtížné životní situace. Lékaři a sestry by měli být schopni rozlišit klienta a pacienta. Krize je projevem běžného života, a pokud by lékař či sestra viděli v krizi patologii, je tím zabráněno nahlížet na krizi jako na příležitost. *„Lékař se musí vyrovnat s vlastní potřebou klienta léčit, neboť se v krizové intervenci a telefonické krizové intervenci pohybuje na úrovni řešení problému“* (Vodáčková et al., 2012, s. 166). Zdravotní sestra se ve své běžné praxi setkává s pacienty a nese za ně velkou zodpovědnost. Jejím úkolem bývá *„naučit se asistovat klientovi a respektovat jeho příběh, nikoli ho svoji pomocí imobilizovat“* (Vodáčková et al., 2012, s. 166).

3 Zdravotní sestra jako krizový intervent

Nemocnice je jedno z míst, kde se nachází lidé v náročných životních situacích. Mám tím na mysli pacienty a také jejich blízké. Tito lidé přichází nejčastěji do kontaktu se zdravotní sestrou. Ivanová (2006) mluví o profesi „zdravotní sestra“ jako o povolání, které spadá do okruhu pomáhajících. Hlavním cílem těchto profesí je řešení důležitých životních problémů konkrétních lidí. Každé povolání, které spadá do pomáhajících profesí, vyžaduje odbornost, tedy vědomosti a odpovídající vzdělání. Zdravotní sestra by však také měla disponovat kladným lidským vztahem k pacientovi a také pro něj mít pochopení. Pokud se setká s pacientem v krizi, měla by mít znalosti ze tří základních složek krizové intervence (jaký je spouštěč krize, jak klient vnímá krizi a jaké má klient obvyklé copingové metody) (Alexander, L., Yano, B., & Kuwanoe, C., 1976).

Vzdělání sester je dáno zákonem č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (ČR, 2004). Sestry měly znát základní techniky krizové intervence (identifikace precipitoru krize, poskytnutí povzbudivých informací, zjistit subjektivní potíže a úroveň fungování a také normalizovat pocity klienta)(Špatenková, 2004). Velmi důležité je aktivní naslouchání a také umět pracovat s tichem. Nejčastější chyby, kterých se sestra jako krizový intervent dopouští, jsou utěšování, bagatelizace, vynucování rychlých rozhodnutí a v neposlední řadě také příliš časně podávání uklidňujících léků (Mahrová & Venglářová, 2011).

3.1 Komunikace s nemocným člověkem

Sestra je jedním z pracovníků, kteří se dostávají do kontaktu s pacienty nejčastěji, a proto by se neměla vyhýbat komunikaci s nimi. *„Komunikace je sdělování informace prostřednictvím signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chování. Probíhá mezi dvěma a více lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu a jiných médií“* (Honzák, 1997, s. 11). Podle Mahrové a Venglářové *„sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem“* (Mahrová & Venglářová, 2011, s. 11). Někdy se můžeme setkat s názory, že komunikace je dar, který někdo má a druhý ne. To však není pravda. Jak uvádí Janáčková a Weiss (2008) komunikace ve zdravotnictví není pouze o mluvení. Komunikovat znamená sdělovat a získávat informace, na nichž závisí lidské zdraví a často i samotný život. Je proto velmi důležité vědět co, kdy, kde a jak chceme říci.

Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke a Beuth (2010) popisují základní pravidla komunikace, která jsou:

1. Není možné nekomunikovat.
2. Lidská komunikace se zásadně odehrává v několika rovinách. Tedy pokus o komunikaci může selhat, pokud zohledňuje pouze jednu rovinu.
3. Vyslané poselství se nemusí nutně shodovat s tím, co je přijato.

Je nutné tato pravidla pochopit, protože jejich pochopení vede k základům úspěšné komunikace. I sestra si musí uvědomit, že komunikace je mnohostranná. Ona a pacient mohou mít odlišné vnímání reality a s tím se pojí problémy s porozuměním (Angenendt et al., 2010).

Pacient je člověk, který je nemocný, mnohdy musí zůstat na lůžkovém oddělení a je tedy i odloučený od rodiny, ztrácí možnost pracovat a navštěvovat oblíbená místa. To vše může způsobit zhoršení pacientových komunikačních dovedností. Je nezbytné, aby sestry komunikovaly účinně. Stávají se tak iniciátorkami změn zaměřených na upevnění zdraví, lépe vytvářejí důvěrný vztah s pacientem a jeho blízkými a předcházejí právním problémům spojeným s ošetřovatelskou praxí. Účinnou komunikaci lze považovat za základ vzniku vztahu sestra – nemocný pacient (Plevová & Slowik, 2010).

Mahrová a Venglářová (2011) rozlišují tři druhy profesionální komunikace s nemocným.

- a) Sociální komunikace, což je běžný hovor a kontakt s nemocným. Tato komunikace je nejběžnější během úpravy lůžkovin, hygieny, když sestra pomáhá pacientovy s jídlem.
- b) Specifická (strukturovaná komunikace). Jde o komunikaci, kdy se pacient od sestry dozvídá důležitá fakta a také je edukován. Může jít o sdělení postupu vyšetření nebo předání informací o rizicích.
- c) Terapeutická komunikace, která se odehrává nejčastěji formou rozhovoru s nemocným pacientem. „*Podpůrný terapeutický rozhovor má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u somaticky či psychosomaticky nemocných*“ (Beran, 1995, s. 113).

Sestra se setkává s různými pacienty a je důležité nezapomínat, že každý svou nemoc prožívá individuálně. Existuje tak možnost, že se objeví pacient, který vyžaduje, aby sestra využila prvků krizové intervence při komunikaci s ním.

3.1.1 Efektivní komunikace ve vztahu sestry - pacient

Efektivní komunikací se rozumí otevřená komunikace, kde nedochází ke znehodnocování informací a lidé, kteří spolu komunikují, si vzájemně rozumí. Efektivní komunikace navozuje vztah vzájemné důvěry mezi sestrou a pacientem (Pokorná, 2007). Technika aktivního naslouchání je jednou z možných variant efektivní komunikace. Znamená to, že lidé se vzájemně poslouchají a snaží se pochopit to, co ten druhý říká. Aktivně naslouchající plně vnímá, reaguje na nová sdělení a dává najevo, že vnímá a zároveň rozumí obsahu. Také by měl dávat zpětnou vazbu a podporovat. Při aktivním naslouchání nedochází k moralizování (Kopřiva, 2006; Pokorná, 2007).

Základní charakteristiky aktivního naslouchání jsou vhodné prostředí, kde se pacient i sestra budou cítit bezpečně, oční kontakt s pacientem, paraverbální povzbuzování, podpora v mluvení o emocích a také společné mlčení. Jsou zde však také překážky, které aktivní naslouchání znesnadňují jako například nevhodné prostředí, jazyková bariéra, bariéry vyplývající z očekávání a také bariéry patologické. Řadí se sem i bariéry osobní, což je například netrpělivost sestry (Pokorná, 2007). Wood (2013) řadí do efektivní komunikace tyto složky: verbální komunikace, neverbální komunikace, adaptivní komunikační styl, reflexní naslouchání, dovednosti přemýšlet a reagovat, intuice, mít znalosti a zkušenosti, navázat vztah s pacientem a také umět se vyhnout nástrahám nedorozumění.

3.1.2 Neefektivní komunikace ve vztahu sestry – pacient

Pokorná (2007) vysvětluje neefektivní komunikaci jako typ komunikace, který nevede ke vzájemnému porozumění. Příčiny lze hledat v nepozornosti naslouchajícího nebo v komunikačním zahlcení. Neefektivně také působí přílišná vágnost a naopak i nadužívání odborných termínů.

Neproductivní komunikační strategií je myšlena manipulace. Primárně ji členíme na manipulaci kognitivně orientovanou, kdy sdělující používá pojmy, které jsou poslouchajícímu zcela neznámé a na manipulaci emocionální, kdy manipulující působí na emoce druhé osoby, která nemá dostatečné množství informací. K dalším nevhodným strategiím patří příkazy, nařízení, varování, sliby, napomínání, moralizování, rady, dávání řešení a navrhování, poučování, kritizování, obviňování, pokoušení se odpoutat někoho od problému

vtípkováním (Pokorná, 2007). Problémy špatné nebo neefektivní komunikace mají vážné důsledky ve vztahu sestry – pacient (Chant, Jenkinson, Randle & Russell, 2002).

3.2 Krizová intervence při komunikaci s pacientem

3.2.1 Agresivní pacient

Agresivní chování se může projevit různě. Jde o odmítavý či ironizující způsob komunikace nemocného se sestrou, fyzické napadání osob, nebo o destrukci předmětů. Agresivní pacient tak signalizuje nespolupráci a také ohrožení. Může tím v sestřích vyvolat stresovou reakci typu útok – útek. Protože se však sestra nachází na teritoriu, které považuje za důvěrně známé, je obvyklejší její útočnější reakce než ústup (Honzák, 1997; Mahrová & Venglářová, 2011).

Při komunikaci s agresivním pacientem by sestry měly dbát jistých pravidel. Je nutné zachovat klid a respektovat normy společenského chování, komunikaci by neměla být autoritářská. Protože *„agrese patří mezi emoce stenické, tedy posilující, je užitečné tuto energii využít a převést ji na prospěšnou aktivitu“* (Honzák, 1997, s. 108). Sestra by tedy při rozhovoru s agresivním pacientem měla myslet na to, že je potřeba chovat se nekomplementárně, neodpovídat na agresi protiútokem, neboť potom by došlo ke spirálovému posilování – tedy, že agresivita vyvolá další agresivitu. I když je pacient rozčilený až agresivní, je nutné i tak vyslechnout jeho stížnosti a přijmout ho takového jaký je. Přičemž akceptace neznamena souhlas se situací. Je potřeba rozlišit chování pacienta a jeho nemoc, snažit se najít důvody jeho agrese, a pokud je to možné, pacientovi vyhovět (Mahrová & Venglářová, 2011). Celkově by tedy sestra měla jednat tak, aby podpořila a posílila sebevědomí člověka, dát pacientovi najevo svou úctu a kladné hodnocení jeho osoby.

Pokud intervence sestry způsobila snížení agresivity u pacienta, je dobré opustit od dalšího působení na klienta, aby nedošlo k vyvolání nové vlny napětí (Beer, Pereira & Paton, 2005).

3.2.2 Depresivní pacient, pacient se suicidálními myšlenkami

Pokud se člověk stane pacientem, může se dostat do stavu, kdy prožívá zvýšenou zátěž, jež mnohdy doprovází depresivní prožívání. Je nutné brát v potaz, že se nemusí jednat o depresivní poruchu. Lidé, kteří jsou depresivními pacienty, si mohou často stěžovat na únavu

a ztrátu energie, ztratí sebeúctu a sebedůvěru, velmi často se cítí sami a vnímají pocit prázdnoty. Může dojít ke změně psychických funkcí a psychomotorického tempa (zpomalení nebo zrychlení). Depresivní pacient se může nereálně obviňovat za věci, které nemohl ovlivnit. Depresivní pacient si také častěji stěžuje na práci sestry než pacient bez depresivních symptomů (Schenker, Stewart, Na & Whooley, 2009). Depresivní prožívání je doprovázeno i tělesnými příznaky, jako jsou poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, pocit tlaku v srdeční krajině, bolest hlavy, břicha a žaludeční potíže (Češková & Kučerová, 2012; Mahrová & Venglářová, 2011; Vodáčková et al., 2012).

V případě, že sestra komunikuje s depresivním pacientem, má zpočátku potřebu nadměrně nemocnému pomoci, často až nad rámec svých povinností. Pokud však pacient zareaguje negativně, sestra se upozadí a chce šetřit síly. Depresivní pacient také v sestře může vyvolat smutek. Pro sestru je také náročné to, že se pacient vyjadřuje nad nesmyslností léčby nebo také, že si léčbu nezaslouží. Takové chování a přístup nemocného vede k tomu, že si sestra myslí, že by stačilo trochu vůle z pacientovy strany a všechno by se dalo do pořádku, což je ale špatný úsudek. Sestra musí pacienta respektovat, dát mu najevo pochopení.

Není výjimkou, že depresivní pacient má myšlenky na sebevraždu. V takovém případě se sestra nemá hovorům na téma sebevražda vyhýbat, je však nutné, aby trvala na „antisuicidálním kontraktu“. Tento termín znamená „uzavření dohody mezi pacientem a sestrou, že po určitou dobu nepodnikne kroky k ukončení života“ (Mahrová & Venglářová, 2011, s. 90). Klient, který má sebevražedné myšlenky, by měl dostat prostor o svých pocitech mluvit, aniž by došlo k bagatelizování. Sestra se při komunikaci se sebevražedným klientem musí vyvarovat předsudků o sebevraždách, hlavně toho, že sebevražda je záležitost slabých, patologických nebo duševně nemocných jedinců. Zároveň je nutné, aby pacient v takové chvíli nezůstával sám a sestra dovedla zachovat klid, neprojevovala zděšení ani překvapení, zhodnotila situaci a nebála se s pacientem mluvit (Honzák, 1997; Vodáčková et al., 2012).

3.2.3 Úzkostný pacient

Úzkost je stav, který se může projevovat od nejisté stísněnosti až po panický děs. Honzák definuje úzkost jako „*nepříjemný prožitek, který má svou symptomatologii psychosociální (projevující se navenek především v jednání) a symptomatologii vegetativní či somatickou*“ (Honzák, 1997, s. 109). Nemocné pacienty mnohdy doprovází úzkost bez zjevného ohrožení. Projevy mohou být tichá a ustrašená mluva až šepot nebo naopak křik, kterým chce pacient svou úzkost překřičet, dále také zrychlená mluva nebo nutkání mluvit.

Tělo úzkostného pacienta je schoulené, má těkavý pohled a nejistá gesta. Takový pacient se bojí učinit rozhodnutí sám za sebe a proto má velkou potřebu neustálé blízkosti a ochrany druhých (v našem případě sestry). Tato potřeba však budí spíše negativní pocity a odmítání a sestra tak má tendenci unikat, což prohlubuje úzkost nemocného pacient (Mahrová & Venglářová, 2011; Janáčková & Weiss, 2008).

Pokud je sestra v kontaktu s úzkostným pacientem měla by zachovat klidný přístup, volit pomalejší tempo řeči, podávat přesné informace, „*dostatek informací vytváří pocit kontroly nad situací a mírní tak úzkost z nejistoty*“ (Mahrová & Venglářová, 2011, s. 92). Jak dodává Janáčková a Weiss (2008) je vhodné pacienta aktivizovat, podporovat ho v rozhodování, ale nespíchat na něj a dát mu dostatek času.

3.2.4 Vážně nemocný pacient s bolestmi

Pokud je pacient vážně nemocný, dochází ke změnám v oblasti sociální, fyzické i psychické. Pacient často tráví většinu času v nemocnici, může dojít ke ztrátě zaměstnání a také k narušení kontaktu s nejbližšími. Choroba má průvodní symptomy, mezi které patří také bolest. Křivohlavý (2002) mluví o bolesti jako o nepříjemném až nesnesitelném prožitku, který může pacienta znejistit a také vyvolat strach a úzkost. Vážně nemocní pacienti trpí chronickými bolestmi, kdy přes řadu zákroků nedochází ke snížení intenzity bolesti a ke zlepšení zdravotního stavu. Pacienti tak mohou odmítat komunikovat a spolupracovat a sestra se může cítit frustrována (Mahrová & Venglářová, 2011).

Při rozhovoru s nemocným by se sestra měla snažit posílit nemocného. Mahrová a Venglářová (2011) vyjmenovávají cíle, kterých by se sestra měla snažit dosáhnout při rozhovoru s nemocným:

1. Vůle k dalšímu životu, tedy podpora pacienta avšak bez poskytování nesplnitelných nabídek a planých nadějí. Naopak je to snaha najít nějaký konkrétní cíl, který nemusí být velký, ale pro nemocného je dosažitelný a on se na něj bude moct soustředit.
2. Akceptace zdravotního postižení samotným pacientem. Nemocný by měl dojít k rozhodnutí, že už nebude řešit otázky typu „Proč já?“, ale pokusí se zvládnout věci, které jsou pro něj uskutečnitelné, a nebude se snažit o nemožné.

3. Přijetí změn. Sestra je velmi důležitá, aby pacientovi pomohla přijímat se i v nemoci. Pacienti často trpí komplexy a pocity, že už nebudou úspěšní a budou svému okolí na obtíž. Je proto potřeba, aby sestra zvýšila pacientovo kladné sebehodnocení.

Jde tedy o to, aby sestra přijmula klienta a zároveň nehodnotila jeho chování, verbálně i neverbálně pacienta podporovala, ale při tom reagovala autenticky a nepřetvařovala se. Sestra by v této chvíli měla brát pacienta v první řadě jako člověka a nerozhodovat se za něj.

3.2.5 Umírající pacient

Pokud pacient umírá, vystupují do popředí potřeby jistoty, bezpečí, blízkosti. Umírající pacient má snahu „*nahlédnout na celý dosavadní život jako na smysluplný celek, kterému je možno porozumět*“ (Angenendt et al., 2010). Umírající pacienti si přejí zůstat lidskými bytostmi s vlastní důstojností, chtějí mít informace ze světa mimo nemocnici a alespoň v myšlenkách trávit čas se svými nejbližšími. Pacient často vyjádří přání odpustit sobě samému a vyrovnat se se svým životem. Sestra by mu v tomto okamžiku měla pomoci. Sestra se v této chvíli stává pro umírajícího pacienta také důvěrníkem, poradcem, vyjednávačem, tlumočnickem apod. Může se stát, že pacient vtáhne sestru do vlastního náročného životního příběhu. Sestra mu v takové chvíli může pomoci tím, že mu zprostředkuje nové myšlenky a pocity.

Pro sestru je při komunikaci s umírajícím nezbytné, aby měla sama vyjasněný postoj ke smrti a umírání. Zároveň by měla být seznámena s právními a obecně platnými normami v oblasti eutanázie, sdělování nepříznivé prognózy, umět pracovat s „*milosrdnou*“ lží atp. Mahrová a Venglářová (2011) objasňují, že komunikace s umírajícím představuje velkou zátěž pro sestru samotnou. Sestře se mohou vybavit myšlenky na vlastní smrtelnost a smrtelnost svých nejbližších. Také si může oživit vlastní zážitek, kdy byla přítomna smrti někoho ze svého blízkého okolí. Zároveň však sestra může prožívat pocity selhání a bezmoci, kdy nemůže pacientovi pomoci k tomu, aby nezemřel. Haškovcová zdůrazňuje, že „*pocity osobní viny a prohry nejsou namístě, protože smrt patří do života stejně jako zrození*“ (Haškovcová, 2000, s. 22).

Umírající pacient prochází fázemi umírání, které popsala Kübler-Ross (1992). Jsou to fáze:

1. Popření a izolace. Pacient je v šoku, což je prudká reakce, která rychle odezní a přechází do stavu popření. Pacient odmítá uvěřit, že on je ten, kdo umírá a hledá možnosti, kde se lékař anebo sestra mohli splést. Svým popřením se pacient uzavírá do izolace. Sestra by měla dát pacientovi dostatek času, snažit se s ním navázat kontakt a získat jeho důvěru.
2. Zlost a hněv. Jsou to emoce, které pacient jen velmi těžko ovládá. Pacient se zlobí na všechny a na všechno. Zároveň vnímá velký zmatek a protest proti diagnóze. Pacient si je většinou vědom toho, že si svou zlost vylévá na lidech, kteří za jeho nemoc nemohou, ale nedovede se ovládnout. V této fázi má sestra pacientovi nabídnout odreagování a neupozorňovat ho na nevhodnost jeho projevů.
3. Smlouvání. Nyní si už pacient uvědomuje, že se zázrak nestane a začíná tak uvažovat o smyslu života a přemýšlet o tom, jak naplnit zbývající čas. Pacient o svůj čas smlouvá. Sám sobě si dává životní milníky, kterých se chce dožít (maturita dítěte, první vnouče apod.). Člověk se cítí motivován a tak zmobilizuje své síly. Sestra musí být v této fázi trpělivá, vytvářet s pacientem krátkodobé cíle a oceňovat ho i za ten nejmenší splněný cíl.
4. Smutek a deprese přichází ve chvíli, kdy pacientovi v plné míře došlo, že opravdu umírá. V této fázi je velmi důležitá přítomnost sestry (zvláště pokud nefunguje rodina), aby pacientovi naslouchala a sdílela s ním jeho obavy a myšlenky.
5. Smíření nebo rezignace. Do této fáze se nemusí dostat každý umírající pacient. Nyní dochází k vyrovnání, loučení s blízkými a přichází pokora. V tuto chvíli je sestra pro pacienta oporou.

3.2.6 Pozůstalí

Pro sestru, stejně jako ostatní zdravotníky je jednání s pozůstalými stresující záležitostí. Pozůstalí mohou dle Haškovcové (2000) první minuty poté, co se o smrti blízkého pacienta dozvědí, vnímat bezradnost. Vyvstává jim spousta otázek typu „Co bude teď?“, „Jak bez něj budu žít?“. Je naprosto normální, že si pozůstalí nedovedou odpovědět, a proto je vhodné dopřát jim čas na akceptaci ztráty, pochopení a přijetí toho, co se stalo. Pokud je sestra s pozůstalými v okamžiku, kdy se dozvěděli o smrti pacienta, měla by mít na paměti, že reakce na ztrátu jsou velice individuální a rozhodně by neměla pozůstalým bránit ve spontánních projevech prvního smutku nebo je kritizovat.

Mahrová a Venglářová (2011) zmiňují zásady komunikace s pozůstalými. První zásadou je informovat pozůstalé o zhoršujícím se stavu pacienta, pokud je to možné. Při komunikaci dbát na pocit jistoty a bezpečí pro pozůstalé. Mluvit s nimi v soukromí. Používat jasné a srozumitelné termíny, zároveň pozůstalé ušetřit detailů, pokud byla smrt pacienta dramatická. Na otázku, zda pacient před smrtí trpěl bolestí, doporučují odpovědět, že spíše ne. Po zklidnění nabídnout pozůstalým svou přítomnost a pomoc při zařizování potřebných věcí a zároveň nabídnout další setkání.

4 Intenzivní péče

Svůj výzkum budu soustředit na sestry na odděleních JIP/ARO. Je proto na místě zmínit základní charakteristiku prostředí intenzivní péče. Vomela (2005) popisuje intenzivní medicínu jako komplexní zdravotní péči, která je poskytována na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních odděleních nemocným pacientům. Tito pacienti jsou po závažných operacích a invazivních výkonech, kdy jsou ohroženi selháním základních životních funkcí nebo jim tyto funkce již selhávají. Intenzivní medicína si klade za cíl udržení, podporu nebo dočasnou náhradu a obnovení poškozených životních funkcí, které jsou reverzibilní. Pacientův stav může být dlouho konstantní, může však také docházet k rychlým a nečekaným změnám. Sestra by měla být schopna zareagovat na měnící se stav pacienta (Zadák & Havel, 2007).

4.1 Pacient na JIP/ARO

Společným rysem pacientů v intenzivní péči bývá jejich závažný zdravotní stav. Těžká situace s sebou přináší enormní nápor na psychiku. U pacientů můžeme identifikovat různé problémy, např. anticipační smutek, riziko osamělosti, úzkost, bezmocnost, narušený obraz těla, narušenou sebeúctu, poruchy verbální komunikace, duševní tíseň, strach. Výskyt psychologických poruch je u těchto pacientů odhadován mezi 14-72 %, z toho jsou nejčastěji přítomny úzkost, deprese a delirium (Rodríguez, 2005). Zacharová (2012) dodává, že faktory, které mají za následek vznik psychických problémů na JIP/ARO, jsou mimo jiné adaptace na novou situaci, na fyziologické změny v důsledku nemoci, léky, změny spánkového režimu, nedostatek smyslové stimulace a typ interakce mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Nemocný pacient také může negativně vnímat zhoršování zdravotního stavu ostatních pacientů, se kterými je v kontaktu (jsou na stejném pokoji). Někteří nemocní se obávají toho, co bude a v důsledku toho odmítají komunikovat a spolupracovat se sestrami.

Skutečností zůstává, že kriticky nemocní jsou často pod účinky tlumicích léků, které značně snižují jejich luciditu. Tato farmakoterapie má za úkol především zmírnit utrpení, jehož zdrojem bývá zejména bolest a šokový stav nemocného. Díky vlivu těchto prostředků pacient není vystaven plné konfrontaci se svou situací, což může kladně přispívat k postupné adaptaci na stávající stav. Avšak po ukončení dlouhodobého podávání léků může být nemocný určitou dobu neklidný, zmatený, dezorientovaný. Postupem času tyto nežádoucí

účinky odeznívají. V důsledku sníženého vnímání je většinou negativně ovlivněna také participace pacienta, která je zvláště v rehabilitační péči podstatnou složkou úspěchu (Zacharová, 2012).

5 Design navrhovaného výzkumu

Teoretická část se zabývala jednak pojmy krize a krizová intervence a pak také způsoby komunikace ve vztahu sestry – specifický pacient. Proto bych svůj výzkum ráda zaměřila právě na komunikační schopnosti sester z oddělení JIP/ARO. Vybrala jsem si toto oddělení, protože zde je vysoká míra stresových faktorů v rámci celého komplexu poskytované ošetrovatelské péče jak pro personál, tak samotné pacienty. Správný přístup zdravotnického personálu (v mém případě sester) tak hraje v terapii nemocných velmi důležitou roli. Sestry se na těchto odděleních setkávají s pacienty, kteří jsou často kriticky nemocní a na oddělení mohou zůstat dlouhou dobu. Často se tak stane, že sestra s pacienty prožije různé krizové situace, které by měla být schopna zvládnout a být pacientovi v krizi oporou. Přestože je krizová intervence v České republice poměrně rozšířená služba, zatím se nevěnovalo příliš pozornosti, zda sestry uplatňují prvky krizové intervence během svého výkonu povolání. Výzkumy, které se podobnému tématu věnovaly, uvádím níže. Vyplývá z nich, že sestry se s pacienty, které řadí mezi náročné, setkávají a musí s nimi komunikovat. Zároveň si jsou vědomy, že je k tomu potřeba speciální forma komunikace, proto se ve svém výzkumu se budu zabývat tím, jaké mají sestry informace a znalosti o krizové intervenci, jak hodnotí své komunikační schopnosti s „náročnými“ pacienty a také tím, zda mají možnost se profesně vzdělávat právě v oblasti krizové intervence.

5.1 Předchozí výzkumy

Na oddělení JIP/ARO se mohou nacházet pacienti, kteří se vyznačují agresivním chováním. Výzkum, který proběhl u 202 sester na vybraných odděleních ve Fakultní nemocnici Ostrava a Nemocnici Třinec ukazuje, že kontakt sester s verbální agresí ze strany pacienta je velmi vysoký – 90% sester se s takovým typem agrese již setkala. Kontakt s fyzickou agresí zažilo, podle dotazníkového šetření, 56% sester. Sestry se snaží proti agresivnímu chování ze strany pacienta používat jako obranu zásady správné komunikace. Z toho vyplývá, že významným prvkem v prevenci násilí je vzdělávání sester v účelné komunikaci a účinné obraně proti agresivním pacientům (Jarošová & Szkanderová, 2008). Tyto závěry potvrzuje i Vybíhalová (2010), která se zabývala agresí u sester, které pracují s pacienty na lůžku.

Výzkum, který se zabýval komunikací mezi sestrou a pacientem proběhl i v nemocnici v Teheránu, v Íránu. Kvalitativní studie byla realizována polostrukturovanými a nestrukturovanými rozhovory a pozorování s 8 sestrami a 9 pacienty, kteří byli v nemocnici

hospitalizování. Tento výzkum ukázal, že sestry i pacienti si jsou vědomi důležitosti komunikace, přesto jsou obě strany v praxi nespokojeny. Sestry vyjadřují, že je pacienti nerespektují jako odborníky, pacienti naopak vnímají, že je sestry berou jako „věc“. Autoři výzkumu sdělují, že je nutné změnit politiku celé nemocnice a také více vzdělávat sestry v oblasti komunikace (Fakhr-Movahedi, Salsali, Negharandeh & Rahnavard, 2011).

Výzkum zkoumající potřeby sester ohledně vzdělávání v thanatologii proběhl v Šanghaji, v Číně. Ukázalo se, že obzvláště sestry, které se se smrtí setkávají velmi často, se cítí nedostatečně vzdělané v této oblasti. Rády by získaly více informací o tom, jak jednat s umírajícím pacientem a s jeho blízkými. Také by ocenily možnost naučit se pracovat s vlastními prožitky po smrti pacienta. Tento výzkum byl realizován prostřednictvím dotazníku, který vyplnilo 654 sester ze 7 šanghajských nemocnic. Výzkum byl proveden v roce 2011 (Cui, Shen, Ma & Zhao, 2011).

Ve 4 filipínských nemocnicích proběhl výzkum v roce 2008. Výzkum byl zaměřen na dyadický vztah sestra – pacient, který by měl vést ke spokojenosti pacienta. Charakteristiky byly shromažďovány pomocí rozhovorů a pozorování u 210 interakcí sestra – pacient. Výsledky ukázaly, že pro sestru i pacienta je důležitá čitelnost toho druhého. Tento vztah je posílen, pokud sestra cítí od pacienta důvěru a naopak. Zároveň se sestra cítí jistější, pokud ví, jak s pacientem komunikovat (Tejero, 2012).

5.2 Výzkumný problém

Hlavním cílem tohoto výzkumu je zjistit, zda krizová intervence má vliv na komunikaci sester s pacienty v krizi. Pokud by výzkum ukázal, že kurz krizové intervence je pro sestry přínosný, bylo by velmi vhodné ho zařadit do vzdělávání sester. Ke zjišťování bude sloužit kvalitativní výzkum na jedné experimentální skupině sester. Skupina sester podstoupí základní kurz krizové intervence, vedený akreditovaným pracovištěm (př.: Remedium), který je dotován na 50 hodin.

Po absolvování základního kurzu krizové intervence proběhnou se sestrami z experimentální i kontrolované skupiny modelové situace, při níž sestra ukáže, jak jedná s pacientem v krizi. Modelové situace se zúčastní sestra, pacient a pozorovatel, což bude lektor krizové intervence. Po provedení této situace bude následovat polostrukturovaný rozhovor se sestrou, pacientem a pozorovatelem.

Pro svůj výzkum jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

Otázka č. 1: Využijí sestry, které absolvují výcvik krizové intervence, při komunikaci s pacientem v krizi prvky krizové intervence oproti sestřám, které výcvik neabsolvují?

Otázka č. 2: Budou sestry se sestry po absolvování kurzu krizové intervence cítit pod menším stresem při jednání s pacientem v krizi?

Otázka č. 3: Dovedou sestry po absolvování kurzu krizové intervence obnovit u pacienta v krizi jeho základní psychickou rovnováhu a dosáhnoutí úrovně předkrizového stavu?

Výzkumné otázky vychází z předpokladů, které byly ověřeny předešlými výzkumy. Jak uvádí Tejero (2012), sestry lépe komunikují s pacienty, pokud vědí jaké komunikační prvky použít. Také Jarošová a Szkanderová (2008) potvrzují, že důležitou prevencí násilí u pacientů je vzdělávání sester v účelné komunikaci a také účinné neagresivní obraně proti pacientovi. Na základě těchto zjištění můžeme očekávat kladné odpovědi na výše uvedené výzkumné otázky.

5.3 Typy proměnných a jejich operacionalizace

5.3.1 Závisle proměnné

Závisle proměnné, tedy ty proměnné, které budeme v průběhu našeho výzkumu sledovat a budeme zjišťovat, zda se následkem naší manipulace mění (Walker, 2013).

Výzkum se zaměřuje na schopnost komunikačních dovedností sestry s náročným pacientem za pomoci použití technik krizové intervence. Znamená to tedy soustředit se na situaci „tady a teď“, schopnost poskytnou pacientovi okamžitou pomoc, být s pacientem, což znamená vyjádřit emocionální podporu, vytvořit pocit jistoty a bezpečí. Sestra by měla s pacientem navázat intenzivní kontakt, zároveň být aktivní, strukturovaná a v případě potřeby i direktivní. K pacientovi by měla sestra přistupovat individuálně (Špatenková et al., 2011).

Během rozhovoru s pacientem by měla sestra využít základních prvků krizové intervence. Tedy navázat kontakt s klientem, zmapovat situaci, nabídnout prostor pro vyjádření emocí, dohodnout se s pacientem na aktuální zakázce, udržet strukturu hovoru a také umět pracovat s hranicemi (Vodáčková et al., 2012).

Tyto proměnné budeme sledovat pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který proběhne ihned po skončení modelové situace.

5.3.2 Nezávisle proměnné

Nezávisle proměnné nebo také prediktory či explanační proměnné jsou ty, které během našeho výzkumu kontrolujeme, jejich hodnotu ovlivňujeme a měníme (Hendl, 2009).

Nezávisle proměnné u tohoto výzkumu jsou v první řadě kurz krizové intervence, který absolvují sestry z jedné skupiny, kterou označujeme jako experimentální, v druhé (kontrolní) skupině bude tato nezávisle proměnná nepřítomna. Další nezávisle proměnnou bude v mém výzkumu pohlaví, jelikož budu oslovovat pouze sestry – ženy. Tuto nezávisle proměnnou budu kontrolovat již při výběru sester do výzkumu. Stejně tak jako nezávisle proměnnou – práce pouze na odděleních JIP/ARO alespoň po dobu 3 měsíců. Tuto dobu jsem určila na základě toho, že pracovní smlouvy se obvykle podepisují se 3 měsíční zkušební pracovní dobou a tak předpokládám, že poté již sestry dobře znají své pracoviště a mohou přepokládat s jakými pacienty se dostanou do kontaktu.

5.3.3 Intervenující proměnné

Intervenující jinak také rušivé, či nežádoucí proměnné jsou ty, které bychom ve výzkumu chtěly eliminovat (Walker, 2013). V mém výzkumu by se mohly objevit tyto intervenující proměnné – vzájemné sympatie/antipatie mezi pacientem a sestrou, aktuální emoční naladění sestry, historie sestry, nervozita sestry. O těchto i dalších intervenujících proměnných se více zmiňuji v diskuzi výzkumu.

5.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor budu vybírat podle typologického a náhodného výběru. Výzkum bude zaměřen pouze na sestry pracující na odděleních JIP/ARO. Bude čítat 60 sester z pražských nemocnic, kde mají oddělení JIP/ARO (Nemocnice Na Bulovce, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Fakultní nemocnice v Motole, Thomayerova nemocnice, Ústřední vojenská nemocnice, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze). Všechny sestry budou na oddělení pracovat více než 3 měsíce. Sestry budou vybrány náhodně podle losu, podle losu také budou rozděleny do kontrolní a experimentální skupiny. Všechny sestry budou na začátku výzkumu seznámeny o jeho průběhu. Budou jim shrnuty možné přínosy pro jejich sesterskou praxi a bude podepsán souhlas s účastí na výzkumu.

5.4.1 Sběr dat

Poté, co sestry v experimentální skupině absolvují kurz krizové intervence, proběhnou modelové situace s pacientem, za účasti lektora krizové intervence jako pozorovatele. Sestry budou mít informace o tom, že situace je modelová a že je přítomen pozorovatel. Po skončení modelových situací proběhne polostrukturovaný rozhovor zaměřený na modelovou situaci. Rozhovoru se zúčastní sestra, pacient i pozorovatel, tímto se provede triangulace dat.

K vyhodnocení dat sesbíraných polostrukturovaným rozhovorem použijeme metodu grounded theory, tedy zakotvená teorie. Data se budou kódovat podle otevřeného, axiálního a selektivního kódování (Strauss, 1999). Na základě výsledných informací budou formulovány odpovědi na stanovené výzkumné otázky.

5.5 Diskuze

Modelové situace, které sestry absolvují, budou co nejdříve napodobovat reálnou situaci. Přesto může některá ze sester reagovat jinak, než by zareagovala v případě, že by situace byla reálná. Může se stát, že sestra neuvěří pacientovi jeho stav a tak nebude schopná adekvátně reagovat. Přesto jsem zvolila situace modelové, aby pozorovatel a pacient, kteří absolvují všechny modelové situace, mohli snáze porovnat reakce sester.

Mezi sestrou a pacientem mohou působit sympatie či naopak antipatie. Jsem si vědoma toho, že tato skutečnost může ovlivnit jednání sestry, přesto sestra jako krizový intervent by měla být schopná jednat stejně s pacientem, který jí je sympatický nebo naopak.

Sestra bude vědět, že je situace modelová, navíc se situace zúčastní ještě pozorovatel, může pociťovat jistou nervozitou. Tuto proměnnou jsem se snažila eliminovat tak, že sestry již od začátku budou vědět, že na závěr výzkumu budou probíhat modelové situace a budou mít možnost během výzkumu se mnou mluvit. Společně tak budeme moci pracovat na redukci nervozity.

Aktuální emoční naladění sestry. Přestože sestra bude vědět, kdy se modelová situace uskuteční, je možné, že dny před tím, či jenom chvíli před tím se stane neočekávaná situace, která sestru dostane z rovnováhy. S touto proměnou opět pracuji tak, že sestry budou dopředu vědět termín své modelové situaci, situace bude realizována v nemocnici, tedy v prostředí, které by jim mělo být důvěrně známé.

Další nežádoucí proměnnou je experimentální mortalita. Výcvik bude trvat 50 hodin, je možné, že některé sestry se z výzkumu rozhodnou odstoupit. Tuto proměnnou lze kontrolovat smluvním závazkem se sestrami, že z výzkumu neodstoupí, což však považuji za neetické, vzhledem k tomu, že výzkum by měl být dobrovolný.

Výzkum bude zaměřen na schopnost sestry použít prvky krizové intervence při komunikaci s pacientem v krizi. Výzkumu se zúčastní sestry z oddělení JIP/ARO. Vybrané sestry podstoupí výcvik v krizové intervenci, který povedou akreditovaní lektori. Sestry tak získají opravdu informace a znalosti lektorů, kteří mají zároveň praxi v oboru. Pokud by výzkum vyšel tak, že bychom odpověděli na všechny naše výzkumné otázky ano, bylo by vhodné tento výzkum realizovat i u sester na dalších odděleních a případně se zamyslet nad smyslem vzdělávání sester v krizové intervenci a komunikaci s prvky krizové intervence.

Jelikož je toto pouze design navrhovaného výzkumu, neřeším jeho validitu, protože samotný výzkum pak ukáže, čím vším mohla být validita "ohrožena".

(Pokud by byl výzkum realizován, nyní by následovala interpretace a shrnutí výsledků a doporučení pro další výzkumy)

Závěr

Tématem mé bakalářské práce je „Krizová intervence ve zdravotní péči“. Práce si kladla za cíl vymezení pojmů krize a krizová intervence, přičemž jsou zde nastíněny různé definice a vysvětlení. Tato práce pracuje také s pojmem komunikace. Je zaměřena na komunikaci mezi sestrou a pacientem, u kterého je vyšší možnost, že se dostane do krizového stavu. V této práci si pokládám otázku, zda je možné vylepšit a usnadnit komunikaci tím, že sestry absolvují kurz v krizové intervenci.

Krize je stav, do kterého se může dostat každý z nás. Je to stav, kdy člověku selžou jeho dosavadní mechanismy zvládnání náročných životních situací a on se dostane do fáze, kdy je vhodné vyhledat odbornou pomoc. Krize jsou velmi individuální, jeden člověk může situaci vyhodnotit jako běžnou, kdežto jiný stejnou situaci vnímá jako velmi krizovou. Krize také vnímáme různě vzhledem k našemu věku a dosavadním životním zkušenostem. Jsou krize, kterými si projde většina z nás, jako krize zrání, krize středního věku. Pak jsou také krize, které jsou neočekávané, a jejich průběh nelze kontrolovat. Krizová intervence je forma odborné pomoci, kterou mohou poskytovat jak odborníci, tak laici absolvující výcvik v krizové intervenci. Jelikož je to pomoc odborná, měla by obsahovat určité prvky, mezi něž se řadí schopnost okamžité pomoci, redukce ohrožení, koncentrace na problém „tady a teď“, časové ohraničení, intenzivní kontakt a strukturovaný, aktivní, někdy až direktivní, avšak vždy individuální přístup krizového intervenanta.

Práce je zaměřena na schopnost zdravotních sester komunikovat s pacienty, kteří se mohou dostat do krize. Sestra v takovém případě musí volit efektivní způsob komunikace, s pacientem jednat jako s klientem. Sestra by měla vědět, jak zareagovat, když se pacient dostane do krize, která se může projevovat různými způsoby. Pacient může být agresivní, depresivní, úzkostný, může mít velký strach, protože umírá. Pokud pacient zemře, sestra se musí umět vyrovnat nejen s jeho ztrátou, ale také umět komunikovat s pozůstalými.

Závěr literárně přehledové části patří vymezení pojmů JIP/ARO. Toto vymezení jsou zde proto, že ve svém výzkumu navrhuji pracovat se sestrami právě z těchto oddělení. Tato oddělení jsem zvolila záměrně. Pacienti zde mohou pobývat dlouhou dobu, kdy se jejich stav téměř nemění, aby pak náhle došlo k velkému zvratu. V důsledku dlouhodobé hospitalizace ztrácí pacient kontakt se svým okolím a tak zde existuje možnost, že lidmi, na které se obrátí,

když se dostaví krize, budou sestry. Výzkum je zaměřen na kvalitativní posouzení přínosu výcviku krizové intervence v rámci komunikace zdravotních sester a pacientů.

V případě realizace takového výzkumu a kladného zodpovězení výzkumných otázek, může dojít k jeho opětovnému použití na dalších odděleních. Pokud by došlo k potvrzení výsledků, je možné uvažovat o zařazení výcviku krizové intervence do standardních vzdělávacích aktivit nemocničních sester.

Seznam použité literatury

1. Aguilera, D., & Messick, J. (1986). *Crisis intervention, theory and methodology*. St. Louis: Mosby.
2. Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., Tschuschke, V., & Beuth, J. (2010). *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál.
3. Beer, M., Pereira, S., & Paton, C. (2008). *Psychiatric intensive care*. New York: Cambridge University Press.
4. Beran, J. (1995). *Psychoterapeutický přístup v klinické praxi*. Jinočany: H & H.
5. Dattilio, M., & Freeman, A. (1994) *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention*. New York: Guilford press.
6. Cui, J., Shen, F., Ma, X., & Zhao, J. (2011). What Do Nurses Want to Learn From Death Education? A Survey of Their Needs. *Oncology Nursing Forum*, 38(6), 402-408.
7. Česká republika. (2004). *O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*(on-line). (cit. 20.5.2013). Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=57523&nr=96~2F2004&rpp=15#local-content>
8. Češková, E., & Kučerová, H. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
9. Fakhr-Movahedi, A., Salsali, M., Negharandeh, R., & Rahnavard, Z. (2011). A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing. *International Nursing Review*, 58(2), 171-180.
10. Gilliland, B., & James, R. (1997). *Crisis intervention strategies*. Pacific Grove: Brooks/Cole Pub. Co.
11. Gundel, S. (2005). Towards a New Typology of Crises. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 13(3), 106-115.
12. Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén.
13. Hendl, J. (2009). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.
14. Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.

15. Honzák, R. (1997). *Komunikační pasti v medicíně: Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Praha: Galén.
16. Honzák, R., & Novotná, V. (1994). *Krize v životě, život v krizi*. Praha: Road.
17. Chant, S., Jenkinson, T., Randle, J., & Russell, G. (2002). Communication skills: some problems in nursing education and practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11(1), 12-21.
18. Infante, M. (1982). *Crisis theory: a framework for nursing practice*. Reston, Va.: Reston Pub. Co.
19. Ivanová, K. (2006). *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
20. Janáčková, L., & Weiss, P. (2008). *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál.
21. Kastová, V. (2000). *Krize a tvořivý přístup k ní: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha: Portál.
22. Klimpl, P. (1998). *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada.
23. Kopřiva, K. (2006). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
24. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
25. Kübler-Ross, E. (1992). *O smrti a umírání*. Turnov: Arica.
26. Lanceley, F. (2003). *On-scene guide for crisis negotiators*. Boca Raton, Fla.: CRC Press.
27. Mahrová, G., & Venglářová, M. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada.
28. Mlčák, Z. (2011). *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
29. Mohapl, P. (1992). *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého.
30. Pasquali, E. (1985). *Mental health nursing: a holistic approach*. St. Louis: Mosby.
31. Plevová, I., & Slowik, R. (2010). *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada.
32. Pokorná, A. (2007). *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
33. Roberts, A. (2000). *Crisis intervention handbook: assessment, treatment, and research*. New York: Oxford University Press.

34. Rodríguez, A., M. (2005). Psychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit. *Spanish Journal of Psychology*, 5(1), 36-44.
35. Rosenthal, U., & Kouzmin, A. (1997). Crises and Crisis Management: Toward Comprehensive Government Decision Making. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 7(2), 277-304.
36. Schenker, Y., Stewart, A., Na, B., & Whooley, M. (2009). Depressive Symptoms and Perceived Doctor-Patient Communication in the Heart and Soul Study. *Journal of General Internal Medicine*, 24(5), 550-556.
37. Strauss, A. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
38. Szkanderová, M., & Jarošová, D. (2008). Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních. *Profese on-line*. (on-line). (cit. 8.5.2013). Dostupné z: <http://www.pouzp.cz/text/cs/vysky-agresivity-ve-zdravotnictvi.aspx>.
39. Špatenková, N. (2004). *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada.
40. Špatenková, N. (2011). *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada.
41. Tejero, L. (2012). The mediating role of the nurse-patient dyad bonding in bringing about patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 994-1002.
42. Thom, R. (1992). Krize a katastrofa. In: *Pojem krize v dnešním myšlení*. Praha: Filozofický ústav ČSAV.
43. Vodáčková et al., D. (2012). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
44. Vomela, J. (2005). Vzdělávací program v oboru Intenzivní medicína. *Ministerstvo zdravotnictví ČR*. (on-line). (cit. 1.7.2013). Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=5476&typ=text/rtf&nazev=Intenzivn%C3%AD%20medic%C3%ADna.rtf>.<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=5476&typ=text/rtf&nazev=Intenzivn%C3%AD%20medic%C3%ADna.rtf>.
45. Vybíhalová, L. (2010). Agresivní pacient - výzkum. *Sestra*. (on-line). (cit. 20.5.2013). Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/agresivni-pacient-vyzkum-456624>.
46. Vymětal, J. (1995). *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace.
47. Vymětal, Š. (2009). *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada.
48. Walker, I. (2013). *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada.
49. Wood, L. (2013). Effective patient communication. *SportEX dynamics*, (36), 22-26.

50. Yano, B., Alexander, L., & Kuwanoe, C. (1976). Crisis intervention: a guide for nurses. *Journal of Rehabilitation*, 42(5), 23-26.
51. Zadák, Z., & Havel, E. (2007). *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada.
52. Zacharová, E. (2012). Psychosociální přístup k pacientům na JIP. *Sestra*. (on-line). (cit. 12.6.2013). Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/psychosocialni-pristup-k-pacientum-na-jip-467715>.