

Analýza rizik a řešení krizí u psychiatrických pacientů pohledem všeobecné sestry

Zemčíková Leona

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Leona Zemčíková
Osobní číslo: H210115
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Analýza rizik a řešení krizí u psychiatrických pacientů pohledem všeobecné sestry

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti rizik a krize u psychiatrických pacientů pohledem všeobecné sestry.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr účastníků výzkumu.
Realizace výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků tematické analýzy, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

DAVIDSON, Larry; TONDORA Janis ; LAWLESS, Martha Staeheli ; O'CONNELL, Maria J. a ROWE Michael. *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017. ISBN 978-80-906574-0-3.

LOŠTÁKOVÁ, Olga. *Empatická a asertivní komunikace: Jak zvládat obtížné komunikační situace*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2227-1.

PAPEŽOVÁ, Hana; ANDERS, Martin; BAREŠ, Martin; CELEROVÁ, Markéta; ČERNÁ, Jana et al. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2024. ISBN 978-80-734-5762-4.

SMYTH, Roger a SEMPLE, David. *Oxford Handbook of Psychiatry*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2019. ISBN 978-80-1987955-5-1.

ŽALUDEK, Adam. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2275-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Bc. Marcela Dolejšová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na identifikaci rizik a zvládání krizových situací u psychiatrického pacienta pomocí všeobecné sestry. Cílem je analyzovat rizika spojená s krizovými událostmi a popsat roli všeobecné sestry při řešení prevence a krize. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola pojednává o systému psychiatrie, druhá kapitola identifikuje a řeší rizika u psychiatrických pacientů a třetí kapitola představuje ošetrovatelskou péči pomocí metody CARE a popisuje deeskalační techniku. V praktické části byla vybrána metoda kvalitativního hodnocení dat. Nástrojem kvalitativního hodnocení byl využit polostrukturovaný rozhovor, pomocí kterého se zkoumal cíl bakalářské práce.

Klíčová slova: psychiatrie, rizikové faktory, dekompenzovaný psychiatrický pacient, krize, všeobecná sestra

ABSTRACT

The bachelor thesis focuses on risk identification and crisis management in psychiatric patients by a general nurse. The aim is to analyze the risks associated with crisis events and to describe the role of the general nurse in crisis prevention and management. The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter discusses the psychiatric system, the second chapter identifies and addresses the risks in psychiatric patients and the third represents identifies nursing care using the CARE method and describes the de-escalation technique. In the practical part, the qualitative data evaluation method was chosen. A semi-structured interview was used as a qualitative evaluation tool to explore the aim of the thesis.

Keywords: psychiatry, risk factors, decompensated psychiatric patient, crisis, general nurse

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Marcele Dolejšové za odborné vedení mé bakalářské práce, trpělivost a vstřícnost, kterou mi během celého procesu poskytovala. Její podpora a zpětná vazba pro mě byly velmi inspirativní.

Dále děkuji všem účastníkům, kteří se zúčastnili výzkumu, za jejich ochotu a čas. Bez jejich sdílených zkušeností by tato práce nemohla vzniknout.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 PSYCHIATRIE.....	13
1.1 SYSTÉM PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR.....	13
1.2 AKUTNÍ LŮŽKOVÁ PSYCHIATRICKÉ PÉČE.....	14
1.3 UZAVŘENÉ KOEDUKOVANÉ ODDĚLENÍ PRO LÉČBU PSYCHÓZ.....	14
2 RIZIKO PŘI PRÁCI S LIDMI V DEKOMPENZOVANÉM STAVU.....	16
2.1 IDENTIFIKACE RIZIKOVÝCH FAKTORŮ	16
2.2 NÁSTROJE ŘÍZENÍ RIZIK.....	20
2.3 REŽIMOVÉ OPATŘENÍ PRO ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČÍ	21
2.4 ASERTIVNÍ KOMUNIKACE.....	22
3 ANALÝZA PACIENTA S KRIZÍ.....	24
3.1 KRIZOVÁ INTERVENCE	24
3.2 MODEL CARE V ČR.....	25
3.3 DEESKALAČNÍ TECHNIKA.....	26
3.4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	29
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	30
4.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....	30
4.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	30
4.3 VÝZKUMNÝ CÍL	31
4.4 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	31
4.5 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	31
5 INTERPRETACE DAT	33
5.1 AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ	49
5.2 PARADIGMATICKÝ MODEL	49
6 SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	53
7 DISKUZE	55
ZÁVĚR.....	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
SEZNAM OBRÁZKŮ	63
SEZNAM TABULEK.....	64
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	65
SEZNAM PŘÍLOH.....	66

ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na téma analýza rizik a řešení krizí u psychiatrických pacientů pohledem všeobecné sestry. Téma bylo vybráno, z důvodu změny systému v psychiatrii a rozšíření obzoru psychiatrie. Psychiatrická péče v oblasti zdravotnictví dbá na vzdělanost zdravotnického personálu, zvládání mimořádných událostí a krizových situací.

Práce se zabývá systémem psychiatrie České republiky a jeho rozšíření, identifikací rizikových faktorů, ošetrovatelskou péčí u psychiatrických pacientů a řešení vzniku krize. Práce je rozdělena do tří hlavních kapitol. V první kapitole se popisuje obecný pojem psychiatrie, systém psychiatrické péče v České republice a vytyčení akutní lůžkové psychiatrické péče a jejich specifika.

Druhá kapitola je zaměřena na vznik rizika u pacientů v dekompenzovaném stavu. V této části jsou popsány rizikové faktory, nástroje řízení rizik, režimové opatření psychiatrického oddělení k předcházení riziku a zajištění bezpečí pacienta a personálu. Součástí kapitoly je vysvětlení asertivní komunikace a její zásady.

Třetí kapitola popisuje psychiatrického pacienta v krizi, specifika krizové intervence, zásady ošetrovatelské práce pomocí metody CARE a její využití, technika řešení krizí a vysvětlení pojmu multidisciplinarita v rámci následné služby.

V praktické části byl realizován výzkum využívající kvalitativní přístup k analýze dat. Jako nástroj sběru dat sloužit polostrukturovaný rozhovor, který byl veden s pěti všeobecnými sestrami působící na psychiatrické klinice. Po provedení rozhovorů byla data zpracována pomocí metody zakotvené teorie. Na základě analýzy vzniklo šest kategorií, které byly dále rozpracovány a představují hlavní výstupy této bakalářské práce.

V závěru bakalářské práce lze potvrdit, že prevence a zvládání krizových situací představují na psychiatrickém oddělení každodenní součást ošetrovatelské praxe. Všeobecné sestry kladou důraz na dodržování specifických přístupů u psychiatrických pacientů a využívají postupy ke zvýšení bezpečnosti. Přínosem této práce je hlubší porozumění problematiky, které může sloužit jako podklad zlepšení v oblasti edukace všeobecných sester v krizové situaci, úpravy ošetrovatelských přístupů v krizových situacích a posílení efektivity návaznosti komunitní péče po propuštění pacienta.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHIATRIE

Psychiatrie (řecky psyché – duše, iatreia – lékařství) je vědní a klinická disciplína zabývající se předcházením, vyšetřením a terapií duševních poruch. Z důvodu měnících se socioekonomických podmínek se staly neuropsychiatrické nemoci jednou z nejvýznamnějších skupin chorob. Vlivem poškození zdraví je to příčinou ztráty pracovní příležitosti. Z historického hlediska jsou dva přístupy k duševním poruchám a duševně nemocným lidem. První pohled je omezující, oddělující, postihující a druhý postoj je tolerující, léčící a zahrnující (Raboch et al., 2012, str. 14).

1.1 Systém psychiatrické péče v ČR

Reforma psychiatrické péče je součástí Národního programu reforem 2013, kde je propojena se Strategií reformy psychiatrické péče. Komplexní reforma péče o duševní zdraví potřebuje podporu a spolupráci s orgány státní správy. Ministerstvo zdravotnictví České republiky je koordinátorem produkce holisticky pojaté péče o duševní zdraví (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, str. 8-9).

Příčinou vzniku reformy byly omezené komunitní služby v péči o duševně nemocné lidi, zanedbání a zneužívání lidských práv hospitalizovaných pacientů, stigma a předsudky o možnosti využít psychiatrickou pomoc v běžném životě (Felzmannová, 2018).

Strategie se opírá o čtyři základní pilíře:

- Specializovaná ambulantní péče: psychiatrie, dětská psychiatrie – dispenzarizace
- Akutní lůžková péče – všeobecná a psychiatrická nemocnice, diagnostika a léčba akutních stavů
- Následná a dlouhodobá lůžková péče – psychiatrické léčebny/nemocnice, chronické stavy pacientů
- Komunitní péče – Centrum duševního zdraví (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, str. 32-33)

1.2 Akutní lůžková psychiatrické péče

Oddělení akutní lůžkové péče zajišťuje rozpoznání onemocnění, terapii, ošetrovatelskou péči, poradu s jiným lékařem a obstarání sociální péče po propuštění pacienta. Nikoliv pro pacienty s akutní intoxikací psychoaktivními nebo jinými látkami. Akutní psychiatrická péče je umožněna 24 hodin denně pro osoby s duševní chorobou nebo při zhoršení stavu pacienta. Podmínkou pro zajištění bezpečné akutní psychiatrické péče zařízení je sledování pacientů – kamerový systém, bezpečné opatření oken, dveří, elektrických rozvodů, toalet, sociálních zařízení. Pacienti jsou přijímáni pouze na nezbytně dlouho dobu, po stabilizaci jsou předáni např. do ambulantní péče, komunitní péče, následné péče psychiatrických nemocnic (Věstník MZ ČR, 2016, str. 51–57).

1.3 Uzavřené koedukované oddělení pro léčbu psychóz

Uzavřené koedukované oddělení 23 ve FN Brno neboli oddělení pro muže i ženy se zaměřuje především na psychotické poruchy schizofrenního okruhu pro krátkodobější akutní péči. Zajišťuje krátké detoxikační pobyty látkových závislostí, a poté pacient pokračuje v ústavní protialkoholní léčbě, kterou si sám před hospitalizací domluvil. Dále oddělení poskytuje krátkodobé hospitalizace pro pacienty s organickou duševní poruchou, a to demence u mužů.

V diagnostice umožňují na základě měření hladiny antipsychotik individualizovat léčbu pacientů s psychózami. Akutní léčba psychotických poruch je výrazně zaměřena na využití biologických léčebných metod – psychofarmak, ale také uplatňuje nefarmakologické biologické léčebné metody např. neurostimulační metody – elektrokonvulzivní terapie u rezistentních pacientů, která se provádí na daném oddělení 23. Oddělení dbá na režimovou léčbu, která funguje na principu komunitního režimu. Ukazuje pacientům, jak se zaměstnat v každodenní činnosti. Cílem tohoto systému je předcházet negativním a kognitivním příznakům např. sociální stažení, apatie a ochuzení myšlení.

Oddělení je vybaveno 27 lůžky pro standardní psychiatrickou péči, součástí je vstup do atrie oddělení. (FN Brno, Psychiatrická klinika). Psychiatrické oddělení je součástí fakultní nemocnice. Mají pojmenování kliniky, protože spolupracuje s lékařskou fakultou. Zajišťuje zdravotní službu i výuku vysokoškolských studentů, postgraduální vzdělání a výzkumnou činnost (Felzmannová, 2018).

Pravidla vytvořené oddělením 23:

Mobilní telefon:

- Během dne lze mít u sebe, ve 21:00 odevzdání personálu, přes noc se nabíjí
- Vrácení pacientům po ranních lékách (kolem 8:00)
- V případě vybitého mobilu – nelze přes den nabíjet!

Podávání stravy:

- 7:30 snídaně, poté se rozdávají ranní léky
- 12:00 oběd, poté podání poledních léků
- 17:00 večeře a večerní léky

Velká vizita:

- Velká vizita probíhá ve dnech, pondělí, středa, pátek
- Při účasti pacienta na vizitě je vhodné podporovat spolupráci a dbát na zachování důstojnosti postoje nebo sedu během komunikace s lékařem

Ergoterapeutická místnost se nachází v rámci oddělení a je přístupná pod dohledem personálu. Poskytuje materiály pro různé výrobky, vypůjčení knih a další...

Komunita je shromáždění všech pacientů a personálu, kde se zdůrazní základní informace dne. Sdružení probíhá každý den v 9:00 a v pondělí je velká komunita od 13:00 (FN Brno, Psychiatrická klinika).

2 RIZIKO PŘI PRÁCI S LIDMI V DEKOMPENZOVANÉM STAVU

Riziko je pravděpodobnost výskytu něčeho, obvykle nežádoucího výsledku, výstupu z procesu (Carroll, 2009). Pojem riziko pochází ze 17. století, kdy italští plavci využívali *risico* jako výraz pro úskalí, jemuž se bylo potřeba vyhnout (Smejkal a Rais, 2013, str. 90–91). Poskytování efektivní péče zajišťuje bezpečnost prostředí, to znamená řízení lidských zdrojů a kompetencí zaměstnavatelů, aby práce, která je spojena s vyšším výskytem rizikem, byla určena pracovníkům provádět na náležité úrovni (Žaludek, 2020, str. 140).

2.1 Identifikace rizikových faktorů

V psychiatrii během poskytování psychiatrické péče se zdravotnický personál setkává s nežádoucími událostmi. Nejzávažnější rizika, se kterými se zdravotníci mohou potkat, jsou sebepoškozování, agresivní chování a sebevražedné jednání. Zabránit rizikovým situacím nelze, nicméně zdravotnické zařízení má povinnost využívat dané opatření ke snížení výskytu a závažnosti dopadu na pacienty a personál (Felzmannová, 2018).

Proces řízení rizik se skládá z:

- Risk assessment

V prevenci rizik je prvotním krokem včasné rozpoznání rizik. Psychiatrická péče pracuje hlavně s komplexním klinickým vyšetřením psychiatrem a vstupním ošetřovatelským vyšetřením. Zaměřuje se na známky možného rizikového jednání. K vyhodnocení rizika agrese může zdravotnický personál využít nástroj např. Broset Violence Checklist, který obsahuje 5 rizikových faktorů agrese. Nástroj pro hodnocení rizika sebevražedného jednání se využívá NGASR (Nurses Global Assessment of Suicidale Risk), která se skládá z 15 rizikových faktorů (Felzmannová, 2018).

Tabulka 1 Vyhodnocení rizika agrese

Kritérium	Body
Zmatenost	1
Podrážděnost	1
Výbušnost	1
Slovní vyhrožování	1
Agrese vůči věcem	1

Při přítomnosti dvou a více rizikových faktorů je vysoké riziko agresivního chování v následujících 24 hodin.

(Vlastní zpracování podle Linaker a Busch-Iversen, 1995)

Tabulka 2 Vyhodnocení rizik sebevražedného jednání

Kritérium	Body
Beznaděj	3
Deprese a ztráta zájmu a potěšení	3
Plán spáchat sebevraždu	3
Aktuální ztráta blízkého nebo rozpad vztahu	3
Sebevražedný pokus v anamnéze	3
Přítomnost stresových událostí	1
Perzekuční hlasy (kritizující, nadávající, příkazující apod.) a přesvědčení (pronásledování, ohrožování, ovlivňování na dálku)	1
Vážné duševní problémy nebo sebevražda v rodinné anamnéze	1
Varovné známky sebevražedného záměru	1
Psychóza v anamnéze	1
Ztráta manželky/manžela nebo životního partnera	1
Známky sociálního stažení	1
Socioekonomické strádání v anamnéze	1
Užívání alkoholu nebo jiných toxických látek v anamnéze	1
Přítomnost terminálního onemocnění	1

Skóre: 5 a méně – nízké riziko, 6 až 11- střední riziko, 12 a více – vysoké riziko

(Vlastní zpracování podle Barker, 2004)

Zajištění intenzivního, soustavného sledování personálem

Úroveň dohledu nad pacientem se odvíjí od vstupního vyšetření a určení rizik. Britský model sleduje 4 základní úrovně dohledu:

Úroveň 1: Určuje všeobecné sledování, podvědomí o klientech o tom, co dělají, kde se pohybují. Do této kategorie jsou většinou zařazeni soběstační pacienti, kteří nepotřebují pomoc v každodenních činnostech a jsou bez známek agresivního chování.

Úroveň 2: Stanovuje přerušované sledování, kdy zdravotnický personál musí pacient minimálně každých 30 minut vidět a sledovat jeho stav. Do této kategorie patří skupina nestabilních pacientů, kteří momentálně nemají riziko agrese, ale v minulosti ano.

Úroveň 3: Vymezuje blízké sledování, kdy personál pacienta musí mít celý den na dohled.

Úroveň 4: Vytyčuje speciální sledování, kdy je neustále 24 hodin sledován. Tato kategorie obsahuje pacienty s vysokým rizikem sebepoškození, poškození pacientů v okolí a riziko útěku. Personál by pacienta měl mít na dosah paže (Felzmannová, 2018).

Využití informačních technologií

Výhodou psychiatrického oddělení během ošetrovatelské práce je funkční kamerový systém, bezpečnostní signalizační zařízení, čidla pohybu na sociálních zařízeních (Petr, 2017, str. 10-12).

Odpovídající počet personálu

Zajištění odpovídajícího počtu personálu na psychiatrickém oddělení umožňuje větší bezpečnost a snížení výskytu rizik. Důležitou součástí je mužský personál a zkušenosti. V současné situaci není možné, z důvodu financí, obsadit takový počet personálu, který by vyřešil všechny situace. Z toho důvodu se přistupuje během vzniku mimořádné události k shromáždění dostatečného personálu i z jiného oddělení psychiatrické kliniky.

Terapeutický program

Aktivizace během dne je nedílnou součástí komplexního terapeutického programu, kdy jeho cílem je uvolnění napětí mezi pacienty na akutním oddělení (Felzmannová, 2018).

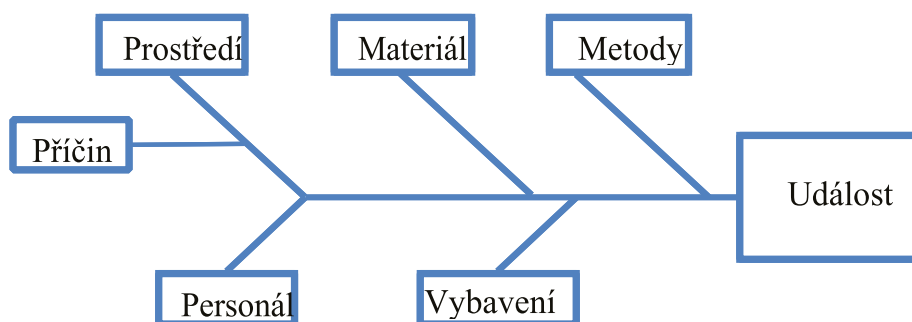
2.2 Nástroje řízení rizik

Psychiatrická péče se nachází v oblasti zdravotní péče, která zahrnuje specifická rizika např. sebevražedné sklony, sebepoškozování a další. Řešením rizik je úprava systému, nikoliv v korekci jednotlivých členů zdravotnického zařízení. Vznik chyb je příčinou zkolabování systému, nikoliv lidské bytosti týmu. Analýza rizik je důležitá, z důvodu hledání kritických míst (Žaludek, 2017, str. 3-9).

Mezi nástroje pro řízení rizik patří kořenová analýza (root cause analysis – RCA) a analýza možných příčin a následků (failure modes and effects analysis – FMEA).

Kořenová analýza neboli root causes analysis je reaktivní nástroj, který se používá k analýze mimořádných událostí v oblasti bezpečí péče. Podstatou strukturované metody je vyhledání problémů, jak aktivních chyb, tedy chyby dělající personál přímo v péči pacienta nebo latentní chyby, tedy skryté problémy v systému, které nejsou na první pohled vidět (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023, str. 6).

Kořenová analýza zodpovídá na otázky: Co se stalo? Proč se to stalo? Co udělat, aby se daný problém znovu neobjevil? Jde o systematický postup, který se skládá ze zjištění události, sestavení týmu pro analýzu, prioritizace rizika, nalezení kořenových příčin pomocí diagramu dle Ishikawa nebo diagram rybí kosti. Principem diagramu je umístění negativní události do hlavy ryby např. špatné podání léků, poté z hlavy vede páteř, čára drží celý problém, ze které vedou jednotlivé větve neboli kosti, ukazující oblast, kde mohlo dojít k problému např. materiál, metoda, vybavení, prostředí, personál (Žaludek, 2017, str. 3-9).



Obrázek 1 Diagram Ishikawa

(Zdroj: Žaludek, 2017)

Dalším nástrojem, který se využívá pro řízení rizik je analýza možných příčin a následků neboli failure modes and effects analysis – FMEA. Je to strukturovaný přístup, který se využívá ke snížení vzniku negativní situace před jejím výskytem. V psychiatrii

se používá např. pro analýzu technik režimů monitorace rizikových pacientů se sebevražednými sklony. Postup analýzy obsahuje volbu rizikové události, zahrnutí multidisciplinárního týmu, popis kroků procesu, který zobrazuje současný stav, poté se navrhuje možné příčiny vzniku, určí se index rizika neboli pravděpodobnosti, detekce a závažnosti vzniku selhání, dále tvorba změn a vsazení do praxe a posledním krokem analýzy je kontrola opatření.

2.3 Režimové opatření pro zajištění bezpečí

Na psychiatrickém oddělení je potřeba usměrňovat chod oddělení, proto každé zdravotnické zařízení má vytvořená pravidla hospitalizace neboli Vnitřní řád. Jde o vnitřní pravidla nemocnice nebo oddělení, za účelem zajištění terapeutického prostředí, zároveň bezpečí pacienta a personálu. Je povinnost zdravotnického personálu seznámit hospitalizovaného pacienta s tímto řádem, který upřesňuje zásady žití skupiny pacientů na oddělení. Pacienti mají právo na zdravotnickou péči poskytující v nejméně omezujících podmínkách. Pacient po dobu hospitalizace je povinen se Vnitřním řádem řídit. Níže jsou popsány omezující opatření, které jsou řízeny pravidly:

K omezení pohybu hospitalizovaného pacienta lze využít pět způsobů. Úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem, to znamená, že pacient je na nezbytně nutnou dobu manuálně držen personálem. Toto omezení se využívá ke zklidnění pacienta pomocí tělesného kontaktu. Determinace pacienta ochrannými pásy nebo kurty představuje uložení do lůžka, kde nemůže opustit daný prostor. Uložení pacienta do místnosti určené k bezpečnému pohybu představuje omezení volného pohybu na oddělení, protože se nachází v uzavřeném prostoru.

Využití ochranného kabátku (kazajka) nebo vesty omezující pohybu horních končetin, znamená, že pacient je oblečen do kabátku s prodlouženými rukávy, které se zavážou za zády. Poslední možnost omezení pohybu spočívá v podání psychofarmak, za účelem zvládnutí chování pacienta (Říčan, 2022, str. 1-2).

Nejčastější skupinou léků se využívá Benzodiazepiny – Diazepam (apaurin, diazepam), Rivotril (klonazepam), klasická antipsychotika – Haloperidol (haloperidol), Tisercin (lecomepromazin) a atypická antipsychotika – Tiapridal (tiaprid) (Felzmannová, 2018). Podání léků na psychiatrii má svoje specifika, protože se zdravotnický personál setkává s komplikacemi při podávání léků např. nespokojenosti, sebepoškozování, porucha myšlení a další. Specifika zahrnují pravidelnou kontrolu ověřování užití léků, dohled přímo

při polykání léků, při nespolupráci kontrola dutiny ústní a také sledování, kdy pacient setrvává pod přímým dohledem 15-20 minut z důvodu prevence vyzvracení léků (Felzmannová, 2018).

Plánování kontaktu s blízkými je nezbytnou součástí harmonogramu, neboť návštěvy často nemají volný přístup na oddělení, a proto je třeba stanovit dobu a délku návštěvních hodin. Výhodou je návštěvní místnost, která je přímo oddělená od lůžkové části oddělení (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, str. 9-10).

Používání mobilních telefonů, tabletů, notebooků a přístup na internet má mnoho regulací daného zdravotnického zařízení. Vždy se vychází z Vnitřního řádu. Důležité je poučit o zásadách používání mobilních telefonů, z důvodu zákazu pořizování záznamů a jiné (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, str. 11).

Regulace pití kávy a stanovení určitého času zalévání spadá do režimu oddělení. Harmonogram dne oddělení vymezuje manipulaci s horkou vodou pouze personálem, z důvodu velké míry rizika na oddělení akutní péče.

Přístup na čerstvý vzduch je důležitý pro pacienty na psychiatrické klinice. Omezení na oddělení je různorodé, např. oddělení s akutní péčí, není žádná možnost využití pobytu venku, z důvodu bezpečnosti. Zahrady neumožňují bezpečný prostor, kde by se mohli pacienti pohybovat sami, aby nevzniklo riziko útěku nebo nežádoucí událost. Vnitřní řád chodu oddělení umožňuje vycházky pacientům, kteří mohou opustit oddělení samostatně nebo má návštěvu, která zabezpečí dohled. Některé psychiatrické nemocnice mají oddělení vybaveny zabezpečeným venkovním prostorem – atrium, do kterého je umožněn flexibilní vstup, kde pacienti mohou aktivně trávit volný čas např. postarat se o zahradu, květiny nebo posadit se na lavici (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, str. 14-16).

Limitování kouření, je na psychiatrickém oddělení regulována, z důvodu přesného určení místa ke kouření, aby kouř neomezoval lidi, kteří nekouří. Pokud není kouření umožňováno, je potřeba zajistit nikotinovou substituci (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, str. 18).

2.4 Asertivní komunikace

V komunikaci s lidmi je základ umět pracovat s emocemi. Mozek se skládá ze dvou částí, který umožňuje v komunikaci se rozhodovat, vyjednávat a další. Limbický systém neboli

emoční mozek obsahuje amygdalu, která hodnotí situace, vysílá signály a zpracovává racionální myšlení a vznikne emoční únos s nevhodnou komunikační strategií.

Druhá část mozku neboli neokortex umožňuje naslouchání, rozhodování, vnímání emocí a chápat. Základem v náročných situacích je komunikovat konstruktivně, to znamená dbát na všímavost svých emocí a pozorovat myšlenky (Lošťáková, 2020, str. 38-48). Kroky ke zvládnutí konstruktivní komunikace je zastavit se a zhluboka se nadechnout, člověk se uvolní a dojde k oddálení impulsů emocí. Poté je potřeba zeptat se, proč tyto emoce prožívám? Je jen na člověku, jestli si na danou otázku odpoví v daný moment nebo později. Jako poslední krok je komunikace, záleží, jestli ihned nebo komunikovat s delším odstupem (Lošťáková, 2020, str. 128-135).

Asertivita je zároveň umět odmítnout, ale bez zvýšeného hlasu. Hlavním krokem je náležité pochopení druhého člověka, poté oznámit rozhodnutí, zdůraznit potřeby v pozitivním slova smyslu a nabídnout řešení. Poslouchat druhého a naslouchat vyjadřuje pochopení jeho názoru a pohledu. Společné řešení by mělo být určité, k tomuto se využívá zkratka SMART. Každé písmeno udává kritérium dohody. „S“ vyznačuje dohodu jako specifickou, „M“ udává měřitelnost, „A“ znamená akceptování neboli odsouhlasení dohody, „R“ značí reálnou situaci dohody a „T“ je stanovení termínu (Lošťáková, 2020, str. 327-335).

3 ANALÝZA PACIENTA S KRIZÍ

Krize je vyznačována jako subjektivní rizikový problém s životní silou a potenciálem změny. Bez ní by člověk nedosáhl životních cílů. Autor J. Pechar (1992) tvrdí, že „*krize je nevyhnutelný jev lidské civilizace.*“ Psychická krize je reakcí na výjimečnou životní událost, kdy se pacient setká s překážkou, kterou nelze překonat. Krize vede ke změně našeho chování, záleží, jestli je pozitivního nebo negativního charakteru. (Vodáčková, 2007, str. 27-31)

3.1 Krizová intervence

Krizová intervence je odborná práce s člověkem, který se ocitl ve fázi krize. Je to specializovaná pomoc, kdy intervence znamená, že mezi pacienta a jeho krizi se vloží krizový intervent, jakožto pomocná ruka. Jeho úkolem je pomoci pacientovi zorientovat se v náročné situaci, pochopit své emoce a identifikovat příčiny krize a navázat s nimi kontakt, s cílem aktivovat vlastní zvládací mechanismy. Intervence se poskytuje neprodleně po jejím vzniku, v blízkosti pacienta a s kompetentním personálem. Mezi specifické znaky patří okamžitá pomoc, aktivní naslouchání, při život ohrožující situaci se využívá direktivní přístup, zastavení nebezpečných činů, poskytnutí emocionální a materiální pomoci, vyhodnocení aktuálního problému, vymezení časové meze, určení pravidelného setkání krizového interventa a pacienta.

Během intervence se dbá na individuální přístup (Špatenková, 2017, str. 152-169). Krizové plánování je nástroj krizových událostí, jak postupovat u pacienta v krizi daným způsobem, opatřením a za použití medikace. Pokud pacient nemá vytvořen krizový plán, kontaktuje se Centrum duševního zdraví, dle místa bydliště. Existuje osnova pro krizové plánování určující informace nazývané se krizová karta viz. Příloha 1, která vznikla dle metodiky Comprehensive Approach to Rehabilitation. Obsahem jsou projevy krize, prodromální příznaky, instrukce pro okolí, jak přistupovat k pacientovi, vhodné a nevhodné omezovací prostředky, kontaktní osoba, informace o fyzickém stavu, místo hospitalizace, kontakt na autora krizového plánu. Krizová karta do kapsy viz. Příloha 2 je nástroj pro lepší dostupnost, obsahující základní informace, a to projevy krize, postup, který pacient zvládne podstoupit, kontakt na blízkou osobu, informace, jak se dostat ke krizovému plánu (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021, str. 11-13).

3.2 Model CARE v ČR

CARE, znamená Comprehensive Approach to Rehabilitation, a je uznávaný rehabilitační nástroj, který má za cíl zvýšit kvalitu života lidí s duševními poruchami. Zaměřuje se na uskutečnění přání a cílů pacienta, zvládnutí symptomů onemocnění a dbá na přístup okolního prostředí. Model CARE, klade důraz na využití silných stránek, přítomnosti, zotavení, zplnomocňování, znovuvytváření vlastní osobnosti a smyslu žití (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, bez data).

Zotavení je osobní proces změny, kdy člověk navzdory duševnímu onemocnění hledá nový smysl, cíle a cestu k naplnění života. Proces zotavení se skládá z jednotlivých fází. První fáze se nazývá stabilizace, kde je cílem vyhodnotit projevy onemocnění, ve fázi reorientace je potřeba analyzovat zkušenosti, hledání silných stránek a nalezení smyslu života a sociální role. Ve fázi reintegrace probíhá začlenění do běžného života (Páv, 2017, str. 69-70). Metodika je založena na vytvoření osobního plánu, kde se dbá na vyhledání silných stránek pacienta, poté vypracování osobního plánu neboli recovery action plan, dále plán prevence relapsu onemocnění, a nakonec profil prostředí. Model zotavení z akutního stavu se soustřeďuje na nemoc, ale z chronického stavu se zaměřuje na člověka, který je schopen fungovat a být zodpovědný sám za sebe, pečovat o sebe, změnit podporu odborníků na podporu přirozenou (Ragins, 2017, str. 6-7).

Pacienti s duševním onemocněním jsou citlivější vůči stresu, proto lze vytvořit ochranu ve smyslu naplnění základních potřeb nebo předcházet reakcím na stresovou situaci.

Variantou předcházet vzniku nežádoucích situací je práce s plánem časných varovných příznaků neboli semafor viz. Příloha 3. Metoda sleduje probíhající poruchy, opakující se změny psychického stavu a duševního onemocnění vyznačujícího se střídavým obdobím klidu a relapsu (Hollander, 2022, str. 138). Zelená značí stabilní, vyrovnanou oblast, oranžová oblast je hranice pocitu bezpečí a červená jejich překročení, což může zapříčinit vznik krize. Toto schéma se provádí pacient, v kompenzovaném stavu, obsahuje příznaky, jak se cítí on sám, jak ho vnímají ostatní, co by měl změnit, co mají udělat ostatní např. somatické: problémy se spánkem, kognitivní příznaky: suicidální myšlenky, halucinace, emocionální: neklid, úzkost. V rámci plánu je možnost zápisu důležitých informací (Hollander, 2022, str. 138-139).

3.3 Deeskalační technika

Deeskalace je způsob komunikace využívající verbální a neverbální postupy s cílem snížit stres a rozrušení agitovaného pacienta bez použití omezovacích prostředků. Agitovanost pacienta je akutní stav psychomotorického neklidu, tedy zvýšený neklid, podrážděnost, úzkostnost až agresivní chování (Bezpečí v psychiatrii, 2024). Určující znaky pacienta před konfliktem jsou výraz v obličeji, nepřívětivé odseknutí, viditelný stres, změna dechu, zvýšený neverbální projev, neschopnost udržet oční kontakt. Pro zklidnění pacienta využíváme jeho vlastní schopnost např. pomůcky ke snížení napětí např. gumičky, masážní balonky.

Deeskalace při konfliktu pacienta, kdy podrážděnost přechází v krizi, postačí s pacienty mluvit. Model Safewards se zaměřuje na slovní techniky, které jsou rozděleny do tří fází deeskalace (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022, str. 7).

První fáze deeskalace je vyhodnocení situace, to znamená posoudit co se děje, proč se to děje, odstranit rizikové faktory prostředí, získat anamnézu od rodinných příslušníků, zdravotnického personálu a odhadnout, v jaké fázi konfliktu se pacient nachází. Důležité je vyhledání bezpečného prostoru, vytvoření podpory, zároveň personál musí dbát na odstup od pacienta. V této fázi je důležité dbát na čas, zachovat klid a vyhledávat příčiny.

Druhá fáze deeskalace je komunikace, vyjasnit si problém, informovat pacienta, z důvodu vytvoření důvěry mezi pacientem a zdravotním personálem, kdy se dbá na vysvětlení, co se s ním děje a bude dít. Komunikace by měla být klidná, neútočná a respektující. Vhodným nástrojem je verbální a neverbální komunikace, která může ovlivnit průběh situace. Mezi neverbální komunikaci patří haptika, proxemika, oční kontakt, mimika, gesta, kinezika, posturologie, paralingvistika a vzhled, úprava (Boukalová, 2023, str. 23-44). Proxemika zaujímá pozici v prostoru, a to osobní prostor pro zajištění bezpečí, jak pacienta, tak personálu. Doporučována vzdálenost je 1,2 m, to znamená vzdálenost dvou paží, jako neohrožující přístup se využívá přístup ze strany, ale zároveň zdravotnický personál by neměl stát čelem k pacientovi, měl by zaujmout konfrontační postavení, to znamená postavení v úhlu. V situaci verbální agrese dbáme na vzdálenost 1,8 m, což znamená odstup na tři paže a přistupujeme k pacientovi ze strany, z důvodu nejbezpečnějšího přístupu. Ve fázi fyzického neklidu buď zakročit, utéct nebo se schovat. Kinezika vyznačuje pohyby lidského těla. V psychiatrii u pacienta ve fázi napětí je zapotřebí sledovat neverbální příznaky neklidu např. stále popocházení, hlasité povzdechy, ohlížení, pohled do země.

V komunikaci nejde jen o neverbální komunikaci pacienta, ale také personálu, proto by měl být podporující. Naslouchání pacienta, oční kontakt, přistupování z úhlu, ale zároveň udržovat rozestup 1,2 m od pacienta. Negativní postoje zdravotnického personálu mohou zahrnovat útočný postoj např. postavení s rukama v boku nebo defenzivní pohled, jako je překřížení paží na hrudi, krčení ramen a zastrčení rukou do kapes. Dbá se na komunikaci ve stejné výšce, tedy vsedě. Prozódie zahrnuje zvukové vlastnosti, a to přízvuk, rytmus a hlasitost. Hlavním prvkem ve verbální komunikaci je nedat impulzivní odpověď. Na pacienta při deeskalaci nesmí mluvit více členů zdravotnického personálu, protože to vytváří zmatenost. Vždy se využívají jednoduchá slova, srozumitelné věty, zdůrazněním na jednu informaci. Během prvního kontaktu s pacientem se musí zdravotnický personál představit a pacienta oslovit příjmením. Využívá se aktivní naslouchání, kdy personál identifikuje potřeby a pocity. Zásady aktivního naslouchání jsou zda, tomu personál porozuměl, věnování plné pozornosti, vyvarování se ukvapeným závěrům, zaznamenávání verbální a neverbální komunikace a přijmout ticho jako součástí komunikace (Česká a slovenská psychiatrie, 2018, str. 214-215).

Jako poslední fáze je nabídnutí řešení. Důležitým prvkem je diskuse, přičemž zdravotnický personál zastává roli kvalifikovaného odborníka schopného poskytnout podporu a intervenci. K docílení spokojenosti, jak pacienta, tak personálu je navrženo kontroly nad problémem, a proto dojde ke snížení pocitů bezmoci, kdy pacient dostane možnosti volby řešení situace. Možným řešením je také odvedení pozornosti jiným směrem, a to nabídnutí něco k pití, k jídlu. Při neúspěšné deeskalaci se přistupuje k farmakoterapii, fyzickému omezení nebo nedobrovolné hospitalizaci. Zároveň pokračujeme v deeskalaci, protože vysvětlujeme prováděné kroky intervence. Závěrem k deeskalaci je zapotřebí dostatek času a prostoru (Česká a slovenská psychiatrie, 2018, str. 216).

3.4 Multidisciplinární přístup

Multidisciplinární přístup je postup práce zdravotnického zařízení a dalších profesí spolupracujících na vytvoření společné činnosti v zájmu jedince nebo skupiny, v souladu s potřebami jedince a individuálního přístupu zotavení u lidí s duševním onemocněním. Dbá se na komplexní model péče, z důvodu zotavení a začlenění lidí s narušením rovnováhy do každodenní činnosti dne. Multidisciplinární tým je rozšířen o komunitní péči, která je úzce napojena na další instituce návazných komunitních služeb.

Hlavní důvod zavedení je snížení pobytu hospitalizace lidí s duševním onemocněním, prevence vyčlenění ze společnosti a konat práci v místě vzniku rizika (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, str. 4-6). Centrum duševního zdraví je prvním kontaktem zdravotně – sociálních služeb. Nachází se v rámci pilíře psychiatrické péče v České republice. Tato forma péče zajišťuje prevenci hospitalizace, vyhledání hospitalizace při zhoršení zdravotního stavu a následná péče po propuštění. Centrum duševního zdraví spolupracuje se specializovanými i obecnými službami.

Prioritou je komunikace mezi akutními a následnými psychiatrickými lůžky, lůžky sociálních služeb a komunity v oblasti zaměstnání, obydlí a volné aktivity. Personální tým poskytuje pacientům službu dle regionu, spádové oblasti. Centrum duševního zdraví je zaměřováno na skupinu pacientů, s vážným duševním onemocněním neboli Severe Mental Illness, to znamená minimální trvání onemocnění 2 roky, diagnostika F2 neboli schizofrenní onemocnění, F3, což vyznačuje afektivní poruchy, poté označení F42 pro obsedantně-kompulzivní poruchy a F6 specifické poruchy osobnosti. Dalším kritériem je funkční narušení, zjištěné u pacienta pomocí nástroje GAF, který zhodnotí akutní úroveň neschopnosti. Poté pro pacienty v krizových situacích s akutními problémy, u kterých není potřeba hospitalizace a pro osoby s potřebnou včasnou intervencí např. pacienti s rizikem SMI, což znamená, Severe Mental Illness neboli pacienti s těžkým duševním onemocněním (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, str. 4). Multidisciplinární tým je složen z psychiatrických lékařů, psychiatrických sester, psychologů, sociálních pracovníků a peer konzultantů. Každá profese má svou charakteristiku a odbornost (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022, str. 5-12).

Podstatou multidisciplinarity je, spádovost, případové vedení neboli case management, kdy pacient má určeného určitého člena týmu, respektování lidských práv, asertivní komunikace pro vyhledání osob, které to v danou situaci odmítají, nepřetržitá péče bez čekací doby, podpora rodiny, zdroje komunity neboli programy v rámci služby, peer konzultant je osoba s vlastní zkušeností s onemocněním a spolupráce s dalšími službami např. podpora bydlení, aktivizace a další (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, str. 5-6).

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Pro bakalářskou práci byla zvolena metoda kvalitativního hodnocení dat. Jako nástroj kvalitativního hodnocení byl použit polostrukturovaný rozhovor.

Výzkum se zabývá vyhledáním rizik a řešení krizových situací u psychiatrických pacientů pohledem všeobecné sestry. Cílem je získat informace o rizikových faktorech a řešení krize psychiatrického pacienta.

Při provádění rozhovorů bylo důležité zajistit jejich přípravu, klást hlavní i doplňující otázky, aby došlo k dostatečnému nasycení dat a hlubšímu porozumění zkoumaného tématu.

4.1 Kvalitativní výzkum

Bylo zmíněno, že polostrukturovaný rozhovor je nástroj kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je většinou využíván v ošetrovatelství, protože vychází z holistického přístupu k člověku. Výzkum je především průzkumný, protože zkoumá nové jevy. Cílem je zachytit hloubku jevu. Závěrem je konkrétní popis myšlenek a činností zkoumaných osob (Kutnohorská, 2009, str. 20-21).

Výzkum byl realizovaný se všeobecnými sestrami, pracujícími na psychiatrické klinice na uzavřeném koedukovaném oddělení pro léčbu psychóz. Z důvodu GDPR nejsou uvedena jména všeobecných sester.

4.2 Výzkumný problém

Autor bakalářské práce se rozhodl pro toto téma, z důvodu zjištění a předcházení rizikových faktorů u psychiatrických pacientů, jejich řešení relapsu onemocnění a péče po propuštění se zajištěním komunitní péče. V současné době došlo k nárůstu psychotických poruch, což souvisí s životním tempem, nejistotou, sociální izolací a ekonomického stresu.

4.3 Výzkumný cíl

Hlavním cílem praktické části je zmapovat zkušenosti, přístupy a názory všeobecných sester v oblasti prevence a zvládání krizových situací u psychiatrických pacientů.

Dílčí cíle

- Cíl č. 1: Zjistit úroveň vzdělání a proškolení všeobecných sester v oblasti krizové intervence, prevence rizik a komunikační strategií.
- Cíl č. 2: Zjistit konkrétní metody a nástroje, které všeobecné sestry využívají při prevenci krizových situací.
- Cíl č. 3: Zjistit, zda všeobecné sestry využívají inovativní metody péče ve své praxi.
- Cíl č. 4: Zjistit povědomí všeobecných sester o návazných komunitních službách pro pacienty propuštěné z léčby.
- Cíl č. 5: Zjistit názory a zkušenosti všeobecných sester s uspořádáním fyzického prostředí psychiatrického oddělení jakožto faktoru ovlivňujícího prevenci a zvládání krizového chování u pacientů.

4.4 Způsob zpracování získaných dat

Kvalitativní šetření probíhalo formou polostrukturovaného rozhovoru, který byl realizován s participanty na psychiatrické klinice, kde vykonávají svou profesi. Všichni byli předem informováni o účelu rozhovoru a seznámeni s tématem bakalářské práce. Rozhovory byly prováděny a nahrávány se souhlasem participantů v období od prosince 2024 do února 2025.

Každý rozhovor byl následně přepsán do textové podoby, analyzován a kódován. V prepisech byly identifikovány opakující se vzorce odpovědí, které byly kódovány, a poté zařazeny do příslušných kategorií.

Rozhovor se skládal z 23 otázek, přičemž další části rozhovoru se odvíjely od výpovědi participantů. Informované souhlasy participantů s účastí ve výzkumu jsou uloženy u autora práce.

4.5 Charakteristika participantů

Participantů jsou čtyři všeobecné sestry se specializací a jedna všeobecná sestra bez specializace pracující na stejném psychiatrickém oddělení.

Kritéria pro sběr dat byla stanovena pro všeobecné sestry, které vykonávají ošetrovatelskou péči u pacientů s psychotickými poruchy a hodnotí jejich stav.

Základní informace o participantech jsou uvedeny v tabulce č. 1.

Tabulka 3 Charakteristika participantů

Označení participantů	Fiktivní jméno	Věk	Oddělení	Délka zaměstnání
P1	Martina	59 let	Psychiatrická klinika	37 let
P2	Sára	50 let	Psychiatrická klinika	32 let
P3	Ivona	58 let	Psychiatrická klinika	35 let
P4	Alena	50 let	Psychiatrická klinika	30 let
P5	Jaroslav	50 let	Psychiatrická klinika	30 let

(Zdroj: vlastní, 2025)

5 INTERPRETACE DAT

V následující kapitole bylo vytvořeno 8 kategorií pomocí kódování a každá z nich byla pojmenována podle obsahu jednotek. Ty následně byly rozebrány.

I. KATEGORIE:

VZDĚLÁNÍ V OBLASTI ZVLÁDÁNÍ KRIZOVÝCH SITUACÍ

V první kategorii byla sledována oblast, zabývající se vzděláním všeobecných sester. Otázky byly mířeny na pravidelné školení, jejich využití a informovanost o možnosti supervize.

Tabulka 4 Otevřené kódování kategorie č. 1

Vzdělání	Asertivita
Pravidelné školení	Supervize

(Zdroj vlastní, 2025)

Na první otázku, která se zabývala vzděláním v rámci potřeb a prevence na zvládání krizových situací, odpovídá P1: „*Všeobecná sestra musí navázat na specializační studium, já mám psychoterapii.*“ Základní vzdělání všeobecných sester je nedílnou součástí ošetrovatelské péče a zároveň tvoří základ pro navazující odborné studium. To umožňuje hlubší porozumění psychoterapeutickým dovednostem, které jsou zásadní součástí kompetencí sestry. P2 odpovídá: „*No tak mám roční školu psychiatrie.*“ Tato výpověď odráží potřebu rozšiřování odbornosti formou specializačního studia, které přesahuje rámec běžného ošetrovatelského vzdělání. P3 odpovídá: „*Takže vzdělání mám střední s maturitou, specializace psychiatrie.*“ Kontinuální vzdělání a profesní rozvoj sester v oblasti krizové intervence, komunikace a práce s pacienty v akutních psychických stavech představuje nesmírně důležitou součást ošetrovatelské péče u sester pracujících na psychiatrii. P4 odpovídá: „*Mám Vyšší odbornou školu a specializační vzdělání oboru psychiatrie.*“ Rozvoj všeobecných sester přispívá ke zvýšení kvality péče, zajištění bezpečnosti a posiluje jejich roli jako klíčovým aspektem multidisciplinárního týmu v psychiatrii. P5 odpovídá: „*Mám střední zdravotnickou školu.*“ Z této výpovědi je zřejmé, že při práci na psychiatrickém oddělení může omezené vzdělání vést k nedostatku hlubších znalostí a dovedností, avšak účastník čerpá ze svých zkušeností a letité praxe.

Druhá otázka byla kladena ohledně školení v rámci psychiatrické kliniky, u které se vyskytovali následující odpovědi: P1 odpovídá: „*Vždycky to máme teďka jakoby pravidelně o asertivitě a o zvládání té agrese pacienta.*“ Z výpovědi vyplývá, že pravidelné

školení zaměřené na zvládání agrese a rozvoj asertivní komunikace je v psychiatrické péči zásadním nezbytným prvkem. P2 odpovídá: „*Měla jsem ten kurz sebeobrany a více méně tady máme jednou za čas kurz měkkých cílů, to zvládání těch deeskalačních technik.*“ Důraz na praktické nácviky a osvojení konkrétních postupů svědčí o potřebě aktivní přípravy personálu na potencionálně rizikové situace. P3 odpovídá: „*Samozřejmě účastním se různých seminářů a kurzů, jak se chovat k pacientům při zvládání krize, ale přesná jména si nepamatuji.*“ Školení svědčí o systematickém přístupu oddělení k prevenci krizových situací. P4 odpovídá: „*Měli jsme školení na zvládání agresivního pacienta a taky máme školení na deeskalační techniky. Za 30 let jich bylo spousta těch vzdělávacích programů.*“ Výpověď vyznačuje důležitost zkušeností v kombinaci s pravidelnou aktualizací znalostí a praktických dovedností v rámci odborného školení. P5 odpověděl: „*...jo, pak jsme tady měli kurz deeskalace, kurz zvládání agresivního chování...*“ Specificky zaměřené školení týkající se deeskalace a zvládání agresivního chování napomáhá posilovat praktické dovednosti a psychickou odolnost zdravotnického personálu. Školení poskytuje sestřám nástroje pro bezpečné a profesní zvládání krizových situací v každodenní praxi.

Následující odpovědi byly poskytnuty na otázku ohledně využití: P1 odpovídá: „*Velmi pravidelně, minimálně 1x za rok.*“ Výpověď poukazuje na praktický význam školení, která nejsou vnímána pouze formálně, ale jako použitelný nástroj pro zvládání náročné situace. P2 odpovídá: „*Já osobně to nemám ráda.*“ Využití školení na psychiatrickém oddělení může být sice dostupné, ale uplatnění v praxi může být ovlivněno individuálním přístupem všeobecných sester. Na to poukazuje výpověď účastnice, která školení nepreferuje z osobních důvodů. P3 odpovídá: „*Tak určitě se to využívá.*“ Využívání znalostí a dovedností získaných ve školeních je vnímáno jako hlavním prvkem každodenní práce. P4 odpovídá: „*To hlavně využíváme formou nácviku a vlastně se na ty krizové situace připravíme i mimo oddělení.*“ Význam praktického nácviku a cílené přípravy na krizové situace, která probíhá i mimo klinické prostředí zvyšuje připravenost sester a posiluje týmovou spolupráci. P5 odpovídá: „*...v těchhle příležitostech se člověk třeba může dozvědět něco nového, takže pokud je čas mile rád.*“ Z výpovědi vyplývá, že postoj k odbornému vzdělání a zájem o získání nových zkušeností pro zvládání krizové situace je pozitivní, avšak participant poukazuje na bariéru v podobě nedostatku času. Možnost účasti, na školeních tak závisí na pracovním vytížení a organizačních podmínkách oddělení. P3 doplnila: „*Samozřejmě je to otázka financí, protože každé školení stojí spousta peněz.*“

Otázka mířená na možnost supervize v průběhu zaměstnání se participanty shodli na odpovědi: „...supervizi nemám.“ P2 doplnila odpověď: „Víceméně my si tak jako všechno mezi sebou vyříkáme, že jsme sami jakoby supervizory.“ Supervize je odborně vedený proces, při kterém má pracovník možnost pravidelně reflektovat svou praxi pod vedením zkušeného supervizora. Z výpovědi participantů vyplývá, že dochází ke sdílení zkušeností a vzájemné podpoře mezi kolegy, avšak zároveň chybí strukturovaný prostor pro odbornou reflexi.

Shrnutí kategorie č. 1

Na začátku rozhovoru byly položeny otázky zaměřené na vzdělání všeobecných sester a bratra, stejně jako na absolvování školení poskytováno zdravotnickým zařízením psychiatrické kliniky. Všechny odpovědi byly zaznamenány. P1, P2, P3, P4 mají vystudováno obor psychiatrie a R5 má obor všeobecná sestra bez dalšího zaměření. Na otázku týkající se pravidelného školení se všichni participanty shodli, že v rámci psychiatrické kliniky absolvovali odborné školení, zaměřené na zvládání agresivního chování a deeskalační techniky. Tato školení jsou vnímána jako přínos pro praxi a většina účastníků uvedla, že nabyté znalosti v praxi využívají. Pouze P2 vyjádřila osobní nezájem. Možnost supervize nikdo nevyužívá.

II. KATEGORIE: SYSTÉMOVÉ PŘÍSTUPY

Ve druhé kategorii byly zkoumány přístupy k pacientům pomocí schémat, metod a metodik. Otázky se zabývaly preventivními metodami a využitím metodiky CARE a jejich nástroje v rámci ošetrovatelské péče pacienta s psychotickými poruchami.

Tabulka 5 Otevřené kódování kategorie č. 2

Zavedení Safewards	Nevyužití schématu semafor a krizové karty
Nevyužití metodiky CARE	Postup ošetření agresivního pacienta

(Zdroj: vlastní, 2025)

P1 odpověděla na otázku, jaké používáte preventivní metody hodnocení rizik: „U nás na oddělení se vlastně dělá Safewards čili tam se začíná zavádět vlastně právě takový to předcházení těch rizik, kdy vlastně je důležité, aby pacienti znali ten personál.“ Z výpovědi je zřejmé, že preventivní metody v rámci péče o pacienty s psychotickými poruchami vycházejí z moderní metodiky, konkrétně se zapojením modelu Safewards. Tento přístup je zaměřen na snižování rizikových situací prostřednictvím posilování vztahů

mezi pacienty a personálem, zlepšování komunikace a vytváření bezpečného prostředí. Hlavními prvky jsou otevřenost, důvěra a deeskalace potencionální konflikty. P2 odpovídá: „*Pohovory, snažíme se poznat, jestli ten pacient bude nebo nebude spolupracovat.*“ Aktivní naslouchání a pozorování pacienta představují účinný nástroj pro včasné rozpoznání možného nebezpečí. Zdravotnický personál využívá pohovory, jejichž cílem je zjistit míru ochoty pacienta ke spolupráci, čímž přispívá k individuálnímu hodnocení rizika na základě osobního kontaktu a komunikace. P3 odpověděla: „*Samozřejmě je to pozorování, vyhodnocení různých situací, předávání si služby, zápisy.*“ Prevence probíhá prostřednictvím pozorování, vyhodnocování situací a sdílení informací mezi členy týmu. Sdílení poznatků a dokumentace je klíčovým prvkem pro efektivní prevenci krizových situací. P4 a P5 odpověděli: „*...máme zkušenosti a znalosti...*“, tímto poukázali na význam dlouholetých zkušeností při rozpoznávání a prevenci rizikového chování u pacientů. Kromě daných postupů je v praxi nedílnou součástí i profesní intuice.

Dále byly otázky, zabývající se ošetrovatelskou péčí pomocí metodiky CARE: P1 odpovídá: „*U nás tady tudleňtu metodiku úplně nepoužíváme.*“ A s tímto výrokem se shodli také ostatní participant, i když se jedná o uznávaný a doporučovaný model péče, zabývající se hlavně individuálním plánováním, posilování silných stránek pacienta a podpoře zotavení v přirozeném prostředí. P3 doplnila k otázce: „*...spolupráce mezi doktory musí být a personálem, protože prvotní jsme my, kteří vidíme stav pacienta.*“ Poskytovaná péče psychiatrické kliniky využívá pozorování, zkušenosti personálu a multidisciplinární spolupráci.

Otázky na využití schématu semafor a krizové karty během ošetrovatelské péče se participant všichni shodli na odpovědi: „*Ne, nepoužíváme.*“ Na základě této shody lze usoudit, že participant nebyli doposud s nástroji obeznámeni a zavedení do ošetrovatelské praxe zatím neproběhlo.

Při otázce, jaké postupy prevence krizí jsou zvedeny. P1 odpověděla: „*Jsou standardy ošetřování agresivního pacienta, poté co se týká nedobrovolných hospitalizací...*“ Tato výpověď upozorňuje na existenci ošetrovatelských standardů, které mají za cíl zajistit bezpečnost pacientů i personálu, a zároveň poskytnou preventivní kroky pro vznik krizové situace. P2 odpovídá: „*Víceméně jenom tady toto schéma Safewards, první vymezte, vyjasněte, ovládejte, nabídněte.*“ Model Safewards se zaměřuje na snížení napětí, zlepšení komunikace a budování bezpečného prostředí jako prostředku prevence krizových situací. Klade důraz na systematický a vztahově orientovaný přístup v péči o pacienta

s psychotickým onemocněním. P3 a P5 odpovídají: „...*těžce individuální ten postup.*“ Flexibilita, osobní zkušenosti a schopnost přizpůsobit přístup určitým potřebám pacienta hrají roli při prevenci krizi. P4 odpovídá: „...*nikdy nechodíme do rohu, snažíme se za zády mít únikový bod, početní personální převaha a vždycky deeskalovat ty konflikty.*“ Z výpovědi je jasné, že praktické bezpečnostní zásady a početní převaha personálu představují důležitý postup při minimalizaci rizika a k zajištění bezpečnosti jak personálu, tak pacienta.

Shrnutí kategorie č. 2

Ve druhé kategorii byla zkoumaná ošetrovatelská péče zaměřena na prevenci krizových situací s využitím metodik, schémat a nástrojů. Z odpovědí vyplývá, že v praxi je uplatňována kombinace přístupů. P1 a P2 se shodly na odpovědi s využitím schématu Safewards, který je zaměřen prevencí konfliktů. P3 doplnila rozhovor o důležitosti předávání služby a záznam pacientů, které přispívají k informovanosti a plynulosti péče. P4 a P5 se shodli na odpovědi ohledně postupů hodnocení pacienta, kdy dbají na intuici, zkušenosti a znalosti. Ačkoliv moderní metodiky nejsou v zařízení plně zavedeny, využívají kombinaci zkušeností, pozorování, týmová spolupráce a částečného zapojení moderních přístupů.

III. KATEGORIE:

PREVENTIVNÍ KOMUNIKAČNÍ A DEESKALAČNÍ TECHNIKY

V této kategorii byly položeny otázky ohledně použití nástrojů, postupů k prevenci krize, řešení samostatného pacienta v krizi a komunikační techniky.

Tabulka 6 Otevřené kódování kategorie č. 3

Komunikace a aktivizace pacienta	Medikace a spolupráce s lékařem
Prevence ohrožení	Lékařská kompetence a ošetrovatelské pokyny

(Zdroj: vlastní, 2025)

Otázka byla zaměřena na nástroje k předcházení krize u pacienta, P1 odpověděla: „*Tady na oddělení, mají KPZky a určité vždy komunikace.*“ Komunikace podporuje vztah mezi pacientem a personálem, umožňuje včas zachytit změny v psychickém stavu a přispívá ke zklidnění situace ještě před jejím vyhrocením. Materiální pomůcky jsou účinným nástrojem k prevenci krize. Krabičky poslední záchrany mohou obsahovat individuální zvolené předměty, které pacientovi pomáhají zvládat napětí nebo úzkost. P2 odpovídá:

„*My tady používáme to schéma Safewards, tedy pohovory.*“ Hlavním nástrojem schématu Safewards je cílená komunikace formou pohovoru s pacientem. Tento přístup pomáhá vytvářet bezpečné prostředí, ve které je možné včas identifikovat známky zhoršení. P3 odpovídá: „*Pohovor, snažíme se využít dechové techniky, klasicky gumičky, mačkat balonky.*“ Výpověď poukazuje na využití nefarmakologických, smyslových a tělesně orientovaných metod. K předcházení zhoršení psychického stavu pomáhá pacientovi odvést pozornost prostřednictvím deeskalačních technik zaměřené na aktivizaci. P4 odpověděla: „*Pohovory, medikace, příjemný přístup.*“ Z výpovědi lze poukázat na kombinaci mezi farmakologickou intervencí a lidským přístupem, který přispívá k budování důvěry a snižování napětí u pacienta. Zvláštní důraz je kladen na atmosféru bezpečí a respektu, kterou vytváří ošetřující personál svým přístupem. P5 odpověděl: „*Prostě s pacientem komunikovat člověk na člověka.*“, poté doplnil „*Vyvarovat se nějakým jako dvojsmyslů, ironií, nevhodných poznámek, prostě jednat s ním na rovinu.*“ Přímá komunikace posiluje důvěru a pomáhá předcházet nedorozumění. Vytvoření rovného vztahu bez nadřazeného postoje je v prostředí psychiatrie mimořádně důležité.

Při zjištění postupů použitých ke snížení rizika vzniku krize: P1 odpovídá: „*Nenechávat pacienta samotného, probrat, co se stalo.*“ Stálá přítomnost personálu a aktivní komunikace umožňuje včas identifikovat spouštěče krizové situace a přispívají k prevenci opakování. P2 odpověděl: „*Prvotní je medikace a pak hlavně spočívá na tom personálu s pohovory.*“ Výpověď účastnice zdůrazňuje, že ke snížení vzniku rizika je využívána medikace, která slouží ke stabilizaci psychického stavu pacienta. Kombinace farmakologického a nefarmakologického přístupu zvyšuje účinnost terapie v psychiatrii. P3 odpovídá: „*Snažit se vyhovět, s tím, pokud víme, že musíme odpovědět ne, tak se snažíme nabídnout jinou možnost.*“ Vstřícnost v komunikaci s pacientem v krizové situaci a nabídnutí alternativní řešení snižuje pravděpodobnost frustrace u pacienta. Personál si udržuje schopnost odmítnout požadavek citlivým způsobem, přičemž nabídnutí jiné možnosti místo přímého odmítnutí představuje účinný nástroj prevence krizí. P4 odpovídá: „*Odebráním těch potenciálních předmětů a pohovory.*“ Kombinace fyzického zabezpečení prostředí a verbální intervence je součástí krizové prevence, která udržuje bezpečnost prostředí na oddělení. Potencionálně nebezpečné předměty představují riziko pro pacienta nebo okolí, protože mohou sloužit k sebepoškození. Mezi nejčastější předměty patří ostré předměty, skleněné předměty, šnůry, elektronika, léky a zapalovače a cigarety. P5 odpovídá: „*Dohled u medikace, u některých léků se dělají kontroly hladin v krvi,*

abychom eliminovali riziko toho, že pacient bude předávkováný nebo zároveň podávkováný.“ Během farmakologické léčby vyžaduje nejen správné nastavení, ale i pravidelnou kontrolu a spolupráci mezi sestrami a lékařem. Účinnost léčby vede k minimalizaci zhoršení psychického stavu a následné krizové situaci. Dohled nad medikací je nedílnou součástí ošetrovatelské péče.

Dále byla položena otázka na řešení pacienta v krizi, kdy P1 odpověděla: *„Ptát se, komunikovat, pokud dochází k nějakému poškození, musí se prostě ten člověk jakoby znehybnit.*“ Verbální deeskalace je soubor komunikačních technik, jejichž cílem je zklidnit krizovou situaci a předejít fyzické agresi. V případě, kdy dochází k ohrožení pacienta nebo okolí, je nezbytné přistoupit k fyzickému zajištění. P2 a P5 uvedli: *„Samozřejmě uděláme pohovor, nabídneme medikaci a pokavad' ten člověk nechce, voláme doktora.*“ Touto odpovědí poukazují účastníci na týmovou spolupráci a postupné kroky intervence od prvotního zásahu pohovorem, přes nabídnutí medikace k zapojení lékaře. P3 odpovídá: *„Tak snažíme se pacienta zklidnit pohovorem, nabídnout jinou aktivitu a voláme lékaře.*“ K řešení krize se nejprve využívá rozhovor se záměrem zklidnit pacienta a nabídnout mu alternativní aktivity. Pokud nefarmakologické metody nejsou účinné, následně se přistupuje k medicínské intervenci. P4 odpovídá: *„Pohovor, medikace, antistresové pomůcky.*“ Antistresové pomůcky představují formu nefarmakologické podpory pacienta při zvládání krize a pomáhá regulovat emoce. Mezi nejčastěji využívané pomůcky v psychiatrii patří antistresové míčky, silikonové gumičky, fidget spinner, aromaterapie, sluchátka s relaxační hudbou a jiné.

Při otázce, jak edukujete rodinu v prevenci krizové situace pacienta, participant odpovíděli: *„Rodinu edukuje lékař.*“ Edukace rodiny v oblasti prevence krizových situací je především kompetence lékaře. V rámci multidisciplinárního týmu jsou kompetence jasně vymezené. Ošetrovatelský personál zajišťuje především edukaci zaměřenou na ošetrovatelskou, praktickou a režimovou oblast, která souvisí s každodenní péčí a zvládání onemocnění. Lékař přebírá odpovědnost za komplexní informování rodiny o zdravotnickém stavu pacienta. P2 doplnila odpověď: *„My je edukujeme, když jde třeba na propustku.*“ A P5 doplnil: *„Říkáme, jak brát léky, vyvarovat se návykovým látkám, dodržovat pravidelný režim a denní režim.*“ Všeobecně sestra edukuje o tom, co pacient a rodina mohou dělat v praxi, aby zvládali léčbu, režim a prevenci krizí. V rámci svých kompetencí sestry informují pacienty a jejich rodinu o správném užívání medikace, hygienických návycích, prevence krizových situací a zásadách bezpečného prostředí

v domácím prostředí. Sestry se zaměřují na zvýšení soběstačnosti pacienta, snížení rizika relapsu a posílení spolupráce v rámci léčebného procesu.

Shrnutí kategorie č. 3

V prostředí psychiatrické péče je prevence krizových situací postavena na kombinaci komunikačních dovedností, praktických postupů, nefarmakologických i farmakologických intervencí a spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu. Mezi nejčastěji využívané preventivní nástroje patří pohovory, model Safewards, dechové cvičení, odebrání rizikových předmětů a dohled nad medikací. Při řešení krize se uplatňuje verbální deeskalace, pohovory, nabídka alternativních aktivit, případně medikace, a v nutných případech také zapojení lékaře nebo fyzické zajištění. V oblasti edukace rodiny je podíl všeobecné sestry vymezen především na praktické intervence každodenní péče. Role Všeobecné sestry je v prevenci a zvládání krizových situací nepostradatelnou součástí.

IV. KATEGORIE: FARMAKOLOGICKÁ A RESTRIKTIVNÍ OPATŘENÍ

Tato kategorie se zabývala rizikovými faktory, které mohou vést ke krizovým situacím, a dále také omezujícími a farmakologickými opatřeními, které se využívají na psychiatrické klinice.

Tabulka 7 Otevřené kódování kategorie č. 4

Omezení pohybu	Omezovací prostředky nutné v krajních situacích	Farmakoterapie jako prevence relapsu
----------------	--	---

(Zdroj: vlastní, 2025)

První otázka v kategorii se zabývala otázkou, jaké jsou hlavní rizikové faktory u psychiatrických pacientů v rámci každodenní činnosti. P1 uvedla: „*Vlastně z toho volného pohybu, jste najednou uzavřená někde sama, teda omezení na tom pohybu. Pak je to, že nemohou si nechat u sebe telefon a všechny věci.*“ Později uvedla: „*Někdy je to i ten režim, který vlastně jakoby je daný, tak jim úplně ne třeba všem vyhovuje.*“ Výpověď poukazuje na náhlé omezení svobody při přijetí do zdravotnického zařízení, které může představovat rizikový faktor vedoucí ke krizovým stavům. Režimová omezení z hlediska bezpečnosti mohou zároveň fungovat jako spouštěč krizového chování, zejména pokud chybí vhodná komunikace, podpora a respektující přístup personálu. Standardizovaný režim je důležitý pro zachování řádu na oddělení, nicméně může být vnímán jako omezující pro pacienty, kteří jsou zvyklí na větší míru samostatnosti. P2 odpověděla: „*Může to být vnitřní řád nemocnice, nemoc samotná, odebrání osobních*

věcí.“ Tato kombinace faktorů ukazuje, že krize často nevzniká izolovaně, ale jako souhra vnitřních psychických obtíží a vnějších podmínek prostředí. Odebrání osobních věcí může pacient vnímat jako ztrátu kontroly nebo narušení soukromí. P3 odpověděla: „*Odmítnutí pacientovi nějaký požadavek a asi nesouhlas s hospitalizací.*“ Z této výpovědi vyplývá, že odmítnutí požadavku pacienta ze strany personálu může být vnímáno jako ohrožující spouštěč. Tyto faktory poukazují na význam způsobu, jakým jsou rozhodnutí sdělována a zdůvodňována. P4 odpovídá: „*Hlavně jsou to projevy té nemoci, můžou mít hlasy, kterým jim říkají, zabij ho...*“ Vnitřní prožívání může vést k nečekané a ohrožující reakci. Výpověď poukazuje na důležitost včasné identifikace psychotických symptomů, znalosti anamnézy a preventivní intervence, která předchází zhoršení stavu. P5 uvedl: „*Může tam být změna medikace, léková non-compliance, faktory psychotické části, stres v rodině, ztráta zaměstnání, nemoc.*“ Faktory vedoucí ke krizové situaci jsou biologické, psychologické a sociální faktory. Z výpovědi je známo, že komplexní hodnocení rizik je propojení z medicínského, psychologického a sociálního pohledu v péči o psychiatrického pacienta. Léková non-compliance označuje stav, kdy pacient neúplně nebo vůbec nedodržuje předepsaný léčebný režim, zejména pokud jde o pravidelnost psychofarmak. V psychiatrii je to nejvýznamnější rizikový faktor relapsu, krizového chování nebo rehospitalizace. Touto otázkou jsme analyzovaly mnoho rizikových faktorů, které mohou způsobit krizovou situaci.

Následující odpovědi byly poskytnuty na otázku ohledně postojů k fixačním nástrojům: P1 uvedla: „*My se snažíme opravdu omezovací prostředky používat velmi v krajních případech.*“ Přístup v souladu s principy moderní psychiatrické péče, klade důraz na minimalizaci restriktivních pomůcek a preferuje verbální deeskalaci a nefarmakologické techniky jako první možnost. Z výpovědi je zřejmé, že personál přistupuje k použití fyzického omezení až po pečlivém zvážení rizik a přínosu. P2 odpověděla: „*Já velmi kladný. Nás mrzí, že nejsou síťový lůžka.*“ Výpověď účastnice vyjadřuje pozitivní postoj k využívání omezovacích prostředků, konkrétně i k dříve používaným síťovým lůžkům. Účastnice lituje jejich absence, i když v České republice i v dalších evropských zemích byla tato forma omezujícího prostředku zrušena, protože byla považována za nedostatečně důstojné při zacházení s pacientem, využití bylo někde dlouhodobé a v rámci reformy psychiatrické péče. P3, P4 a P5 odpověděli: „*Někdy jsou rozhodně nutné.*“ Fixační prostředky jsou v psychiatrii i nadále nezbytnou součástí ošetrovatelské péče, pokud pacient představuje akutní riziko pro sebe nebo okolí. Výpověď přesvědčuje, že ačkoliv je cílem omezit

používání omezujících opatření na minimum, jejich úplné vyloučení za všech okolností není reálné.

Otázka kladena ohledně medikace využívána k prevenci relapsu u pacienta byla zodpovězena od P1 tímto způsobem: *„Bud' je to tabletky, nebo nějaká injekce, nejčastěji nějaký benzodiazepin na zklidnění.“* Z výpovědi jde poznat, že medikace hraje klíčovou roli v prevenci relapsu u psychiatrických pacientů. Nejčastěji se jedná o perorální formu, přičemž konkrétně zmiňované benzodiazepiny slouží ke zklidnění akutního stavu pacienta. P2 odpověděla: *„Ve většině je to tabletková medikace, pokud ten pacient odmítá léky, zavádí se injekční terapie. A ta depotní jakoby na dlouho, když ten pacient vyloženě je problematický.“* Výpověď poukazuje na standardně preferovanou perorální formu medikace, avšak v případech, kdy pacient léky odmítá nebo nespolupracuje, přechází se na injekční formu, přičemž účastnice klade důraz na depotní injekce, protože působí dlouhodobě a zajistí stabilní hladinu léčiva bez potřeby každodenního užívání. P3 odpověděla: *„Depotní injekce jsou velice dobrý vynález. Já jsem tak na 60% tabletky.“* Tato výpověď reflektuje běžnou praxi na psychiatrickém oddělení, kde je časté kombinování různých forem farmakoterapie podle aktuálního stavu pacienta. P4 uvedla: *„Depotní medikace je pro naše pacienty bych řekla takový bonus. Tady se to kombinuje, jak perorální, injekční nebo depotní medikace.“* Depotní medikace je vnímána jako přínosný a efektivní doplněk ke standardní farmakologické léčbě. Účastnice popisuje kombinaci forem medikace, což umožňuje individuální přístup k psychiatrickým pacientům. P5 odpověděl: *„Jestli je to třeba chronický pacient, tak se dává depotní medikace, kde je prostě zajištěn ten účinek..., schvaluji, že nemusí myslet na ty prášky.“* Výpověď vyzdvihuje význam depotní medikaci, zejména u chronických pacientů, kteří mohou mít potíže s každodenním dodržováním léčby. Depotní medikace je dlouhodobě působící prevence k udržení stabilního psychického stavu a prevenci relapsu, ne k akutnímu zklidnění. V rámci odpovědi došlo k shodě ohledně významu perorální a depotní formy medikace v psychiatrické péči.

Shrnutí kategorie č. 4

V této kategorii jsme získali odpovědi zaměřené na postoj ke stanovení omezovacích opatření, rizikové faktory u psychiatrických pacientů a využití farmakoterapie v prevenci relapsu. Mezi hlavní rizika patří omezení osobní svobody, ztráta volného pohybu, odebrání osobních věcí, ale také standardizovaný režim a samotná psychická nemoc. Tyto faktory v rámci ošetrovatelské péče aktivně sledovány a řešeny. Účastníci se rovněž shodli na využití kombinace forem perorální a depotní medikace, která je efektivní u pacientů

s nízkou ochotou léčit se. Na téma fixační nástroje se účastníci vyjádřili souhlasem s jejich použitím pouze v krajních případech, a to v situaci, kdy pacient představuje akutní riziko pro sebe nebo okolí. Významným tématem byla také diskuse o zrušených síťových lůžkách, která některé účastnice vnímaly jako chybějící bezpečnostní prostředek.

V. KATEGORIE: BEZPEČNOSTNÍ OPATŘENÍ A FYZICKÉ PROSTŘEDÍ

V této kategorii byly položeny otázky zaměřující se na bezpečnost zdravotnického prostředí, nebezpečné nástroje a ošetrovatelskou péči v zabránění suicidálním pokusům.

Tabulka 8 Otevřené kódování kategorie č. 5

Kamerový systém	Kontrola pokojů, osobních věcí	Odstranění potencionálně nebezpečných předmětů	Místnost určená ke stravování	Bariéra útěku
-----------------	--------------------------------	--	-------------------------------	---------------

(Zdroj: vlastní, 2025)

Na otázku, jak vnímáte uspořádání prostředí zdravotnického prostředí, mi odpověděla P1: „*Myslím si, že jsme jediné oddělení na celé klinice, kteří máme vlastně z ošetrovny únikový východ.*“ Dále účastnice doplnila: „*Máme kamerový systém na chodbách a na izolačním pokoji...*“ Výpověď poukazuje na specifický prvek uspořádání oddělení, který má zásadní význam pro bezpečnost personálu, a to únikový východ. Prostorové uspořádání má dopad na pocit bezpečí a krizovou připravenost zaměstnanců. Kamerový systém umožňuje průběžné monitorování pacientů, rychlé rozpoznání rizikového chování a včasnou reakci personálu. Kamerový systém na izolačním pokoji musí dodržovat přesně dané podmínky, kdy nesmí zasahovat do intimních činností pacienta, není jiný způsob zajištění nepřetržitého dohledu a z vážných bezpečnostních důvodů. P2 odpovídá: „*No moc se mi to nelíbí teda, protože je to tady, jestli ten výraz můžu říct papundekl...nelíbí se mě to přízemí...ty pokoje jsou tady blbě daný, že na oba pacienty stejně nevidíme...to oddělení se táhne...ale více méně to máme ulehčený, tady těma kamerami.*“ Tato výpověď reflektuje kritický pohled na fyzické uspořádání oddělení, které je podle účastnice nevyhovující z hlediska přehlednosti a dostupnosti pacientů. Zmiňuje personál, nemá možnost mít všechny pacienty pod dohledem zároveň, což ztěžuje každodenní péči a zvyšuje pocit nejistoty. Tuto nevýhodu částečně kompenzuje kamerový systém, který pomáhá zajišťovat dohled na nepřehledných úsecích. P3 odpovídá: „*Myslím si, že pokoje by mohly být lépe uspořádány, na druhou postel na pokojích většinou není vidět...oddělení*

je samozřejmě do U a kamery všude nedosáhnou...jinak jsem spokojená.“ Tímto došlo ke shodě P2 a P3, z důvodu vznesení námitky ohledně špatného rozložení pokojů, z důvodu špatné přehlednosti o pacientech. Výpověď poukazuje na prostorové limity, v rámci uspořádání lůžek na pokojích a dispozice oddělení. Kamerový systém má své omezení, z důvodu tvaru oddělení, kde není pokrytá celá plocha a nelze je chápat jako plnohodnotnou náhradu přímého dohledu. P4 odpověděla: „...*je to oddělení do U, pacienti mají na pokojích sprchu a toalety, to pro nás pro ten přehled o těch lidech je náročnější.*“ Vybavení pokojů vlastní sprchou a toaletou ztěžuje personálu kontinuální přehled o pacientech. Tato oddělenost pacienta při běžných činnostech může zvyšovat riziko nepozorovaného zhoršení stavu a zároveň zvyšuje na ostražitost personálu. Z výpovědi vyplývá, že přestože vybavení pokojů přispívá ke komfortu a důstojnosti pacientů, může mít negativní dopad na bezpečností dohled. P5 odpovídá: „...*na úkor soukromí pacienta nemáme o něm přehled... nedostatečně řešení třeba nějakým místností WC pro návštěvy...*“ Výpověď reflektuje napětí mezi ochranou soukromí pacientů a zajištěním bezpečného dohledu. Zachování důstojnosti a soukromí prostřednictvím samostatných pokojů a koupelen, může omezit možnost personálu mít pacienta pod stálým dohledem. Nedostatečné řešení zázemí pro návštěvy může ovlivnit nejenom komfort návštěvníků, ale i organizaci péče.

Na otázku, jaké by personál přivítal změny pro prevenci krizové situace, bylo zodpovězeno P1: „*Jako za mě bych viděla ještě větší pružnost takový toho překládání toho pacienta. Třeba fakt na pohlídání, aby se nerozvinula nějaká velká agrese.*“ Účastnice upozorňuje na nedostatečnou flexibilitu v systému překládání pacientů na jiné oddělení při zhoršení stavu pacienta a zajistit zvýšený dohled ještě před rozvojem výrazné agrese. Časná intervence a možnost preventivního přesunu pacienta by mohla být účinný nástroj v prevenci eskalace krizových stavů. P2 odpověděla: „*No, já to říkám strašně furt medikovat.*“ Výpověď účastnice poukazuje na silnou preferenci farmakologického přístupu při prevenci a zvládání krizových situací. I když je medikace efektivní a dostupná forma prevence, nadměrné spoléhání na ni může být známkou nedostatek alternativních nefarmakologických intervencí, které by umožnily individuální přístup. P3 odpovídá: „*Rozhodně za mě více mužského personálu...přítomnost lékaře více na oddělení i o víkend.*“ Tato výpověď odhaluje v praxi aspekt, že přítomnost stabilního a dostupného multidisciplinárního týmu, včetně mužů a lékařů je významným preventivním faktorem pro zvládání náročného chování pacientů. Personální nedostatek jako rizikový faktor ovlivňuje bezpečnost, ale i kvalitu péče a komfort zdravotnického personálu. P4 odpovídá:

„...navýšení počtu personálu...“ Navýšení počtu zaměstnanců je vnímáno jako zásadní organizační změna, která by umožnila větší kontrolu nad oddělením, lepší rozložení pracovních úkonů a rychlejší a efektivnější reakci na náhlé změny. Kvalitní a dostupná péče v psychiatrii není možná bez dostatečné personální kapacity, která je základním předpokladem pro prevenci krizí, zvládání rizikových situací a udržitelnosti péče. P5 odpověděl: „...obrovská prodleva časová, že se ten pacient nechá čekat...“ Výpověď poukazuje na organizační nedostatky a potřebu rychlejší reakce systému na potřeby pacientů. Časová nedostupnost v prevenci krizových situací může být pro pacienta vnímáno jako odmítnutí nebo nedostatek pomoci, což zvyšuje pacientův neklid.

Dále byla položena otázka mířená na eliminaci nebezpečných nástrojů, kdy P1 odpovídá: „Dvakrát v týdnu by se měla dělat jakoby kontrola toho pokoje, vždycky za přítomnosti toho pacienta...prohlídky těch osobních věcí...“ Včasné odhalení potencionálně nebezpečných předmětů potvrzuje, že systematická prevence bezpečnostních rizik je součástí každodenní péče v psychiatrickém prostředí. Kontroly, které probíhají za přítomnosti pacienta, jsou důležité z hlediska zachování jeho důstojnosti, ale také budování důvěry mezi pacientem a personálem. Tento přístup zároveň snižuje riziko konfliktů, podporuje spolupráci, což jsou důležitými faktory v prevenci krizových situací. P2 a P4 se shodly při odpovědi: „Tak při příjmu...to se schová tady na ošetřovně nebo v čistící místnosti.“ Z výpovědi je známo, že eliminace nebezpečných předmětů začíná již při přijetí pacienta, kdy jsou rizikové osobní věci odebrány a bezpečně uloženy. Je to standartní součást preventivních opatření, která má za cíl minimalizovat riziko sebepoškození. Důsledná vstupní kontrola chrání pacienta a personál, ale také vytváří bezpečné prostředí hned od začátku hospitalizace. P3 odpovídá: „...na pokojích nefungují zásuvky...pokud jim půjčíme nějaký takový předmět, tak pod dohledem. Jinak si všechno zapisujeme, hlídáme...mají plastové kalíšky...“ Bezpečnostní opatření na oddělení jsou také technická omezení, která brání pacientům v používání elektronických zařízení bez dohledu. Pokud je pacientům zapůjčen nějaký potencionálně rizikový předmět, děje se tak výhradně pod dohledem personálu. Pečlivá evidence a kontrola osobních věcí snižuje riziko jejich zneužití. P5 odpovídá: „...prohledáme všechny věci a pak samozřejmě v průběhu hospitalizace děláme takzvaně razije na pokojích...“ Aktivní dohled a systematická prevence napomáhá včasnému odhalení rizik a předcházení krizovým situacím. Výpověď ukazuje, že kontrola osobních věcí neprobíhá pouze při příjmu pacienta, ale je součástí dlouhodobého a pravidelného bezpečnostního režimu během celé hospitalizace.

Zdravotnický personál provádí namátkové nebo plánované prohlídky s cílem zajistit přítomnost zakázaných nebo potencionálně nebezpečných předmětů.

Na otázku, jaké specifika jsou určena během stravování, bylo zjištěno: P1 a P5 se shodli na odpovědi: „*Mají takové krásné barevné kelímky...máme dvě jídelny.*“ Výpověď poukazuje na přítomnost dvou jídelen na oddělení, která mohou sloužit k regulaci počtu pacientů v prostoru během jídla. P2 odpovídá: „*Tak je jídelna...měl by tam být u toho jídla nějaký ošetřovatel nebo ten, kdo by na ně dohlížel...*“ Stravování na psychiatrickém oddělení je potencionálně rizikový moment, kdy může dojít k napjatým interakcím, konfliktům nebo manipulaci s přístrojem či jinými předměty. Dozor u jídla není jen organizační opatření, ale má důležitou preventivní a ochrannou funkci, zejména u pacientů s duševním onemocněním. P3 a P4 se shodly na odpovědi: „*Pacienti se stravují na jídelně, kdy přístroje jsou dány pouze na dobu výdeje jídla...nemají porcelánové skleničky...stravuje se pod dohledem.*“ Běžné denní činnosti jako je stravování probíhají za přísně kontrolovaných podmínek. Přístroje jsou poskytovány pouze po dobu jídla a porcelánové skleničky jsou nahrazeny bezpečnějšími alternativami, jako jsou plastové kelímky. Výpověď zdůrazňuje, že organizace a průběh stravování je v psychiatrii promyšlený bezpečnostní proces.

Na otázku, jaké postupy praktikují v rámci odstraňování pásku u kalhot, tkaniček a něčeho co by mohlo sloužit k suicidálním pokusům, se všichni participanté shodli na odpovědi: „*To je u toho příjmu, řekneme jim, že v rámci té bezpečnosti jejich i druhých, se tyto věci prostě odevzdávají a předávají se na sesterně do šanonů...pásky od županu, šňůrky od tašek, tak to všechno eliminujeme.*“ Příjem pacienta je klíčovým bodem v prevenci krizových a rizikových situací. Eliminace rizikových předmětů je standardizovanou a rutinní součástí bezpečnostních pravidel psychiatrického pracoviště. Kroky k odebrání osobních věcí jsou doprovázeny komunikací s pacientem a jasným odůvodněním z hlediska bezpečnosti.

Poslední otázka této kategorie se zabývala předcházením útěku, kdy P1 odpovídá: „*...pacient musí překonat dvoje dveře...kličky jsou odšroubovány a jedno ventilační okýnko, tak má uprostřed tyčku...*“ Fyzické zabezpečení prostoru je nedílnou součástí prevence nechtěného opuštění zařízení, a zároveň snižuje riziko ohrožení jak pacienta samotného, tak okolí. V oblasti psychiatrické péče je třeba kombinace lidských a technických opatření, která dohromady vytváří ochranný rámec při práci a rizikovými pacienty. P2 odpovídá: „*...zákaz těch vycházek...*“ Omezení nebo zákaz vycházek je jedním z běžně využívaných

organizačních opatření, která slouží k prevenci útěku pacienta. Opatření bývá aplikováno individuálně. Zásah do režimu pacienta může být z hlediska svobody omezený, ale je veden z preventivních důvodů a v souladu s potřebou zajistit bezpečnost pacienta i okolí. P3 a P4 se shodly na odpovědi: „*Jsme uzavřené oddělení, takže máme čipy nebo klíče na dveře...jsou tady folie v oknech speciální nerozbitné...*“ Struktura uzavřeného oddělení a technické zabezpečovací prvky hrají roli v prevenci útěku pacienta. Z výpovědi vyplývá, že fyzické opuštění oddělení bez povolení je opatřeními ztíženo nebo zcela nemožné. P5 odpovídá: „*...jsou tady bezpečnostní dveře...napřed dovnitř, pak ven...*“ Systém bezpečnostních dveří, kde je nutné projít dvěma oddělenými vstupy je důležitým technickým opatřením. Zajišťuje, že oddělení nemůže být opuštěno bez vědomí personálu a ztěžuje pokusy o únik. Technické zabezpečení je systém pro zachování bezpečnosti a kontroly pohybu pacientů v rámci uzavřeného psychiatrického oddělení.

Shrnutí kategorie č. 5

Tato kategorie se zabývala prostředím psychiatrického oddělení a související bezpečnostní opatření, která hrají hlavní roli v prevenci krizového chování, útěku a sebepoškození. V odpovědích se vyskytla i nespokojenost oddělení, z důvodu tvaru do U, nepřehlednost pacientů a neviditelnost na všechny pacienty zároveň na pokoji. Kamerový systém zajišťuje částečný dohled, ale nenahrazuje přímý kontakt personálu s pacientem. Personál by přivítal navýšení počtu zaměstnanců, větší zastoupení mužského personálu a častější přítomnost lékařů na oddělení. Stravování probíhá za kontrolovaných podmínek, pod dohledem, využívají plastové nádoby a omezený přístup k příboru. Všeobecné sestry aktivně předcházejí krizovým situacím prostřednictvím kombinace technických, organizačních a vztahových opatření. Přesto přetrvávají limity, které ovlivňují bezpečnost pacientů, ale i pracovní podmínky zdravotnického personálu.

VI. KATEGORIE:

MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP JAKO PREVENCE RELAPSU

Poslední kategorií vybranou z rozhovorů je multidisciplinární přístup zaměřený na následnou péči. Tato péče je u psychiatrických pacientů plánována již během hospitalizace a probíhá ve spolupráci s nemocnicí s cílem zajistit návaznost podpory i po propuštění.

Tabulka 9 Otevřené kódování kategorie č. 6

Centrum duševního zdraví	Zpětná vazba od pacientů
--------------------------	--------------------------

(Zdroj: vlastní, 2025)

První otázka se týkala spolupráce s následnými službami. P1, P2 a P3 se shodli, že Centrum duševního zdraví představuje zásadní aspekt v systému návazné péče o psychiatrické pacienty. CDZ kombinuje přístupy zdravotní i sociální péče, a tím naplňuje principy multidisciplinárního přístupu. K úspěšné stabilizaci pacientova stavu po propuštění je důležitost provázanost mezi nemocnicí a komunitními službami. P5 odpovídá: „CDZ, ani nemám v tom přehled.“ Výpověď poukazuje na nedostatečnou informovanost nebo orientaci v systému následných služeb. Ne všichni členové zdravotnického personálu mají dostatečný přehled o možnostech následné péče, které mohou pacientům nabídnout. Je potřeba se zamyslet nad lepším proškolením a sdílením informací uvnitř multidisciplinárního týmu.

V poslední otázce výzkumníka zajímala zpětná vazba pacientů na následnou péči. P1 a P4 se shodly na odpovědi: „*Já si myslím, že jsou pacienti spokojeni...ta následná péče pro nás by měla znamenat právě tu prevenci toho návratu.*“ Z výpovědi lze poukázat na pozitivní zpětnou vazbu pacientů na následnou péči, což může vyznačovat funkčnost a dostupnost navazujících služeb. Následná péče je vnímána nejen jako prodloužení léčby, ale jako hlavním nástrojem stabilizace pacienta v jeho přirozeném prostředí. P2 odpovídá: „...jednou za čas někdo zavolá, ale vyloženě na tu následnou péči CDZ, tak to ne.“ Výpověď poukazuje na nízkou míru kontaktu pacientů se službami následné péče. Ve srovnání s předchozí výpovědí, tak vyjadřuje odlišný názor a odhaluje nesoulad mezi záměrem multidisciplinární návaznosti péče a její skutečnou realizací v praxi. P3 odpovídá: „...jak kteří... třeba máme vazbu, že nám potom volají, že se jim ten pacient neozval...“ Z výpovědi vyplývá, že ne všichni pacienti udržují kontakt s navazujícími službami po propuštění. Záleží na individuálním přístupu pacienta, jeho motivaci nebo efektivnímu

spolupráce navázání mezi nemocnicí a službami. P5 odpovídá: „*Ani nevím*“ Tato výpověď potvrzuje chybějící informace o pacientech po propuštění a nemožnosti vyhodnocení efektivity poskytované péče.

Shrnutí kategorie č. 6

Hlavní spolupráci s psychiatrickou klinikou navázalo Centrum duševního zdraví, avšak povědomí a orientace v následných službách všeobecných sester je rozdílná. Z toho důvodu je potřeba větší informovanost a vnitřní koordinaci v týmu, aby bylo možné pacientům poskytnout doporučení a podporu i po jejich propuštění. V rámci spolupráce závidí na dané osobě a individuální přístupu k následné péči a její využití.

5.1 Axiální kódování

Při přechodu z otevřeného na axiální kódování se výzkumník zaměřuje na možnost propojení a slučování jednotlivých kategorií. Následuje hlubší analýza vzájemných vztahů mezi těmito kategoriemi, přičemž cílem je odhalit společné rysy a souvislost. Směřuje se k určení ústřední kategorie, která propojuje ostatní a představuje hlavní zkoumaný jev (Hendl, 2016, str. 252-254).

5.2 Paradigmatický model

V zakotvené teorii dochází při axiálním kódování k přeskupování kategorií a jejich podkategorií do struktury nazývané paradigmatický model. Tento postup slouží k tomu, aby výzkumník mohl hlouběji porozumět zkoumanému jevu a jeho souvislostem (Corbis a Strauss, 1999, str. 70-72).

Cílem praktické části bylo zmapovat zkušenosti, přístupy a názory všeobecných sester v oblasti prevence a zvládání krizových situací u psychiatrických pacientů.

Paradigmatický model je složen z následujících částí: Příčné podmínky → Fenomén → Kontext → Intervenující podmínky → Strategie jednání → Následky.

Péče o psychiatrické pacienty vyžaduje komplexní a systematický přístup, který zahrnuje analýzu rizik a řešení krizových situací. Hlavním prvkem je včasné rozpoznání varovných signálů zhoršení psychického stavu. Zdravotnický personál využívá preventivní a bezpečnostní opatření, které umožňují minimalizaci rizik a zajištění technického zabezpečení.

Fenoménem paradigmatického modelu je bezpečné opatření a fyzické prostředí. Fenomén neboli stěžejní oblast spojuje ostatní kategorie a má vztah ke strategiím. Výzkumník pomocí rozhovoru zkoumal, zdravotnický personál vnímá a využívá bezpečnostní opatření a fyzické uspořádání prostředí v rámci prevence a zvládání krizových situací u psychiatrických pacientů a zaměřil se na propojení faktorů s každodenní praxí.

V kategorii kauzální podmínky byly zohledněny preventivní komunikační a deeskalační techniky. Všeobecné sestry poukazují na důležitost komunikace s pacientem, deeskalační techniky, odebrání nebezpečných předmětů, zapojení lékaře a fyzické zajištění v krajních případech, a poté edukace pacienta a rodiny.

V intervenujících podmínkách autorka práce poukazuje na vzdělání všeobecných sester v oblasti zvládání krizových situací. Školení poskytující psychiatrickou klinikou jsou vnímána jako přínos pro praxi a většina účastníků se shodla na odpovědi. Zároveň se vyskytují limity školení, což jsou osobní preference, personální a časové zatížení.

Kontextem je zapojení systémových přístupů do ošetrovatelské praxe v oblasti zvládání krizové situace. Nejčastěji využívaným přístupem je schéma Safewards, které se zaměřuje na předcházení konfliktů. Dále se uplatňuje komunikace prostřednictvím rozhovorů, důraz na předávání služby a vedení dokumentace o pacientovi. Naopak moderní metodika, jako je, metoda CARE a její nástroje nejsou zapojeny do ošetrovatelské praxe.

V rámci strategií jednání se výzkumník zabýval multidisciplinárním týmem jako prevence relapsu. Návaznost mezi nemocničním zařízením a následnou péčí probíhá za dobu hospitalizace, ale přesto záleží na individuálním přístupu pacienta. Pro efektivní komunikaci a pacientem je potřeba zvýšit informovanost zdravotnického personálu.

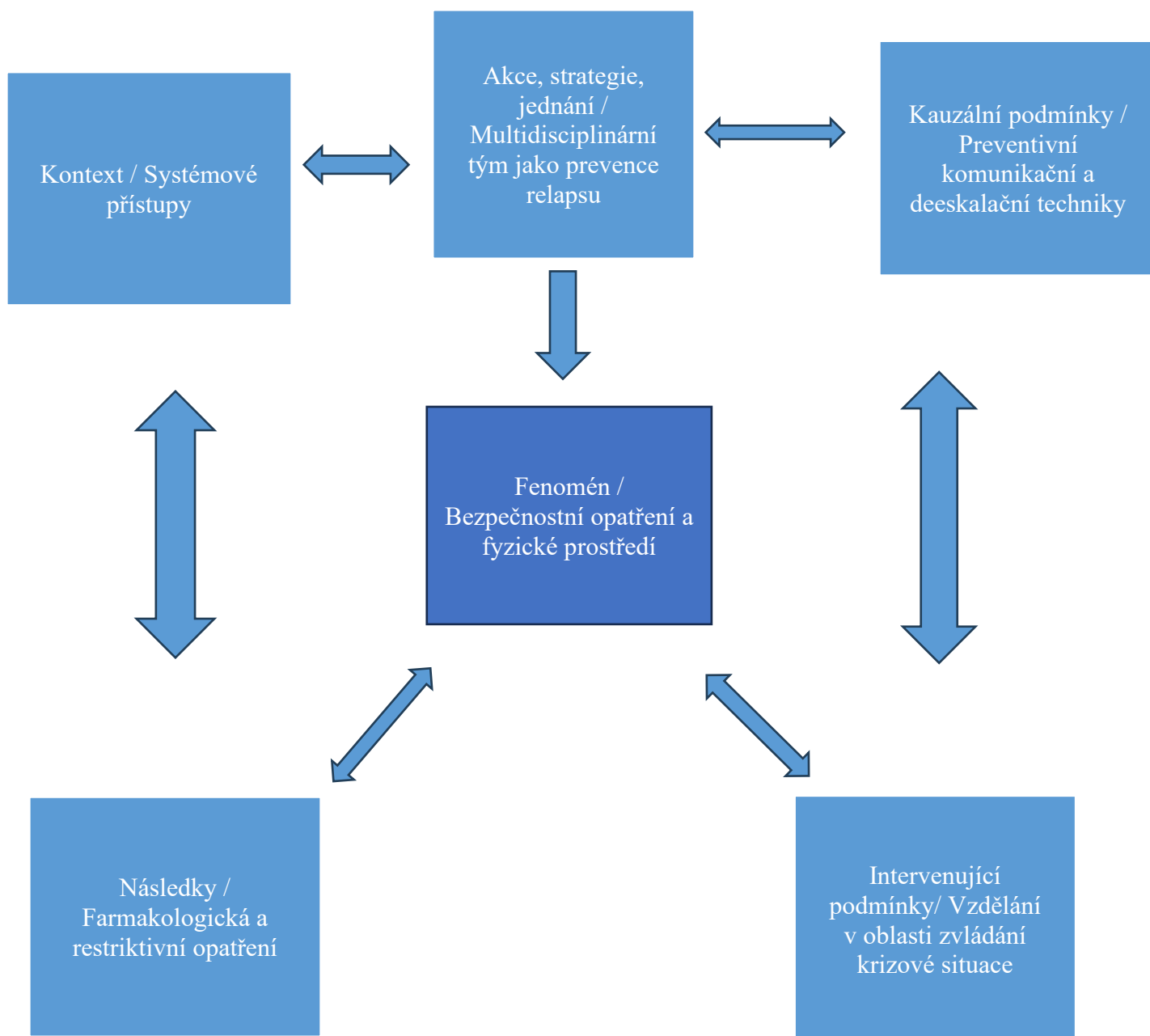
Následkem je zajištění bezpečnosti pacienta a personálu, snížení rizika relapsu a zvládání krizových situací prostřednictvím kombinace farmakologických, restriktivních a ošetrovatelských opatření.

Tabulka 10 Paradigmatický model (vlastní tvorba)

Prvek	Popis
Fenomén / Bezpečnostní opatření a fyzické prostředí	Opatření zdravotnickým personálem v prevenci a řešení krizových situací
Kontext / Systémové přístupy	Zapojení systematických přístupů, zejména Safewards
Kauzální podmínky / Preventivní komunikační a deeskalační techniky	Události, které vedou k předcházení krizové situace
Intervenující podmínky / Vzdělání v oblasti zvládání krizových situací	Podmínky, které mají vliv na vývoj fenoménu
Akce, strategie jednání / Multidisciplinární tým jako prevence relapsu	Návaznost následné péče
Následky / Farmakologická a restriktivní opatření	Výsledek strategie jednání

(Corbis a Strauss, 1999, str. 70)

Obrázek 2 Paradigmatický model (vlastní zpracování)



6 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Hlavním výzkumným cílem je zmapovat zkušenosti, přístupy a názory všeobecných sester v oblasti prevence a zvládání krizových situací u psychiatrických pacientů prostřednictvím rozhovoru. Nejprve byly rozhovory kódovány otevřeným a poté axiálním kódováním pomocí paradigmatického modelu.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké zkušenosti, přístupy a názory mají všeobecné sestry v oblasti prevence a zvládání krizových situací u psychiatrických pacientů?

Na základě výpovědí všeobecných sester, které pracují na psychiatrické klinice, lze usoudit, že krizové situace u psychiatrických pacientů vnímají jako běžnou, ale náročnou součást své ošetrovatelské praxe. Sestry se shodly na tom, že nejúčinnější preventivní nástroje používají kvalitní komunikace s pacientem, deeskalační techniky, včasné rozpoznání změn chování, a také kontrola potencionálně nebezpečných nástrojů a dohled nad běžnými činnostmi, což je stravování a medikace. V oblasti zvládání krizových situací kladou důraz všeobecné sestry na verbální deeskalaci, aktivní komunikaci a nefarmakologický přístup léčby. V případě neúčinnosti těchto postupů přecházejí k nabídnutí farmakologické léčbě a zapojení lékaře. Při chování psychiatrického pacienta ohrožuje sám sebe nebo okolí, považují za nezbytné využití fyzického zajištění, ovšem jako krajní řešení. Avšak bylo zmíněno, že během ošetrovatelskou praxi psychiatrického pacienta chybí síťová lůžka. Všeobecné sestry zmínily, že perorální forma medikace je běžnou a prvotní volbou, kdy pacient spolupracuje. Depotní formu medikace využívají především u chronických pacientů nebo u pacientů s lékovou non-compliance, jelikož pomáhá zajistit stabilní hladinu léčiva v organismu.

Pomocí rozhovoru výzkumník mohl odpovědět na výzkumné dílčí otázky:

Jakou úroveň vzdělání v oblasti zvládání krizových situací mají všeobecné sestry?

Všichni participanti se shodli, že v rámci psychiatrické kliniky absolvovali odborné školení, zaměřené na zvládání agresivního chování a deeskalační techniky. Absolvování školení je vždy přínosem pro praxi, pouze jedna účastnice vyjádřila osobní nezájem.

Jaké konkrétní metody a nástroje využívají všeobecné sestry při prevenci krizových situací u psychiatrických pacientů?

Všeobecné sestry využívají při prevenci krizových situací u psychiatrických pacientů kombinaci nefarmakologických a technických metod. Mezi nefarmakologické přístupy patří především dechového cvičení, využití antistresových pomůcek, aromaterapie a další alternativní metody, jejichž cílem je odklonit pozornost pacienta v počátečních fázích zhoršení psychického stavu. Dále sestry uvedly komunikaci formou pohovoru jako hlavní aspekt k včasnému rozhodování rizik. Součástí prevence krizových stavů je i využívání schématu Safewards, který podporuje vztah mezi pacientem a personálem a klade důraz na předcházení krizových situací prostřednictvím otevřené komunikace, respekt a porozumění. Z technických opatření pak sestry zmiňují kamerový systém, který napomáhá dohledu nad pacientem, i když z výpovědi všeobecné sestry upozorňují na jeho omezení, prostřednictvím prostorového uspořádání oddělení.

Využívají všeobecné sestry ve své praxi inovativní přístupy a metody péče?

Všeobecné sestry nejčastěji zmiňovaly model Safewards jako nástroj prevence krizových situací. Naopak metodika CARE a její nástroje, jako je krizová karta a schéma semafor v praxi využívány nejsou.

Jak všeobecné sestry vnímají uspořádání fyzického prostředí oddělení a jeho vliv na prevenci krizového chování?

Všeobecné sestry vnímají uspořádání fyzického prostředí oddělení jako důležitý faktor v prevenci krizového chování, avšak upozorňují na dost nedostatků. Kritizují především nepřehlednost oddělení kvůli jeho tvaru do písmene U a dohled nad pacienty na pokojích, z důvodu nepřehlednosti na druhé lůžko. Jako přínos vnímají kamerový systém, který ale nenahrazuje přímý kontakt a dohled. Vybavení pokojů vlastním sociálním zařízením zvyšuje komfort a důstojnost pacienta, ale zároveň ztěžuje přehled o akutním stavu pacienta.

Jaké mají všeobecné sestry povědomí o návazných komunitních službách pro pacienty po propuštění?

Z výzkumu vyplývá, že povědomí všeobecných sester o návazných komunitních službách pro pacienty po propuštění je rozdílné. Některé sestry konkrétně zmínily Centrum duševního zdraví, organizace Práh jižní Morava, Podané ruce nebo zařízení pro léčbu závislosti jako Renada. Tyto služby zajišťují následnou péči k prevenci relapsu. Na druhou stranu se objevily i odpovědi, které poukazují na nedostatečnou informovanost v oblasti fungování a dostupnosti těchto služeb.

7 DISKUZE

Bakalářská práce přináší výsledky výzkumu zaměřené na vyhodnocení rizik a zvládání krizových situací u psychiatrických pacientů pohledem všeobecné sestry. Na základě rozhovorů se ukázalo, že díky absolvovaným školením zaměřených na zvládání agrese, deeskalačních techniky a asertivní komunikaci jsou všeobecné sestry schopny tyto znalosti a dovednosti využít v praxi.

Jedním z hlavních výstupů výzkumu je využívání modelu Safewards, který podporuje prevenci krizového chování prostřednictvím strukturovaných kroků. Naopak modernější metodiky, jako CArE metoda s nástroji krizové karty a schématu plánu včasných varovných příznaků nejsou v běžné praxi uplatňovány. Další nástroje k prevenci byly zmíněny nefarmakologické přístupy, jako jsou pohovory, dechová cvičení a antistresové pomůcky, které pomáhají pacientům zvládat napětí a odvracet pozornost při zhoršení stavu. Dále byl zmíněn kamerový systém, který zajišťuje částečný dohled nad pacienty, i když personál upozorňuje na jeho limity vzhledem k nepřehlednosti oddělení.

V oblasti zvládání krizových situací účastníci zmínili identifikace rizikových faktorů vedoucí ke krizové situaci. Patří zde omezení svobody, náhlá ztráta kontaktu s okolím, odebrání osobních věcí a přísný režim oddělení. Riziko představují také změna medikace, léková non-compliance a přítomnost psychotických symptomů. Všeobecné sestry se shodly, že zvládání krizových situací vyžaduje kombinaci verbální deeskalace, odebrání potencionálně nebezpečných předmětů, zapojení lékaře a použití restriktivních opatření.

Při srovnání výzkumu s různými bakalářskými pracemi, bylo zjištěno, že se často využívá kvantitativní výzkum prostřednictvím dotazníků, tato práce volí kvalitativní metodu. Tento přístup umožňuje hlubší a detailnější porozumění zkoumané problematice. Práce Zuzany Petříkové (2019) poukazuje, na zvýšení počtu fyzicky zdatných mužů v řešení problému a lepší spolupráce s lékaři. Tímto jsme se shodli ve výsledku výzkumu, kdy jsme z výpovědi účastníků poukázali na zlepšení zdravotnické praxe ke zvládání krizových situací prostřednictvím navýšení personálu, včetně mužského obsazení. Zatímco tato práce poukazuje na nevyužití inovativních metod, diplomovaná práce Bc. Lucie Spěváčkové (2015) poukazuje na využitelnost nástroje semafor, který přehledně mapuje jednotlivé fáze, jimiž klienti mohou procházet při rozvoji relapsu onemocnění. Využití schématu Safewards jako preventivní metoda ve zvládání krizových situací potvrzuje článek Výzkum zdravotnických služeb BMC (2024) ohledně reakce pacienta

jako indikátor věrnosti Safewards a výsledky naznačují vysokou úspěšnost reakcí pacientů. Tímto výzkumem se zjistilo, že reakce pacientů jsou důležitým faktorem pro dosažení věrnosti v preventivním programu. V oblasti rizikových faktorů vzniku krizových situací jsme se shodli s autorem práce Černým (2022) na nesouhlasu s režimovým opatřením a při řešení krizové situace uvedl nejčastější variantu podání psychofarmak. Naopak tato bakalářská práce poukazuje na využití verbální deeskalace, aktivní komunikace, nefarmakologických přístupů, až při zhoršení krizové situace se přichází k farmakologickým a restriktivním opatřením.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat zkušenosti, přístupy a názory všeobecných sester v oblasti prevence a zvládání krizových situací u psychiatrických pacientů. Pomocí kvalitativního výzkumu byly prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů identifikovány hlavní oblasti ošetrovatelské praxe, které přispívají k zajištění bezpečnosti pacientů i zdravotnického personálu.

Jedním z hlavních zjištění této práce vyplynulo, že všeobecné sestry kladou důraz na prevenci krizové situace prostřednictvím komunikace, deeskalačních technik a budování důvěry mezi pacientem a personálem. Jako preventivní nástroj částečně využívají model Safewards, naopak modernější přístupy jako je metodika CARE a její nástroje nejsou v klinické praxi aplikovány.

Rizikové faktory krizového chování jsou podle účastnic spojeny se změnou prostředí, omezením kontaktu s okolím a samotným průběhem psychické nemoci. V praxi je využívána kombinace verbální intervence, nefarmakologických metod, a také i farmakologické nebo restriktivní opatření.

Z hlediska multidisciplinární spolupráce k prevenci relapsu psychiatrického pacienta byla potvrzena návaznost hlavně s Centrem duševního zdraví a dalšími službami. Nicméně výzkum poukázal na rozdílnou míru informovanosti o dostupných komunitních službách ze strany zdravotnického personálu, což naznačuje o lepší edukaci v týmu.

Na základě zjištěných poznatků lze doporučit rozšíření odborné přípravy v oblasti krizové situace, větší zapojení moderních metod péče a důslednější informovanost sester o návazných službách. Výsledky této práce mohou podpořit bezpečnější a efektivnější zvládání krizových situací u psychiatrických pacientů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BARKER, Philip (2004). *Assessment of suicide risk: The SAD PERSONS scale*. Online. Psychiatric and Mental Health Nursing. ISBN 0-7487-7801-2 Dostupné z: Assessment in Psychiatric and Mental Health Nursing: In Search of the Whole ... - Philip J. Barker - Knihy Google. [cit.05-16]
- BEZPEČÍ V PSYCHIATRII (2024). *Verbální deeskalace konfliktů*. Online. Dostupné z: Verbální deeskalace konfliktů BEZPEČÍ V PSYCHIATRII. [cit. 04-13].
- BOUKALOVÁ, Hedvika; CERHA, Ondřej; SEDLÁČEK, Mojmír a ŠÍROVÁ, Eva, 2023. *Psychologie komunikace*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-271-1388-0
- CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ (2025). Vzdělávací institut. Online. Dostupné z: Platforma CARE. [cit. 04-20]
- CORBIS, Juliet a STRAUSS, Anselm. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Nakladatelství Albert, 1999. ISBN 80-85834-60X
- ČERNÝ, Jan, 2022. *Deeskalace agresivního chování pacienta na psychiatrickém oddělení*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 2.lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství.
- FELZMANNOVÁ, Radka (2018). *Ošetřovatelská péče v psychiatrii*. Výukový materiál. Online. Evropská unie, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Projekt Inovace VOV. Dostupné z: Ošetřovatelská péče v psychiatrii. [cit. 04-01].
- FN Brno. Psychiatrická klinika. In: FN Brno. Dostupné z: Oddělení 23 - Fakultní nemocnice Brno . [cit. 03-30].
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 4.vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN: 978-80-262-0982-9.
- HOLLANDER, Dirk den a WILKEN Jean Pierre, 2022. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. ISBN 978-80-908458-5-5.
- KUTNOHORSKÁ, Jana (2009). *Výzkum v ošetřovatelství*. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LINAKER, Olav M. a BUSCH-IVERSEN, Arne (1995). Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. Online. Acta Psychiatrica Scandinavica. 92(4), str. 250-254. ISSN 0001-690X. Dostupné z: Psychological profile of patients suffering from Crohn's disease

and ulcerative colitis - Smith - 1995 - Acta Psychiatrica Scandinavica - Wiley Online Library
[cit.05-19].

LOŠŤÁKOVÁ, Olga, 2020. *Empatická a asertivní komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2227-1.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2016). Věstník částka 5. Online. In: Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Dostupné z: Věstník MZ ČR 5-2016.pdf. [cit. 03-30].

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Analýza režimových opatření*. Online. Reforma péče o duševní zdraví, 2020. Dostupné z: Analýza režimových opatření 2020 | Reforma psychiatrie. [cit. 04-11].

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče*. Reforma péče o duševní zdraví, 2022. Dostupné z: CDZ a jeho role.pdf. [cit. 04-24]

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Krizový plán v rámci individuálního plánování*. Reforma péče o duševní zdraví, 2021. Dostupné z: 4_IP04v00.pdf. [cit. 04-22]

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Malý průvodce Centry duševního zdraví*. 2020. Dostupné z: Malý průvodce CDZ.pdf. [cit. 04-24]

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním*. Reforma péče o duševní zdraví, 2020. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf. [cit.04-23]

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Procesní model Systém péče o duševní zdraví 4.PDO Prevence, deeskalace a nezbytně použití omezovacích prostředků*. Reforma péče o duševní zdraví, 2022. Dostupné z: 4_PDOv00.pdf. [cit.04-13].

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Online. Reforma péče o duševní zdraví, 2013. Dostupné z: SRPP publikace_3v_on.indd. [cit. 2025-03-30].

PÁV, Marek; POMAJZLOVÁ PLUHAŘÍKOVÁ, Jana a ŠTASTNÁ, Jana (2017). *Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici*. Online. Psychiatrie pro praxi. 18(2), str. 69-74. Dostupné z: 05.pdf. [cit.04-20]

PELTO-PIRI, Veikko, KJELLIN, Lars, BACKMAN, Gabriella, CARLSSON, Karoline et al (2024). *Reakce pacienta jako indikátor věrnosti safewards: kvalitativní rozhovorová studie na akutním psychiatrickém lůžkovém oddělení*. Online. BMC Health Serv Res. Č.922. Dostupné z: [Reakce pacientů jako indikátor věrnosti bezpečných stráží: kvalitativní studie rozhovorů na akutním psychiatrickém lůžkovém oddělení | Výzkum zdravotnických služeb BMC | Plný text](#). [cit.05-16]

PETR, Tomáš. *Bezpečné prostředí na oddělení akutní psychiatrické péče*. Online. Florence. 2017, číslo 10. ISSN 1801- 464X. Dostupné z: [Bezpečné prostředí na oddělení akutní psychiatrické péče \(číslo 10 / 2017\) | Archiv | Odborné články | FLORENCE - Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese](#). [cit. 04-31]

PETŘÍKOVÁ, Zuzana, 2019. *Agresivní chování pacientů z pohledu sestry*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova 2. lékařská fakulta. Ústav ošetrovatelství.

POKORNÁ, Andrea; BUŘÍLOVÁ, Petra; ŠTROMBACHOVÁ, Veronika; DOLANOVÁ, Dana; KUČEROVÁ, Jana; POSPÍŠIL, Michal (2023). *Metodika uplatnění kořenové analýzy (Root Cause Analyses – RCA) nežádoucí události*. Online. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: [korenova_analyza_2022_final_na_web.pdf](#). [cit. 04-08]. ŘÍČAN, Pavel; PETR Tomáš a PROCHÁZKA Marek (2022). *Metodika evidence omezovacích prostředků*. Online. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Dostupné z: [Metodika-evidence-omezovacich-prostredku_062022_FINAL.pdf](#). [cit. 04-09].

RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel; ANDERS, Martin; DOUBEK, Pavel; FIŠAR, Zdeněk et al., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN: 978-80-246-1985-9.

RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení*. Online. Národní asociace pro duševní zdraví. 2017. Dostupné z: [16_ragins_cz.pdf](#). [cit. 04-22]

SMEJKAL, Vladimír a RAIS, Karel, 2013. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích, 4.vydání*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-24644-9.

SPĚVÁČKOVÁ, Lucie Bc., 2015. *Práce s krizí a protikrizovým plánem s lidmi s duševním onemocněním*. Praha. Diplomovaná práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda; DOHNAL, David; DOHNALOVÁ, Simona; IVANOVÁ, Kateřina; KLEN, Štěpán; MOŽIŠOVÁ, Alžběta et al., 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN: 978-80-247-5327-0.

VEVERA, Jan; NICHTOVÁ, Andrea; STRUNZOVÁ, Věra; PETR, Tomáš a NAWKA, Alexander (2018). *Deeskalace – základní intervence ke zvládnutí násilí*. Online. Česká a slovenská psychiatrie. 114 (5), str. 213-217. Dostupné z: [CSP_2018_5_213_217.pdf](#). [cit. 04-15].

VODÁČKOVÁ, Daniela et al., 2007. *Krizová intervence*. Praha: Portál. 2. vydání. ISBN: 978-80-7367-342-0.

ŽALUDEK, Adam (2017). *Praktické řízení rizik na psychiatrii: Přínosy kořenové analýzy a analýzy možných příčin a následků, doporučení do praxe*. Online. Psychiatrie pro praxi. 18(1e), str. 3-9. ISSN: 1213-0508. Dostupné z: [Practical risk management in psychiatric care: benefits of root cause analysis and failure modes and effects analysis and their practical use](#). [cit. 04-07].

ŽALUDEK, Adam, 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-2275-2.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Diagram Ishikawa	20
Obrázek 2 Paradigmatický model (vlastní zpracování)	52

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Vyhodnocení rizika agrese.....	17
Tabulka 2 Vyhodnocení rizik sebevražedného jednání	18
Tabulka 3 Charakteristika participantů	32
Tabulka 4 Otevřené kódování kategorie č. 1	33
Tabulka 5 Otevřené kódování kategorie č. 2	35
Tabulka 6 Otevřené kódování kategorie č. 3	37
Tabulka 7 Otevřené kódování kategorie č. 4	40
Tabulka 8 Otevřené kódování kategorie č. 5	43
Tabulka 9 Otevřené kódování kategorie č. 6	48
Tabulka 10 Paradigmatický model (vlastní tvorba).....	51

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

č. číslo

Mgr. Akademický titul označující absolventa vysoké školy v magisterském studijním programu

P Participant

CARe Comprehensive Approach to Rehabilitation

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Krizová karta

Příloha P II: Krizová karta do kapsy

Příloha P III: Plán časných varovných příznaků

PŘÍLOHA P I: KRIZOVÁ KARTA

Krizová karta	
Zdroj: www.crisiskaartgeez.nl	
Moje jméno:	
Adresa:	
Telefon:	
Datum narození:	
Zdravotní pojišťovna:	
Rodné číslo:	
Jak se u mě samotný stav krize projevuje?	
Varovné příznaky, které mu předcházejí:	
Jak jednat v případě propuknutí krize:	
(Např.: Nesahejte na mě! Pokud se mě musíte dotýkat, upozorněte mě na to předem. Dávám přednost jedné stanovené kontaktní osobě. Zavolejte ji, prosím, a požádejte, zda by za mnou mohla přijet. Její přítomnost bude mít uklidňující efekt. Mohu působit nebezpečným dojmem. Nicméně jsem se ještě nikdy nechoval násilně. Z toho důvodu mě nemusíte přesvědčovat silou, smysluplná žádost o spolupráci v mém případě funguje lépe.)	
Informace o fyzickém stavu:	
(Např.: V průběhu krize mě pokaždé bolí hlava.)	
Současná medikace:	
Medikace bezprostředně po příjmu:	
Mám špatné zkušenosti s _____, dávám tedy přednost jiné medikaci.	
Objasněte mi, prosím, vedlejší účinky a další podstatné informace. V případě, že jsem příliš zmatený, abych informacím dokázal porozumět, obraťte se, prosím, s mou kontaktní osobou.	
V případě, že je nutná hospitalizace, dávám přednost:	
Nemocnice:	
Adresa:	
Telefon:	
Lékař/pracovník:	

PŘÍLOHA P II: KRIZOVÁ KARTA DO KAPSY

Mám některé z těchto varovných příznaků?

-
-
-
-
-

Pokud ano, vyhledám pomoc! (druhá strana)

Instrukce k vyplňování

Mělo by jít o příznaky co nejspecifičtější pro psychickou krizi:

- Zvláštnosti chování v krizi (nevycházím ven, chodím po bytě bez cíle apod.).
- Specifické pocity a prožívání v krizi (mám strach z policie).
- Určité myšlenky či vjemy (hlasy nedají pokoj, nedá se to vydržet).

Vést pacienta k rozlišování, co je „jen“ zhoršení stavu a kdy už je to skutečně „krize“. Ověřovat, zda ještě něco dalšího neuniklo pozornosti, nabízet možnosti. Ptát se blízkých, členů týmu.

Nakonec by měl potvrdit, že je s výsledkem spokojen a že to dobře vystihuje krizi.

Užitečné, aby to pacient vyplnil vlastní rukou až nakonec.

z níže uvedeného a udělám to!

Kam zavolám:

Kam zajdu:

- blízká osoba
- lékař (v pracovní den)
- krizové centrum (i v noci)
- sanitka
- blízké osoby, sousedé
- blízká vhodná zařízení

Zpochybňovat metodou ďáblova advokáta (např.: „Neobtěžovalo by to vašeho bratra, kdybyste mu zavolal?“ „Co v noci?“).

Představovat si konkrétní scénáře: „Co když (...budu mít vybitý telefon, ...ztratím telefon, ...soused nebude doma, ...nedovolám se lékaři)?“ Přirozeně adekvátně kognitivním schopnostem se ptát: „Co by vám mohlo zabránit, abyste (...zašel za sousedem, ...zavolal krizové centrum)?“ U lokalit, kam zajít, zohledňovat vzdálenost (riziko cesty).

Opět potvrzení, že je s výsledkem spokojen, napsat vlastní rukou.

PŘÍLOHA P III: PLÁN ČASNÝCH VAROVNÝCH PŘÍZNAKŮ

PLÁN ČASNÝCH VAROVNÝCH PŘÍZNAKŮ¹¹		jméno: datum sestavení plánu: datum vyhodnocení:		
Fáze	Příznaky, jak je vnímám já	Příznaky, jak je vidí ostatní	Co mám udělat já	Co mají udělat ostatní
Zelená	Cítím se dobře, chodím do práce, poslouchám rockovou muziku. Zajímám se o události kolem a užívám si kontakt s ostatními.	Frank chodí do práce, dává si kávu se spolubydlicími, dívá se na aktuální programy v televizi, pročítá noviny. Vzájemně si rozumíme.	Ujistit se, že mé dny mají řád. Být v souladu sám se sebou, aktivně udržovat kontakt s lidmi, kteří jsou pro mě významní, jako Wiliam (bratr) a Elsa a Jack (spolubydlici).	Udržovat se mnou kontakt, aniž by na mě vyvíjeli tlak, např. přesvědčováním o tom, co je pro mě dobré.
Oranžová	Začínám se cítit pod tlakem a podrážděný z toho, co se děje ve světě. Zůstávám večer déle vzhůru a vyhledávám informace na internetu.	Frank začíná stále více poslouchat bluesovou muziku a často využívá internet. Vzájemné porozumění začíná být problematictější.	Poslouchat třetí album Led Zeppelin: to mě uklidňuje. Zeptat se Elsy a Jacka, jestli by za mnou nechtěli častěji zajít a dát si se mnou kafe. Zavolat častěji mému bratrovi Wiliamovi, když bude potřeba, tak každý večer. Být svědomitý co se týká plnění mých denních aktivit. Navštěvovat skupinu vedenou peer pracovníkem.	Když bude potřeba, Rita mi může nabídnout medikaci, ale když nebudu souhlasit, nemá oprávnění mě nijak dále nutit. Když bude mít Rita pocit, že se mi nedaří moc dobře, promluví si o tom s Wiliamem, Elsou a Jackem.
Červená	Nejsem již schopen oprostít se od světových katastrof a neustále na ně myslím. Ostatní lidé na mě stále více naléhají a já se stavím proti.	Frank už nedokáže spát, je neustále zahlcený přesvědčováním ostatních a neposlouchá, co mu druzí říkají. Poslouchá pouze heavy metalovou hudbu. Vzájemné porozumění není žádné.	Jsem zahlcen úzkostí a strachem. Přes to všechno potřebuji najít bezpečné útočiště, ale nejsem toho schopen sám. V takové situaci je mým cílem pravidelně jíst, jinak bych byl zsláblý a cítil bych se ještě hůře.	Rita se mnou tráví co nejvíce času, jak jen je to možné, protože se cítím klidnější v její přítomnosti. Quincy (moje psychiatrická sestra) mi nabídne zvýšení medikaci. Pokud bych musel být hospitalizován, Rita mě doprovodí. Rita mluví co nejméně a v komunikaci se zaměřuje pouze na fakta, protože jinak se rychle dostanu do větší nepohody.
Důležité informace	V minulosti Frank prošel rozvodem, ale ovlivnilo ho to na mnoho let. Nehledě na to, jak naléhavý a nátlakový Frank dokáže být, nikdy nemá zlé či zákeřné úmysly vůči ostatním lidem.			