

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Pavλίna Vejrková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

První psychická pomoc a její využití při nadměrně zátěžových situacích

Bakalářská práce

2024

Pavλίna Vejrková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Pavína Vejrková**
Osobní číslo: **Z21184**
Studijní program: **B0913P360008 Zdravotnické záchranářství**
Téma práce: **První psychická pomoc a její využití při nadměrně zátěžových situacích**
Téma práce anglicky: **First psychological aid and its use in excessively stressful situations**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky
2. Stanovení cílů a metodiky práce
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky
4. Analýza a interpretace získaných dat
5. Zhodnocení výsledků práce

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

DUTKOVÁ, Andrea, 2023. *Jak vnímat stres: průvodce pro vnitřní pohodu*. Grada. ISBN 978-80-271-2568-5.
KLIMENT, Pavel, 2014. *Zuládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4206-8.
Kvalifikační standardy, 2023. *Mzcr.cz* [online]. aktualizace 7.12.2023 [cit. 2024-02-26]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/prehled-kvalifikacnich-standardu/>
ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2017. *Krize a krizová intervence*. Grada. ISBN 978-80-247-5327-0.
Vznik a vývoj systému. *Spis.cz* [online]. [cit. 2024-02-26]. Dostupné z: <https://www.spis.cloud/kdo-jsme/>

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jindra Holeková, DiS.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

L.S.
doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „První psychická pomoc a její využití při nadměrně zátěžových situacích“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 30. 4. 2024

Pavλίna Vejrková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych na tomto místě vyjádřila poděkování vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Jindře Holekové, DiS., za její podporu a vedení během mého psaní. Dále bych chtěla vyjádřit své upřímné díky odborné garantce Kristýně Čermákové, DiS., za její čas, cenné rady a odborné vedení během celého procesu psaní bakalářské práce. Nakonec bych ráda poděkovala všem svým nejbližším, kteří mě podporovali po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se v teoretické části zaměřuje na popis stresu a sekundárně zasaženého jedince s akutní stresovou reakcí a popisuje poskytování první psychické pomoci s využitím zdravotnické intervence. V praktické části jsou porovnány komunikační dovednosti studentů druhého ročníku studijního programu Zdravotnické záchranářství před a po absolvování části kurzu krizové komunikace. Toto porovnání je založeno na přímém nezúčastněném pozorování modelových situací. Výsledky ukazují významné zlepšení komunikačních dovedností studentů po absolvování kurzu, což je dále potvrzeno i výsledky dotazníkového šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

akutní stresová reakce, první psychická pomoc, sekundárně zasažený jedinec, zdravotnický intervent, krizová situace

TITLE

First psychological aid and its use in excessively stressful situations

ANNOTATION

In the theoretical part, this bachelor's thesis focuses on the description of stress and the secondarily affected individual with an acute stress reaction and describes the provision of psychological first aid with the use of medical intervention. In the practical part, the communication skills of the students of the second year of the study program Medical rescue before and after completing part of the crisis communication course are compared. This comparison is based on direct non-participant observation of model situations. The results show a significant improvement in students' communication skills after completing the course, which is also confirmed by the results of the questionnaire survey.

KEYWORDS

acute stress reaction, first psychological aid, secondarily affected individual, healthcare provider, crisis situation

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle práce	14
1.1 Cíle teoretické části	14
1.2 Cíle praktické části	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
2 Historie psychosociální péče	16
3 Pojem krize v lidském životě.....	18
4 Stres	19
4.1 Adaptační syndrom	20
4.2 Kritické a traumatizující události	21
4.2.1 Kritická událost.....	21
4.2.2 Traumatizující událost	22
4.3 Důsledky kritické a traumatizující události.....	22
4.4 Reakce organismu na stresovou událost	23
4.4.1 Útok	23
4.4.2 Únik	24
4.4.3 Zamrznutí.....	24
5 Akutní stresová reakce.....	25
5.1 Reakce typu A	25
5.2 Reakce typu B	25
6 Posttraumatická stresová porucha.....	26
7 První psychická pomoc	27
8 Vybrané způsoby první psychické pomoci	28
8.1 Terénní krizová intervence poskytovaná zdravotnickými interventy	28
8.1.1 Průběh zdravotnické intervence v terénu.....	28
8.2 Krizové centrum.....	29

9	Vývoj systému psychosociální intervenční služby v České republice	31
9.1	Zásady peer podpory	31
9.1.1	Demobilizace, defusing, debriefing	32
9.1.1.1	Demobilizace	32
9.1.1.2	Defusing	32
9.1.1.3	Debriefing.....	33
9.2	Zásady zdravotnické intervence u sekundárně zasažených	33
9.3	Role krajského koordinátora psychosociálních intervenčních služeb.....	34
10	Copingové strategie	35
11	Syndrom vyhoření.....	36
11.1	Prevence syndromu vyhoření	36
12	Kvalifikační standardy	37
VÝZKUMNÁ ČÁST		38
13	Metodika výzkumné části	38
13.1	Kurz Netechnických dovedností.....	39
13.2	Přímé nezúčastněné pozorování	40
13.3	Polostrukturovaný dotazník.....	40
13.4	Výběr respondentů.....	40
13.5	Pilotní studie	40
13.6	Kritéria pro hodnocení modelových situacích.....	40
13.6.1	Zpracování výsledků z modelových situacích	41
13.7	Modelová situace – listopad	41
13.7.1	Správné řešení modelové situace – listopad	42
13.8	Modelová situace – duben	43
13.8.1	Správné řešení modelové situace – duben	43
13.9	Dotazník	44
13.9.1	Zpracování výsledků z dotazníkového šetření.....	45

13.10	Průzkumné otázky	45
14	Výsledky pozorování	46
14.1	Výsledky z dotazníkového šetření.....	59
15	Diskuze	65
16	Závěr	74
17	Použitá literatura	76
17.1	Knižní zdroje	76
17.2	Internetové zdroje	76
17.3	Odborné články	78
17.4	Osobní rozhovor	78
18	Přílohy.....	79

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Emoční podpora a empatie	47
Obrázek 2 Jasná a srozumitelná komunikace	48
Obrázek 3 Respektování hranic zasaženého	49
Obrázek 4 Aktivní naslouchání zasaženého	50
Obrázek 5 Práce s vinou	51
Obrázek 6 Vedení týmu a rozhodování	52
Obrázek 7 Všímavost k potřebám zasaženého	53
Obrázek 8 Rozpoznání akutní stresové reakce	54
Obrázek 9 Rozpoznání správného typu akutní stresové reakce.....	55
Obrázek 10 Klid a ovládnutí ve stresové situaci	56
Obrázek 11 Vymezení vlastních hranic	57
Obrázek 12 Nabídka psychosociální intervenční služby	58
Obrázek 13 Hodnocení vlastních komunikačních dovedností v listopadu	59
Obrázek 14 Komunikační dovednosti studentů po kurzu	60
Obrázek 15 Přínos kurzu z pohledu studentů	61
Obrázek 16 Konkrétní přínosy z části kurzu krizové komunikace	62
Tabulka 1 Diagnostická kritéria MKN-10 pro posttraumatickou stresovou poruchu (1996) (Látalová K. et al, 2014)	80

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ASR	Akutní stresová reakce
CISD	Critical Incident Stress Debriefing
CISM	Critical Incident Stress Management
ICISF	Mezinárodní nadace pro kritický stres
IZS	Integrovaný záchranný systém
KZOS	Krajské zdravotnické operační středisko
MKN-10	10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

První psychická pomoc má stejnou důležitost jako zdravotnická první pomoc a je nedílnou součástí poskytování účinné péče v krizových situacích. Zatímco zdravotnická první pomoc je založena na naučených postupech, kde nás již od útlého věku učí, jak zastavit například masivní krvácení, první psychická pomoc se zaměřuje na poskytnutí podpory jedince, který prošel náhlou nadměrně zátěžovou situací. V průběhu první psychické pomoci se může využívat metoda zvaná 6 P, která zahrnuje následující kroky: promluv, podepři, připomínej realitu, podpoř, pečuj a předej. Je zásadní si uvědomit, že po krizových událostech mohou zůstat psychická zranění, která jsou často skryta a mohou být přehlížena. Proto je nezbytné, abychom byli obeznámeni s principy a možnostmi první psychické pomoci a byli schopni poskytnout pomoc v těchto obtížných situacích. Jde o poskytování podpory, porozumění a respektu, které mohou pomoci jedinci v jeho procesu zvládnání nadměrně zátěžové situaci a obnovy psychické stability. (Kačeňák, 2013)

Jako studentka studijního programu Zdravotnické záchranářství jsem si vybrala toto téma, které je důležitou součástí našeho vzdělání. Během studia nás učí, jak poskytnout efektivně zdravotnickou první pomoc v přednemocniční péči. Avšak jak je uvedeno výše, psychická zranění mohou být často skrytá a je nutné myslet i na tuto potřebnou pomoc, aby byla zajištěna komplexnost péče o pacienta. Je důležité se již během studia seznámit s možnostmi, jak nejen pacientům, ale i nám, zdravotníkům, poskytnout první psychickou pomoc, neboť budeme vystaveni různorodým situacím, kde je tato forma péče důležitá.

Cílem teoretické části je popsat vývoj psychosociální péče, definovat stres, stresové reakce a popsat metody pro účinné zvládnání stresových situací. Dalším cílem je představit psychosociální intervenční služby v České republice a popsat zdravotnického intervenanta, peery a kvalifikační standardy pro vzdělání.

V průzkumné části je posouzena efektivita kurzu Netechnických dovedností týkající se konkrétně části krizové komunikace pomocí modelových situací před a po absolvování tohoto kurzu. Tato efektivita bude posuzována prostřednictvím modelových situací a vyhodnocena pomocí hodnotící tabulky. Zároveň bude zkoumáno subjektivní hodnocení části kurzu respondenty za pomoci dotazníkového šetření, aby byla získána komplexní přehlednost o jeho přínosu.

Výsledky zmíněné studie budou sloužit k posouzení účinnosti a přínosu části kurzu zaměřeného na Netechnické dovednosti, zejména v kontextu krizové komunikace se sekundárně zasaženým

pacientem. Tato analýza bude poskytovat informace nejen pro vhodnost zařazení tohoto kurzu do studijního programu Zdravotnické záchranářství, ale také jako potenciální rozšíření do dalších studijních programů, kde je možné krizovou komunikaci využít.

1 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem této bakalářské práce je zhodnotit schopnost studentů druhého ročníku studijního programu Zdravotnické záchranářství komunikovat s pacienty projevujícími akutní stresovou reakci typu A.

1.1 Cíle teoretické části

Charakterizovat stres, akutní stresovou reakci a její typy.

Představit celostátní síť psychosociální intervenční služby (SPIS).

Popsat roli zdravotnického intervenanta a peer podpory.

Popsat kvalifikační standardy pro vzdělávání studijního programu Zdravotnické záchranářství.

1.2 Cíle praktické části

Zjistit úroveň komunikačních dovedností studentů před absolvováním části kurzu krizové komunikace.

Zhodnotit potenciální zlepšení komunikačních dovedností studentů po absolvování části kurzu krizové komunikace.

Zhodnotit přínos části kurzu krizové komunikace pro studenty studijního programu Zdravotnické záchranářství.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části se práce zaměřuje na první psychickou pomoc a její využití při nadměrně zátěžových situacích. Definuje základní terminologii v oblasti psychosociálních intervenčních služeb a přibližuje počátky historie psychosociální péče. Dále rozebírá pojem stres, jeho různé formy a stresové reakce. Věnuje se strategiím zvládnání stresu, popisuje posttraumatický syndrom a syndrom vyhoření. Detailně se zaměřuje na zdravotnickou intervenci, peer podporu a význam první psychické pomoci. Nejprve se tedy v této části budeme zabývat postupem Critical incident stress management (CISM), který sloužil jako podklad pro vytvoření psychosociální péče.

2 Historie psychosociální péče

Studium psychologického traumatu má své kořeny na konci 19. století. Prvním člověkem, který definoval nemoc známou jako „hysterie“ byl francouzský neurolog Jean Martin-Charcot, který pracoval s traumatizovanými ženami v nemocnici Salpêtrière. Charcot jako první pochopil, že původ hysterických symptomů nebyl fyziologický, ale měl psychologickou povahu. Svou teorii demonstroval umělým vyvoláním symptomů nemoci u pacientů pomocí hypnózy. Cílem jeho studentů Sigmunda Freuda, Williama Jamese a Pierra Janet, bylo prozkoumat podstatu a možný lék na hysterii. Freud a Janet usoudili, že symptomy jsou výsledkem změněného stavu vědomí, který je způsobený nesnesitelnými emocionálními reakcemi na traumatické události. Janet nazval tuto reakci „disociace“¹ a Freud ji nazval „dvojitým vědomím“². Tito studenti objevili symptomy, které by mohly být zmírněny, pokud by pacient byl schopen verbalizovat traumatickou událost uloženou v nevědomé paměti. (The History of Psychological Trauma, 2024)

Po Charcotově smrti se studie psychologického traumatu znovu objevila během první světové války. Prvním, kdo zkoumal vojáky, byl britský psycholog Charles Myers. Dlouhodobé vystavení válce a jejím následkům vyvolalo u mužů hysterické symptomy podobné symptomům, které u žen uváděli Charcotovi studenti. Cílem psychologické první pomoci bylo poskytnout krátký zásah, který by přispěl k posílení psychické odolnosti a pomohl tak vojákům vrátit se na frontu, co nejdříve. Během druhé světové války však zjistili američtí psychiatři Abram Kardiner a Herbert Spiegel, že vojáci trpí ztrátou sounáležitosti k jejich bojové jednotce. V důsledku toho se léčba zaměřila na minimalizaci oddělení mezi těmito vojáky a poskytovala krátké intervenční metody blízko bojové fronty a zahrnovala oživení traumatické události prostřednictvím hypnózy. (The History of Psychological Trauma, 2024)

Po válce ve Vietnamu vyvinuli američtí psychiatři Robert Lifton a Chaima Shatana skupiny pro vojáky, kteří trpěli psychologickým traumatem v důsledku svého aktivního zapojení do válečném konfliktu. Vojáci se vraceli s příznaky, které často přerostly v chronické problémy, jež je omezovaly přizpůsobit se a fungovat v běžném civilním životě (The History of Psychological Trauma, 2024). Tito vojáci zažívali silné úzkostné stavy, u některých došlo ke

¹ Disociace se projevuje odloučením od okolního prostředí a tento jev často promítá obranný mechanismus, kdy jedinec omezuje kontakt s realitou. (Kohoutek, 2024)

² Dle Sigmunda Freuda znamená „dvojitým vědomím“ rozdělení mezi vědomým a nevědomým. (Dvořák J. et al, 2015)

ztrátě hlasu nebo měli potíže s mluvou. Další vykazovali známky zmatenosti a dezorientace a trpěli ztrátou paměti. Rovněž se u některých objevovaly nevysvětlitelné křeče, nevolnost, zvracení a třes. (Pišl, 2017)

Tyto nově vzniklé podpůrné skupiny nabídly vojákům místo, kde mohli v bezpečném a důvěrném prostředí sdílet své zkušenosti a pocity, seznámit se s mechanismy stresu a zvýšit tak povědomí o důsledcích války. V 70. letech 20. století se tyto skupiny rozšířily po celém světě, což vedlo k tomu, že Správa veteránů začala s výzkumem, který se zaměřil na zkoumání dopadů, které na vojáky měla jejich účast v bojových operacích. V roce 1980 stanovila Americká psychiatrická asociace oficiální diagnózu posttraumatické stresové poruchy, což vyvolalo zvýšenou potřebu tento stav léčit. (The History of Psychological Trauma, 2024)

Během tohoto období se rozvinuly diskuse o tom, jak nejlépe čelit náročným situacím, což otevřelo cestu pro vznik krizové intervence. Toto pokračovalo dalším výzkumem, který se zabýval dopadem psychického traumatu na pracovníky v první linii, jako jsou policisté, hasiči a záchranáři a podnítil tak další rozvoj v této oblasti. Jeffery Mitchell a George Everly vypracovali nový model krizové intervence, známý pod zkratkou CISM (Critical Incident Stress Management), jehož cílem je předcházet vážným psychickým následkům a usnadnit tak rychlý návrat k fungování po traumatizující události. Tento přístup je navržen jako komplexní systém nabízející celou řadu opatření pro zmírnění následků krize a souvisejícího stresu. Mitchell později vytvořil novou metodu zvanou Critical Incident Stress Debriefing (CISD). (The History of Psychological Trauma, 2024)

Jedná se o přímý a prakticky zaměřený přístup v krizové intervenci, který je navržen k prevenci stresu po vystavení se traumatické události. Tato metoda slouží k poskytnutí podpory a pomoci jednotlivcům zpracovat a zvládnout emocionální dopady krizové situace. Na konci 80. let byla založena Mezinárodní nadace pro kritický stres (ICISF), která se stala první největší standardizovanou organizací pro stresovou reakci na krizové situace. ICISF poskytuje prevenci a péči o duševní zdraví jedince v krizových situacích a jejím primárním cílem je poskytnout široký rámec podpory pro pracovníky integrovaného záchranného systému, kteří se potýkají s následky po krizových situacích. V roce 1992 se Americký červený kříž stal první agenturou, která oficiálně zavedla školení pro pomoc při katastrofách a zaměřila se na poskytování první psychické pomoci civilistům. V roce 1995 byl výzkum akutní stresové poruchy a posttraumatické stresové reakce na vrcholu všech dob. (The History of Psychological Trauma, 2024)

3 Pojem krize v lidském životě

Termín „krize“ se často používá, avšak ne každá událost, která vyvolává stres je nutně krizová. Krize se objevuje v okamžiku, kdy se člověk cítí úplně zahlcený stresovými okolnostmi a nedokáže najít způsob, jak situaci vyřešit. Zdroj krize závisí na subjektivním hodnocení, na adaptačních a obranných mechanismech každého jedince. Je důležité říct, že krize není onemocnění ani depresivní stav, ale spíše situace, ve které jedinec čelí výzvam, které překračují jeho schopnosti dané okolnosti zvládnout sám. (Humpl, L. et al, 2013)

Krizové životní události, jsou zásadní momenty, které mají velký emoční význam a odchyľují se od běžného života. Tyto události vyžadují, aby člověk přehodnotil a často i změnil své dosavadní způsoby chování. Mohou být jak očekávané, tak neočekávané. Očekávané události zahrnují významné fáze života, jako je například období dospívání, kdy jsou jedinci obzvláště citliví na změny nebo přechodné situace, jako je stěhování, které vyžadují adaptaci na nové role a výzvy. Na druhou stranu, neočekávané události přichází náhle a mohou představovat ztráty blízkých nebo příchod nových osob do života jedince, což může vést k náhlým změnám v našich životech. (Špatenková, 2017)

Tyto situace mohou způsobit různé typy krizí, které se od sebe liší svou povahou. Mohou být situační, pokud souvisí s neočekávanou událostí, jako je ztráta práce či ztráta blízké osoby nebo traumatické krize, pokud mají hluboký dopad na naši psychiku. Dále rozlišujeme krize chronické a akutní. Rozdíl mezi akutní a chronickou krizí spočívá v časové délce trvání, kdy akutní krize obvykle trvá šest až osm týdnů od kritické události, zatímco pokud se jedinec nevypořádá s krizí účinně, může se dostat do chronického stavu, kdy se krize táhne dlouhodobě, dokonce i několik let. Tento stav je charakterizován neschopností vyrovnat se s danou situací, zhoršením celkového zdravotní stavu, problémy ve vztazích a nedostatkem motivace k jakékoliv změně. V této fázi často lidé projevují sebelítost a obviňují ostatní. V takových případech je důležité motivovat jedince ke změně přístupu, což je cílem krizové intervence. (Špatenková, 2017)

Krizová intervence je zaměřena na krátkodobou, ale intenzivní podporu, která nemá za cíl vyřešit problém, ale stabilizovat jedince a posílit jeho schopnost krizi řešit. Hlavním cílem je tedy zlepšit schopnost jedince vyrovnat se s krizí. (Špatenková, 2017)

V rámci této bakalářské práce se však nebudeme zabývat problematikou krizí nebo činností krizových interventů. Místo toho se budeme věnovat reakci na akutní stres vyvolaný náročnými situacemi a využití zdravotnických interventů v těchto případech.

4 Stres

Stres lze chápat jako individuální vnímání, které často doprovází pocit bezmoci. Když se setkáme se situací, která je nad rámec toho, co jsme zvyklí řešit nebo co jsme se naučili zvládat, a máme pocit, že nám chybí potřebná síla a prostředky, vyvolává to v nás stresovou reakci. Jednoduše řečeno, cítíme stres, když si nevíme rady s něčím novým nebo příliš náročným. Stres může být vyvolán různorodými situacemi, od běžných denních povinností až po velké životní změny. (Priess, 2015)

Faktory, které na nás působí a vyvolávají stres, označujeme jako stresory a můžeme je rozdělit na vnější a vnitřní, podle toho, kde se nacházejí vzhledem k jedinci. Vnější stresory mohou být ve formě nadměrného hluku, nedostatku stimulů v okolí, nedostatku peněz nebo přírodní katastrofy. Naopak stresory vnitřního prostředí zahrnují pocity, jako jsou únava, bolest nebo pocit hladu. (Kliment, 2014)

Když na nás tyto stresory působí, může vzniknout negativní forma stresu, známá jako distres. Tento typ stresu může vyvolat pocit napětí, který se projevuje nejen fyzicky jako je napětí v šíji, zádech, obličejí, ale může se také projevit psychickým napětím, včetně pocitů obav, strachu a úzkosti. Naopak, pozitivní stres, známý jako eustres, nám pomáhá překonávat překážky a motivuje nás k dosažení lepších výsledků. (Dutková, 2023)

Dále můžeme stresory rozdělit dle toho, jak dlouho trvají, a to na akutní a chronické. Akutní stresory přicházejí náhle a jsou intenzivní, obvykle trvají krátkou dobu, ale způsobují silnou emoční nebo fyzickou reakci a mohou vést k situaci, kterou vnímáme jako krizi. V případě chronických stresorů jsou požadavky méně intenzivní, v časovém průběhu je situace stabilnější, což umožňuje se lépe adaptovat na tento stresor a postupně si na něj zvyknout. (Kliment, 2014)

Když člověk reaguje na stresory, může to vyvolat reakci na stres, která se může objevit jak na fyzické, tak na psychické úrovni. Tyto projevy však mohou být individuální pro každého jedince. Fyzická odezva se může projevovat zrychlením srdeční frekvence, třesem v končetinách, nadměrným pocením, zažívacími problémy nebo také ztrátou sexuální touhy. Na psychické úrovni se může projevit emocionální labilita, porucha pozornosti či pocit únavy a vyčerpání. (Kliment, 2014)

Tato reakce na pocitové nebezpečí nás mobilizuje k přežití, a každý živý organismus má schopnost se adaptovat na náročné situace. Závisí to však na naší psychické odolnosti a na dalších faktorech jako jsou životní zkušenosti a přístup k životu, genetická predispozice,

výchova, vzdělání a další. V těchto okamžicích se naše tělo aktivuje, uvolní se rezervní energie, která nám umožní bránit se a chránit se před stresem. Ačkoliv je stres nevyhnutelnou součástí našeho života, můžeme se naučit, jak s ním efektivně pracovat pomocí copingových strategií (viz kapitola 10), abychom minimalizovali jeho negativní dopad na naše zdraví. (Dutková, 2023)

4.1 Adaptační syndrom

Doposud jsme se věnovali teoretickému pohledu na stres, tedy co to stres vlastně znamená. Nyní se podíváme na to, jak naše tělo reaguje na tento stav. Tuto reakci si můžeme představit pod pojmem adaptační syndrom, který popisuje, jak se tělo snaží vyrovnat se stresovými situacemi s cílem dosáhnout rovnováhy.

Proces adaptačního syndromu se odvíjí ve třech etapách: **poplachová, rezistentní a vyčerpávající fáze.** (Kliment, 2014)

V úvodní fázi, fázi poplachové, prochází organismus šokem a dojde k narušení vnitřního prostředí a následně se aktivuje sympatický nervový systém a dochází k mobilizaci energetických zásob nezbytných k reakci na vyvolávající podnět (Kliment, 2014). Aby se naše tělo rychle připravilo na tyto náročné situace, nadledviny uvolní do krevního oběhu hormon adrenalin, který nám pomáhá zvýšit energetickou pohotovost. Adrenalin zajišťuje, že srdce pumpuje krev rychleji, svaly mají dostatek energie k práci a mozek zůstává v maximální pohotovosti, což vyvolá reakci „útok nebo útek“. (Stres – proč ho prožíváme a jak nás ovlivňuje? Příznaky a léčba, 2023)

V období rezistence dosahuje adaptace na stres svého vrcholu a dochází doplnění vyčerpaných energetických zdrojů. V této fázi hraje velkou roli glukokortikoid, především kortizol, často označovaný jako „hormon stresu“, který se vyplavuje z kůry nadledvin. Jeho úlohou je pomoci tělu zvládnout stres tím, že dočasně omezí činnost imunitního systému. To je důležité, protože aktivní imunitní systém spotřebovává mnoho energie, kterou si tělo ve stresové situaci nemůže dovolit. Kortizol navíc zvyšuje množství cukru v krvi, což tělu dodává potřebnou energii a spolu s adrenalinem zvyšuje krevní tlak. (Stres – proč ho prožíváme a jak nás ovlivňuje? Příznaky a léčba, 2023)

Když tělo není schopné účinně reagovat na stres, zůstává v pohotovostním stavu a může vzniknout fáze vyčerpání. Tato fáze nastává v momentě, kdy stres přetrvává příliš dlouho a organismus již nemá schopnost efektivně odolávat. Doba, po kterou může stresor působit, než dojde k vyčerpání je individuální a závisí na mnoha faktorech, včetně typu stresoru a odolnosti

jednotlivce vůči stresu (Kliment, 2014). Navíc, pokud je tělo dlouhodobě vystaveno zvýšené hladině kortizolu způsobené chronickým stresem, může to vést k různým zdravotním problémům, které jsou popsány níže. (Stres – proč ho prožíváme a jak nás ovlivňuje? Příznaky a léčba, 2023)

Každý jedinec nemusí projít všemi popsányi etapami adaptačního syndromu. Lidé mají možnost využívat různé strategie zvládání stresu, v závislosti na konkrétních okolnostech a jejich vlastních potřebách. (Kliment, 2014)

Lidské tělo je sice schopné efektivně zvládat krátkodobý stres, avšak pokud se stres stane trvalým nebo se opakuje dlouhou dobu, může to pro naše zdraví znamenat vážné problémy. Chronický stres má vliv na různé části našeho těla, od svalů a kostí, přes dýchací a oběhový systém, až po hormonální vyváženost, trávení, nervovou soustavu a schopnost reprodukce. (Shawn, W. et al, 2018)

Když jsme pod dlouhodobým stresem, naše svaly jsou neustále napjaté, což může vést k bolestem hlavy a migrénám. Stres a silné emoční projevy mohou způsobit problémy s dýcháním, jako je pocit dušnosti a zrychlené dýchání. U některých jedinců může tento stav spustit i panické ataky. Co se týče srdce, dlouhotrvající stres zvyšuje riziko vysokého krevního tlaku a může přispět k větší pravděpodobnosti srdečních problémů, včetně srdečního infarktu. Stres také zasahuje do našeho trávicího systému, může způsobit bolesti břicha a nadýmání. Navíc, ve stresu lidé často mění své stravovací návyky, jedinci mohou jíst mnohem více nebo mnohem méně než obvykle. Tyto projevy poukazují na to, jak hluboce může stres ovlivnit naše tělesné i psychické zdraví. (Shawn, W. et al, 2018)

4.2 Kritické a traumatizující události

V této části se zaměříme na rozdělení mezi kritickou událostí a událostí traumatizující. Obě tyto události mají vliv na jedince, avšak jejich charakteristika je odlišná.

4.2.1 Kritická událost

Kritická událost je situace, jež má silný emocionální dopad na jednotlivce a přesahuje jeho schopnosti přizpůsobit se a zvládnout ji. Každý člověk takové události vnímá jinak – pro někoho to může představovat nadměrnou zátěž, zatímco pro jiného to může být snáze zvládnutelná situace. V okamžiku kritických událostí sehrává významnou roli aktuální psychický stav dané osoby, její osobní zkušenosti a okolnosti přítomné v daném okamžiku. Tento typ situace často vychází mimo obvyklé pracovní postupy a standardní zkušenosti, které

jedinec dosud nezažil. Ze zdravotnického hlediska mohou být nadměrnou zátěží pro organismus například neúspěšné pokusy o resuscitaci dítěte, traumata způsobená násilnou smrtí blízké osoby nebo vážné zranění, jež utrpí kolega v rámci pracovní služby. (Humpl, L. et al, 2013)

4.2.2 Traumatizující událost

Podle Mezinárodní klasifikace nemoci (MKN-10) je traumatizující událost taková situace, která v sobě nese mimořádně nebezpečný nebo katastrofický charakter a vyvolává hluboké rozrušení téměř u každého jedince. Tento typ události obvykle zasahuje nejen samotného jedince, ale i jeho okolí a často je nepředvídatelný. Mohou to být například přírodní katastrofy jako povodně nebo zemětřesení, hromadné nehody s větším počtem zraněných, zážitky spojené s mučením či teroristické útoky. Nadměrný emocionální tlak způsobený touto situací může vyvolat silné reakce a negativně ovlivnit schopnosti jedince normálně fungovat, jak během této události, tak i po jejím skončení. (Humpl, L. et al, 2013)

4.3 Důsledky kritické a traumatizující události

Ne všechny tyto situace jsou vždy traumatizující. Jen malá část z nich skutečně způsobí vážné psychické trauma. (Humpl, L. et al, 2013)

Duševní trauma je chápána jako situace, které je pro zasaženého jednotlivce značně náročná a vyvolává u něj nebo u osob blízkých až ohrožení života. Událost, která zapříčiní trauma, přichází neočekávaně a provází ji nadměrný strach, ztráta sebekontroly a pocit bezmoci, kdy lidé v takových okamžicích vyvolají potřebu útěku nebo naopak obranného chování. Určení toho, zda je událost považována za traumatickou, závisí na různých faktorech, jako je intenzita, trvání a charakter události, tak i na schopnostech člověka, kterými jsou například různé zkušenosti s předchozími výzvami, povaha člověka a celková psychická odolnost. Každý jedinec zpracovává trauma odlišně, podle toho, zda je to způsobeno lidskou činností nebo třeba přírodními katastrofami. (Duševní trauma, b.r.)

V náročných situacích, které přesahují naše limity, můžeme zaznamenat různé reakce, které se projevují na našem fyzickém a emocionálním stavu, způsobu myšlení, chování a také v našich vztazích s ostatními lidmi. Tyto projevy slouží k zvládnutí situace a obecně představují přirozenou reakci. Pokud však tyto reakce přetrvávají déle a jsou stále intenzivní i po ukončení události, může to vyvolat psychickou poruchu. (Humpl, L. et al, 2013)

4.4 Reakce organismu na stresovou událost

Samotná stresová událost vyvolává v těle rychlé a automatické reakce, které jsou součástí našeho přirozeného obranného mechanismu. Tato reakce je primárně zaměřena na přežití a může se projevit třemi hlavními způsoby: útokem, útekem nebo zamrznutím.

4.4.1 Útok

Reakce na stres v podobě útoku je považována za jednu z přirozených strategií zvládnutí stresu. Tato reakce, označovaná jako agresivní, je spojena s aktivací adrenalinu v organismu, která vede k vyjadřování emocí často negativním způsobem. Agresi můžeme definovat jako formu chování, jež vede k ubližování či poškozování, a to jak ve formě verbální, tak v podobě fyzické. Útok může být mířen nejen na vnější svět, ale i na vlastní osobu a může být reakcí na naučené vzorce chování. (Kliment, 2014)

Podle Folkmanové a Hobfolla lze agresivní chování rozdělit do pěti kategorií, které představují různé způsoby zvládnání stresových situací. Tyto způsoby se velmi často prolínají a nemusí být omezeny pouze na jeden konkrétní typ. (Kliment, 2014)

Bezprostřední agrese – jedná se o rychlý a útočný zásah směrem k vyvolávajícímu stresoru, s cílem oslabit druhého, zastrašit ho a získat kontrolu nad okolním prostředím.

Nečekaný útok – tato forma útoku vyniká rychlou a neočekávanou akcí, s cílem zaskočit ostatní a využít tak překvapení ke svému prospěchu. Cílem jedince je dosáhnout dominance a ovládnout průběh situace.

Manipulace s druhými – tento jedinec využívá slabé stránky ostatních a snaží se získat argumentační převahu s cílem ovlivnit situaci.

Neústupnost – tato osoba odmítá akceptovat jakýkoliv kompromis a trvá na svém názoru, což vede k neústupnému postoji.

Impulzivita – v této fázi jedinec ztrácí schopnost kontrolovat své pudy, což může vést k emocionálním výbuchům. Osoba se neovládá a volně vyjadřuje svou zlost.

Poslední možnou formou agresivního chování, vyjádřené vůči vlastní osobě je sebepoškození a sebeobviňování. Tyto formy agresivního jednání mohou představovat kombinaci útočné i únikové reakce. (Kliment, 2014)

4.4.2 Únik

Jedna z dalších možných forem odpovědi jedince na náročnou situaci spočívá v únikové reakci, známé také jako vyhýbání se, která byla popsána autory Bilings a Moos již v roce 1981. Tato strategie, se často uplatňuje, když není možné účinně zvládnout danou situaci. Pasivní vyhýbání se zdroji stresu může být efektivní v první fázi zvládnání, kdy jedinec mobilizuje své vnitřní a vnější zdroje síly. (Kliment, 2014)

Příkladem takové únikové reakce může být sociální izolace, kdy jedinec hledá útočiště ve vlastní samotě a distancuje se od ostatních lidí, aby se vyhnul bolestivým vzpomínkám. Lidé se často snaží odvrátit svou pozornost od problémů prostřednictvím aktivit, které mohou být ve větší míře škodlivé, jako je například nadměrná konzumace alkoholu, zneužívání léků, užívání psychotropních látek nebo nadměrné užívání nikotinu. Oproti tomu, hledání opory mezi přáteli a zapojení do společenských aktivit představují zdravější způsoby, jak čelit stresu. Zejména zapojení se do pozitivních volnočasových činností je vysoce žádoucí, protože pomáhá snižovat emocionální napětí a odvádí pozornost od stresových faktorů. Toto jsou přesně ty copingové strategie, které bychom měli podporovat pro zdravé zvládnání u náročných situací. (Kliment, 2014)

4.4.3 Zamrznutí

Zamrznutí je jedna z dalších přirozených reakcí na stres, kdy se lidé cítí jako by byli uvězněni na místě a nemohou se hýbat nebo jednat. Tento stav může být vyvolán intenzivním strachem nebo šokem v momentech, kdy se jedinec cítí extrémně ohrožen a žádná z možností útoku nebo útěku se nejeví jako vhodná. Zamrznutí může v některých případech poskytnout dočasnou ochranu, tím, že dá jedinci čas na promyšlení dalšího postupu. Lidé, kteří prožili zamrznutí jako reakci na traumatickou událost, mohou mít potíže se zpracováním těchto zážitků. To může vést k psychickým problémům, jako je například posttraumatická stresová porucha. (Taylor, 2022)

5 Akutní stresová reakce

Akutní stresová reakce, podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), je diagnostický termín označený kódem F43.0 (MKN-10 klasifikace, 2023). Tato reakce vzniká jako bezprostřední, prudká odezva na nadměrný fyzický nebo psychický stres, projevující se v řádu několika minut po stresovém okamžiku a zmizí s postupným odezněním během dvou až tří dnů, často dokonce během několika hodin. Porucha je přechodná, a zasažený jedinec může zažívat úplnou nebo částečnou ztrátu paměti na tento časový úsek. V případě, že symptomy trvají delší dobu, je vhodné zvážit přehodnocení diagnózy. Rozlišujeme dva druhy akutní stresové reakce: (Humpl, L. et al, 2013)

5.1 Reakce typu A

Reakce typu A se vyskytuje častěji a představuje reakci „útok nebo útek“. Tento typ zahrnuje rychlé posbírání sil za účelem aktivní obrany. Zasažený může projevovat svalové napětí, zčervenání a zrychlené dýchání, výrazné emocionální projevy, jako je pláč, křik, vztek až agresivita. Kromě toho může docházet k nesrozumitelnému a rychlému projevu, neschopnosti soustředit se a neustálé potřebě pozorovat a kontrolovat své okolí. Dalším pozorovatelným rysem, je pobíhání z místa na místo, nervozita a celkový neklid. (Humpl, L. et al, 2013)

5.2 Reakce typu B

Reakce typu B je méně častá a vyskytuje se především u extrémně závažných situacích. Jedná se o pasivní reakci, kdy zasažený přijímá pozici „mrtvého brouka“. Tento typ reakce je vývojově starší a slouží k obraně před nadměrnou psychickou zátěží a silnými emocemi, které by v daný okamžik nebyl schopen zvládnout a udržet pod kontrolou. U zasaženého jedince je patrná bledost, studený pot až chvění celého těla, minimální gesta, zpomalené pohyby, neschopnost navázat oční kontakt a značně snížená schopnost chápat informace. Vzhledem k tomu není vhodné spoléhat se na to, že předané informace budou jedincem pochopeny a že si je bude pamatovat po odeznění stresové reakce. (Humpl, L. et al, 2013)

6 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová reakce, známá pod zkratkou PTSD, je diagnóza zařazená do Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) pod kódem F43.1. (MKN-10 klasifikace, 2023)

Tato reakce na posttraumatický stres představuje opožděnou nebo prodlouženou odezvu, která se vyvíjí po událostech, jež jsou mimořádně stresující a překračují běžné lidské zkušenosti. Porucha se začíná projevovat a rozvíjet v průběhu šesti měsíců po konkrétní situaci. (Humpl, L. et al, 2013)

Lidé s určitými charakterovými vlastnostmi nebo ti, kteří již podobné problémy zažili, mohou být náchylnější k rozvoji této poruchy, ale nejsou to zdaleka jediné faktory, které k ní mohou vést. Typické příznaky zahrnují nepříjemné a silné prožitky na událost, které se mohou objevovat ve snech nebo se vracet jako živé vzpomínky. Dále se projevuje pocitem izolace od ostatních, ztrátou zájmu o každodenní aktivity, vyhýbáním se věcem spojeným s traumatickou událostí, nervozitou, přehnanými obavami a snadným vystrašením. Tyto symptomy mohou být doplněny o úzkost, depresi a v některých případech i o sebevražedné myšlenky. Symptomy obvykle začnou několik týdnů až měsíců po události, a přestože mohou mít různý průběh, většinou dochází k postupnému zlepšení. U některých jedinců může porucha trvat dlouhodobě a ovlivnit tak změnu jejich osobnosti. Tento stav je klasifikován pod kódem F62.0 s názvem „*Trvalá změna osobnosti po katastrofickém zážitku*“. (MKN-10 klasifikace, 2023)

Posttraumatická porucha se může objevit v jakémkoli věku. U mužů jsou nejčastější příčiny válečné konflikty a dopravní nehody, zatímco u žen je to často následek znásilnění. (Látalová K. et al, 2014)

Diagnostická kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zahrnují několik důležitých bodů. Nejprve, osoba musí zažít velmi stresující událost, která je mimořádně nebezpečná nebo katastrofická, a která by způsobila výrazné rozrušení u většiny lidí. Dále dotyčný často prožívá stresovou událost znovu a znovu skrze silné vzpomínky tzv. flashbaky, noční můry a cítí úzkost v situacích, které připomínají původní traumatickou událost. Další detaily a kritéria jsou uvedena v tabulce č. 1 (příloha A). (Látalová K. et al, 2014)

7 První psychická pomoc

První psychická pomoc má stejně důležitý význam jako ta zdravotnická první pomoc a je nezbytná v případech, kdy zasažený pociťuje psychický či emoční problém. Stejně jako je důležité umět poskytnout první pomoc v případě fyzického zranění, měl by každý být schopen poskytnout podporu a pomoc i v psychicky náročných situacích. Avšak na rozdíl od zdravotnické první pomoci není poskytování první psychické pomoci zakotveno v zákoně, a proto se spoléhá pouze na lidský zájem o druhého. Tato forma pomoci představuje intervenční strategii zaměřenou na osoby, které prošly nebo procházejí obtížnou situací jako například dopravní nehody, sebevraždy, různé katastrofy nebo mimořádné události. Jedinec tyto situace vnímá jako zátěžové pro svou psychiku a může vykazovat známky akutní stresové reakce. (Špatenková, 2017)

Tato pomoc vychází z pochopení toho, že lidé zasažení výše uvedenými událostmi mohou prožívat širokou škálu reakcí a emocí, které jim mohou bránit v účinném zvládnání této situace a návratu k běžnému životu. Hlavním cílem této pomoci je stabilizovat jedince po emoční stránce a případně ho předat do specializované péče, je-li to stav vyžaduje. (Špatenková, 2017)

První psychickou pomoc mohou poskytovat laici či vyškolení pracovníci. Osoby poskytující odbornou psychosociální první pomoc jsou označovány jako interventi. Mezi ně patří zdravotničtí pracovníci, kteří prošli odpovídajícím výcvikem. Tato intervence obvykle bývá zaměřena pouze na jeden kontakt a často probíhá v terénu za improvizovaných podmínek. Zdravotničtí interventi jsou součástí celorepublikové sítě zvané SPIS, což je zkratka pro Systém psychosociální intervenční služby. Pro správné fungování tohoto systému je důležitá spolupráce mezi krizovými centry a linkami důvěry³. (Humpl. L. et al, 2013)

³ Jde o telefonickou krizovou intervenci.

8 Vybrané způsoby první psychické pomoci

V této kapitole se zaměříme na vybrané způsoby první psychické pomoci, přičemž popíšeme terénní krizovou intervenci prováděnou zdravotnickými interventy a detailněji se podíváme na průběh této intervence. Dále se budeme zabývat krizovými centry jako jednu z možností, kam může být jedinec, který prošel nadměrně stresovou situací, dále nasměrován v případě potřeby.

8.1 Terénní krizová intervence poskytovaná zdravotnickými interventy

V krizových situacích a po traumatických událostech může být poskytována pomoc terénními týmy z řad zdravotnických interventů přímo na místě zasažení, což může zahrnovat domovy, pracoviště nebo oblasti postižené katastrofou či hromadným neštěstím. Příkladem takové intervence může být sdělování tragické zprávy rodině nebo poskytování podpory na pracovišti v důsledku nějaké nešťastné události, například vážného nebo fatálního pracovního úrazu. Tato forma pomoci zahrnuje fyzický vstup do prostředí, kde tato událost nastala, s cílem poskytnout rychlou pomoc a podporu, ale pouze za podmínky, že je tato intervence žádoucí a sekundárně zasažení jedinci s ní souhlasí. (Špatenková, 2017)

Sekundárně zasažený jedinec je osoba, která má emocionální spojení s primárně zasaženou osobou a prožívá akutní stresovou reakci. To může být například svědek tragické události nebo osoba, která není přímo zraněna, ale je emocionálně ovlivněna událostí, která nastala. (Věstník č. 9/2019)

8.1.1 Průběh zdravotnické intervence v terénu

Zdravotnický intervent je aktivován buď přímo samotnými zdravotníky v cílovém zdravotnickém zařízení nebo prostřednictvím zdravotnického operačního střediska (KZOS), kam ošetřující posádka ZZS posílá požadavek na poskytnutí interventa. Při telefonickém kontaktu je zásadní poskytnout interventovi nezbytné informace, které často aktivně vyžaduje. Mezi tyto informace patří místo události, charakter události, počet zasažených a jejich reakce na událost. Dále je důležité sdělit možná rizika, jako je například přítomnost návykových látek nebo agresivní chování. Intervent sdělí čas svého příjezdu na místo události. Vzhledem k tomu, že nemá možnost v silničním provozu využívat výstražné zvukové ani světelné signály je jeho dojezd často delší než dojezd posádky ZZS. Po příjezdu na místo události se intervent aktivně přihlásí zasahující posádce a požádá o doplňující informace, jako je zdravotní stav pacienta nebo o krocích, které byly před jeho příjezdem poskytnuty. Důležitá je také informace, zda někdo z přítomných poskytoval první zdravotnickou pomoc. (Čermáková, 2024)

Prvotní setkání se zasaženým jedincem je velice zásadní. Zdravotnický intervent přichází s cílem poskytnout potřebnou psychickou podporu, a je důležité, aby tato snaha byla zřetelná a vnímaná. Při prvním kontaktu hraje klíčovou roli první dojem. Je důležité, aby byl vytvořen prostor, kde zasažený může projevat své emoce. Dále je nezbytné, aby intervent projevil empatii a lidský přístup, aby dokázal předávat srozumitelné informace o situaci a přizpůsobit své jednání potřebám zasaženého. Ačkoliv se situace týká emoční roviny, neměly by se opomíjet ani aspekty fyzického komfortu, jako je poskytnutí tepla nebo dostatečný přísun tekutin. (Humpl, L. et al, 2013)

Ukončení zdravotnické intervence není vždy snadné. Je důležité, aby intervent byl schopen rozpoznat ten správný okamžik pro ukončení zásahu a dostatečně na něj připravit sebe i zasažené. Intervence může být ukončena v situaci, kdy zasažený nepředstavuje nebezpečí pro sebe, ani pro své okolí a nenaznačuje suicidální chování. Dalším důvodem k ukončení intervence může být příchod blízkých osob zasaženého, kteří nejsou samotnou událostí zasažení a jsou schopni se o něj postarat a zajistit mu základní potřeby. Ve výjimečných případech může být zasažený předán do péče krizového centra nebo psychiatrické kliniky, pokud jeho stav nebyl dostatečně stabilizován a není schopen situaci zvládnout. (Čermáková, 2024)

Před odjezdem interventa je zásadní jeho rozloučení. Je důležité shrnout pokrok, který zasažený jedinec od příjezdu interventa udělal a informovat ho o tom, jak se může cítit v následujících hodinách nebo dnech. Také je důležité mu poskytnout materiály, jako jsou letáky nebo kontakty na krizová centra a linky, které může využít v případě potřeby. Zasaženému je nezbytné sdělit, že opakovaný příjezd interventa na místo události již nebude možný. (Čermáková, 2024)

8.2 Krizové centrum

Krizové centrum představuje místo, kam se jedinec může obrátit v situacích, kdy je jeho psychické zdraví ohroženo. Účelem tohoto zařízení je poskytovat psychosociální podporu lidem, kteří se ocitnou v náročných chvílích, jež pro ně představuje nadměrnou zátěž, a kterým sami nestačí čelit. (Humpl, L. et al, 2013)

V rámci krizového centra působí krizový pracovník, který se věnuje zasaženému, naslouchá jeho obtížím a potřebám a společně navrhuje následné kroky. Setkání v centru může být jednorázové nebo opakované, v závislosti na individuálních potřebách zasaženého. Další možností je krátkodobý pobyt v centru během nejintenzivnějšího krizového období, obvykle trvající kolem pěti až sedmi dní (Humpl, L. et al, 2013). Tato služba je však v omezeném počtu po České republice, nachází se jen na Praze 3 a na Praze 8, další je v Brně v Bohunicích a

v Ostravě. Tato krizová centra poskytují péči 24 hodin denně. Celkově však v České republice existuje kolem 40 krizových center, přičemž některá z nich s omezeným pracovním časem. (Nevypust' duši, 2021)

Vstup není vázán na žádné odborné doporučení, stačí, když jedinec zhodnotí své vlastní obtíže a odváží se vyhledat pomoc. Základní služby krizového centra jsou poskytovány zdarma, přičemž má status sociálního zařízení, nikoliv zdravotnického. Některá centra se zaměřují na péči pouze pro dospělé, zatímco jiná se specializují výhradně na děti. (Humpl. L. et al, 2013)

9 Vývoj systému psychosociální intervenční služby v České republice

Zájem o psychickou péči pro zdravotnické pracovníky v České republice začal růst později než ve světě, ale služby psychosociální podpory ve zdravotnictví se stále rozvíjejí. V roce 2009 se Ministerstvo zdravotnictví zapojilo do přípravy na vývoji systému psychosociální péče, pro jeho vytvoření a koordinaci byla založena odborná pracovní skupina. V této době došlo ke spolupráci s Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně, kde byl vyvinut certifikovaný kurz pro přípravu zdravotnických peerů. (SPIS: Vznik a vývoj systému, b.r.)

V roce 2010 byl oficiálně zřízen Systém psychosociální služby (SPIS), který byl v následujícím roce začleněn do zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Do roku 2012 zastřešovalo Ministerstvo zdravotnictví organizaci SPIS, která se následně začala rozvíjet na krajských zdravotnických záchranných službách a ve stejném roce převzala záštitu nad SPIS Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR. Následně se k projektu přidaly i některé velké nemocnice. (SPIS: Vznik a vývoj systému, b.r.)

V roce 2014 systém rozšířil své služby o zdravotnické interventy, pro poskytování první psychické pomoci, zejména pro pozůstalé po ztrátě blízké osoby. Dále SPIS navázal spolupráci se zdravotnickými školami, aby studenty učil o psychické zátěži a důležitosti sebezpečí. (SPIS: Vznik a vývoj systému, b.r.)

V rámci zdravotnického sektoru se psychosociální intervenční služby dělí tedy na dvě hlavní oblasti podpory. První se týká poskytování podpory mezi samotnými zdravotnickými pracovníky, kde speciálně školení zdravotníci nabízejí psychickou podporu svým kolegům, což je činnost známá jako peer podpora. Druhá oblast se zaměřuje na poskytování první psychické pomoci osobám, kteří jsou sekundárně zasaženi danou situací, obvykle se jedná o rodinné příslušníky a přátelé pacientů. Tuto pomoc rovněž poskytují zdravotní pracovníci, kteří se označují jako zdravotničtí interventi. (Věstník č. 9/2019)

9.1 Zásady peer podpory

Psychická podpora mezi zdravotníky je klíčovou součástí péče o zaměstnance ve zdravotnictví. Tuto podporu nabízejí speciálně vyškolení zdravotničtí pracovníci, označováni jako peeri, kteří prošli certifikovaným kurzem zaměřeným na strategie zvládnání psychicky náročných situací. Tato podpora je určena zdravotníkům, kteří se setkali s psychicky zátěžovými situacemi,

typicky během své profesní praxe. Nabízí se individuálně, cíleně na zmírnění okamžitých potíží prostřednictvím aktivního naslouchání, emoční podpory, empatie a praktických rad, tak ve formě skupinových setkání. Skupinová podpora se provádí pomocí specifických technik jako demobilizace, defusing a debriefing, které se liší podle časového odstupu od zátěžové události (viz dále). (Věstník č. 9/2019)

Zdravotnický pracovník, který potřebuje psychickou podporu, může kontaktovat peera buďto přímo, přes koordinátora psychosociální intervenční služby v zařízení nebo prostřednictvím vedoucího pracovníka. Pokud sám peer zaznamená u kolegy známky stresu po náročných událostech, může mu aktivně nabídnout svou pomoc. Setkání s peerem může probíhat osobně, telefonicky nebo elektronicky, podle toho, co situace a preference zdravotníka vyžaduje. Každý zdravotník má právo rozhodnout, zda nabízenou pomoc přijme či odmítne, a peer toto rozhodnutí musí respektovat. (Věstník č. 9/2019)

Důležitým aspektem této podpory je zachování důvěrnosti všech informací získaných během poskytování podpory, s výjimkou, kdy zdravotník souhlasí s jejich sdílením. Organizace schůzek a poskytování peer podpory se plánuje individuálně, v závislosti na potřebách a možnostech zúčastněných. (Věstník č. 9/2019)

9.1.1 Demobilizace, defusing, debriefing

Jak bylo uvedeno výše, skupinová metoda peer podpory využívá různé techniky, které se liší podle toho, jak dlouho uplynulo od vzniku zátěžové situace. (Věstník č. 9/2019)

9.1.1.1 Demobilizace

Demobilizace je proces, kdy se zdravotničtí pracovníci scházejí ve skupinách ihned po ukončení směny, během které došlo ke krizové situaci. Toto setkání je svoláno na základě konkrétní události a jeho cílem je poskytnout podporu, informovat a pomoc zpracovat zkušenosti po proběhlé události. (Slovník cizích slov, 2024)

9.1.1.2 Defusing

Defusing se obvykle uskutečňuje do 12 hodin od traumatizující či krizové události a probíhá v malých skupinách. Cílem tohoto rozhovoru je snížit emocionální napětí a příznaky stresu, které událost vyvolala, nabídnout možnost vyjádřit své pocity, pochopení a získat oporu. Součástí je i rozdělení zaměstnanců na ty, kdo situaci zvládá dobře a ty, které mohou být více ohroženy a mohly by potřebovat další pomoc. (Kohoutek, 2024)

9.1.1.3 Debriefing

Debriefing je setkání, které se koná nejpozději 10 dní po incidentu v malých skupinách. V případě větších katastrof je vhodné uspořádat jej 3-4 týdny po události. Hlavním cílem je zaměřit se na samotnou traumatizující událost a s ní spojené pocity, aby účastníci mohli situaci lépe zpracovat a vyrovnat se s ní. (Čermáková, 2024)

9.2 Zásady zdravotnické intervence u sekundárně zasažených

Zdravotničtí pracovníci, kteří chtějí vykonávat úlohu zdravotnického intervenanta, musí získat speciální dovednosti pro poskytování psychosociální podpory absolvováním certifikovaného školení zaměřeného na první psychickou pomoc. Tato pomoc je určena pro osoby, kteří jsou zasaženi akutní stresovou reakcí. Rozhodnutí o tom, kdo tuto pomoc dostane, obvykle padne ze strany lékaře nebo jiného člena zdravotnického týmu. (Věstník č. 9/2019)

Jak jsem již zmínila, aktivace zdravotnických interventů probíhá přes členy zdravotnického týmu ze zdravotnických zařízení nebo přes KZOS na žádost ošetřující posádky a jejich zásah je podmíněn souhlasem zasažené osoby. Zdravotničtí intervenanti nezasahují v případech, kdy jsou lidé agresivní nebo pod vlivem drog. Dále mají právo odmítnout jakoukoli intervenci, pokud se necítí schopni takovou situaci řešit. Například, pokud by měli být vysláni k případu úmrtí dítěte, ale nechťejí se této události účastnit, mohou tuto intervenci odmítnout a požádat o vyslání jiného intervenanta. Tuto žádost vykonávají sami intervenanti, kteří událost odmítli nebo prostřednictvím KZOS. Hlavním cílem těchto interventů je poskytnout okamžitou emocionální podporu, aby pomohli zasaženým osobám zvládat stresovou situaci, informovat je o dalších krocích a dostupné odborné péči a zároveň respektovat jejich soukromí a rozhodnutí o přijetí nabízené pomoci. (Věstník č. 9/2019)

Zásahy těchto interventů jsou obvykle vyžádány v případech náhlé smrti, sebevražd, při hromadných neštěstích, násilných smrtí a při podpoře rodin pacientů ve vážném zdravotním stavu. Zdravotničtí intervenanti se také věnují edukační činnosti a tréninkům v oblasti první psychické pomoci. (Věstník č. 9/2019)

9.3 Role krajského koordinátora psychosociálních intervenčních služeb

Úlohou krajského koordinátora SPIS je zajištění pomoci a podpory zaměstnancům po situacích, které jsou mimořádně psychicky náročné. Jeho odpovědností je zajistit, aby v těchto náročných chvílích byla dostupná okamžitá a účinná pomoc. Kromě toho organizuje pravidelná setkání týmu, aby se zajistila dobrá spolupráce a efektivní komunikace mezi členy týmu. Koordinátor se stará o to, aby byli zdravotničtí intervenční, vždy připraveni kdykoliv zasáhnout. Další důležitou činností koordinátora je vedení podrobných záznamů o všech provedených intervencích. To pomáhá v hodnocení účinnosti poskytované podpory. Dále organizuje vzdělávací programy pro zdravotníky, aby byli informováni o možnostech podpory, které mohou využít, jak pro sebe, tak pro pacienty. (SPIS: Koordinátor pro ČR, b.r.)

10 Copingové strategie

Na počátku bakalářské práce bylo zmíněno, že naše tělo reaguje na stresovou událost třemi základními způsoby: boj, útek nebo ustrnutí. Tyto reakce jsou instinktivní a slouží k ochraně před vnímaným nebezpečím. Nyní se zaměříme na zdroje zvládnání stresu, které jsou známé jako copingové strategie.

Copingové strategie jsou takové prostředky, které nám mohou pomoci zvládat a eliminovat stres a emoční napětí. Tyto strategie můžeme aplikovat kdykoliv, ať už jsme aktuálně v emocionálním napětí nebo jako preventivní opatření před náročnými situacemi. Jsou to účinné přístupy, které nám pomohou lépe zvládat stresové situace a minimalizovat jejich negativní vliv na naše duševní i fyzické zdraví.

Zvládnání stresu závisí na množství a kvalitě zdrojů, které jedinec využívá. Tyto zdroje můžeme rozdělit na vnější a vnitřní. Vnitřní zdroje se týkají osobnostních charakteristik jedince, které mu pomáhají lépe zvládat stresovou situaci. Patří sem například optimismus, schopnost vnímat situace jako zvládnutelné a přesvědčení o své schopnosti ovlivňovat a řídit události. Vnější zdroje jsou pak ty, které se nacházejí v okolí jedince. Sociální opora od druhých lidí hraje významnou roli, ať už jde o emocionální podporu prostřednictvím porozumění, ochrany nebo materiální pomoc ve formě například finančního příspěvku. (Kliment, 2014)

Zvládnání stresu lze dále rozdělit do dvou základních přístupů. Prvním je zvládnání zaměřené na problém, kdy jedinec aktivně hledá řešení a usiluje o změnu situace. To může zahrnovat vytvoření plánů či strategií, které mají pomoci překonat či eliminovat zdroje stresu. Druhým přístupem je zvládnání zaměřené na emoce, kdy jedinec klade důraz na snižování emocionálního napětí, například prostřednictvím relaxace a meditace nebo rozptylujících aktivit jako jsou různé volnočasové aktivity, sporty, procházky přírodou či sledování televize. Tyto aktivity hrají důležitou roli při dosahování emocionální rovnováhy a zvládnání stresu. (Kliment, 2014)

11 Syndrom vyhoření

Péče o vlastní pohodu je naprosto nezbytná, především u povolání, které je zaměřené na péči o druhé. Intervent by měl být obezřetný, aby se nedostal do pasti obětování se a neustálého zachraňování na úkor svého těla a mysli. Pracovní stres, stejně jako ten každodenní, vyžaduje nasazení prostředků pro udržení rovnováhy mezi psychickým a fyzickým zdravím. Kromě toho, při nadměrném hromadění pracovního stresu, neúspěšném zvládnutí tlaku, nedostatku pozitivních zpětných reakcí nebo traumatické zážitky z intervencí mohou vyústit až v krizovou situaci. Pokud se krize neřeší včas, může přejít v chronickou krizovou reakci, známe také jako syndrom vyhoření. Právě proto jsou zde peeri, aby nabízeli pomoc a podporu svým kolegům, kteří se potýkají s tímto syndromem vyhoření. Tato peer intervence může být nesmírně cenná, neboť poskytuje podporu někdo, kdo může mít podobné zkušenosti. (Špatenková, 2017)

Tento syndrom se projevuje ztrátou zájmu a nadšení z profese. Vyhořelý pracovník začíná postrádat smysl své práce, což se projevuje v silné nechuti k plnění svých pracovních povinností. Tento stav může nakonec vést k tomu, že jedinec přestane chodit do práce a vyhledá únikové mechanismy, jako je braní návykových látek, jimiž jsou alkohol, drogy a zneužívání léků. Syndrom vyhoření formuje chování jedince, projevující se netečností, výrazným cynismem, podrážděností a lhostejností. Na úrovni emocí se projevuje pocit beznaděje a pocity úzkosti a strach ze selhání. (Špatenková, 2017)

11.1 Prevence syndromu vyhoření

Prevence je v dnešní době klíčovým tématem. Je důležité si uvědomit, že osoba trpící syndromem vyhoření nenes odpovědnost za všechno, co se kolem ní děje. Ne vždy se intervence odehrává podle plánů, a proto je vhodné se vyvarovat negativním myšlenkám. Udržet pozitivní přístup v krizových situacích nebo v okamžicích smutku může být náročné, ale je potřeba tyto projevy nebrat osobně. Je podstatné si vážit toho, co dokážeme a umíme, a dostatečně se umět ocenit. K zamezení stereotypu je důležité umět přijmout nové výzvy a rozšiřovat své obzory. V práci je nezbytné dodržovat pravidelné přestávky a naučit se rozpoznat, co nám v daném okamžiku pomáhá, a vyvinout účinné způsoby zvládnutí na případné příznaky syndromu vyhoření. Relaxace, sport nebo jakýkoliv jiný zájem může být součástí těchto strategií. (Špatenková, 2017)

12 Kvalifikační standardy

Kvalifikační standardy, které jsou stanoveny ve vyhlášce č. 39/2005 Sb., určují minimální požadavky na studijní programy pro získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, včetně zdravotnického záchranářství. Tyto standardy jsou navrženy tak, aby absolventi těchto programů byli dostatečně připraveni na výkon zdravotnického povolání. Jednou z klíčových dovedností, které musí absolvent ovládat, je právě oblast komunikace a krizová komunikace. Tato oblast je považována za základní součást profesních znalostí a dovedností, kterými musí zdravotnický záchranář disponovat. (Kvalifikační standardy, 2024)

Komunikace hraje důležitou roli, při navazování kontaktu s pacientem a při budování důvěry, což je nezbytné pro poskytování účinné a kvalitní péče. Studenti se naučí základům a dovednostem adekvátní komunikace s pacienty, kolegy a s rodinnými příslušníky či s dalšími osobami. Důležitou součástí výuky je také příprava na komunikaci v krizových situacích, jako jsou situace s agresivními jedinci, pacienty s psychickými problémy a poruchami, pacienty pod vlivem návykových látek nebo s pacienty různých etnických skupin. (Kvalifikační standardy, 2024)

VÝZKUMNÁ ČÁST

Tato část bakalářské práce je zaměřena na zhodnocení komunikačních dovedností s pacienty zasažené akutní stresovou reakcí studenty druhého ročníku studijního programu Zdravotnické záchranářství před a po absolvování části krizové komunikace v rámci kurzu Netechnických dovedností.

13 Metodika výzkumné části

V rámci bakalářské práce byl proveden empirický výzkum s využitím kvantitativních metod, konkrétně přímého nezúčastněného pozorování a dotazníkového šetření. Byl vytvořen polostrukturovaný dotazník (příloha C) a pro pozorování byla vytvořena speciální hodnotící tabulka (příloha B), do které pozorovatel hodnotil pozorované dovednosti a zaznamenával potřebné informace.

Výzkum probíhal ve dvou etapách, před a po kurzu Netechnických dovedností (viz kapitola 13.1), který studenti druhého ročníku programu Zdravotnické záchranářství absolvovali v lednu 2024.

První fáze výzkumné části se uskutečnila v listopadu 2023 na Fakultě zdravotnických studií, kdy studenti v tuto dobu byli před absolvováním kurzu Netechnických dovedností. Studenti druhého ročníku prošli modelovou situací (viz kapitola 13.7), kde řešili v první části masivní krvácení a následně se věnovali sekundárně zasaženému pacientovi, který vykazoval akutní stresovou reakci typu A. Hlavním cílem bylo pozorovat jejich komunikační schopnosti a testovat jejich chování při stresové situaci. V této modelové situaci chodili studenti po dvojicích. Pozorování se celkově zúčastnilo 40 studentů, tedy 20 skupin po dvojicích.

Druhá fáze výzkumu se odehrála v dubnu 2024 opět na Fakultě zdravotnických studií, kdy, již studenti byli zhruba tři měsíce po absolvování kurzu. Zde byli postaveni před náročnější modelovou situací (viz kapitola 13.8) než v listopadu, aby se zjistilo, jak se rozvinuly jejich dovednosti a schopnosti zvládat stresovou situaci a komunikovat se sekundárně zasaženým pacientem. Osoba zasažená akutní stresovou reakcí vykazovala typ A, jako tomu bylo v listopadu 2023. V dubnové etapě se zúčastnil stejný počet respondentů opět rozdělený do dvojic, ve kterých studenti řešili modelovou situaci. Na závěr všichni účastníci výzkumu vyplnili krátký dotazník, který obsahoval pět otázek s cílem zjistit, zda se jejich komunikace se sekundárně zasaženým pacientem od minula změnila.

V obou případech po ukončení modelové situace dostala každá dvojice studentů zpětnou vazbu na řešení modelové situace a byli jim zodpovězeny případné dotazy.

Cílem výzkumu bylo porovnat úroveň těchto komunikačních schopností před a po účasti studentů na kurzu Netechnických dovedností, aby bylo možné posoudit a vyhodnotit jejich pokrok v oblasti krizové komunikace se sekundárně zasaženým pacientem. Zároveň výsledky této studie budou sloužit k hodnocení efektivity a významu části kurzu krizové komunikace. Tato analýza poskytne informace nejen o vhodnosti začlenění tohoto kurzu do studijního programu Zdravotnické záchranářství, ale také o jeho možném rozšíření do dalších studijních programů, kde je krizová komunikace podstatná.

13.1 Kurz Netechnických dovedností

Kurz Netechnických dovedností pro studenty programu Zdravotnické záchranářství na Fakultě zdravotnických studií byl zahájen na této škole poprvé v roce 2023. Zkoumaný vzorek studentů druhého ročníku tento kurz absolvoval v lednu 2024.

Týdenní kurz byl realizován ve škole a zaměřoval se na netechnické dovednosti především na komunikaci s pacienty. Obsahem tohoto kurzu byla komunikace s dětmi a komunikace v paliativní péči. Jedním z dalších témat bylo policejní vyjednávání se sebevrahy a se zločinci. Dále nám byla představena celorepubliková síť SPIS a krizová komunikace se sekundárně zasaženými pacienty, na kterou se nyní zaměříme podrobněji.

Systém psychosociální intervenční služby nám byl představen formou prezentace, kde jsme byli seznámeni s jeho vznikem, základními pojmy a byl nám vysvětlen stres, stresové reakce a možné způsoby zvládnání stresu. V této souvislosti jsme se seznámili s pojmy zdravotnický intervent a peer podpora a byly nám předány informace o tom, v jakých situacích a z jakého důvodu je vhodné je využít.

Tato teoretická část byla propojena i s částí praktickou, kdy jsme byli rozděleni do menších skupin za účelem zajištění efektivní práce a individuálního přístupu. Kurz byl veden vyškolenými peery a zdravotnickými interventy. Workshopy zahrnovaly kazuistiky a diskuse o vhodných komunikačních strategiích v krizové komunikaci. V rámci modelových situací jsme si vyzkoušeli rozpoznat akutní stresovou reakci a následně vést konverzaci se sekundárně zasaženým jedincem. Tím jsme si také vyzkoušeli, jak efektivně sdělit a nabídnout zdravotnickou intervenci a prohloubili své dovednosti v této problematice.

13.2 Přímé nezúčastněné pozorování

Přímé nezúčastněné pozorování je kvantitativní metoda výzkumu, která se zaměřuje na sledování skupiny lidí bez aktivní účasti pozorovatele v probíhající situaci. V této metodě pozorovatel neprojevuje žádný aktivní zásah ani neovlivňuje sledovanou situaci. Jeho úloha spočívá v pasivním pozorování a zaznamenávání pozorovatelných jevů a chování sledovaných jedinců. (Dvořák J. et al, 2015)

13.3 Polostrukturovaný dotazník

Polostrukturovaný dotazník je metoda sběru dat v rámci výzkumu, která kombinuje jak uzavřené otázky s předem nabízených možností odpovědí, tak otevřené otázky, které umožňují respondentům vyjádřit volně své názory. (Dvořák J. et al, 2015)

13.4 Výběr respondentů

Výběr respondentů byl záměrný. Do výzkumu se zapojili studenti druhého ročníku studijního programu Zdravotnické záchranářství. Počet respondentů v první fázi průzkumu, která proběhla v listopadu, činil 40 studentů a ve druhé fázi, která se uskutečnila v dubnu, se zapojilo stejný počet studentů, což umožňuje přímé porovnání výsledků.

13.5 Pilotní studie

Hodnotící tabulka byla testována během cvičných modelových situací v rámci výuky Urgentní medicíny a medicíny katastrof. Pozorovatel hodnotil výkony studentů třetího ročníku a identifikoval nepotřebné kategorie k hodnocení. Po analýze byly nepotřebné kategorie hodnocení odstraněny a tabulka byla zjednodušena pro proces hodnocení výkonů.

Dotazník týkající se rozvoje komunikačních dovedností v rámci kurzu Netechnických dovedností byl rozdán studentům třetího ročníku po cvičných modelových situacích. Bylo zjištěno, že studenti nepochopili význam některých otázek, které se vztahovaly ke konkrétní části kurzu krizové komunikace. Dotazník byl upraven a detailněji specifikován, aby lépe odpovídal obsahu části kurzu krizové komunikace a byl pro studenty srozumitelnější, aby se zlepšila kvalita získaných dat.

13.6 Kritéria pro hodnocení modelových situací

V příloze B je uvedena hodnotící tabulka, která byla použita pro hodnocení modelových situací. Je strukturována do pěti primárních hodnotících kategorií, jež dále zahrnují specifické podkategorie. Tyto podkategorie jsou hodnoceny na základě pětibodové numerické škály, přičemž hodnocení 1 odpovídá výbornému výkonu, kde tým prokázal efektivní jednání a

projevil vynikající dovednosti a přístup k zasaženému. Hodnocení 2 značí, že úkol byl splněn chvalitebně s menšími nedostatky, zatímco hodnocení 3 znamená, že úkol byl splněn adekvátně, avšak s prostorem pro zlepšení. Hodnocení 4 naznačuje, že tým se s úkolem vypořádal uspokojivě, ale s výraznými nedostatky a hodnocení 5 poukazuje na nedostatečný výkon, kdy úkol nebyl řádně zvládnut a je potřeba výrazného zlepšení. Některé podkategorie byly založeny na dichotomickém principu ano nebo ne.

Hodnotící kritéria byla rozdělena na následující kategorie: komunikace se sekundárně zasaženým, týmová spolupráce, pozornost k detailům, zvládání stresu a zajištění podpory sekundárně zasaženému. Každá z těchto kritérií byla dále rozčleněna na podrobnější prvky hodnocení.

V oblasti komunikace se zasaženým byly hodnoceny aspekty jako emoční podpora a empatie, srozumitelnost a jasnost komunikace, respektování osobních hranic sekundárně zasaženého, aktivní naslouchání a schopnost pracovat s vinou sekundárně zasaženého.

Týmová spolupráce byla hodnocena skrze vedení a rozhodování v týmu. Pozornost k detailům se soustředila na všímavost k potřebám sekundárně zasaženého, rozpoznání akutní stresové reakce a popřípadě určení správného typu.

Kritérium zvládání stresu bylo hodnoceno podle schopnosti udržet klid a sebekontrolu v napjaté situaci a vymezit si své vlastní hranice. Posledním kritériem bylo zajištění podpory u sekundárně zasaženého, kde se hodnotilo, zda tým nabídl zasaženému jedinci možnost psychosociální intervenční služby.

Tato metodologie hodnocení byla použita ve dvou fázích výzkumu, jak v listopadu, tak v dubnu. Hodnotící tabulka zůstala pro obě etapy nezměněna, což umožňuje přímé porovnání výsledků. Hodnocení proběhlo subjektivním způsobem za přítomnosti odborně způsobilé osoby.

13.6.1 Zpracování výsledků z modelových situacích

Výsledky hodnotící tabulky z modelových situací jsou zpracovány pomocí skládaných sloupcových grafů, které jsou vytvořeny prostřednictvím programu Microsoft Excel a Microsoft Word. K těmto grafům je doplněn komentář, který interpretuje získaná data.

13.7 Modelová situace – listopad

Kamarádky, A (dívka zasažená ASR typu A) a B (dívka s masivním krvácením), se dramaticky pohádaly. Napětí mezi nimi vyvrcholilo natolik, že kamarádka A strčila do kamarádky B tak

silně, že tělem prorazila skleněné dveře. Následně, v reakci na tuto krizovou situaci, dívka A zavolala tísňovou linku 155 a podle instrukcí operátorky na tísňové lince se snažila zastavit krvácení kamarádce B svými rukama.

RZP posádka obdrží výzvu – **Pád**.

Když na místo dorazí posádka RZP, zjišťují, že dívka B, leží na zemi, je soporózní a pod pravým stehnem má viditelnou kaluž krve, která stále vytéká ze stehna. Dívka A se pohybuje chaoticky, chodí z místa na místo a vyčítá si to, co se právě stalo. Je rozrušená, má ruce od krve a vykazuje známky akutní stresové reakce typu A, jako je neschopnost navázat oční kontakt se záchranáři a další. Je patrné, že celá situace má na ni silný emocionální dopad.

Záchranáři mají za úkol vyřešit do pěti minut situaci s dívkou B, která má masivní krvácení a následně ji předat do péče lékaře letecké záchranné služby. Dalších 8-10 minut řeší sekundárně zasaženou dívku A.

13.7.1 Správné řešení modelové situace – listopad

Po příjezdu RZP na místo, se posádka nejprve ujistí, že jim nehrozí žádné nebezpečí. Přicházejí do bytu a vidí, jak jedna dívka leží na zemi s masivním krvácením z pravého stehna. Okamžitě jeden ze záchranářů rukama vyvíjí tlak na krvácející ránu, zatímco druhý chystá turniket. Mezitím se posádka snaží zjistit, co se stalo. Kamarádka A rozrušeně popisuje celou situaci, chodí z místa na místo a má ruce od krve.

Po úspěšném zastavení masivního krvácení je ověřen stav vědomí. Pacientka, která leží na zemi, je bledá a reaguje na bolestivý podnět. Jelikož bylo zjištěno, že se jedná o kritického pacienta, je volána letecká záchranná služba (LZS), aby byla zajištěna transfuze krve a rychlý transport do nemocnice. LZS je na místě do 5 minut. Současně je také žádána přítomnost Policie ČR, protože situace naznačuje možné napadení. Tyto kroky jsou provedeny mimo dosah sekundárně zasažené dívky A, aby nedošlo k jejímu většímu rozrušení. Následně je pokračováno v algoritmu xABCDE.

A: Dýchací cesty jsou průchodné.

B: Kyslík je podáván kyslíkovou maskou o průtoku 15 litrů za minutu.

C: Na periferii není cítit puls, ale na karotidách ano. Je zajištěn periferní žilní vstup, kam je následně podáván krystaloidní roztok.

Po příletu letecké záchranné služby je pacientka B předána lékaři. V tuto chvíli se dívka A ptá lékaře na osud své kamarádky a lékař odpovídá nejistě, což u ní způsobí velké rozrušení. Po odletu LZS se záchranáři věnují sekundárně zasažené dívce A. Aby bylo zajištěno, že s nimi dívka bude spolupracovat, dohodnou se, že s ní bude komunikovat pouze jeden ze záchranářů. Kamarádka A chodí z místa na místo, vyčítá si to, co se právě stalo. Nenavazuje oční kontakt, dýchá zrychleně, snaží se situaci popsat, ale není jí dobře rozumět. Je červená v obličeji, nervózní a vyzáruje celkový neklid. Záchranářem je navržena zdravotnická intervence, která by jí mohla poskytnout psychickou podporu. Po souhlasu zasažené dívky, záchranář volá na operační středisko. Následně je potvrzeno, že zdravotnický intervent dorazí do 10 minut. Do této doby se záchranář snaží udržet situaci pod kontrolou a získat si její důvěru pro další komunikaci. Záchranář vyjadřuje empatii a dává dívce najevo emoční podporu. Snaží se jí vysvětlit situaci, pomalu a srozumitelně. Je jí dán osobní prostor a jsou respektovány její hranice. Jsou volena vhodná slova pro danou situaci. Toto, se snaží udržet do příjezdu zdravotnického interventa.

13.8 Modelová situace – duben

Posádka RZP dostává výzvu – **sražený chodec**.

Po přijetí na místo posádka RZP vidí ležet na silnici dívku ve věku 16 let. Má viditelná zranění, krvácí z uší, má zlomeniny obou bérců a nestabilní pánev. Dívka nereaguje na oslovení ani na bolestivý podnět.

Podle informací od svědků řidič předjížděl nákladní vozidlo rychlostí přibližně 60 km/h a nedokázal včas zaznamenat, že vjíždí do obce, kde se nachází přechod pro chodce.

Řidič, který dívku srazil, stojí nad ní a je otřesený, klepou se mu ruce, vyčítá si to a vykazuje známky akutní stresové reakce typu A.

Záchranáři mají za úkol vyřešit situaci s poraněnou dívkou do pěti minut a následných 8-10 minut se věnovat sekundárně zasaženému řidiči.

13.8.1 Správné řešení modelové situace – duben

Po příjezdu posádky RZP na místo, byla sražená dívka nalezena asi 8 metrů od auta, které ji zasáhlo. Policie ČR byla již v té době na místě. Dívka leží na zádech, vytéká jí krev z uší a má zlomeniny obou bérců. Nereaguje na bolestivé podněty. Posádka byla informována policií o události.

Záchranáři žádají o pomoc leteckou záchrannou službu (LZS), která dorazí do 5 minut. Poté posádka pokračuje v algoritmu xABCDE:

A: Po předsunutí čelisti byly dýchací cesty u dívky průchodné. Byl zaveden vzduchovod.

B: Dechová frekvence byla 12/min. Byl podán kyslík kyslíkovou maskou o průtoku 15 litrů za minutu.

C: Záchranář prohmatával dlouhé kosti a zjistil nestabilní pánev a zlomeniny obou bérců. Dívce byl podán pánevní pás a byla dána do celotělové vakuové matrace. Na periferii byl lehce cítit nitkovitý puls. Byl zajištěn periferní žilní vstup.

D: Zornice byly anizokorické. Její stav byl hodnocen jako AVPU - U.

Po příletu LZS byla dívka předána do péče lékaře. Řidič auta, který dívku srazil, se ptá lékaře na osud dívky, ale lékař odpoví nejistě, což u řidiče způsobí velké rozrušení. Po odletu LZS se záchranáři věnují sekundárně zasaženému řidiči.

Řidič je rozrušený, chodí z místa na místo, třesou se mu ruce, je červený v obličeji a zrychleně dýchá. Nenavazuje žádný oční kontakt s posádkou a neustále si vyčítá svoji vinu. Posádka se snaží zajistit jeho důvěru tím, že mu dává prostor a komunikuje s ním jen jeden z týmu. Pomalu a srozumitelně mu vysvětluje situaci, jedná empaticky a vyjadřuje emocionální podporu. Když záchranář dojde k závěru, že se u muže objevují známky akutní stresové reakce typu A, nabídne mu pomoc v podobě příjezdu zdravotnického intervenanta. Po souhlasu řidiče, zavolal záchranář na operační středisko, a následně byl potvrzen příjezd zdravotnického intervenanta do 10 minut. Do té doby se posádka snaží udržet situaci pod kontrolou a získat si mužovu důvěru do příjezdu zdravotnického intervenanta.

13.9 Dotazník

V příloze C je uveden polostrukturovaný dotazník, který byl rozdán v dubnové etapě a obsahoval 5 otázek. Dotazník byl rozdán poté, co všichni účastníci dokončili modelovou situaci „sražený chodec“. Respondenti byli poučeni, že mají odpovídat pravdivě a zakroužkovat odpovědi, které jsou jim nejbližší nebo popřípadě napsat vlastní odpověď. Dále byli informováni, že dotazník obsahuje otázky týkající se absolvování kurzu Netechnických dovedností konkrétně zaměřenou na část „Krizová komunikace s pacienty zasažené akutní stresovou reakcí“ a že se jedná o subjektivní hodnocení této části kurzu a vlastního progresu v oblasti komunikace. Dotazník byl anonymní a byl vyplněn za přítomnosti autora dotazníku. Dotazník vyplnilo dohromady 40 respondentů, což odpovídá 100 % návratnosti.

Otázky 1. – 3. mají pevně stanovené možnosti odpovědí, kde je povolena pouze jedna volba odpovědi. Otázka 4. poskytuje navíc možnost vlastního vyjádření a otázka 5. je zcela otevřená bez předem stanovených možností odpovědi.

13.9.1 Zpracování výsledků z dotazníkového šetření

Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány do výsečových grafů, které jsou vytvořeny v programu Microsoft Excel a Microsoft Word. K těmto grafům je doplněn textový komentář poskytující interpretaci získaných dat.

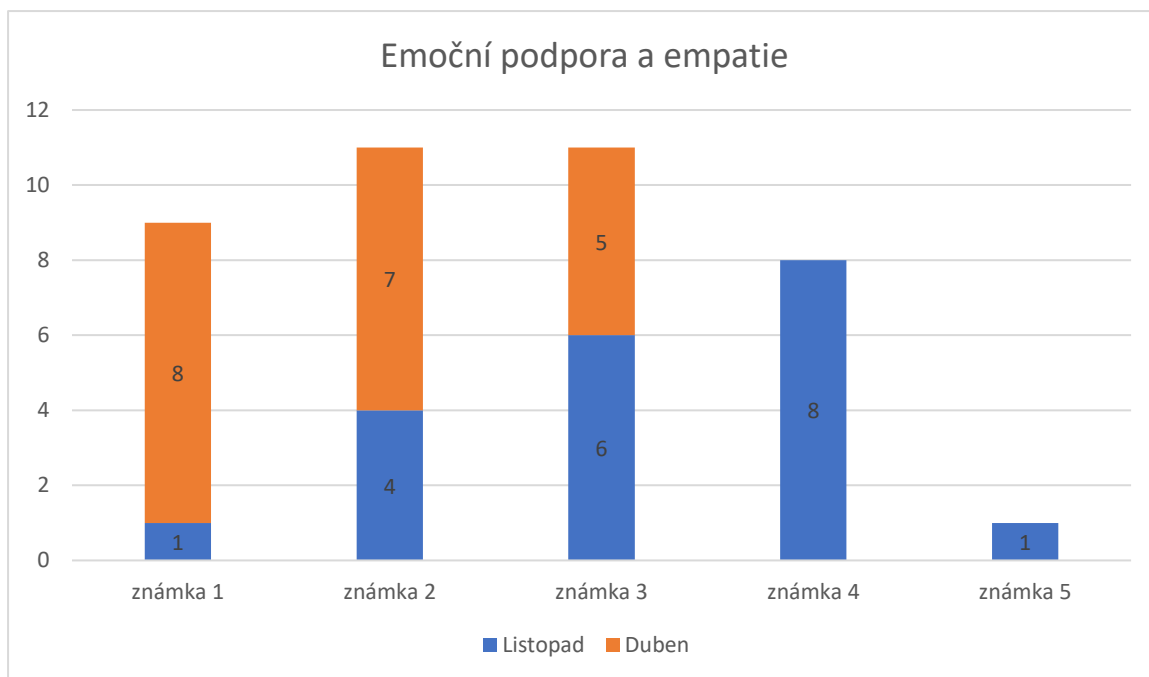
13.10 Průzkumné otázky

Na základě cílů, které byly pro bakalářskou práci určeny, byly vytvořeny následující průzkumné otázky:

1. Jaká je úroveň komunikačních dovedností studentů v interakci se sekundárně zasaženým pacientem před absolvováním části kurzu krizové komunikace?
2. V jakém rozsahu došlo k potencionálnímu zlepšení komunikačních dovedností studentů se sekundárně zasaženým pacientem, po absolvování části kurzu krizové komunikace?
3. Jaký přínos má část kurzu „Krizová komunikace se sekundárně zasaženým pacientem“ pro studenty studijního programu Zdravotnické záchranářství?

14 Výsledky pozorování

Tato část se zaměřuje na prezentaci dosažených výsledků během modelových situací. Příslušné výsledky jsou vyhodnoceny na základě hodnotící tabulky, která byla použita k hodnocení obou etap modelových situací jak v listopadu, tak v dubnu.

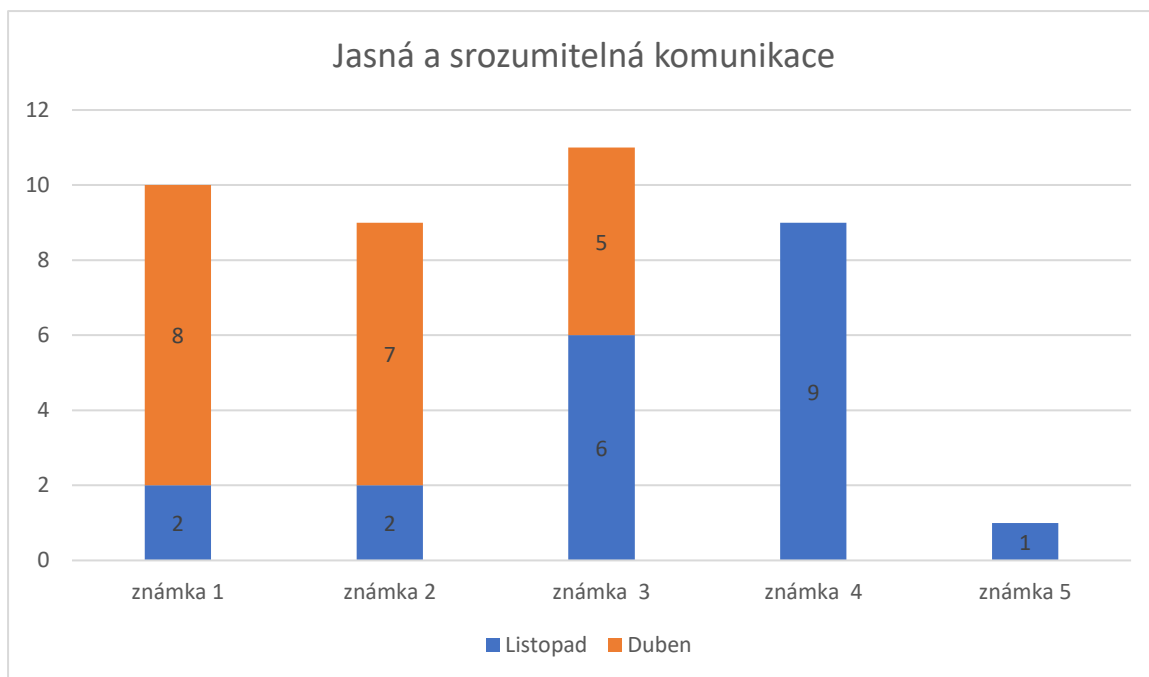


Obrázek 1 Emoční podpora a empatie

Obrázek číslo 1 prezentuje, jak tým efektivně a empaticky komunikoval se zasaženým pacientem projevujícím akutní stresovou reakci, zejména se zaměřením na projevený soucit a porozumění.

Z vyhodnocených dat plyne, že největší zastoupení v listopadu představuje známka 4, která byla udělena osmi skupinám, což představuje 40 % z celkového počtu dvaceti skupin. Druhou nejčastější udělenou známkou v listopadu je známka 3, přidělená šesti skupinám, což činí 30 % z celkového počtu. V listopadu byla známka 2 udělena čtyřem skupinám, 20 % případům, zatímco známky 1 a 5 byly přiděleny jen jedné skupině, která představuje 5 % z celkového zastoupení.

V kontrastu s výše uvedeným hodnocením byla v dubnu nejčastější známka 1, která představovala 40 % z celkového zastoupení, to odpovídá osmi skupinám. Zámka 2 byla druhou nejvíce zastoupenou známkou v dubnu a udělena sedmi skupinám, tedy 35 % z celkového zastoupení. Hodnocení 3 dostalo pět skupin (25 %) z celkového počtu dvaceti skupin. Zajímavým aspektem je, že v dubnu nebyla žádné skupině přidělena známka nižší než 3, a proto grafový sloupec se známkami 4 a 5 v daném měsíci zůstal prázdný.

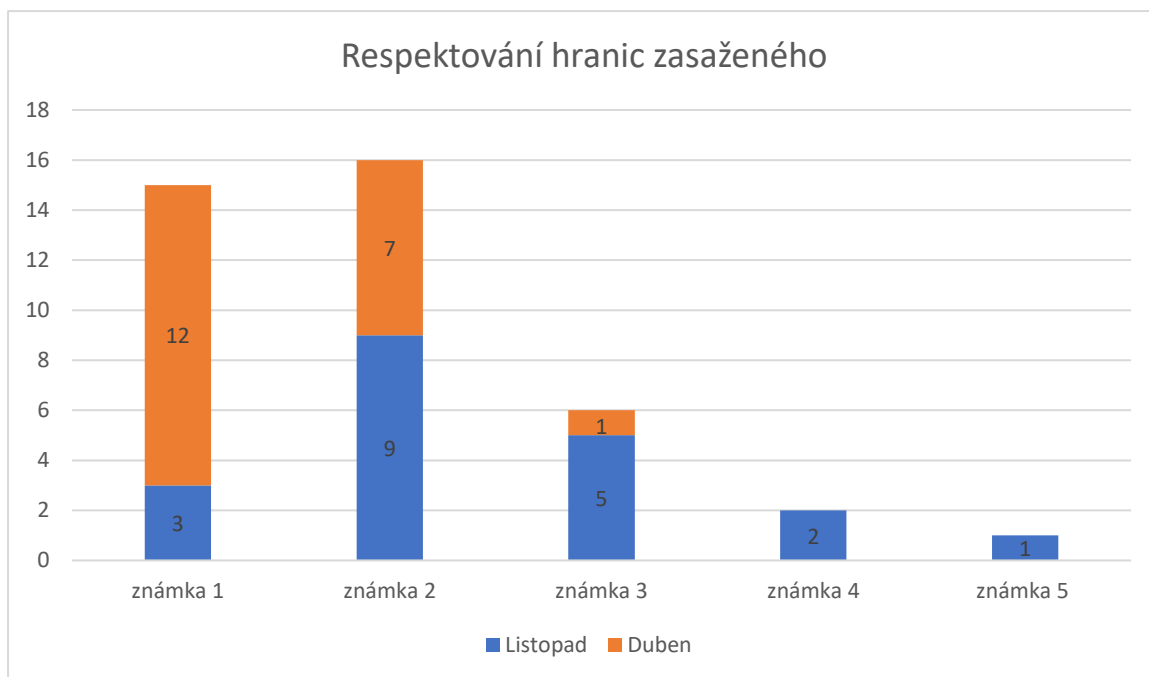


Obrázek 2 Jasná a srozumitelná komunikace

Obrázek číslo 2 popisuje hodnocení komunikace týmu se zasaženým jedincem, zvláště s ohledem na srozumitelnost, schopnost vysvětlení situace zasažené osobě a poskytnutí potřebné pomoci prostřednictvím vhodných slov.

Z poskytnutých údajů vyplývá jasný rozdíl mezi hodnocením v listopadu a v dubnu. V listopadovém hodnocení byla nejčastější známka 4, kterou obdrželo devět skupin (45 %). Naopak v dubnovém hodnocení byla nejčastější známka 1, kterou dostalo osm skupin (40 %).

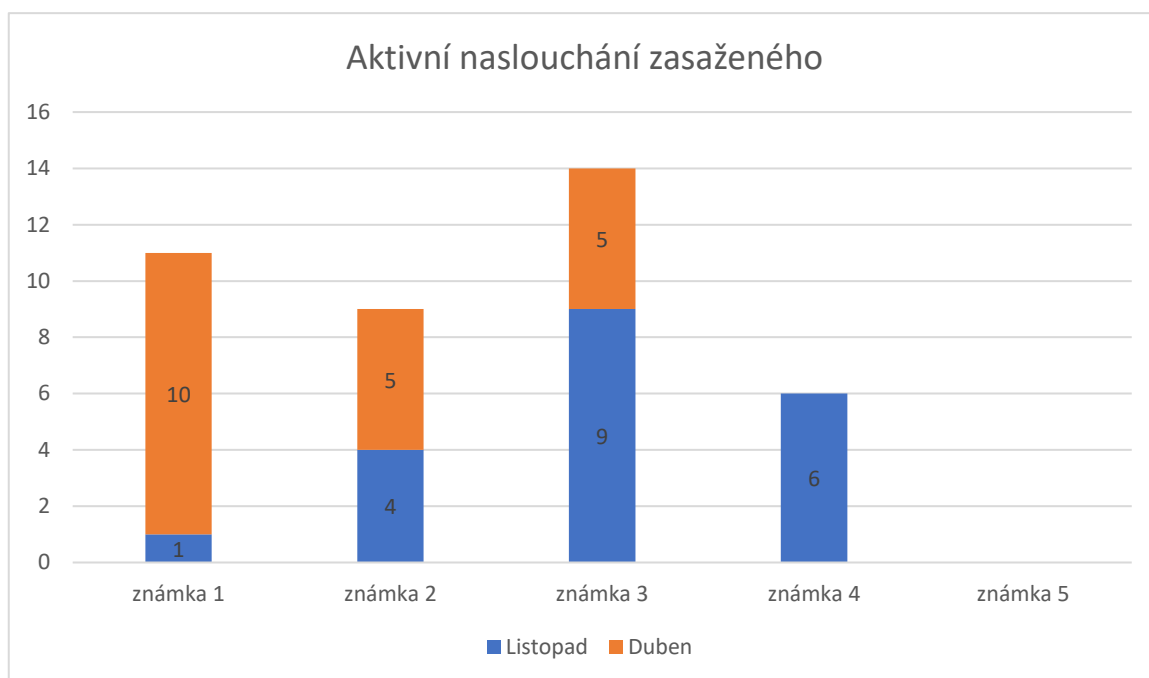
V listopadu byla druhým nejčastěji udělovaným hodnocením známka 3, která byla přidělena šesti skupinám (30 %) a v dubnu to byla známka 2, která byla udělena sedmi skupinám (35 %). Stejným zastoupením byly v listopadu uděleny známky 1 (10 %) a 2 (10 %) a to dvěma skupinám. Zámka 5 se v listopadu vyskytla pouze jednou, což činí 5 % z celkového zastoupení. V dubnu nebyla udělena horší známka jak 3, kterou obdrželo pět skupin (25 %) z celkového počtu dvaceti skupin.



Obrázek 3 Respektování hranic zasaženého

V analýze prezentované v obrázku číslo 3 jsou zaznamenány výsledky hodnocení, které bylo zaměřeno na respektování hranic zasaženého jednotlivce, především na neomezování jeho osobního projevu a pohybu bez přinucení k jakémukoli nechtěnému chování.

Z výše uvedených dat vyplývá, že nejvýraznější zastoupení zaznamenala v listopadu známka 2, kterou obdrželo devět skupin (45 %) a v dubnu známka 1, která byla zastoupena dvanácti skupinami (60 %). Druhým nejvíce zastoupeným hodnocením v listopadu byla známka 3, kterou získalo pět skupin (25 %) a v dubnu to bylo hodnocení se známkou 2, které dosáhlo sedm skupin (35 %). V listopadu byla známka 1 zastoupena v počtu tří skupin (15 %), známka 4 dvěma skupinami (10 %) a známka 5 jednou skupinou (5 %). V dubnu nebyla horší známka jak 3, kterou získala jedna skupina, tedy pouhých 5 % z celkového zastoupení.

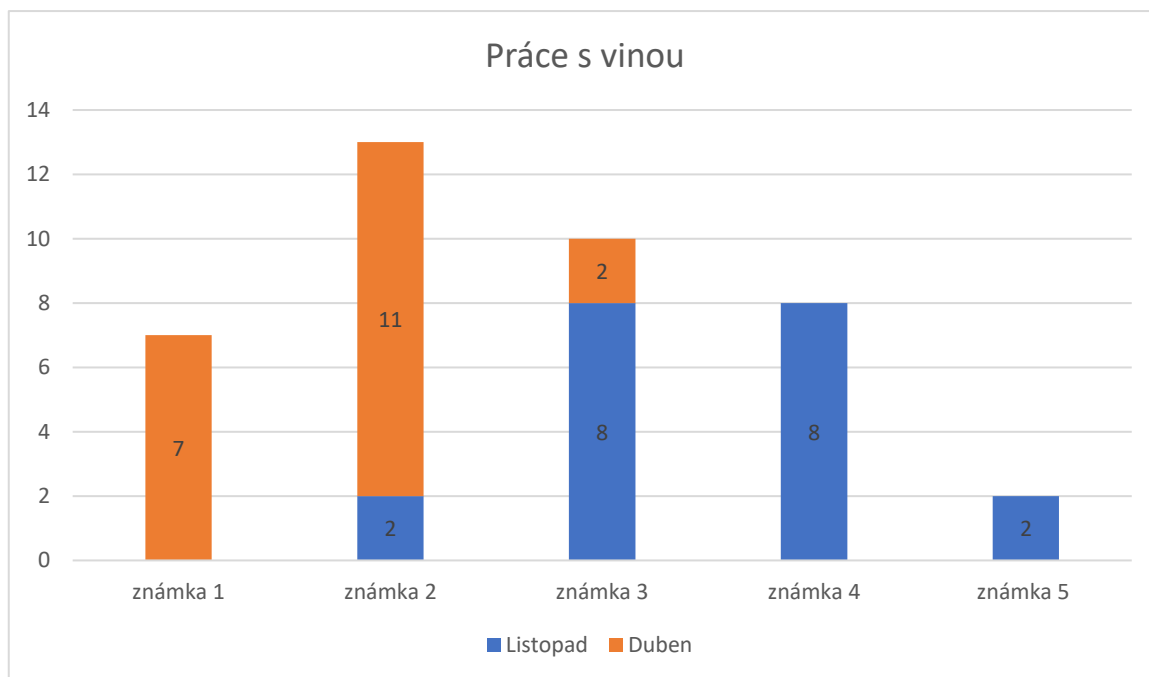


Obrázek 4 Aktivní naslouchání zasaženého

V obrázku číslo 4 jsou prezentovány výsledky z hodnocené kategorie „aktivní naslouchání zasaženého“.

V listopadu byla nejčastěji udělována známka 3, kterou obdrželo devět skupin (45 %). Naopak v dubnu byla nejčastěji udělována známka 1 s celkovým počtem deseti skupin, což činí přesně 50 % z celkového dubnového zastoupení.

V listopadovém hodnocení obdrželo šest skupin (30 %) známku 4, čtyři skupiny (20 %) dosáhly na známku 2 a jedna skupina (5 %) obdržela známku 1. V dubnovém hodnocení byly stejně zastoupené známky 2 (25 %) a 3 (25 %), které získalo dohromady deset skupin. V listopadovém ani v dubnovém hodnocení nebyla udělena známka 5, a proto grafový sloupec zůstal prázdný.

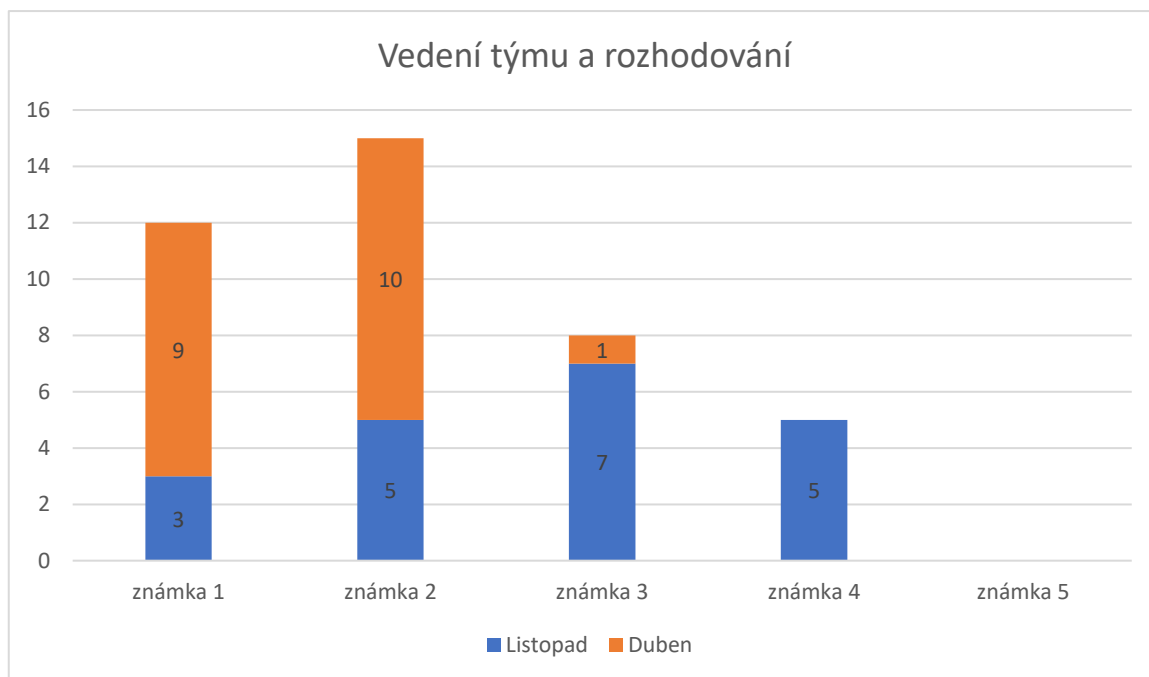


Obrázek 5 Práce s vinou

Obrázek číslo 5 se věnuje práci s vinou, konkrétně se zaměřuje na to, jak tým pracoval s presumpcí nevin. Především byl pozorován způsob, kterým tým komunikoval se sekundárně zasaženým jedincem, tedy zda nedával zasaženému pocit viny, ale zároveň ho neospravedlňoval a zda volil při této problematice vhodná slova.

Z analýzy dat vyplývá, že v listopadu bylo osmi skupinám uděleno stejné množství známek 3 (40 %) a 4 (40 %). Známky 2 (10 %) a 5 (10 %) byly taktéž uděleny v listopadu stejnému počtu skupin, tedy obě známky byly zastoupeny dvěma skupinami. V tomto období nebyla žádné skupině přidělena známka 1, a proto zůstal grafový sloupec prázdný.

Naopak v dubnu byla udělena jedenácti skupinám (55 %) známka 2 a známku 1 obdrželo sedm skupin (35 %). V dubnu nebyla udělena horší známka než 3, přičemž dvě skupiny (10 %) obdržely právě toto hodnocení.

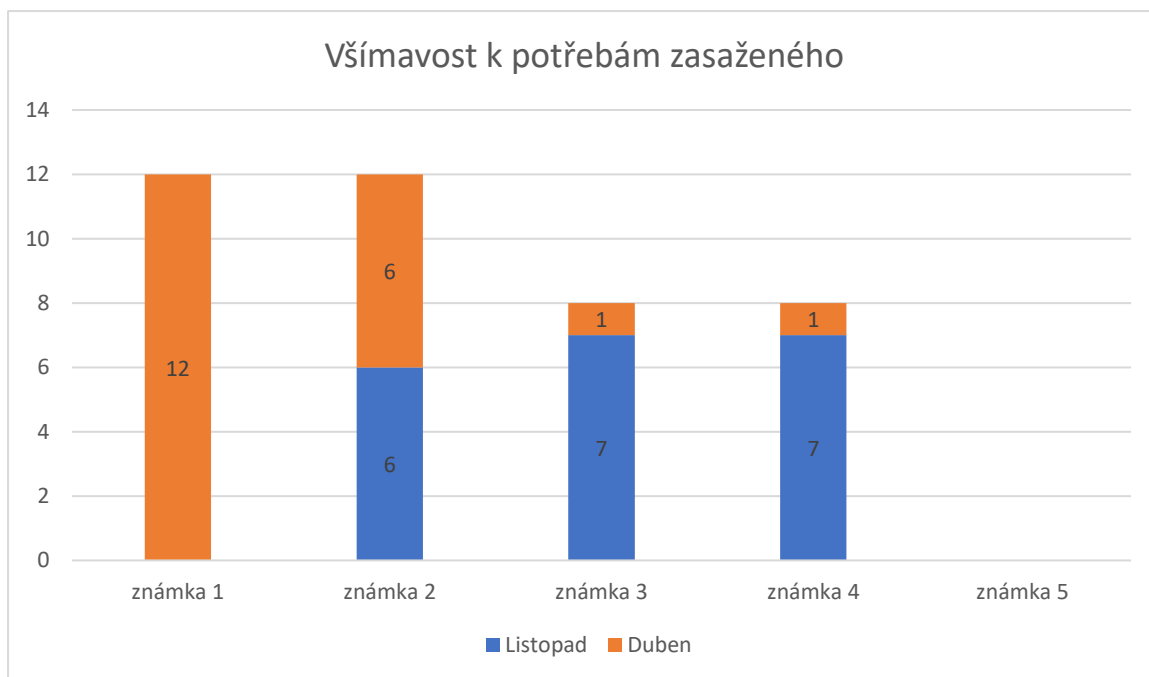


Obrázek 6 Vedení týmu a rozhodování

Obrázek číslo 6 popisuje, jak tým efektivně spolupracoval při rozdělování úkolů v komunikaci a zda byly role jasně rozděleny.

Z vyhodnocených dat je patrné, že v listopadu byla nejčastější známka 3, kterou dostalo sedm skupin (35 %). Hodnocení 2 (25 %) a 4 (25 %) bylo stejně zastoupené, a to pěti skupinami. Známkou 1 v listopadu byla udělena třem skupinám (15 %).

V dubnu byla nejčastěji udělena známka 2, a to deseti skupinám (50 %) a následováno hodnocením 1, které získalo devět skupin (45 %). V dubnu nebyla udělena horší známka než 3, kterou tvořila jedna skupina (5 %). V obou obdobích žádná skupina nedostala hodnocení 5, čímž je sloupec v grafu prázdný.

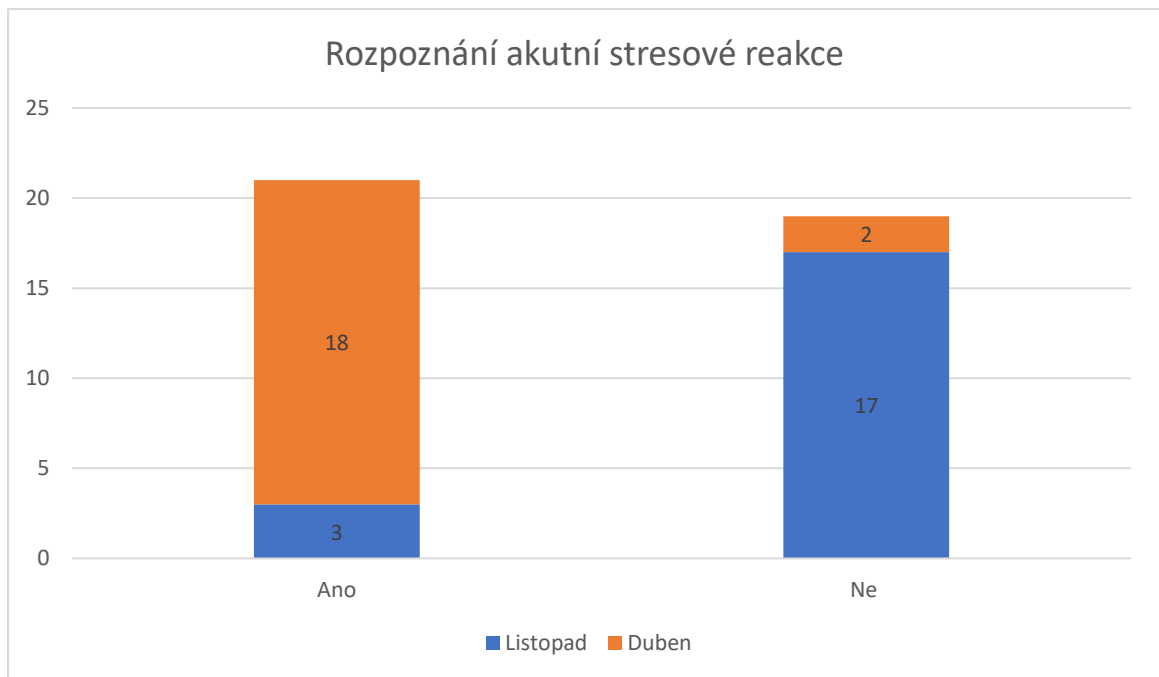


Obrázek 7 Všímavost k potřebám zasaženého

Obrázek číslo 7 zaznamenává, jak pozorně reagovali členové týmu na specifické potřeby sekundárně zasaženého. Především se zaměřuje na to, jak tým vnímal individuální potřeby sekundárně zasaženého jedince a jakým způsobem se snažil porozumět jeho situaci.

V listopadu byla stejně zastoupená známka 3 (35 %) a 4 (35 %), a to sedmi skupinami. Následně šest skupin (30 %) obdrželo známku 2. V tomto období žádná skupina nezískala známku 1 ani 5.

Naopak v dubnovém hodnocení je patrné výrazné zastoupení u známky 1, které obdrželo dvanáct skupin (60 %). Šest skupin (30 %), získalo známku 2, stejně jako tomu bylo v listopadu. Známky 3 (5 %) a 4 (5 %) byly uděleny jedné skupině. V obou obdobích ani jedna skupina nedostala známku 5.

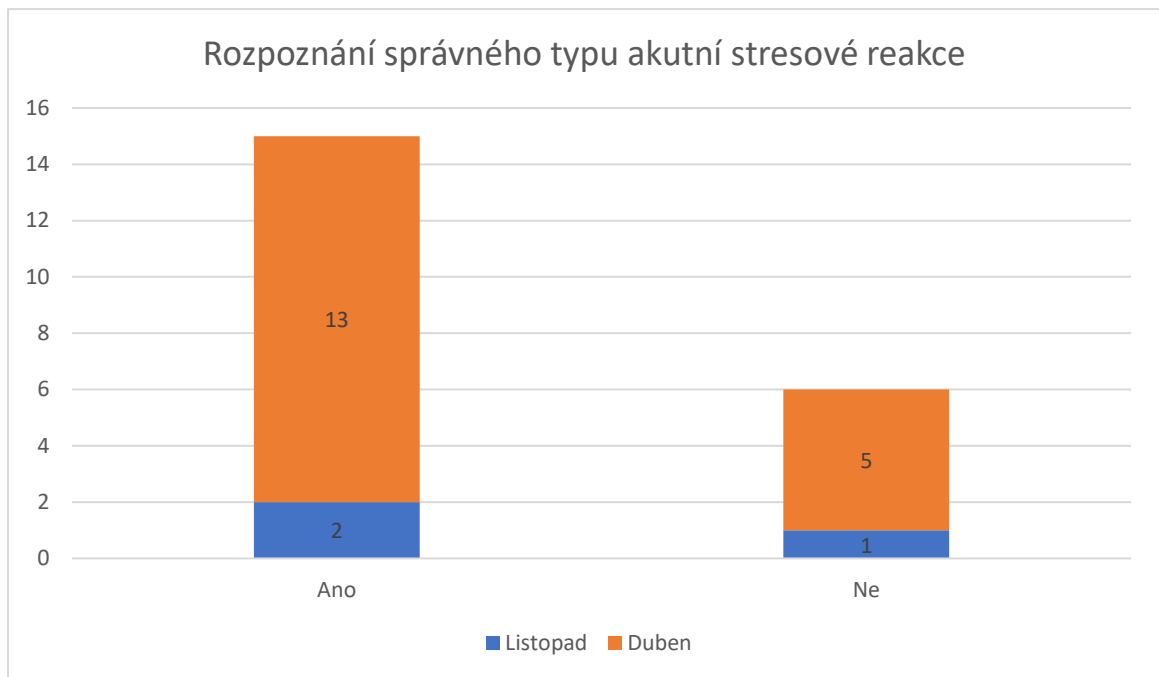


Obrázek 8 Rozpoznání akutní stresové reakce

Obrázek číslo 8 zkoumá, zda byla v modelové situaci rozpoznána akutní stresová reakce.

V listopadu byla akutní stresová reakce rozpoznána třemi skupinami (15 %), zatímco sedmnáct skupin (85 %) tuto reakci nerozpoznalo.

Naopak v dubnu osmnáct skupin (90 %) rozpoznalo, že se jedná o akutní stresovou reakci, zatímco dvě skupiny tuto reakci nerozpoznaly.

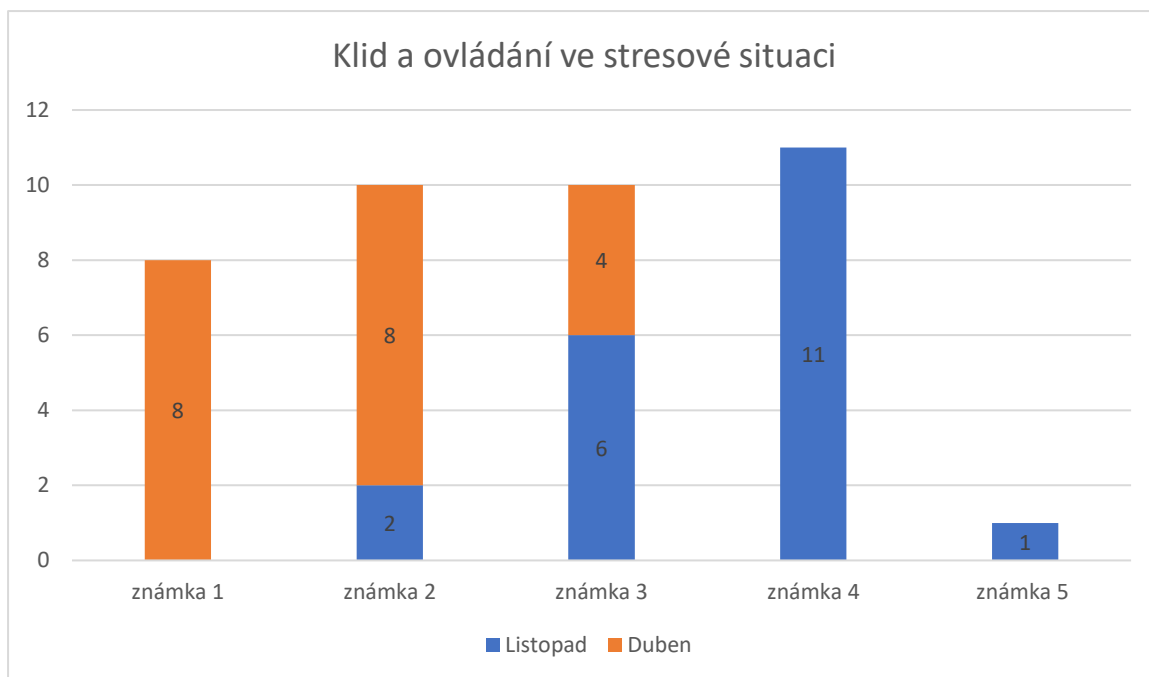


Obrázek 9 Rozpoznání správného typu akutní stresové reakce

Obrázek číslo 9 uvádí, kolik skupin rozpoznalo správný typ akutní stresové reakce, tedy jestli se jedná o typ A nebo o typ B.

V listopadu tři skupiny rozpoznaly, že se jedná o akutní stresovou reakci. Z těchto skupin, dvě skupiny, tedy zaokrouhleně 67 %, identifikovaly správně, že se jedná o typ A, zatímco jedna skupina (33 %) nesprávně určila tento typ.

V dubnu, z osmnácti skupin, které rozpoznalo akutní stresovou reakci, třináct skupin (72 %) správně určilo typ stresové reakce, zatímco pět skupin (28 %) nesprávně určilo tento typ.

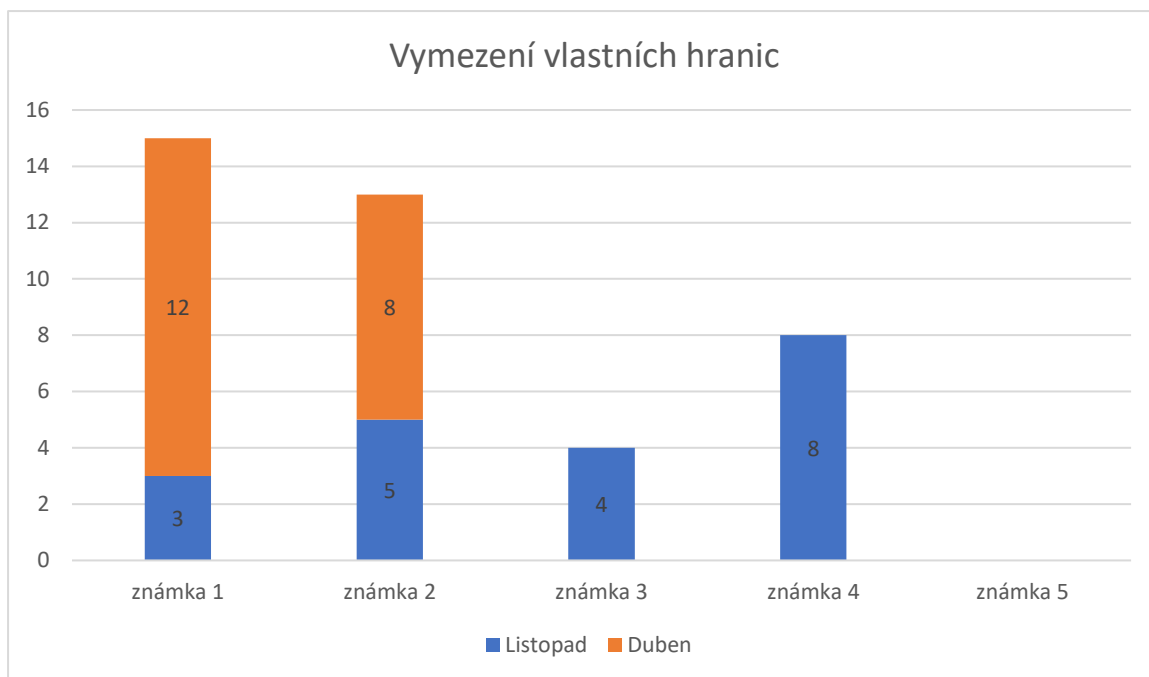


Obrázek 10 Klid a ovládání ve stresové situaci

Obrázek číslo 10 znázorňuje známky úměrné zvládnutí situace v rámci zachování klidu při stresové situaci, které byli členové týmu vystaveni.

Z analýzy dat vyplývá, že v listopadu nejvíce skupin (jedenáct) obdrželo hodnocení 4 (55 %). Následuje hodnocení 3, které získalo šest skupin (30 %) a dvě skupiny (10 %) dostaly hodnocení 2. Jedna skupina (5 %) dostala hodnocení 5, ale naopak nebylo uděleno žádné skupině hodnocení 1.

V dubnovém hodnocení byla stejně zastoupena známka 1 (40 %) a 2 (40 %) a to osmi skupinami. Nejhorší hodnocení v dubnovém období činila známka 3, kterou získaly čtyři skupiny (20 %).

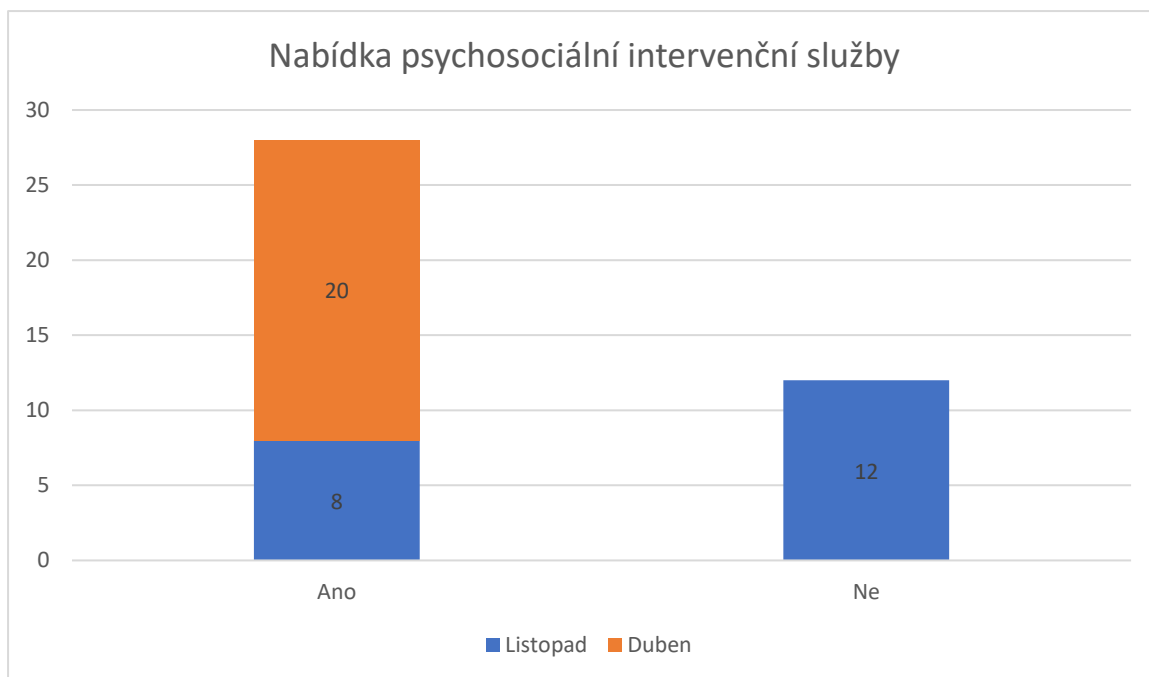


Obrázek 11 Vymezení vlastních hranic

V obrázku 11 je znázorněno, jak si členové týmu byli schopni vymežit své hranice, tj. zda byli schopni odmítnout činnost, kterou považovali za nepříjemnou.

V listopadu byla nejčastěji udělena známka 4, a to osmi skupinám, což představuje 40 % z celkového zastoupení. Následovala známka 2, kterou získalo pět skupin (25 %), známka 3 byla udělena čtyřem skupinám (20 %) a známka 1 třem skupinám (15 %). V tomto období nebyla žádné skupině přidělena známka 5.

Naopak v dubnovém hodnocení byla nejčastější známka 1, kterou získalo dvanáct skupin (60 %) a známka 2 byla udělena osmi skupinám (40 %). V dubnovém období se nevyskytovala známka 3, 4, ani 5.



Obrázek 12 Nabídka psychosociální intervenční služby

Obrázek číslo 12 hodnotí, zda byla během modelové situace nabídnuta sekundárně zasaženému jedinci psychosociální intervenční služba v podobě zdravotnického interventa.

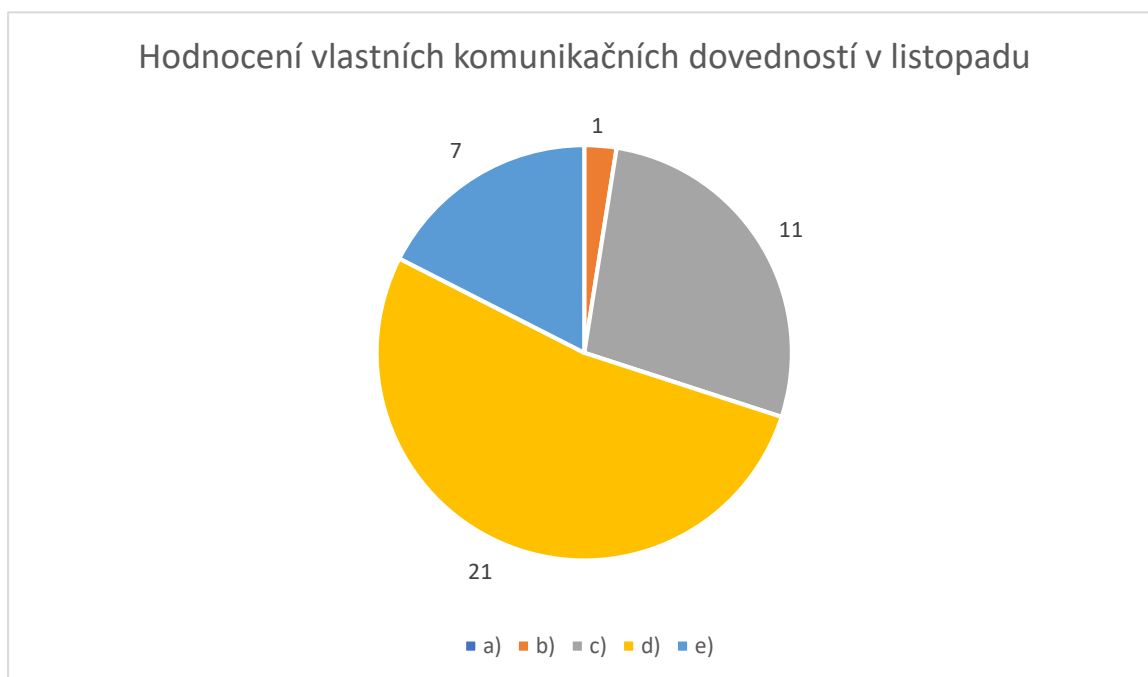
V listopadu z dvaceti skupin byla tato služba nabídnuta osmi skupinami (40 %), zatímco dvanáct skupin (60 %) tuto možnost zasaženému jedinci nenabídlo.

Na rozdíl v dubnovém období, všech dvacet skupin nabídlo zdravotnického interventa sekundárně zasaženému jedinci, což představuje 100 % celkového zastoupení.

14.1 Výsledky z dotazníkového šetření

Tato část se zaměřuje na prezentaci dosažených výsledků během dotazníkového šetření. Dotazník byl rozdán v dubnové etapě po absolvování modelové situace „sražený chodec“. Dotazník vyplnilo 40 respondentů, což činí 100 % návratnosti.

1. Jak byste ohodnotili své komunikační dovednosti se zasaženým pacientem projevujícím akutní stresovou reakci v modelové situaci, kterou jste absolvovali v listopadu? (Tedy **před** absolvováním části kurzu krizové komunikace.)
 - a) Velmi vysoké dovednosti
 - b) Vysoké dovednosti
 - c) Střední dovednosti
 - d) Nízké dovednosti
 - e) Velmi nízké dovednosti

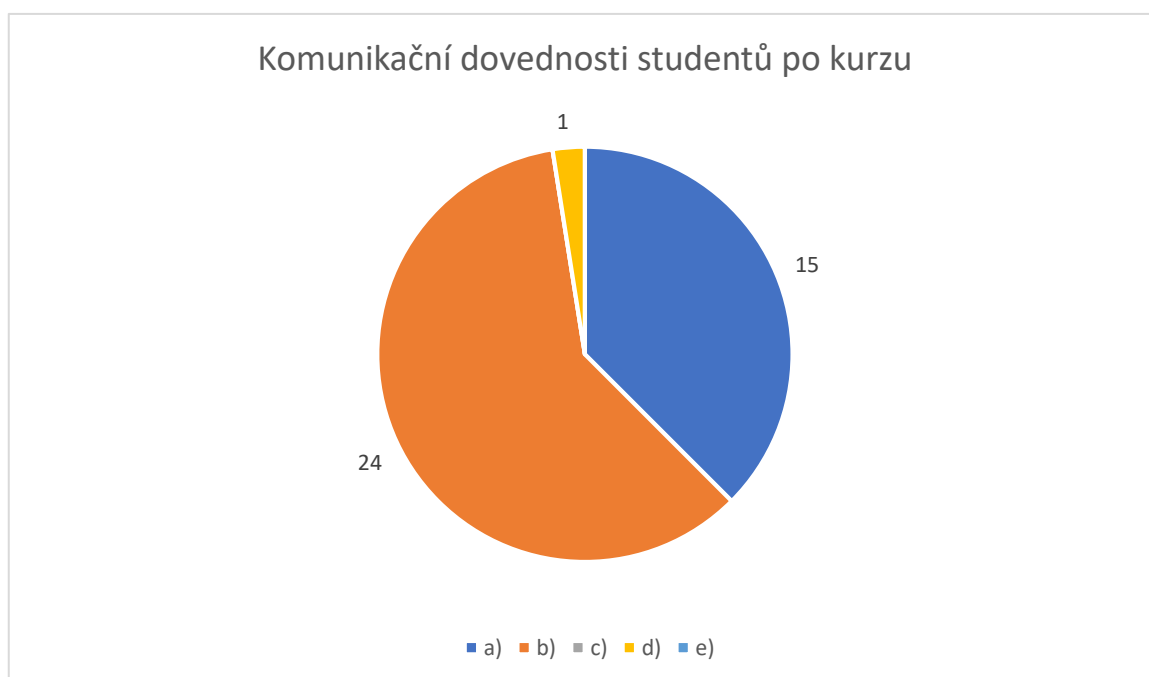


Obrázek 13 Hodnocení vlastních komunikačních dovedností v listopadu

V obrázku číslo 13 hodnotí studenti 2. ročníku své komunikační dovednosti v modelové situaci „Pád“, kterou absolvovali v listopadu.

Z celkového počtu 40 respondentů, 21 z nich ohodnotilo své komunikační dovednosti jako nízké. 11 respondentů ohodnotilo své dovednosti jako střední. 7 respondentů označilo své komunikační dovednosti jako velmi nízké a naopak 1 respondent ohodnotil své dovednosti jako vysoké. Žádný respondent se neoznačil odpověď a), tedy velmi vysoké dovednosti.

2. Jaké zlepšení jste zaznamenali ve svých komunikačních dovednostech v modelové situaci, která proběhla nyní? (Kde jste již **po** absolvované části kurzu krizové komunikace.)
- Zaznamenal(a) jsem, výrazné zlepšení ve svých schopnostech.
 - Pozoroval(a) jsem určité zlepšení ve svých schopnostech.
 - Nepozoroval(a) jsem žádný výrazný rozdíl ve svých schopnostech.
 - Mé schopnosti zůstaly stejné jako před absolvováním kurzu.
 - Myslím si, že moje schopnosti se dokonce zhoršili.

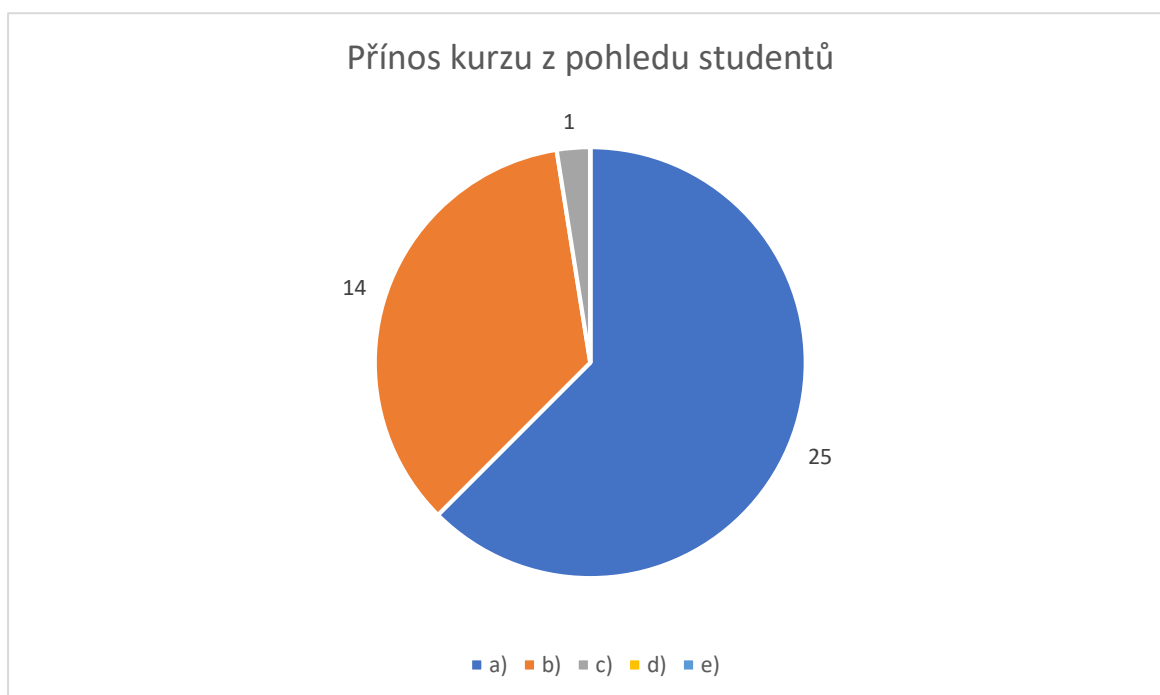


Obrázek 14 Komunikační dovednosti studentů po kurzu

V obrázku číslo 14 respondenti hodnotili, jaké zlepšení ve svých komunikačních dovednostech dosáhli po absolvování části kurzu krizové komunikace v modelové situaci „sražený chodec“, která se uskutečnila v dubnu.

Z celkového počtu 40 respondentů odpovědělo 24 z nich, že pozorovali určité zlepšení ve svých komunikačních dovednostech a 15 respondentů označilo zlepšení jako výrazné. Jeden respondent označil, že jeho schopnosti zůstaly stejné jako před absolvováním kurzu. Žádní respondenti neoznačili možnosti c) a e).

3. Jaký přínos vidíte v absolvování kurzu Netechnických dovedností konkrétně v části „Krizová komunikace s pacienty v akutní stresové reakci“, pro rozvoj vašich komunikačních dovedností ve studijním programu Zdravotnické záchranářství?
- a) Velmi významný přínos
 - b) Významný přínos
 - c) Střední přínos
 - d) Malý přínos
 - e) Žádný přínos

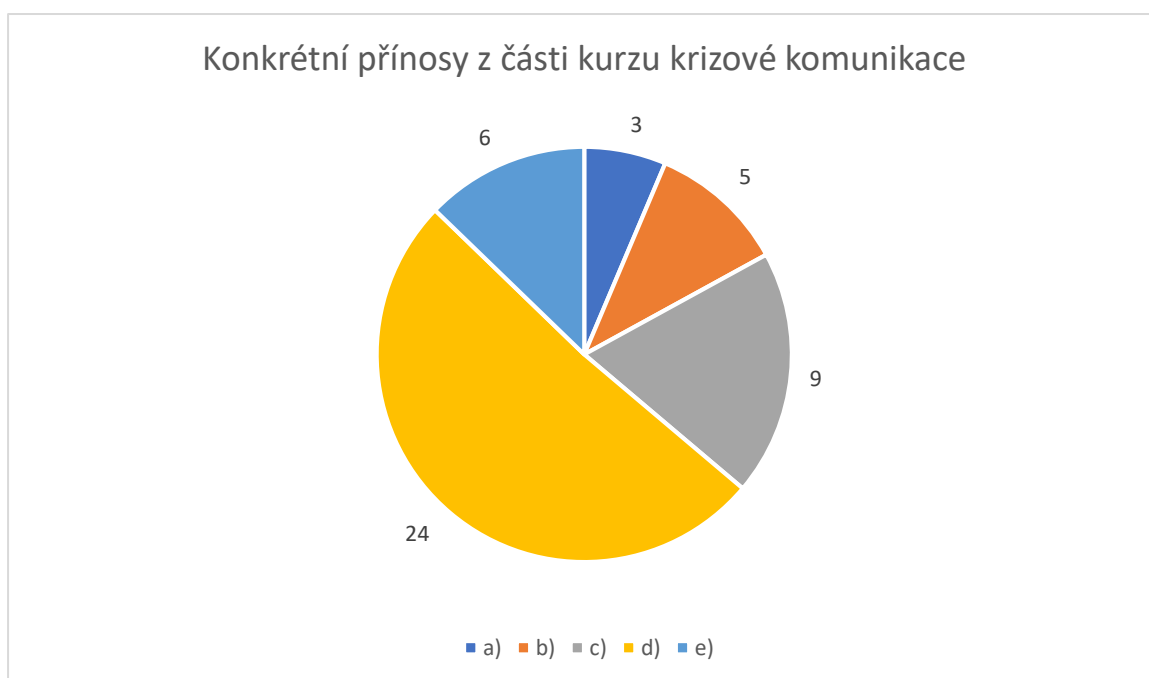


Obrázek 15 Přínos kurzu z pohledu studentů

Obrázek číslo 15 popisuje, jaký přínos vidí respondenti v absolvování kurzu v části krizové komunikace pro rozvoj jejich komunikačních dovedností ve studijním programu Zdravotnické záchranářství.

Z 40 dotazovaných respondentů, 25 z nich označilo přínos jako velmi významný, 14 respondentů vidělo přínos jako významný a 1 respondent vnímal přínos jak střední. Žádní respondenti neoznačili odpovědi d) a e).

4. Jaké konkrétní přínosy jste zaznamenal(a) po absolvování části kurzu krizové komunikace? (Můžete zvolit více odpovědí.)
- Naučil(a) jsem se rozeznat akutní stresovou reakci a dokážu navrhnout zdravotnického intervenanta.
 - Naučil(a) jsem se aktivně naslouchat a používat vhodná slova k podpoře zasaženého.
 - Rozšířil(a) jsem se povědomí o tom, co SPIS je, a kdy ho můžu využít.
 - Vše výše uvedené.
 - Jiné (napíšte)



Obrázek 16 Konkrétní přínosy z části kurzu krizové komunikace

Obrázek číslo 16 zaznamenává konkrétní přínosy, které respondenti zaznamenali po absolvování části kurzu krizové komunikace. Tato otázka je polootevřená a umožňuje respondentům zvolit více možností.

24 respondentů odpovědělo, že nyní dokáží rozeznat akutní stresovou reakci a navrhnout zdravotnického intervenanta, aktivně naslouchat a používat vhodná slova a rozšířili si povědomí o SPISu. Zbývajících 16 respondentů označilo ostatní odpovědi. 6 z nich zvolilo navíc možnost volné odpovědi, v níž popisovali své postřehy a přínosy z kurzu. Mezi tyto přínosy respondenti uvádějí:

„Kurz mi poskytl efektivně komunikovat s pacienty s akutní stresovou reakcí, ať už s jedinci s typem A nebo typem B.“

„Tento kurz mi pomohl urovnat si myšlenky a pečlivě promýšlet svá slova, než je vyslovím.“

„Cítím se méně nervózní v dané situaci, když vím, jak reagovat.“

„Naučil jsem se porozumět zasaženému jedinci a díky tomu vím, jak důležitá je správná intervence.“

„Naučil jsem se nepoužívat klišé výroky, které nemají praktickou hodnotu a jsou to jen slova.“

„Naučila jsem se, že ticho léčí a není nutné neustále mluvit.“

5. Máte nějaké návrhy na to, co byste chtěli přidat, ubrat nebo jak zlepšit obsah části kurzu krizové komunikace? (Otevřená otázka)

V této otázce, měli respondenti možnost vyjádřit svůj názor k části kurzu krizové komunikace. Celkově byli respondenti s kurzem spokojeni a vyjadřovali časté pochvaly na tento kurz. Avšak vyjádřili také několik konkrétních oblastí, ve kterých by mohlo dojít k vylepšení či rozšíření obsahu a formy výuky. Mezi tyto návrhy, které se často opakovaly, patří:

1. Více probírat komunikaci.
2. Postupně procházet jednotlivé kroky akutní stresové reakce.
3. Více modelových situací.
4. Vyšší časová dotace na tuto část kurzu.
5. Více se věnovat jednotlivým typům akutní stresové reakce.
6. Zapojení krizové komunikace do základních osnov naší výuky.
7. Častější procvičování krizové komunikace i mimo tento kurz.
8. Větší informovanost o tomto tématu již od 1. ročníku.
9. Častější opakování kurzu.
10. Více zaměřit kurz na praktický nácvik a komunikaci se zasaženým jedincem.
11. Více modelových situací k tréninku komunikace.
12. Více modelových situací s jednotlivými typy akutní stresové reakce.
13. Trénink komunikace a práce s vinou.

15 Diskuze

V této části bakalářské práce jsou získané informace porovnány s odbornou literaturou.

Průzkumná otázka číslo 1:

Jaká je úroveň komunikačních dovedností studentů v interakci se sekundárně zasaženým pacientem před absolvováním části kurzu krizové komunikace?

Na tuto průzkumnou otázku odpovídají výsledky z pozorování na obrázcích 1, 2, 4, 5 a dotazníková otázka 1 (obrázek 13). Komunikační dovednosti zahrnovaly schopnost týmu vyjádřit empatii vůči zasaženému jedinci, srozumitelně vysvětlit situaci, aktivně naslouchat a řídit efektivně komunikaci. Dále se zkoumala schopnost týmu pracovat s vinou a také jak si tým rozděluje v rámci komunikace úkoly. Výsledky naznačují nízkou úroveň komunikačních dovedností a potřebu zlepšení v těchto oblastech, aby komunikace v krizových situacích byla účinnější a efektivnější.

V **obrázku 1** bylo sledováno, jak tým vyjadřoval empatii a emocionální podporu zasaženému pacientovi. V listopadu byla nejčastěji udělena známka 4, které dosáhlo osm z dvaceti skupin. Tato známka naznačuje, že tým splnil úkol v oblasti empatie uspokojivě, avšak byly zaznamenány určité nedostatky. Hodnocení 5 bylo přiděleno pouze jedné skupině. Důvodem byla nepřiměřená reakce, která zahrnovala nedostatečný respekt a vážnost situace a naopak, byla zaznamenána nevhodná reakce v podobě smíchu. V obou případech těchto zastoupení byly použity nevhodné fráze, jako například: „*Budeme doufat, že neumře.*“, „*Bud'te v klidu.*“, „*Chceme, abyste se uklidnila.*“, „*Bude to dobrý.*“, „*Něco vám je?*“, „*Určitě se z toho dostane.*“

Při analýze těchto frází z modelové situace, jsem porovнала získané výsledky s odbornou literaturou od Humpla a spol. (2013). Humpl a spol. krom jiného, zdůrazňuje význam prvního dojmu, který zdravotník nebo zdravotnický intervent vytváří při kontaktu se zasaženou osobou. Z této perspektivy je důležité, aby sekundárně zasažená osoba vnímala zájem a pozornost od zdravotníka již od samotného počátku komunikace. Zdravotník nebo zdravotnický intervent by měl působit přirozeně a autenticky, aby bylo zajištěno kvalitní navázání kontaktu se sekundárně zasaženou osobou. Nicméně, je důležité, aby zdržel své emoce na uzdě a neprojevoval se nevhodně.

Podle Humpla a spol. (2013, s. 53) jsou některé z frází, které byly použity v modelové situaci, nevhodné. Například fráze jako „*Bud'te silný.*“ nebo „*Bud'te v klidu.*“. Pro zasaženého tato

slova mohou být obtížně přijatelná, jelikož mu odepírají právo projevit slabost či emocionální zranitelnost. Rovněž dotaz „*Jak se cítíte?*“ může být v situaci, kdy člověk prožívá krizovou událost, považován za nevhodný, neboť se předpokládá, že není možné se cítit jinak než špatně.

Dále na základě hodnotící tabulky obdrželo šest skupin hodnocení 3, což naznačuje, že tyto týmy prokázaly adekvátní komunikaci se zasaženým pacientem. Nicméně, v průběhu situace byla patrná větší zmatenost a některé týmy vykazovaly nejistotu, což se projevilo především mlčením. Je však potřeba zdůraznit, že toto mlčení není třeba považovat za větší nedostatek, ale spíše možnost pro zlepšení komunikačních dovedností.

Jedna skupina s hodnocením 1 a čtyři skupiny s hodnocením 2 dosáhly nejlepších výsledků. Tyto týmy používaly vhodná slova, prokázaly vysokou míru empatie a snažili zasaženou osobu povzbudit a získat si její důvěru, což přispělo k vytvoření pevného základu na další průběh komunikace. Tyto skupiny volily fráze jako: „*Udělal jste, co jste mohla.*“, „*Zvládla jste to výborně.*“, „*Zdravotníci dělají všechno proto, aby ji zachránili.*“ nebo „*Zkuste dýchat zhluboka.*“. Tyto fráze jsou v souladu s doporučeními Humpla a spol. (2013, s. 52), které zdůrazňují, že v krizových situacích je důležité kombinovat projevy soucitu a pochopení, a aby tato slova podpory byla především přirozenou součástí nás.

Obrázek 2 popisuje hodnocení komunikace týmu se zasaženým jedincem, zejména s ohledem na srozumitelnost a schopnost vysvětlit situaci sekundárně zasažené osobě. V listopadu převažovala opět kategorie s hodnocením 4, které dosáhlo devět z dvaceti skupin. Toto hodnocení je možné přičíst k tomu, že již na začátku si nezískali potřebnou důvěru od zasaženého a se stresovou situací si neuměli dostatečně poradit. Studenti se stěží vyjadřovali k situaci, která se odehrála, občasně zvyšovali na zasaženého hlas a nedostatečně popisovali, co se stalo, co může následovat, a zlehčovali emoce zasaženého. Pouze jedna skupina obdržela hodnocení 5, kde převažovala síla nad empatií a studenti nedokázali vysvětlit srozumitelně, co se stalo, používali spíše hlasité a nepříjemné tóny hlasu a docházelo k častému moralizování a přemlouvání zasažené osoby.

Jedním z doporučení od Humpla a spol. (2013, s. 68) je právě nebagatelizovat zážitky a emoce zasažených osob. To znamená, že by se mělo zcela vyhnout výrokům typu „*To je dobré, uvidíte, že to přejde.*“, které mohou vést k pocitu nepochopení. Další důležitou zásadou je zdržet se jakéhokoli odsuzování nebo negativního hodnocení myšlenek sekundárně zasaženého, například prostřednictvím výroků jako „*Takhle nemůžete přemýšlet.*“. Tato reakce může vést k dalšímu pocitu izolace a zklamání. Humpl a spol. dále uvádí, že je vhodné se vyhnout

moralizování, přemlouvání nebo slibování. Přemlouvání nebo sliby mohou být nerealistické a vyvolat falešné naděje nebo další zklamání. Ve sledované modelové situaci bylo používání výroků a frází, které neodpovídaly doporučením Humpla a spol., přisouzeno právě hodnocením 4 a 5. Tyto výroky nebyly vhodné v kontextu komunikace se sekundárně zasaženým jedincem, jak uvádí Humpl a spol. (2013), který zdůrazňuje poskytování podpory bez soudů, moralizování nebo zlehčování jejich prožitku.

Hodnocení 3 obdrželo šest skupin. Tyto skupiny vykazovaly snahu o srozumitelné jednání, avšak bylo patrné, že si nedokázaly poradit se zasaženým, který vykazoval akutní stresovou reakci typu A a typicky se tak projevoval, tj. chůzí z místa na místo a neschopnost udržet kontakt. To je velmi ovlivnilo a podepsalo se tak na jejich výkonu.

V kategorii s hodnocením 1 a 2 byly v každé kategorii zastoupeny dvě skupiny, tedy celkem čtyři týmy, kteří výborně zvládly schopnost vést konverzaci a vysvětlit srozumitelně situaci zasaženému. Tito studenti přistupovali k sekundárně zasaženému empaticky, poskytli mu dostatek času a podali jasné a stručné informace o situaci. Toto chování odpovídalo doporučením od Humpla a spol. (2013).

Na obrázku číslo 4 je zkoumáno aktivní naslouchání zasaženého, což se týká především schopnosti týmu naslouchat zasaženému a vhodně reagovat na vzniklou situaci. V listopadu byla nejčastější známka 3, které dosáhlo devět z dvaceti skupin. Tyto skupiny úkol splnily adekvátně, ale byly zde stále oblasti, ve kterých by mohlo dojít ke zlepšení. Často se jednalo o nedostatečné porozumění potřebám zasaženého a tým volil spíše neutrální postoj k situaci. Hodnocení 4, které dosáhlo šest skupin, ukazuje uspokojivý výkon týmu, avšak stále se potýkaly s obtížemi v reakci na potřeby zasaženého a nevěděly, jak na ně vhodně reagovat.

Skupiny, které obdržely právě hodnocení 4, neprokázaly dostatečné dodržování principů efektivního naslouchání dle Špatenkové (2017). Tyto principy zahrnují schopnost reflektovat, což je „zlaté pravidlo“ pro první psychickou pomoc dle Špatenkové (2017, s. 29): „*Když nevíš, jak dál, reflektuj!*“, což umožňuje budovat důvěru a pochopení vůči zasaženým osobám.

Hodnocení 1 dosáhla pouze jedna skupina a hodnocení 2 obdržely čtyři skupiny. Celkově tedy pět skupin ukázalo nejlepší výsledky. Tyto týmy se soustředily na vhodné použití slov k potřebám, které vykazoval sekundárně zasažený jedinec, což ukazuje na jejich schopnost efektivně naslouchat a reagovat na situaci a snahu vrátit zasaženého jedince zpátky do reality. Tento přístup odpovídá principům uvedeným v publikaci Špatenkové (2017).

Špatenková (2017, s. 29) zdůrazňuje důležitou roli reflektivního naslouchání v procesu poskytování první psychické pomoci. Reflektivní naslouchání zahrnuje několik možností, mezi ně patří reflektování události, reakcí, obsahu sdělení a emocí zasažené osoby. Reflektování události spočívá v opisu toho, co zdravotník nebo zdravotnický intervent zaznamenal, například: „*Vidím, že máte v ruce telefon, asi jste s někým mluvila.*“. Tento přístup pomáhá zasažené osobě orientovat se v aktuální situaci a návratu do reality. Dále může zdravotník reflektovat viditelné projevy chování zasažené osoby, což může napomoci navázání kontaktu, například: „*Stojíte tady už nějakou dobu a díváte se do kouta.*“. Parafrázování obsahu sdělení tím, že zdravotník řekne například: „*Jestli tomu rozumím, tak jste říkala, že...*“, což vyvolá u zasažené osoby pocit zájmu a pochopení. Reflektování emocí spočívá v potvrzení emocí, které zasažená osoba prožívá, například: „*Vidím, že vás to vzalo, asi bych se také cítil podobně.*“. Doporučení pro efektivní naslouchání zahrnuje tedy snahu porozumět sděleným informacím, vnímat verbální i neverbální projevy, používat při komunikaci otevřené otázky a poskytovat zpětné vazby na přijaté informace.

Na obrázku 5 je znázorněna práce týmu, který se zabýval vinou zasaženého. Hlavním cílem bylo zachování principu presumpce nevinny, což znamená, že daná osoba nesmí být předem považována za vinnou, pokud její vina není prokázána v souladu se zákony. To vyžadovalo, aby tým nevyčítal vinu zasažené osobě, avšak zároveň se nesnažil osvobodit ji od všech obvinění bez řádného a objektivního šetření. Tento postup zdůrazňuje důležitost nestranného a zákonného jednání s osobami, který čelí obvinění a má velký význam ve výkonu povolání jako je právě zdravotnické záchranářství.

Špatenková (2017) uvádí, že pocit viny, přináší vysoké riziko sebevražedného chování. Vzhledem k tomu je zásadní umět s pocitem viny adekvátně pracovat. V průběhu profesní kariéry je pravděpodobné, že se s touto situací setkáme, a je důležité, aby záchranáři zůstali nezaujatí a zacházeli s každým pacientem s rovnou měrou důstojnosti a respektu, bez ohledu na předsudky či subjektivního hodnocení, aby se předešlo možným sebevraždám.

V listopadovém hodnocení byly nejčastěji udělovány známky 3 a 4, přičemž každá z těchto hodnocení obsahovala osm skupin. To znamená, že celkově šestnáct z dvaceti skupin dosáhlo těchto výsledků. Hlavním faktorem, který ovlivnil tyto výsledky, bylo opakované používání slovních formulací, které osvobozovaly zasaženou osobu od jakékoliv odpovědnosti. Typicky se jednalo také o situaci, kdy byla policie volána přímo před zasaženou osobou, což u ní způsobilo značné rozrušení. Běžně se vyskytovaly věty typu „*Není to vaše vina.*“, „*Určitě jste*

ji nezabila, zavoláme na to policii.“. Tento přístup byl identifikován jako hlavní problém většiny skupin. Dvě skupiny obdržely nejnižší možné hodnocení, známku 5, kvůli neschopnosti adekvátně pracovat s vinnou zasaženého, což bylo v rozporu s odbornou literaturou od Špatenkové (2017). Špatenková upozorňuje, že je zcela nevhodné stavět dotazy tak, aby měly charakter výslechu. Důležité je správně nastavit tón hlasu, a jak již bylo zmíněno, vyvarovat se uzavřeným otázkám, které mohou navodit právě tento pocit. Kritika nebo soudění jsou přístupy, které nepřispívají k psychické stabilizaci a mohou situaci spíše zhoršit. Rovněž je důležité nevyvíjet na osobu tlak a respektovat, že mlčení může být projevem potřeby prostoru a času na zpracování situace. Osoby ve stresové situaci často prožívají zpomalení myšlenkových procesů a vyžadují čas k uspořádání myšlenek. Zlehčování situace nebo emocí, které zasažená osoba prožívá, je také nevhodné a takový přístup může vést k pocitu nepochopení a izolace.

Naopak, dvě skupiny dosáhly hodnocení 2, což byla nejlepší známka v listopadové etapě. Tyto dva týmy prokázaly schopnost potlačit své subjektivní pocity a vést konverzaci neutrálním a objektivním způsobem. Tím se vyhnuli chybám ostatních skupin a snažili se vytvářet bezpečné prostředí, ve kterém se osoba cítí respektována a nedochází k pocitu soudů nebo tlaku. Toto chování odpovídá principům, které popisuje Špatenková (2017) ve své publikaci.

Na tuto průzkumnou otázku odpoví také **obrázek číslo 13** z dotazníkového šetření. Respondentům byla položena otázka ohledně jejich hodnocení vlastních komunikačních dovedností v modelové situaci, která proběhla v listopadu. Z 40 respondentů 21 z nich uvedlo, že v listopadu považovali své komunikační dovednosti se sekundárně zasaženým jedincem za nízké. 11 respondentů označilo své komunikační dovednosti za střední, 7 respondentů pocítilo, že měli velmi nízké komunikační dovednosti, a pouze 1 respondent hodnotil své komunikační dovednosti jako vysoké.

Tato subjektivní hodnocení respondentů odpovídají i hodnotící tabulce, která zobrazuje celkově nízké komunikační dovednosti v modelové situaci „Pád“ v listopadu.

Průzkumná otázka číslo 2:

V jakém rozsahu došlo k potencionálnímu zlepšení komunikačních dovedností studentů se sekundárně zasaženým pacientem, po absolvování části kurzu krizové komunikace?

Na tuto průzkumnou otázku odpovídají taktéž obrázky s čísly 1, 2, 4, 5 a dotazníková otázka číslo 2 (obrázek 14). Tato část průzkumného výzkumu se zabývá hodnocením potencionálního zlepšení komunikačních dovedností se sekundárně zasaženým jedincem. Tato analýza se zaměřuje na vyhodnocené výsledky z modelové situace „Sražený chodec“, která proběhla v dubnu, kdy studenti měli již přibližně tři měsíce od absolvování kurzu. Výsledky z hodnotící tabulky a dotazníkového šetření naznačují výrazné zlepšení všech komunikačních dovedností po absolvování části kurzu krizové komunikace.

Obrázek číslo 1 zobrazuje hodnocení emoční podpory poskytované sekundárně zasaženému jedinci. V dubnu byla nejnižší udělená známka 3, kterou obdrželo pět skupin z dvaceti. Tento výsledek představuje výrazné zlepšení oproti hodnocení v listopadu, kdy bylo použito celkem 5 stupňů hodnocení. V dubnu obdrželo nejvyšší možné hodnocení osm skupin, což představuje výrazný pokrok oproti listopadovým výsledkům, kdy pouze jedna skupina dosáhla známky 1. Znamku 2 v dubnu obdrželo sedm skupin, tedy jen o jednu skupinu méně než nejlepší možné hodnocení. Zlepšení bylo zřetelně spojeno s výrazným rozvojem komunikačních dovedností, zejména schopnosti projevit empatii, porozumění a soucit. Týmy, kteří obdrželi známky 1 a 2, celkem 15 skupin, prokázali schopnost vést přirozenou konverzaci a volit vhodná slova podpory, jako například: „*Jsem tu pro Vás.*“, „*Rozumím, že to pro Vás není lehké.*“, „*Je v pořádku, že brečíte.*“, „*Věřím, že je to obtížná situace.*“, „*Udělejte všechno proto, aby jí pomohli.*“, „*My jsme udělali vše, co bylo v našich silách.*“, „*Je nám to líto.*“. U pěti skupin, které obdržely známku 3, byla pozorovaná určitá nejistota a nervozita, což mohlo mírně ovlivnit jejich důvěryhodnost, nicméně celkový výsledek v oblasti emoční podpory byl velmi solidní.

Obrázek číslo 2 hodnotí komunikaci týmu se sekundárně zasaženým jedincem, přičemž se zaměřuje na srozumitelnost, schopnost vysvětlit situaci a schopnost prezentovat nabízenou pomoc. V dubnovém hodnocení bylo zaznamenáno výrazné zlepšení, kde týmy dosáhly vyšších známek, než tomu bylo v listopadu. Nejnižší hodnocení končilo na známce 3. Zastoupení skupin s různými hodnoceními bylo stejné jako na obrázku 1. Osm skupin získalo známku 1, sedm skupin obdrželo známku 2 a pět skupin dosáhlo známky 3. Bylo zaznamenáno výrazné zlepšení zejména v rychlosti a porozumění nabízené pomoci. Týmy dokázaly v průběhu několika minut pochopit situaci zasažené osoby a rozpoznat u ní akutní stresovou reakci a

srozumitelně ji situaci vysvětlit, nabídnout pomoc a popsat roli zdravotnického intervenanta. Tento pokrok je patrný ve srovnání s listopadovými výsledky. Znamka 3 byla udělena v případech, kdy týmy nedokázaly dostatečně vysvětlit situaci nebo nabízenou pomoc, nedokázaly zasažené osobě dostatečně popsat roli zdravotnického intervenanta a docházelo k občasnému zlehčování situace a emocí zasaženého jedince. Nicméně i přes tyto nedostatky komunikovaly tyto týmy se zasaženým jedincem adekvátně.

Obrázek číslo 4 zobrazuje aktivní naslouchání zasažené osoby. I v této oblasti bylo zaznamenáno výrazné zlepšení oproti listopadu. Deset skupin získalo známku 1, což představuje polovinu z celkového zastoupení a významné zlepšení oproti listopadovému hodnocení, kdy tuto známku získala pouze jedna skupina. Znamky 2 a 3 byly obě zastoupeny pěti skupinami. Mírné nedostatky v podobě nedostatečného aktivního naslouchání byly patrné u pěti skupin s hodnocením 3, přesto většina týmů dokázala vnímat jak verbální, tak neverbální projevy zasažené osoby a adekvátně na ně reagovat. Často využívali věty jako: „*Vidím, že jste rozrušená. To je v pořádku.*“, „*Vidím, že chodíte pořád dokola, nechcete si sednout?*“, „*Vidím na Vás, že jste to nechtěla udělat.*“, „*Můžeme pro Vás něco udělat? Zavolat někomu blízkému, aby za Vámi přijel?*“. Týmy využívaly reflektivní naslouchání, snažili se sekundárně zasaženou osobu vrátit zpět do reality a nabízet jí konkrétní pomoc, což odpovídá doporučením prezentovaným v literatuře od Špatenkové (2017).

Obrázek číslo 5 popisuje hodnocení, jak týmy pracovaly s pocitem viny u sekundárně zasažené osoby. Cílem bylo reagovat spíše neutrálně, aby nedocházelo k přenášení pocitu viny na sekundárně zasaženého jedince, ale zároveň ho nezbavovat této viny. Oproti výsledkům z listopadu bylo i zde zaznamenáno výrazné zlepšení. Nejčastěji hodnocenou známkou v dubnu byla známka 2, kterou získalo více jako polovina zkoumaných týmů, konkrétně jedenáct skupin. Znamku 1 obdrželo sedm skupin, což je zlepšení oproti listopadovým výsledkům, kdy žádná skupina tuto známku nezískala. Dvě skupiny získaly známku 3, především kvůli nevhodně zformulovaným slovům, která mohla zasažené osoby rozrušit. Ostatní týmy se s pocitem viny zasažené osoby vyrovnaly velmi dobře. Používaly vhodné věty jako: „*Ted' už na tom nic nezměníme, byla to nehoda.*“, „*Důležité je, že jste zavolala záchrannou službu.*“, „*Udělal jste vše, co jste mohla, abyste ji pomohla.*“, „*Může se to stát nám všem.*“, „*Nebudeme dělat ukvapené závěry.*“, „*Intervent Vás soudit nebude, pomůže Vám.*“.

Na dotazníkovou otázku číslo 2 (**obrázek číslo 14**) odpovídali respondenti, kteří subjektivně hodnotili své zlepšení v komunikačních dovednostech v dubnové modelové situaci.

Z celkového počtu 40 respondentů odpovědělo 24 z nich, že pozorovali určité zlepšení, 15 respondentů uvádělo, že pozorovali výrazné zlepšení a 1 respondent uvedl, že jeho komunikační schopnosti zůstaly nezměněny. Toto subjektivní hodnocení respondenty skutečně potvrzuje to, že ve všech oblastech komunikačních dovedností došlo k výraznému zlepšení, což je patrné jak z jejich vlastního pozorování, tak i z pozorování autora.

Průzkumná otázka číslo 3:

Jaký přínos má část kurzu „Krizová komunikace se sekundárně zasaženým pacientem“ pro studenty studijního programu Zdravotnické záchranářství?

Tato průzkumná otázka využívá obrázky číslo 8, 9, 12 a dotazníkové otázky 3 (obrázek č. 15) a 4 (obrázek č. 16). Vycházelo se z modelových situací, kde v obou případech, jak v listopadu, tak v dubnu, prokazoval sekundárně zasažený jedinec akutní stresovou reakci typu A.

Obrázky číslo 8 a 9 zachycují počet skupin, které byly schopny rozpoznat akutní stresovou reakci a správně určit její typ. V listopadu to byly pouze tři skupiny (z dvaceti), kteří rozpoznaly tuto reakci. Z toho dvě skupiny dokázaly určit správný typ této reakce. Zatímco v dubnu tento počet vzrostl na osmnáct skupin a z toho třináct týmů dokázalo určit správný typ reakce. Tento výrazný nárůst svědčí o zvýšeném povědomí studentů o akutní stresové reakci a její typech, což je pravděpodobně důsledek absolvování části kurzu krizové komunikace.

Obrázek číslo 12 zobrazuje počet skupin, které nabídly sekundárně zasaženému jedinci pomoc formou zdravotnického intervenanta. Zatímco v listopadu dvanáct skupin tuto možnost nenabídlo, respektive nenabídlo žádnou formu pomoci, v dubnu všech dvacet skupin nabídlo tuto možnost. Tento výsledek taktéž ukazuje úspěšnost a efektivitu této části kurzu.

Dotazníkové otázky číslo 3 a 4, zaznamenané v **obrázcích číslo 15 a 16**, popisují názory respondentů na přínos části kurzu krizové komunikace. Většina respondentů (25 ze 40) označila kurz za velmi přínosný a čtrnáct respondentů označilo jeho přínos za významný. Pouze jeden respondent hodnotil přínos kurzu jako střední. V rámci otázky 4 vyjádřili respondenti konkrétní přínosy, které po absolvování části kurzu zaznamenali. Nejčastěji uváděnými přínosy bylo rozšíření povědomí o akutní stresové reakci a schopnosti navrhnout zdravotnického intervenanta, aktivní naslouchání a vhodná komunikace se sekundárně zasaženým jedincem a seznámení se s celorepublikovou sítí SPIS. Někteří respondenti také zdůraznili, že se naučili udržet chladnou hlavu v krizových situacích, porozumět emocím zasažené osoby a pochopit důležitost reflexe vlastních slov a projevů.

Na základě získaných informací považují zkoumanou část kurzu krizové komunikace za velmi přínosný nejen pro studenty studijního programu Zdravotnické záchranářství. Na základě

úspěšnosti zaznamenané u studentů bych doporučila zahrnout tuto část kurzu i do dalších studijních programů v oblasti zdravotnictví. Je zřejmé, že rozvoj komunikačních dovedností, díky části kurzu krizové komunikace, může přinést významné benefity v profesní praxi zdravotnických pracovníků.

16 Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřila na poskytování první psychické pomoci při nadměrně zátěžových situacích.

V teoretické části práce byly popsány koncepty stresu a stresové situace. Dále byla věnována pozornost akutní stresové reakci, její typy a popis sekundárně zasaženého jedince. Byla popsána posttraumatická stresová porucha, první psychická pomoc a také byla zmíněna historie psychosociální intervenční služby v České republice. Zejména byl detailně popsán průběh zdravotnické intervence v terénu. Závěr teoretické části byl věnován copingovým strategiím a syndromu vyhoření. Byl také poskytnut náhled do kvalifikačních standardů pro studijní program Zdravotnické záchranářství, které zdůrazňují důležitost komunikace s pacienty.

V praktické části této práce bylo provedeno porovnání úrovně komunikačních dovedností studentů druhého ročníku programu Zdravotnické záchranářství před a po absolvování části kurzu krizové komunikace v rámci kurzu Netechnických dovedností. Cílem této části bylo zhodnotit efektivitu části kurzu krizové komunikace na rozvoj komunikačních dovedností studentů se sekundárně zasaženým jedincem.

Pro výzkumnou část byly použity kvantitativní metody, konkrétně přímé nezúčastněné pozorování a dotazníkové šetření. Pro přímé nezúčastněné pozorování byla vytvořena hodnotící tabulka, do které byly kategorizovány různé aspekty komunikace. Studenti byli hodnoceni v jednotlivých kategoriích pomocí škály 1-5, a některé kategorie byly hodnoceny „ano“ nebo „ne“. Studenti prošli dvěma modelovými situacemi, a to v listopadu a v dubnu, kde jejich snaha komunikovat se sekundárně zasaženým jedincem projevující akutní stresovou reakci typu A byla hodnocena pomocí hodnotící tabulky. V dubnové fázi byl studentům navíc rozdán dotazník, ve kterém sami zhodnotili své komunikační dovednosti před a po absolvování kurzu. Také měli možnost navrhnout nápady pro zlepšení části kurzu krizové komunikace.

První průzkumným cílem bylo zjistit úroveň komunikačních dovedností studentů v modelové situaci v listopadu, před absolvováním kurzu Netechnických dovedností. V tomto období studenti projevili relativně nízkou úroveň komunikačních dovedností. Druhý průzkumný cíl se zaměřil na posouzení potenciálního zlepšení komunikačních dovedností studentů komunikující se sekundárně zasaženým jedincem v modelové situaci v dubnu. Studenti v tuto dobu byli již tři měsíce po absolvování kurzu Netechnických dovedností. V tomto období, prokázali studenti významný pokrok ve svých komunikačních schopnostech ve všech hodnocených oblastech. Třetím průzkumným cílem bylo zhodnotit přínos kurzu, zejména části

věnované krizové komunikaci. Ze subjektivního pohledu autora byla tato část kurzu velmi přínosná, protože vedla k zjevnému posunu a rozvoji komunikačních dovedností v interakci se sekundárně zasaženým jedincem. Hodnocení ze strany studentů potvrzuje, že i oni sami považují tento kurz za přínosný.

Je zřejmé, že kurz Netechnických dovedností, konkrétně část věnovaná krizové komunikaci, má významný dopad na komunikační dovednosti studentů druhého ročníku programu Zdravotnické záchranářství. Výsledky dotazníkového šetření naznačují, že studenti vnímají část kurzu krizové komunikace jako užitečnou a navrhli několik možných zlepšení, jako je zvýšení časové dotace pro část kurzu krizové komunikace, zařazení více modelových situací nebo častější opakování kurzu.

Studenti například projevili díky kurzu lepší schopnost rozpoznat a reagovat na akutní stresovou reakci, a také se zlepšili v používání vhodných slov a zachování klidu ve stresové situaci.

První psychická pomoc je důležitým prvkem ve zdravotnických profesích, a je nezbytné, aby studenti měli povědomí nejen o existenci zdravotnického intervenanta a způsobu jeho aktivace, ale také dostali informace o peer podpoře, pro kterou můžou přijít oni sami jako zdravotníci. Zdůraznění těchto důležitých prvků ve výuce přispěje k celkovému zvýšení povědomí o těchto možnostech první psychické pomoci.

Závěrem lze říci, že zkoumaná část kurzu krizové komunikace má významný potenciál k rozvoji komunikačních dovedností studentů zdravotnických oborů. Je vhodné zvážit začlenění kurzu zaměřeného na krizovou komunikaci do osnov semestrální výuky již od prvního ročníku studia a rozšířit nabídku tohoto kurzu i do dalších studijních programů.

17 Použitá literatura

17.1 Knižní zdroje

DUTKOVÁ, Andrea, 2023. *Jak vnímat stres: průvodce pro vnitřní pohodu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2568-5.

DVOŘÁK, Jan, František EMMERT, Alena FABIČOVICOVÁ, Lukáš HADAMČÍK a Petra HAVELKOVÁ, 2015. *Odmaturuj! ze společenských věd*. Druhé, přepracované vydání. Brno: Didaktis. ISBN 978-80-7358-243-2.

HUMPL, L. et al, 2013. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-562-4.

KLIMENT, Pavel, 2014. *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4206-8.

PRIESS, Mirriam, 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5394-2.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5327-0.

17.2 Internetové zdroje

DUŠEVNÍ TRAUMA, b.r. In: *Nzip.cz* [online]. [cit. 2024-03-28]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/708-dusevni-trauma-zakladni-informace?fbclid=IwAR0vAkNIJGf8YUno3q5N_YTBfNjrDBRyQEXfB16x3fL4qiw6WHzg9Af9T60

KAČEŇÁK, Robert, 2013. Psychická první pomoc. In: *Psychologie.cz* [online]. [cit. 2024-04-04]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/psychicka-prvni-pomoc/>

KOHOUTEK, Rudolf, 2024. Slovník cizích slov: Pojem defusing. In: *Slovník cizích slov* [online]. [cit. 2024-03-28]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/defusing>

KOHOUTEK, Rudolf, 2024. Slovník cizích slov: Pojem disociace v psychologii. In: *Slovník cizích slov* [online]. [cit. 2024-03-28]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/disociace-v-psychologii>

KVALIFIKAČNÍ STANDARDY, 2024. *Mzcr.cz* [online]. [cit. 2024-02-26]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/prehled-kvalifikacnich-standardu/>

MKN-10 klasifikace: Akutní stresová reakce, 2023. In: *MKN-10 2023* [online]. [cit. 2024-03-28]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F43.0>

MKN-10 klasifikace: Posttraumatická stresová porucha, 2023. In: *MKN-10 2023* [online]. [cit. 2024-03-28]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F43.1>

NEVYPUSTĚ DUŠI, 2021. Krizová centra. *Nevypust' duši* [online]. [cit. 2024-03-28]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/2021/12/20/krizova-centra/>

PIŠL, Vojtěch, 2017. Psychologie na frontě. In: *Psychologie.cz* [online]. [cit. 2024-03-28]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/psychologie-na-fronte/?fbclid=IwAR192Ft-DTuNNNXqWV4oTyLKMvA75nmqg7-63ZAnQCW1W7pAYqzXg0RWUCA>

SHAW, William, Susan LABOTT-SMITH, Matthew M. BURG, Camelia HOSTINAR, Nicholas ALEN, Miranda A.L. VAN TILBURG, Gary G. BERNTSON a Steven M. TOVIAN, 2018. Stress effects on the body. In: *American Psychological Association* [online]. [cit. 2024-03-28]. Dostupné z: <https://www.apa.org/topics/stress/body>

SLOVNÍK CIZÍCH SLOV: Pojem demobilizace, 2024. In: *Slovník cizích slov* [online]. [cit. 2024-03-28]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/demobilizace-demobilisace>

SPIS: KOORDINÁTOR PRO ČR. b.r. In: *Systém psychosociální intervenční služby* [online]. [cit. 2024-03-28]. Dostupné z: <https://spis.cz/koordinator-pro-cr/>

SPIS: VZNIK A VÝVOJ SYSTÉMU. b.r. In: *Systém psychosociální intervenční služby* [online]. [cit. 2024-03-28]. Dostupné z: <https://spis.cz/kdo-jsme/?fbclid=IwAR1MevwhdwplW6DyvqJL91Re1JU6xb3PjncYLWpaBJ5fs4GiHhit7evj1KI>

STRES – PROČ HO PROŽÍVÁME A JAK NÁS OVLIVŇUJE? PŘÍZNAKY A LÉČBA, ©2022. In: *EUC* [online]. [cit. 2024-03-28]. Dostupné z: <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/stres-proc-ho-prozivame-a-jak-nas-ovlivnuje-priznaky-a-lecba/>

TAYLOR, Martin, 2022. What Does Fight, Flight, Freeze, Fawn Mean? In: *WebMD* [online]. [cit. 2024-03-28]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/mental-health/what-does-fight-flight-freeze-fawn-mean>

THE HISTORY OF PSYCHOLOGICAL TRAUMA, 2024. In: *New Perspectives, Inc.* [online]. [cit. 2024-02-22]. Dostupné z: <https://newperspectivesinc.com/the-history-of-psychological-trauma/>

VĚSTNÍK Č. 9/2019. In: *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. Praha, ročník 2019, částka 9 [cit. 2024-04-22]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/17808/38548/Vestnik%20MZ_9-2019.pdf

17.3 Odborné články

LÁTALOVÁ, K., J. PRAŠKO, D. KAMARÁDOVÁ, A. SANDOVAL, D. JELENOVÁ, P. HAVLÍKOVÁ a M. ČERNÁ, 2014. Posttraumatická stresová porucha. *Praktický lékař* [online]. (4) [cit. 2024-03-28]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2014-4/posttraumaticka-stresova-porucha-49730>

17.4 Osobní rozhovor

ČERMÁKOVÁ, K. (2024). Osobní rozhovor. 13. března 2024.

18 Přílohy

Příloha A – <i>Diagnostická kritéria MKN-10 pro posttraumatickou stresovou poruchu (1996)</i> (Látalová K. et al, 2014)	80
Příloha B – <i>Hodnoticí tabulka pro modelové situace</i>	81
Příloha C – <i>Dotazník</i>	82

Příloha A – Diagnostická kritéria MKN-10 pro posttraumatickou stresovou poruchu (1996)
(Látalová K. et al, 2014)

Tabulka 1 Diagnostická kritéria MKN-10 pro posttraumatickou stresovou poruchu (1996) (Látalová K. et al, 2014)

Kritérium	Popis
A	Postižený musel být vystaven stresové události nebo situaci krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv.
B	Je přítomno neodbytné znovuvybavování nebo „znovuprožívání“ stresu v podobě rušivých „flashbacků“, živých vzpomínek či opakujících se snů, nebo prožívání úzkosti při expozici okolnostem připomínajícím nebo spojeným se stresorem.
C	Postižený se musí vyhýbat nebo dává přednost vyhýbání se okolnostem, které připomínají nebo jsou spojené se stresorem, přičemž toto vyhýbání nebylo přítomno před expozicí stresoru.
D	Musí být přítomno některé z následujících kritérií: 1. neschopnost vybavit si buď částečně, nebo kompletně některé důležité momenty z období traumatu, 2. jsou přítomny kterékoliv dva z následujících příznaků zvýšené psychické citlivosti a vzrušivosti, které nebyly přítomny před expozicí stresoru: • obtíže s usínáním nebo udržením spánku • podrážděnost nebo návaly hněvu • obtíže s koncentrací • hypervigilita • přehnané úlekové reakce
E	Kritéria B, C a D musí být splněna v průběhu 6 měsíců od stresové události nebo od konce období stresu. Někdy může být účelné diagnostikovat i po delším období než 6 měsíců, ale důvody musí být zřetelně specifikovány.

Příloha B – *Hodnoticí tabulka pro modelové situace*

Kritérium	Hodnocení (1-5)	Komentář
Komunikace k zasaženému		
Emoční podpora a empatie	1 2 3 4 5	Jak efektivně a empaticky komunikoval tým se zasaženým, projevíli soucit a porozumění?
Jasná a srozumitelná komunikace	1 2 3 4 5	Jak jasně a srozumitelně tým vysvětloval situaci a nabízel pomoc?
Respektování hranic zasaženého (neomezování projevů, pohybů)	1 2 3 4 5	Jak respektoval tým individuální hranice a preference pozůstalého při komunikaci a péči?
Aktivní naslouchání zasaženého	1 2 3 4 5	
Práce s vinou	1 2 3 4 5	Jak tým pracoval s presumpcí nevinou a komunikoval s vinným?
Týmová spolupráce		
Vedení týmu a rozhodování	1 2 3 4 5	Byly role jasně rozděleny? Jak efektivně spolupracoval tým při rozdělování úkolů v komunikaci?
Pozornost k detailům		
Všímavost k potřebám zasaženého	1 2 3 4 5	Jak pozorně reagoval tým na specifické potřeby pozůstalého a žádosti o pomoc?
Rozpoznání akutní stresové reakce	Ano Ne	
Rozpoznání správného typu akutní stresové reakce	Ano Ne	
Zvládnutí stresu		
Klid a ovládnutí ve stresové situaci	1 2 3 4 5	Jak efektivně byl tým schopen udržet klid a ovládat se během stresové situace?
Vymezení vlastních hranic	1 2 3 4 5	Jsou členové v týmu schopni vymezit své vlastní hranice a odmítnout činnost nebo situaci, kterou považují za nepřijemnou?
Zajištění podpory zasaženému		
Nabídka psychosociální intervenční služby	Ano Ne	Byla nabídnuta psychosociální intervenční služba (SPIS) zasaženému?

1 (výborně): Tým si s úkolem výborně poradil, jednal efektivně a projevil vynikající dovednosti a přístup.

2 (chvalitebně): Tým úkol splnil, ale byly zaznamenány drobné nedostatky nebo chybějící prvky.

3 (dobře): Úkol byl splněn adekvátně se solidními dovednostmi, ale s možnostmi pro zlepšení.

4 (uspokojivě): Tým si s úkolem poradil uspokojivě, i když byly patrné větší nedostatky.

5 (nedostatečně): Výkon týmu byl nedostatečný, úkol nebyl řádně zvládnut, a tým potřebuje v konkrétní oblasti výrazné zlepšení.

Příloha C – Dotazník

Vážené respondentky, vážení respondenti,

ráda bych vás požádala o vyplnění krátkého dotazníku, který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci. Dotazník se zaměřuje na vaše komunikační dovednosti a na **část kurzu "Krizová komunikace s pacienty v akutní stresové reakci"**, který jste absolvovali v lednu 2024 jako součást kurzu Netechnických dovedností.

Dovoluji si vás rovněž požádat, o co **nejpřesnější a pravdivé** vyplnění dotazníku. Děkuji.

Vejrková Pavlína

1. Jak byste ohodnotili své komunikační dovednosti se zasaženým pacientem projevujícím akutní stresovou reakci v modelové situaci, kterou jste absolvovali v listopadu? (Tedy **před** absolvováním části kurzu krizové komunikace.)
 - a) Velmi vysoké dovednosti
 - b) Vysoké dovednosti
 - c) Střední dovednosti
 - d) Nízké dovednosti
 - e) Velmi nízké dovednosti

2. Jaké zlepšení jste zaznamenali ve svých komunikačních dovednostech v modelové situaci, která proběhla nyní? (Kde jste již **po** absolvované části kurzu krizové komunikace.)
 - a) Zaznamenal(a) jsem výrazné zlepšení ve svých schopnostech.
 - b) Pozoroval(a) jsem určité zlepšení ve svých schopnostech.
 - c) Nepozoroval(a) jsem žádný výrazný rozdíl ve svých schopnostech.
 - d) Mé schopnosti zůstaly stejné jako před absolvováním kurzu.
 - e) Myslím si, že moje schopnosti se dokonce zhoršili.

3. Jaký přínos vidíte v absolvování kurzu Netechnických dovedností konkrétně v části **„Krizová komunikace s pacienty v akutní stresové reakci“**, pro rozvoj vašich komunikačních dovedností ve studijním programu Zdravotnické záchranářství?
 - a) Velmi významný přínos
 - b) Významný přínos
 - c) Střední přínos
 - d) Malý přínos
 - e) Žádný přínos

4. Jaké konkrétní přínosy jste zaznamenal(a) po absolvování části kurzu krizové komunikace? (Můžete zvolit více odpovědí.)

- a) Naučil(a) jsem se rozeznat akutní stresovou reakci a dokážu navrhnout zdravotnického intervenanta.
- b) Naučil(a) jsem se aktivně naslouchat a používat vhodná slova k podpoře zasaženého.
- c) Rozšířil(a) jsem se povědomí o tom, co SPIS je, a kdy ho můžu využít.
- d) Vše výše uvedené.
- e) Jiné (napiš)

.....

.....

.....

.....

.....

5. Máte nějaké návrhy na to, co byste chtěli přidat, ubrat nebo jak zlepšit obsah části kurzu krizové komunikace?

.....

.....

.....

.....

.....