

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetřovatelství

Alena Žaroská

**Kvalita života dospělého pacienta po traumatu s projevem
posttraumatické stresové poruchy**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Blažena Ševčíková, Ph.D., LL.M

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci 25. dubna 2024

.....

Podpis

Ráda bych poděkovala vážené Mgr. Blaženě Ševčíkové, Ph.D., LL.M za její cenné rady, odborné vedení a trpělivost během psaní této práce. Děkuji také všem autorům publikací, ze kterých jsem čerpala inspiraci a poznatky. Bez jejich práce by tato bakalářská práce nebyla kompletní.

Anotace

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Ošetrovatelská péče po traumatu

Název práce v ČJ: Kvalita života dospělého pacienta po traumatu s projevem posttraumatické stresové poruchy

Název práce v AJ: Quality of life of an adult patient after trauma with post-traumatic stress disorder

Datum zadání: 2023-11-30

Datum odevzdání: 2024-04-27

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Alena Žaroská

Vedoucí práce: Mgr. Blažena Ševčíková, Ph.D., LL.M

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Cílem přehledové bakalářské práce bylo předložit aktuální dohledané publikované poznatky o kvalitě života dospělého pacienta po traumatu s projevem posttraumatické stresové poruchy. První cíl je zaměřen na samotnou kvalitu života dospělého pacienta po traumatu s projevem posttraumatické stresové poruchy, která život výrazně ovlivňuje. Druhý dílčí cíl se zabývá prevencí posttraumatické stresové poruchy u dospělého pacienta po traumatu. Informace pro tvorbu bakalářské práce byly čerpány z databází EBSCO, PubMed, Google Scholar a z odborných českých periodik.

Abstrakt v AJ: The aim of the bachelor thesis was to present the current published findings on the quality of life of the adult patient after trauma with the manifestation of post-traumatic stress disorder itself, which significantly affects life. The second part of the work addresses the prevention of post-traumatic stress disorder in the adult post-trauma patient. The information for the preparation of the bachelor theses was acquired from databases EBSCO, PubMed, Google Scholar and from the professional Czech periodicals.

Klíčová slova v ČJ: kvalita života, pacient, posttraumatická stresová porucha, prevence, trauma

Klíčová slova v AJ: quality of life, patient, post-traumatic stress disorder, prevention, trauma

Rozsah: 35 stran / 0 příloh

Obsah

Úvod	7
1 Popis rešeršní činnosti	9
2 Přehled publikovaných poznatků.....	12
2.1 Kvalita života dospělých pacientů po traumatu s projevem PTSP	12
2.2 Prevence projevu PTSP po traumatu u dospělých pacientů	20
2.2.1 Význam a limitace dohledaných poznatků	26
Závěr.....	29
Referenční seznam.....	31
Seznam zkratk.....	35

Úvod

Posttraumatická stresová porucha (PTSP) je definována jako stav, při kterém se pacienti projevují vyhýbáním se myšlenkám a emocím spojených s traumatickou událostí, opakovanému prožívání této události a nadměrným drážděním autonomního nervového systému. (Sahni, 2018, s. 18) Pojem PTSP vznikl po válce ve Vietnamu. Výzkum psychologických dopadů traumatu a jeho léčby v posledních desetiletích vzkvétal (Missouridou, 2017, s. 110). PTSP patří do kategorie úzkostných poruch a je zařazen mezi Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, spolu s akutní reakcí a adaptační poruchou. (Havlíková, 2017, s. 56)

Lidé se cítí vyděšení a rozrušení, i když nebezpečí pominulo. PTSP vede ke zvýšeným somatickým potížím a opakovaným návštěvám lékaře. Mezi běžné traumatické události, které vyvolávají PTSP patří dopravní nehody, pády, napadení střelnou zbraní nebo nožem, pracovní úrazy se stroji a úrazy při sportu (Vincent et al., 2015, s. 979-980). Podobně jako u deprese a úzkosti, i u pacientů s PTSP mohou existovat subklinické projevy, což jsou příznaky, které sice signalizují posttraumatickou reakci, ale nedostatečně splňují diagnostická kritéria pro samotnou diagnózu PTSP (Sahni, 2018, s. 18). Jedinci s PTSP často trpí depresí, nočními můrami, záchvaty úzkosti a hypervigilitou. (Wilson et al., 2020, s. 1) Může docházet i k rychlým až dramatickým výbuchům strachu, paniky nebo agrese vyvolané podněty spojenými s opětovným připomenutím traumatické události. Mezi predisponující faktory, které zvyšují riziko vzniku PTSP, patří určité osobnostní rysy nebo přítomnost úzkostných poruch v anamnéze, stresové události v raném dětství a nepříznivé sociální a ekonomické podmínky. Nicméně samotné prožití traumatické události nestačí k vývoji PTSP, ačkoli roční prevalence této poruchy v Evropě se odhaduje mezi 0,92 až 1,3 %, přičemž ženy jsou postiženy PTSP častěji než muži. Jeho vznik je spojen s prožitím emočně stresující události, která přesahuje běžné lidské zkušenosti. PTSP začíná jako opožděná nebo protrahovaná reakce na stresovou událost (Havlíková, 2017, s. 56). Vyskytuje se s časovým odstupem od několika týdnů až několika měsíců po prožití extrémně závažné stresující události (traumatu). (Tašková, 2021, s. 20) PTSP může být akutní, kdy příznaky trvají méně než 3 měsíce, nebo chronická, kdy trvání příznaků je 3 měsíce a déle, nebo s opožděným nástupem, kdy se příznaky objevují 6 měsíců a déle po traumatu. (Asuquo et al., 2017, s. 171)

Akutní stresová porucha (ASP) může přejít v PTSP, pokud příznaky přetrvávají po jednom měsíci, přičemž přibližně 50 % osob s PTSP má zpočátku ASP. ASP se vyskytuje až u 45 % osob, které přežily úraz, a zahrnuje úzkostnou reakci spojenou s opětovným

prožíváním traumatické události, vtíravé vzpomínky, sny a silné emoční rozrušení při vystavení spouštěcích událostí (Wiseman et al., 2015, s. 1-2).

Hlavním cílem přehledové bakalářské práce je předložit aktuální dohledané publikované poznatky, týkající se kvality života dospělých pacientů po traumatu s projevem posttraumatické stresové poruchy.

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce byly stanoveny tyto dílčí cíle:

Cíl 1

Předložit aktuální dohledané publikované poznatky o tom, jaká je kvalita života dospělých pacientů po traumatu s projevem posttraumatické stresové poruchy.

Cíl 2

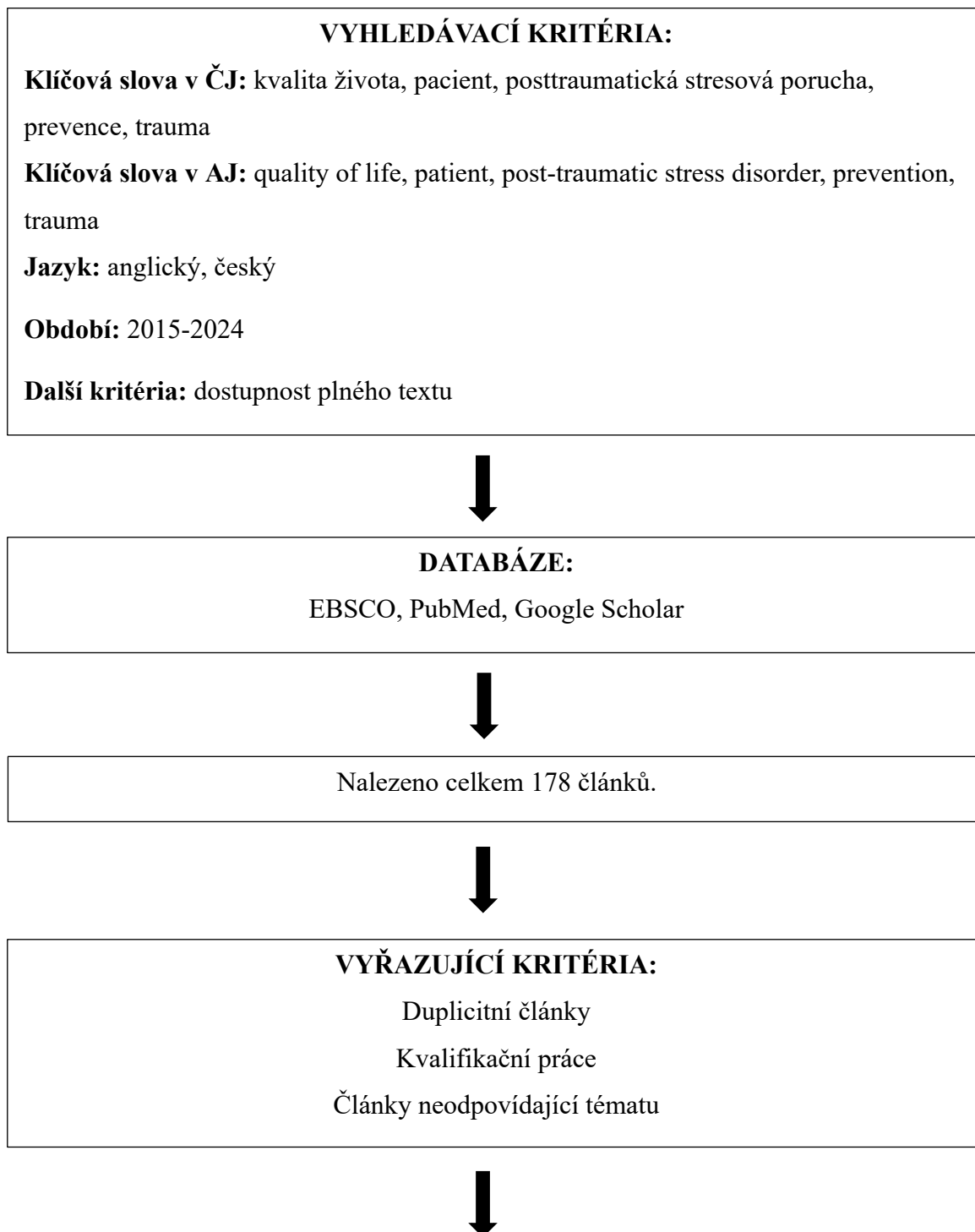
Předložit aktuální dohledané publikované poznatky o tom, jaká je prevence projevu posttraumatické stresové poruchy u dospělých pacientů po traumatu.

Vstupní literatura:

1. MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina a BABIAKOVÁ, Mira. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
2. MIŽENKOVÁ, Ludmila; ARGAYOVÁ, Ivana a BUJŇÁK, Jozef. Obecná traumatologie pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3128-0.
3. KLEPÁČKOVÁ, Olga; KREJČÍ, Zuzana a ČERNÁ, Martina. Trauma-informovaný přístup v sociální práci. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1049-0.

1 Popis rešeršní činnosti

Pro rešeršní činnost byl použit standardní postup vyhledávání s využitím vhodných klíčových slov a s pomocí booleovských operátorů. Rešeršní činnost probíhala v období od 1. 12. 2023 do 1. 2. 2024. Následující schéma podrobně popisuje postup rešeršní činnosti.



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

EBSCO – 13 článků

PubMed – 8 článků

Google Scholar – 8 článků



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ:

American Journal of Nursing – 1 článek

Archives of Clinical Psychiatry – 1 článek

Archives of Physical Medicine and Rehabilitation – 1 článek

BMC Nursing – 1 článek

BMC Psychiatry – 1 článek

Brio International Journal of Nursing Research (BIJNR) – 1 článek

Craniofacial Trauma and Reconstruction – 1 článek

European Journal of Psychotraumatology – 1 článek

Industrial Health – 1 článek

Injury Prevention – 1 článek

International Emergency Nursing – 1 článek

Journal of Medicine and Life – 1 článek

Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Medicine and Pathology – 1 článek

Journal of Trauma and Acute Care Surgery – 2 články

Journal of Trauma Nursing – 1 článek

Medicine – 2 články

Mental Health Practice – 1 článek

Millenium – Journal of Education Technologies, and Health – 1 článek

Nigerian Journal of Clinical Practice – 1 článek

PM&R – 1 článek

Psychiatrie pro praxi – 2 články

Quality of Life Research – 1 článek

Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine – 2 články

Surgery – 1 článek

World Journal of Emergency Surgery – 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 29 dohledaných článků.

2 Přehled publikovaných poznatků

Tato kapitola je rozdělena na dvě podkapitoly. První podkapitola obsahuje výzkumné studie, které se zaměřují na kvalitu života dospělých pacientů po traumatu s projevem PTSP. Druhá podkapitola obsahuje výzkumné studie se zaměřením na prevenci projevu PTSP po traumatu u dospělých pacientů.

2.1 Kvalita života dospělých pacientů po traumatu s projevem PTSP

Úrazy jsou nejčastější příčinou úmrtí osob ve věku 5-44 let v zemích s vysokými příjmy a celosvětově nejčastější příčinou úmrtí a invalidity u všech věkových skupin do 60 let. Jedná se o 10 % úmrtí na celém světě. Úrazy navíc představují velké náklady pro rodiny, systém zdravotní péče a společnost. Zlepšení traumatologické péče spolu se zlepšením prevence úrazů a přednemocniční péče zvýšily pravděpodobnost přežití závažného úrazu. Protože se přežití po těžkém úrazu zvyšuje, může se nyní pozornost zaměřit na kvalitu života po přežití. Při hodnocení dlouhodobých následků úrazu pro přeživší je třeba brát v úvahu nejen tělesné postižení, ale také duševní zdraví. Jednou z důležitých jednotek duševních následků je PTSP. Bylo zjištěno, že PTSP předpovídá nízkou kvalitu života a je nejčastěji přítomna u těžce zraněných pacientů (Danielsson et al., 2018, s. 1-2). Po úrazu se mohou rozvinout negativní emoce beznaděje a ponížení. Tyto pocity mohou být soustředěny kolem samotného úrazu a podle dopadu úrazu na nezaměstnanost, finanční ztrátu a ztrátu životního cíle. Osamělý život nebo život v bydlech s omezeným přístupem k dalším sociálním zařízením může lidi postižené PTSP izolovat. Některá zranění, která je omezují v tom, aby opustili svůj domov nebo řídili auto, ještě více oddělují postižené od společenského styku. Přemítání o obavách souvisejících s traumatem může přispět ke vzniku fobií. Pokud tyto negativní emoce v životě převládají, může se objevit fyzická nečinnost a sebevražedné myšlenky. PTSP a deprese jsou rizikovými faktory pro vznik sebevražedných myšlenek. Pravidelný následný kontakt ze strany zdravotníků a zapojení pacienta do společenských aktivit a fyzické aktivity mohou pomoci kompenzovat dopady negativních emocí na kvalitu života (Vincent et al., 2015, s. 981-982). Je známo, že pacienti po poranění utrpí prudký pokles kvality života a funkčních schopností po dobu minimálně jednoho roku od úrazu. (Zarzaur et al., 2017, s. 939) Světová zdravotnická organizace (WHO) v současné době definuje kvalitu života jako vnímání postavení jedince v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, standardům a obavám. Kvalitu života mohou ovlivňovat fyzické, sociální a psychologické aspekty (Tan, Soh, 2020, s. 87). Pro miliony zraněných pacientů, kteří

opouštějí nemocnici jako přeživší, není cesta k uzdravení snadná, a úmrtnost v nemocnici není dostatečným ukazatelem jejich osudu. Stále více si lidé uvědomují, že tito jedinci nesou závažné dlouhodobé následky svých zranění, zahrnující fyzická postižení, chronickou bolest, duševní poruchy, sociální izolaci a pokles kvality života. To znamená, že úraz zůstává jednou z hlavních příčin dlouhodobého omezení funkčnosti a invalidity. Podle dat z Centra pro kontrolu a prevenci nemocí se roční náklady na ztrátu pracovní kapacity u zraněných pacientů, kteří přežili a opustili nemocnici, ve Spojených státech amerických odhadují na 167 miliard dolarů (Herrera-Escobar et al., 2018, s. 1246-1247). Reakce na kritické onemocnění a poranění v oblastech duševní a fyzické obnovy není jednotná. U některých pacientů dochází k téměř celkové duševní a tělesné obnově, zatímco u jiných se objevují vzácné anebo opakující se obtíže (Zarzaur et al., 2017, s. 940-941). Míra PTSP se liší podle typu traumatu, přičemž odhadované průměrné riziko po jakékoli expozici traumatu činí 4 %. Příznaky PTSP mohou mít značný dopad na životní dráhu osob vystavených traumatu a jejich rodin. Příznaky typicky ovlivňují sociální, profesní a mezilidské fungování a fyzické zdraví. (Roberts et al., 2019, s. 2-3).

Cílem retrospektivní výzkumné studie autorů Danielsson et al. z roku 2018 bylo posoudit dlouhodobou kvalitu života a příznaky PTSP u osob, které přežily úraz, a kvalitu života v závislosti na závažnosti zranění. Výzkumná studie byla provedena v Dánsku v regionálním traumacentru a probíhala od listopadu 2014 do ledna 2015. Do výzkumné studie bylo zahrnuto 455 pacientů starších 18 let. Dle výsledků byl nejčastějším mechanismem úrazu dopravní úraz. Další analýzy specifitějších typů zranění nebyly provedeny z důvodu nedostatku podrobných údajů. Nízká kvalita života při sledování byla pozorována u 24 % těchto pacientů s traumatem a PTSP u 22 %. Tato vysoká míra zhoršené kvality života a PTSP poukazovala na významný deficit v úplném zotavení po vážném úrazu a naznačovala potenciální významný důsledek pro veřejné zdraví. Většina osob, které přežily trauma, trpěla i nadále jedním nebo více trvalými funkčními následky v dlouhodobém horizontu. To mělo negativní dopad na jejich kvalitu života, která často zůstávala hluboko pod obecnými populačními normami (Danielsson et al., 2018, s. 2-6).

Výzkumná studie autorů Zarzaur et al. byla retrospektivní analýzou předchozí prospektivní kohortové výzkumné studie, která měla za cíl prokázat vztah mezi výchozím skóre odolnosti a celkovou kvalitou života po poranění, a identifikovat faktory nízké odolnosti v dané skupině. Do výzkumné studie se mohli přihlásit pacienti starší 18 let s hodnotou Skóre závažnosti poranění vyšší než 10, ale bez traumatického poranění mozku nebo míchy. Výzkumná studie probíhala v městském akademickém traumacentru v Memphisu ve státě Tennessee. Zapsaných bylo 225 pacientů po středně těžkém až těžkém ne neurologickém

poranění od ledna 2009 do prosince 2011, sledování probíhalo do prosince 2012. Základní 36položkový dotazník kvality života byl vyplněn krátce po příjmu a poté znovu 1, 2, 4 a 12 měsíců od úrazu. Shromážděné byly demografické a klinické informace, jako věk, pohlaví, rasy, stav pojištění, roční příjem, Charlestonův index komorbidit, závažnosti úrazu, mechanismu úrazu a šoku při příjezdu do nemocnice. V rámci modelu byl vytvořen osmistupňový profil zdraví, byly identifikovány tři podskupiny trajektorie fyzického zdraví a pět podskupin trajektorie duševního zdraví. Dále byly použity čtyři logistické regresní modely ke zkoumání, zda odolnost předpovídá PTSP a depresi po 4 a 12 měsících od úrazu. Výzkumná studie prokázala, že vyšší úroveň odolnosti byla spojena s lepšími duševními zdravotními výsledky po úrazech, ale také s vyšším rizikem prodlouženého PTSP. Příjem byl také spojen s úrovní odolnosti. Odolnost neměla významný vliv na fyzické zotavení. Výzkumná studie také naznačila, že traumacentra by mohla hrát roli v učení dovedností odolnosti ke zlepšení dlouhodobé kvality života zraněných pacientů (Zarzaur et al., 2017, s. 939-944).

Cílem výzkumné studie autorů Rios-Diaz et al. z roku 2017 bylo začlenit dlouhodobé funkční a pacienty hlášené výsledky o screeningu na PTSP do registračních systémů traumatologických center, aby bylo možné lépe posoudit kvalitu péče o traumata. Functional Outcomes and Recovery after Trauma Emergencies byl projekt tří hlavních traumacenter I. úrovně v Bostonu, konkrétně Brigham and Women's Hospital, Massachusetts General Hospital a Boston Medical Center. Pilotní fáze projektu probíhala od 1. prosince 2015 do 31. března 2016 v Brigham and Women's Hospital, která byla oficiálně uznávaným traumacentrem I. úrovně podle American College of Surgeons a každoročně přijala více než 2000 pacientů s úrazem. Do výzkumné studie byly shromážděny údaje o 171 z 394 způsobilých pacientů. Za účelem identifikace všech středně těžkých a těžkých zranění, které nastaly 6 a 12 měsíců před sběrem dat, byl využit institucionální registr úrazů. Rozhovory byly prováděny během tříměsíčního okna pro každou skupinu účastníků. 5-8 měsíců po úrazu pro skupinu sledovanou po 6 měsících a 11-14 měsíců po úrazu pro skupinu sledovanou po 12 měsících. Telefonické rozhovory byly prováděny vyškoleným členem výzkumného týmu, který měl k dispozici strukturovaný telefonický dotazník ve španělštině nebo angličtině. Pacienti, kteří neměli španělštinu nebo angličtinu jako svůj mateřský jazyk, byli z výzkumu vyřazeni. Obsah průzkumu zahrnoval následující oblasti: zaměstnání (před a po úrazu), nejvyšší dosažené vzdělání, typ bydlení před a po úrazu, zdravotnická péče po propuštění (rehabilitace, opětovné přijetí a návštěvy pohotovosti), kvalita života po traumatu (emoční pohoda, funkční zapojení, zotavení a fyzická pohoda), dotazník Short-Form Health Survey (fyzické fungování, role-fyzické, tělesná bolest, obecné vnímání zdraví, vitalita, sociální fungování,

role-emocionální, duševní zdraví), screening PTSP. Klinické proměnné získané z registru úrazů byly věk, pohlaví, rasa/etnicita, mechanismus poranění (tupé, penetrující, popálení), délka pobytu, komplikace a propuštění. Výsledky ukázaly, že 19 % a 23 % mělo v 6 a 12 měsíci po úrazu pozitivní screening na PTSP a 48 % pacientů, kteří dříve pracovali, se nevrátilo do práce jak v 6, tak ve 12 měsíci (Rios-Diaz, 2017, s. 97-102).

Cílem multicentrické prospektivní kohortové výzkumné studie autorů De Munter et al. z roku 2020 bylo popsat prevalenci a prognostické faktory příznaků úzkosti, deprese a PTSP během prvního roku po úrazu u klinické populace traumatologů. Do výzkumné studie bylo zařazeno 9 774 dospělých pacientů s úrazem, kteří byli přijati v období od srpna 2015 do listopadu 2016 do 48 hodin po úrazu na jednotku intenzivní péče (JIP) nebo oddělení v regionu Noord-Brabant v Nizozemsku a přežili do propuštění z nemocnice. Pacienti s patologickou zlomeninou, nedostatečnou znalostí nizozemského jazyka nebo bez místa bydliště byli vyloučeni. Dotazníky zahrnovaly zdravotní stav, psychický stav a funkční výsledky. Krátký dotazník zahrnoval demografické údaje, zdravotní stav a škálu Impact of Events Scale. K hodnocení PTSP byla použita škála Impact of Events Scale. PTSP bylo možné měřit od 1 měsíce po úrazu. Hodnotil se také 1 týden po úrazu, kdy byly přítomny příznaky akutní traumatické stresové poruchy. PTSP převažoval u 23 % účastníků po 1 týdnu a u 14 % po 12 měsících od úrazu. Respondenti nejčastěji uváděli, že měli pouze 1 z následujících potíží: příznaky PTSP, úzkosti nebo deprese (13 % v 1 týdnu, 9 % ve 12 měsících po úrazu), následované společným výskytem všech 3 potíží (3 % v prvních 3 měsících po úrazu, 2 % ve 12 měsících po úrazu). Analýzy ukázaly, že prognostickými faktory pro příznaky úzkosti, deprese a PTSP během 1 roku po úrazu byly ženské pohlaví, psychické potíže před úrazem, křehkost a delší doba hospitalizace. Nízké vzdělání, poranění horní nebo dolní končetiny, žádné zaměstnání před úrazem a nehody doma nebo v zaměstnání se také ukázaly jako prognostické faktory pro alespoň 1 z výsledných ukazatelů (De Munter et al., 2020, s. 877-883).

Dopravní nehody patří celosvětově mezi nejčastější příčiny úmrtí ve všech věkových skupinách. Do roku 2030 se předpokládá, že se stanou sedmou nejčastější příčinou úmrtí, přičemž odhadovaný počet úmrtí dosáhne 1,24 milionu. Lidé, kteří přežijí dopravní nehody, mohou čelit dlouhodobým zdravotním problémům v závislosti na závažnosti zranění a míře omezení jejich schopností. Tyto úrazy mohou ovlivnit duševní pohodu obětí a pozůstalých, což může vést k obtížné adaptaci, strachu z řízení, depresi a panickým atakám. Kromě toho mohou vážná fyzická zranění vést k PTSP, která postihuje přibližně 20,7 % přeživších (Wilson et al., 2020, s. 1). Je zajímavé, že v mnoha zemích došlo v posledních desetiletích k rychlému

nárůstu motorových vozidel, což může značně přispět k rychlému nárůstu dopravních nehod. Proto by mělo být přeživším dopravních nehod přiděleno více psychologických prostředků a také zavedeno včasné hodnocení příznaků PTSP (Lin et al., 2018, s. 3). V případě, že je daný účastník přítomen u dopravní nehody, která má za následek smrt, existuje vyšší pravděpodobnost vzniku PTSP. Nicméně neexistují výzkumné studie, které by zkoumaly, zda existuje rozdíl v prožívání PTSP mezi účastníky nehody, kteří byli svědky úmrtí, a těmi, kteří naopak svědky úmrtí nebyli (Radun et al., 2021, s. 38). Analýzy také ukázaly, že prevalence PTSP mezi osobami, které přežily dopravní nehody, se významně liší dle pohlaví a úrovně vzdělání. Konkrétně u žen, které přežily dopravní nehody, a u osob s nižším než vysokoškolským vzděláním, byla pravděpodobnost vzniku PTSP vyšší než u jejich protějšků. Rozdíl mezi pohlavími v PTSP by mohl být do určité míry přičítán rozdílům mezi pohlavími ve strategiích vyrovnávání se s traumatem a také rozdílům mezi pohlavími v interpretaci traumatu. Například bylo zjištěno, že ženy interpretují trauma negativněji než muži. Podobně strategie vyrovnávání se s traumatem u osob s nízkou úrovní vzdělání bylo horší než u osob s vysokou úrovní vzdělání, což ovlivňovalo stav PTSP. V případě osob s nízkou úrovní vzdělání byly strategie vyrovnávání se s traumatem horší než u osob s vysokou úrovní vzdělání (Lin et al., 2018, s. 6). Stále více literatury se zabývá souvislostmi mezi kolizemi s motorovými vozidly a PTSP na základě důkazů, že jedinci, kteří přežili takové kolize a byli léčeni na pohotovostních odděleních a v nemocnicích, vykazují vysokou prevalenci PTSP. Výzkumné studie v komunitě však uvádějí nižší výskyt PTSP a naznačují, že riziko vzniku PTSP je výrazně vyšší po traumatických událostech spojených s mezilidským násilím. K 90 % úmrtí v dopravních nehodách dochází v zemích s nízkými a středními příjmy, přičemž míra úmrtnosti je v těchto regionech více než dvakrát vyšší než v zemích s vysokými příjmy (Stein et al., 2016, s. 2).

Ve kvalitativní výzkumné studii autorek Wilson et al. byli všichni členi výzkumného týmu všeobecné sestry, které pracovaly s oběťmi nehod nejméně 3 roky. Hlavní autorka Wilson byla v době vzniku této výzkumné studie všeobecnou sestrou stážistkou na urgentním oddělení. Korespondující autorka Dzansi měla zkušenosti jako oběť autonehody. Studie probíhala Centru nehod v největší veřejné fakultní nemocnici v Ghaně. Ze 13 respondentů výzkumné studie jich utrpělo 10 různý stupeň zranění dolních končetin, 2 utrpěli polytrauma a 1 utrpěl zranění horních končetin a čelisti. 11 respondentů bylo hospitalizováno v délce od jednoho týdne do pěti měsíců. Z výzkumné studie vyplývalo zjištění, že téměř všichni účastníci si na události nehody vzpomněli a popsali je. Vyprávění naznačovala opakující se epizody událostí s představami scén nehody. Většina účastníků popisovala, že zažívali vtíravé myšlenky a noční

můry. Mnoho z nich zároveň vyjadřovalo silné pocity strachu a úzkosti spojené s bolestí a změnami v jejich životních rolích. Účastníci, u kterých zranění změnilo tělesné funkce a fyziologický vzhled zažili depersonalizaci, tedy zkreslené vnímání sebe sama. Depersonalizace se projevila u účastníků, kteří vnímali, že chirurgické kovové implantáty představují cizorodou hmotu, která ovlivňovala jejich tělesný obraz a pocit vlastní hodnoty. Někteří účastníci se obávali viditelných fyzických deformací a snížených schopností vykonávat běžné úkony. Dále se obávali pocitu neúplnosti kvůli traumatické nehodě a jejím následkům. Tyto negativní pocity snížené vlastní hodnoty predisponovaly některé účastníky k sebevražedným myšlenkám. Účastníci uváděli, že jsou z nehody smutní a že jim výrazně změnila každodenní život. Většina účastníků projevovala známky citového strádání, které se během rozhovoru projevily ve výrazu obličeje, náladě a tónu hlasu. Účastníci uváděli, že se vědomě snažili skrývat emocionální boje před rodinou a přáteli. Většina účastníků uvedla, že jejich zdravotní stav negativně ovlivnil jejich role hlavy rodiny a živitele rodiny. Obávali se zejména své neschopnosti pracovat a vydělávat na živobytí. Tyto komplikace je omezovaly na hraní vedlejších rolí v církvi, podporu sportovních akcí a volnočasových aktivit. Jiní však měli potíže s prováděním základních úkonů souvisejících s mobilitou a stravováním. Někteří účastníci se rozhodli omezit své společenské aktivity ze strachu, že budou stigmatizováni kvůli deformacím vzniklým v důsledku nehody. PTSP často vede ke změnám nálady, užívání návykových látek a dalším psychologickým problémům. Proto je důležité, aby všeobecné sestry na pohotovostních odděleních měly protokoly pro hodnocení a léčbu psychologických problémů. Zlepšení péče o osoby, které přežily dopravní nehody, by mohlo zahrnovat také rozšíření služeb následné komunitní péče (Wilson et al., 2020, s. 2-6).

Ortopedický úraz je událost, která radikálně změni život a může vést k opakovaným zlomeninám a amputacím končetin. Ročně utrpí ortopedické úrazy téměř 2,8 milionů lidí. Navzdory vysoké úspěšnosti chirurgických zákroků a vysoké míře přežití mají tato zranění, která lze přežít, často za následek špatnou kvalitu života u jinak zdravých lidí. U těchto lidí se dlouhodobě vyskytuje vysoká míra deprese, úzkosti a PTSP. Tyto symptomy patří mezi prediktory špatné dlouhodobé kvality života a závislosti na analgetících. Negativní výhled ovlivňuje schopnost návratu do práce, vnímání fyzického zotavení a osobní spokojenost. Autoři Vincent et al. provedli v roce 2015 přehledovou výzkumnou studii s cílem zkoumat PTSP, které pacienti zažívají po ortopedickém traumatu a jeho vliv na různé faktory jako je bolest a kvalita života. Výzkumná studie zdůrazňovala důležitost psychické pohody v procesu zotavování u pacientů s ortopedickým traumatem. Pacienti uváděli, že emoční problémy způsobené úrazem zvládali obtížněji než problémy fyzické. U 48 % pacientů s úrazem zařazených do výzkumné

studie z 8 traumatologických center I. úrovně byla po 3, 6, 12 a 24 měsících hodnocena PTSP. Ve 3. měsíci pocívalo 42 % pacientů po traumatickém poranění PTSP, ale pouze 6 % těchto pacientů uvedlo ve 24. měsíci zlepšení tohoto stresu. Navíc pouze 22 % pacientů uvedlo, že jim byly poskytnuty jakékoli psychologické služby, které by pomohly zmírnit jejich PTSP. Pacienti s vysokým PTSP uváděli větší obtíže při provádění pohybových úkonů, činností denního života a sebeobsluhy ve srovnání s pacienty s nízkým PTSP. Pacienti uváděli, že nedostatek kontroly nad situací, která vedla k traumatické události, a/nebo úmrtí člena rodiny na místě události byly klíčovými faktory, které vyvolaly PTSP během pobytu v akutní péči. Celkem 34 % všech pacientů bylo do druhého roku klasifikováno jako pacienti s příznaky PTSP. Postižení pacienti měli problémy s plněním svých fyzických rolí doma a v komunitě (Vincent et al., 2015, s. 979-986).

Longitudinální kvantitativní výzkumná studie od autorů Kendrick et al. z roku 2016 měla za cíl analyzovat dopady úrazu na kvalitu života související se zdravím a faktory spojené se snížením kvality života po traumatu. Metody zahrnovaly multicentrickou kohortovou výzkumnou studii 16-70letých pacientů, kteří byli hospitalizováni v období od června 2010 do června 2012 do 4 nemocnic ve Velké Británii po traumatu. Celkem se tedy zúčastnilo 668 pacientů. Psychická morbidita a kvalita života související se zdravím byly měřeny v průběhu 1, 2, 4 a 12 měsíců po traumatu. Kvalitu života měřili pomocí Euro Quality of Life scale 5 dimension (EQ-5D) (Kendrick et al., 2017, s. 1233-1235). EQ-5D je standardizovaná škála pro měření kvality života související se zdravotním stavem a je určena k samo vyplňování. Zdravotní stav se měří v pěti dimenzích: mobilita, péče o sebe, obvyklé činnosti, bolest/nepohodlí a úzkost/deprese. V části hodnocení respondenti hodnotí svůj celkový zdravotní stav pomocí vizuální analogové škály (Martino et al., 2020, s. 3). Výsledky výzkumné studie autorů Kendrick et al. ukázaly, že ve všech sledovaných časových bodech došlo k podstatnému snížení oproti zpětně naměřeným hodnotám EQ-5D před úrazem. Průměrné skóre EQ-5D se snížilo z 0,92 před úrazem, na 0,44 po jednom měsíci, 0,57 po dvou měsících, 0,69 po čtyřech měsících a 0,78 po 12 měsících. Téměř všichni účastníci tedy měli jeden měsíc po úrazu snížený EQ-5D. Se zvýšenou pravděpodobností snížení EQ-5D patřil zvyšující se věk a zvyšující se závažnost zranění. Osoby se zraněním horní nebo dolní končetiny měly větší pravděpodobnost snížení kvality života než osoby s jinými zraněními. Stejně tak osoby se dvěma zraněními ve srovnání s osobami s jedním zraněním. Každá další noc v nemocnici zvýšila pravděpodobnost snížení EQ-5D o 8 %. Úrazy vyžadující hospitalizaci vedly k podstatnému a klinicky významnému snížení kvality života až o 12 měsíců později. Nejvyšší výskyt problémů nastal po 1 a 2 měsíci. Problémy s bolestí, mobilitou a obvyklými činnostmi

byly nejčastěji uváděnými problémy v každém časovém bodě. Některé extrémní problémy přetrvávaly až do jednoho roku u značné části účastníků. Bolest u 64 %, mobilita u 38 % a obvyklé činnosti u 38 % účastníků. (Kendrick et al., 2017, s. 1235-1238).

Při léčbě pacientů s maxilofaciálním traumatem, je pro zlepšení kvality života pacientů nezbytné řešit i jiné psychologické problémy než jen chirurgickou léčbu. Obvykle nejsou maxilofaciální traumata smrtící, ale mohou způsobit velké psychické problémy, včetně úzkosti, deprese a PTSP. Tyto problémy jsou však obvykle ignorovány a zůstávají neléčeny kvůli nedostatečné diagnostice (Kishore et al., 2020, s. 458). Výskyt maxilofaciálních úrazů se zvyšuje. Hlavní příčinou jsou dopravní nehody, sportovní úrazy, průmyslové úrazy a mezilidské násilí. Proto je nesmírně důležité posuzovat a řídit pacienta komplexně a zohlednit fyzické, psychosociální, mentální a emocionální aspekty, aby bylo možné lépe posoudit kvalitu života pacienta. Poranění obličeje může významně ovlivnit kvalitu života, protože znetvoření obličeje ovlivňuje nejen funkci, ale nese s sebou i významný psychologický aspekt o tom, jak člověk vnímá a je vnímán obecně (Tan, Soh, 2020, s. 87). Kvalitativní výzkumná studie autorů Kishore et al. z roku 2020 byla provedena v Indii s cílem analyzovat psychologické důsledky u pacientů s maxilofaciálním traumatem. Výzkumná studie byla provedena za účelem pomoci při určování potřeby služeb v oblasti duševního zdraví u obětí maxilofaciálních traumat. Výzkumná studie byla provedena na 50 pacientech starších 18 let s maxilofaciálním traumatem, kteří se hlásili na ambulancích a pohotovostních odděleních. Pacienti s život ohrožujícími poraněními, jako je poranění mozku, ortopedické poranění, poranění hrudníku, břicha a cévní poranění, byli z výzkumné studie vyloučeni. Pacienti s maxilofaciálním traumatem byli do výzkumné studie zařazeni po kontrolních návštěvách za 1 týden, 1 měsíc a 6 měsíců. K hodnocení PTSP byl použit Trauma Screening Questionnaire (TSQ), který má 10 bodovou škálu a každý bod je odvozen z kritérií pátého vydání Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM-V). Tento dotazník definuje příznaky opětovného prožívání PTSP, které zahrnují položky 1-5, a vzrušivé příznaky PTSP, zahrnující položky 6-10. Celkové skóre 6 a více bodů bylo považováno za diagnostiku PTSP. Z výsledků výzkumné studie vyplývalo, že pacienti, kterých se trauma týká, byli častěji muži než ženy. Ve výzkumné studii se podařilo získat pouze 18 žen oproti 32 mužům, což naznačovalo, že v Indii byli k úrazům náchylnější muži, protože právě oni se v indickém prostředí více věnovali venkovním aktivitám. Bylo zjištěno, že skóre TSQ u pacientů s poraněním měkkých tkání bylo nižší ve srovnání s pacienty se zlomeninou čelistní kosti, což naznačovalo, že pacienti se zlomeninou čelistní kosti byli ve srovnání s pacienty s poraněním měkkých tkání ve významně větším stresu. PTSP pozorovali u 84 % pacientů na počátku léčby, který se po 1 měsíci (první kontrolní návštěva)

snížil na 24 % a při druhé kontrolní návštěvě se dále snížil na 22 %. Byla zjištěna významná změna skóre TSQ, což naznačovalo, že intenzita PTSP s časem klesala (Kishore et al., 2020, s. 458-461).

2.2 Prevence projevu PTSP po traumatu u dospělých pacientů

Podle DSM-V se diagnóza PTSP stanoví, pokud má pacient v anamnéze traumatickou událost a příznaky z každého ze 4 skupin příznaků, konkrétně: vtíravost (například noční můry nebo flashbacky), vyhýbání se podnětům souvisejících s traumatem, negativní změny v kognici a náladě, změny v nabuzení a reaktivitě. U pacientů s PTSP trvají tyto příznaky déle než 1 měsíc a způsobují významné funkční poruchy. Nižší úroveň vzdělání je rizikovým faktorem pro PTSP u pacientů ve všech 3 skupinách mechanismu (pády, úrazy při dopravní nehodě, úmyslná poranění). Zejména při pohledu na zdravotní gramotnost bylo zjištěno, že pacienti s nižší úrovní vzdělání mají horší výsledky, možná z důvodu nedostatků znalostí týkajících se přístupu k příslušným službám ve složitém systému zdravotní péče nebo porozumění pokynům při propuštění. Co se týče pohlaví, nebyla zjištěna žádná souvislost mezi pohlavím a PTSP po pádu, což naznačuje důležitou roli, kterou mechanismus úrazu hraje v dalších rizikových faktorech PTSP. U osob, které byly v době úrazu mladší, byla rovněž zjištěna vyšší prevalence PTSP po pádu nebo úmyslném zranění. Mladší věk byl již dříve identifikován jako rizikový faktor pro PTSP po úrazu. Nižší výskyt PTSP u starších pacientů může být částečně způsoben rozdíly v životních okolnostech, očekáváních a tlacích (Herrera-Escobar, 2018, s. 1247-1248). Po zjištění problémů je důležité zajistit psychology, další kvalifikovaný zdravotnický personál a dobrovolníky, aby poskytli podporu a zdroje specifické pro potřeby pacienta. Pacienti uváděli, že nejcennějšími částmi během rehabilitace pacientů po traumatu byla možnost promluvit si a být vyslechnut, dostat ujištění, když bylo potřeba, vidět přátelskost a zájem ze strany poskytovatele, mít spojení s vnějším světem a získat motivaci k fyzické rehabilitaci (Vincent et al., 2015, s. 979-984). S tím, jak se zlepšilo porozumění účinkům expozice traumatu a rozvoji stavů, jako je PTSP, roste úsilí o vývoj psychologických a farmakologických intervencí, které by mohly zabránit vzniku poruchy nebo zmírnit její časné příznaky (Roberts et al., 2019, s. 2). Těžké úrazy jsou hlavní příčinou úmrtí v prvních čtyřech desetiletích života a jsou hlavní příčinou potenciální ztráty let života. Představují značnou zátěž pro veřejné zdraví, s níž jsou spojeny značné osobní a společenské náklady. U pacientů s těžkými úrazy je celková úmrtnost 20 % a mnoho přeživších zůstává trvale invalidních (Martino et al., 2020, s. 2). V posledních 50 letech se zvýšil počet pacientů přežívajících zranění díky rozvoji

traumacenter a zdokonalení péče o ně, což vede k odhadovanému počtu 63 milionů přeživších ročně ve Spojených státech amerických. (Zarzaaur et al., 2017, s. 939)

V kvantitativní výzkumné studii z roku 2017 autoři Ning, Guan a Liu zkoumali vztah osobnosti a sociální opory s PTSP po dopravních nehodách. Do výzkumné studie bylo zařazeno 166 pacientů ve věku od 18 do 65 let po autonehodách, kteří byli přijati na oddělení urgentního příjmu do nemocnice People's Hospital v Yanqi od března 2014 do října 2014. Jako metody byly použity: Clinical-Administrated PTSD Scale, Symptom-Checklist-90 (SCL-90) a Eysenck Personality Questionnaire. Bylo zjištěno, že 25 ze 166 pacientů mělo příznaky PTSP. Z výsledků SCL-90 vyplývalo, že čím dříve se změnil psychický stav, tím pravděpodobněji se později objevily příznaky PTSP. Pacienti, kteří měli potíže s adaptací na prostředí, měli větší pravděpodobnost rozvoje PTSP. Čím vyšší byla sociální opora, včetně objektivní, subjektivní a vnímané užitečnosti podpory poskytovaná jedinci, tím nižší byla pravděpodobnost výskytu symptomů PTSP. To naznačovalo, že sociální opora mohla hrát ochrannou roli v prevenci vývoje PTSP. Výzkumná studie ukázala, že 1 měsíc po traumatu mohl být výchozím bodem pro preventivní intervence, které sníží rozvoj PTSP a zmírní závažnost souvisejících příznaků (Ning, Guan, Liu, 2017, s. 1-5).

Management zaměřený na celý průběh traumatu by měl začít v první fázi a pokračovat od akutní fáze až po fázi rekonvalescence. Je prokázáno, že psychologická péče o pacienty s traumatem by mohla zachránit více životů, zmírnit přetrvávající stres nebo silnou bolest a zlepšit výsledky pacientů. Symptomy PTSP by mohly být sníženy včasnými psychologickými intervencemi s několika sezeními, jako je kognitivně-behaviorální terapie, strukturovaná terapie psaním a internetová řízená svépomoc. Program vedoucích traumatologických sester zajišťuje přítomnost vysoce kvalifikovaných traumatologických sester, které asistují ostatním členům zdravotnického personálu s následnou péčí (Leng et al., 2022, s. 1-2). Intervence prováděné krátce po vzniku traumatu jsou zaměřeny na sekundární prevenci PTSP, to znamená, že se snaží zabránit rozvoji poruchy u jedinců, kteří již byli vystaveni traumatické události, a snížit příležitostné škody vyplývající z tohoto zážitku. Sekundárním intervencím se věnuje stále větší pozornost vzhledem k vysoké prevalenci PTSP v populaci a ochrannému působení posttraumatických intervencí. WHO navíc uvedla důležité dopady PTSP: ekonomické a sociální, mezilidské a profesní fungování, a dodala, že je třeba široce podporovat preventivní strategie (Linares et al., 2017, s. 23). Významnou roli v rámci prevence PTSP a následného dopadu na kvalitu života mají sestry, které jsou přítomné a pozorné k potřebám pacienta, což představuje aspekt ošetrovatelské péče a může pomoci včas identifikovat tyto problémy.

Sestry zaujímají rozhodující roli při včasném odhalení příznaků, které mohou indikovat PTSP, a provádějí intervence, které mohou toto riziko minimalizovat (Andrade et al., 2023, s. 2).

Screening a hodnocení jsou stěžejními složkami role sestry při identifikaci pacientů s rizikem rozvoje PTSP. Sestry zahajují proces screeningu získáním komplexní anamnézy pacienta se zaměřením na okolnosti, které vedly k přijetí na JIP, a na povahu kritického stavu pacienta. Zjišťují se informace týkající se již existujících psychických onemocnění, předchozích traumat nebo mechanismů zvládnání, aby se identifikovaly potenciální rizikové faktory pro vznik PTSP. Sestry jsou vyškoleny, aby během interakce s pacientem rozpoznaly včasné známky a příznaky stresu, úzkosti nebo vtíravých myšlenek. Pravidelné hodnocení zahrnuje pozorování změn v chování, spánkových vzorcích a emočních reakcích. S využitím validovaných screeningových škál specifických pro PTSP provádějí sestry hodnocení, jako je například Impact Event Scale (IES) nebo Post-Traumatic Stress Syndrome 10-Questions Inventory (PTSS 10-QI), což je dotazník s 10 otázkami o PTSP (Gautam, 2024, s. 134-136). IES je škála k měření příznaků PTSP. IES je patnácti položkový sebehodnotící dotazník, který měří vtíravé opakované prožitky traumatu a vyhýbání se podnětům spojených s traumatem. Respondent uvádí, zda se obsah každého výroku vyskytl během posledních 7 dnů na čtyřbodové škále 0 (vůbec ne), 1 (zřídka), 3 (někdy) nebo 5 (často). Celkové skóre IES se pohybuje v rozmezí od 0 do 75, přičemž skóre alespoň 35 představuje nejlepší hranici pro pravděpodobnou diagnózu PTSP. IES je používán jako měřítko stresové reakce po traumatické události a je schopen rozlišovat různé stresové reakce v různých obdobích po události. Kromě toho má dobrou konvergentní validitu s PTSP diagnostikovanou pozorovatelem (De Jongh et al., 2017, s. 4). Škály PTSS 10-QI a IES pomáhají kvantifikovat a kategorizovat zážitky pacientů a poskytují standardizovaný přístup k identifikaci osob s vyšším rizikem PTSP. V případech, kdy pacienti vykazují výrazné potíže, spolupracují sestry s psychology a psychiatrickými sestrami, aby provedli důkladnější posouzení k usnadnění vypracování intervenčních plánů na míru. Nedílnou součástí procesu hodnocení je navázání otevřených komunikačních kanálů a budování důvěry s pacienty. Sestry provádějí pravidelný screening a hodnocení, zejména ve fázi po zotavení, aby sledovaly změny stavu duševního zdraví pacienta a dle potřeby upravily intervence. Intervence vedené sestrou hrají klíčovou roli v prevenci PTSP. Sestry se zapojují do poskytování psychoedukace pacientům a jejich rodinám a nabízejí jim informace o možných psychologických dopadech traumatu. Efektivní komunikace je základním kamenem intervencí vedených sestrami. Sestry využívají techniky terapeutické komunikace k navázání podpůrného a empatického vztahu s pacienty. Vytvářejí prostředí, ve kterém se pacienti cítí bezpečně při vyjadřování svých emocí, obav a strachu, což podporuje

důvěru a usnadňuje emoční uzdravení. Sestry v intenzivní péči mohou využívat kognitivně-behaviorální intervence. Tyto intervence zahrnují relaxační techniky, řízené představy a cvičení kognitivní restrukturalizace. Řešením maladaptivních myšlenek a chování přispívají sestry ke snížení úzkosti a prevenci rozvoje příznaků PTSP. Také hluboká dechová cvičení, meditace nebo řízené představy pomohou pacientům zvládat jejich emoční reakce (Gautam, 2024, s. 136-139).

Cílem kvantitativní výzkumné studie autorů Torres, Nelson a West z roku 2020 bylo prozkoumat účinky intervence spočívající v psaní deníku z podnětu sestry, který nabízí podporu a zprostředkování potřebné ke snížení deficitů sebezpečí pacientů, a tím snižuje riziko PTSP a pomáhá zmírnit její příznaky. Tato výzkumná studie se řídila teorií ošetřovatelského deficitu v sebezpečí, teoretickým rámcem vytvořeným Dorotheou Oremovou. Teorie se zaměřuje na schopnost pacienta zapojit se do sebezpečí a na ošetřovatelskou podporu při řešení pacientových deficitů v sebezpečí. Do výzkumné studie bylo zařazeno 134 respondentů přijatých v období od 13. prosince 2017 do 20. května 2018 do vojenského traumatologického zdravotnického centra v pacifické oblasti. 66 respondentů bylo zařazeno do kontrolní skupiny a 68 respondentů do intervenční skupiny. Každý respondent intervenční skupiny obdržel deník, který obsahoval standardizovaný vzdělávací materiál o nemocnici, JIP, nemoci pacienta a léčebném plánu. Výsledky ukázaly, že u osob, které přežily trauma a které obdržely deníky, došlo ke snížení symptomů PTSP ve srovnání s těmi, které deníky neobdržely. 15 respondentů (22 %) intervenční skupiny uvedlo, že deník nepoužívali. Mezi důvody, proč deník nepoužívali, patřily únava, bolest, zaneprázdněnost vyšetřeními a málo spánku. Mezi uváděné výhody používání deníku patřila možnost sdílet informace, zkoumat pocity a zaznamenávat proces uzdravování. Psaní deníku tedy může lidem pomoci zpracovat to, co se jim stalo (Torres, Nelson, West, 2020, s. 24-31).

Sestry v intenzivní péči, které poskytují péči o traumata, se nejprve snaží porozumět různým formám traumatu, které pacienti mohli prožít před přijetím na JIP i během pobytu. Sestry v intenzivní péči úzce spolupracují s psychology, sociálními pracovníky a dalšími zdravotnickými pracovníky s cílem řešit komplexní potřeby pacientů. Tento přístup založený na multidisciplinární spolupráci zajišťuje komplexní a koordinovanou reakci na problémy související s traumatem. Začleněním ošetřovatelské péče informované o traumatu do prostředí kritické péče přispívají zdravotníci k přístupu zaměřenému na pacienta, který uznává a řeší komplexní psychologické aspekty zotavení. Tento přístup zlepšuje celkovou pohodu pacientů na JIP a podporuje kulturu soucitu a porozumění v rámci ošetřovatelského týmu v intenzivní péči. Sestry v intenzivní péči hrají klíčovou roli při usnadňování hladkého přechodu

a zajišťování toho, aby pacienti dostávali trvalou podporu v oblasti duševního zdraví, ať už prostřednictvím poradenských služeb, komunitních zdrojů nebo ambulantní péče. Sestry v intenzivní péči by měly být vyškoleny v poskytování psychologické první pomoci, která zahrnuje poskytování okamžité a soucitné podpory pacientům a jejich rodinám během traumatických událostí a po nich. Toto školení může sestry vybavit dovednostmi empaticky reagovat, posoudit emoční potřeby a propojit pacienty s vhodnými zdroji duševního zdraví (Gautam, 2024, s. 140-142). Autor Price se v roce 2019 zabýval kvalitativní výzkumnou studií s cílem zkoumat způsoby, jak by sestry specializující se na duševní a tělesnou zdravotní péči mohly kombinovat, aby poskytly ucelenější a včasnější péči u pacientů po traumatu. Přestože se traumaty spojené s PTSP zabývá i psychiatrická péče, v případě akutních tělesných poranění není psychická a fyzická péče vždy důsledně integrována. Je tomu tak proto, že potřeby těla, konkrétně dosažení a udržení průchodnosti dýchacích cest a homeostázy, jsou považovány za nejnaléhavější. Maslowova hierarchie potřeb ukazuje, že fyziologické a bezpečnostní potřeby jsou uspokojovány před potřebami spojenými se sebeúctou a seberealizací. Existuje sklon odkládat péči o duševní zdraví osob, které zažily fyzické trauma, na pozdější dobu, kdy již podstupují rehabilitaci, možná jako prostředek proti rizikům změněného obrazu těla (Price, 2019, s. 35-37).

Cílem deskriptivní kvalitativní výzkumné studie autorů Leng et al. bylo prozkoumat bariéry a podporu pro zavedení ošetrovatelsky vedené multidisciplinární psychologické péče pro pacienty s traumatem z pohledu sester. Metody zahrnovaly analýzu dat pomocí metody Colaizziho 7krokové analýzy a Teorie plánovaného chování. Colaizziho 7kroková strategie analýzy je metodou obsahové analýzy pro shrnutí a interpretaci smysluplné výpovědi z dat. Výzkum zahrnoval rozhovory se sestrami. Byly použity specifické otázky týkající se postojů, výhod a nevýhod implementace psychologické péče. Do výzkumné studie bylo zapojeno 10 traumatologických sester. Rozhovory probíhaly na oddělení pohotovosti a ošetrovatelství Jihozápadní nemocnice Armádní lékařské univerzity v Čchung-čchingu nacházející se v jihozápadní Číně. Polovina dotazovaných uvedla, že neměla schopnost provádět komplexní, hloubkovou, systematickou a individualizovanou psychologickou péči o pacienty s traumatem. Jedna ze sester uvedla: „*Klinické zkušenosti a úroveň vzdělání sester bylo nevyrovnané. Většina sester s kvalifikací pro psychologickou péči byla soustředěna na psychiatrickém oddělení. Odborný stupeň psychologické péče sester na traumatologickém oddělení nebyl obecně vysoký.*“ V současné době je provádění psychologické péče o pacienty s úrazem postupně oceňováno a podporováno vedoucími pracovníky nemocnic. 8 respondentů uvedlo, že vedoucí pracovníci prováděli fyzickou a psychickou péči o pacienty s úrazem formou organizování

odborných přednášek, budování týmů dobrovolné služby, zřizování týmů multidisciplinární spolupráce a provádění průzkumů psychického stavu pacientů. Všichni respondenti uvedli, že vedoucí pracovníci dosud neformulovali cílené a funkční postupy a normy, takže sestry nemohly včas přistoupit k posouzení a přiměřenému ošetření, když čelily psychickým stavům pacientů s úrazem, což značně omezovalo účinné provádění psychologické péče. Některé sestry se domnívaly, že zejména v posttraumatickém období mohou mít pacienti větší obavy z dopadu traumatu na jejich fyzické funkce, sociální přežití a pozdější rehabilitaci. Psychologická péče nebyla primární potřebou pacienta, což způsobovalo, že zdravotnický personál neměl motivaci ji realizovat. Když pacienti s úrazem projevovali symptomy související s psychikou, jejich aktuální duševní stav byl zaznamenán v dokumentaci sester jako důležitý faktor, který podpořil další psychologickou péči. Z výsledků výzkumné studie vyplývalo, že pacienti po úrazu identifikovali několik klíčových aspektů kvalitní péče, které měly vliv na jejich rekonvalescenci. Patřily sem porozumění jejich situaci, aktivní řešení emocionálních potřeb, kvalitní interakce s poskytovateli péče, empatie, koordinace poskytované péče a pozitivní atmosféra celého procesu péče. Společné a komplexní postupy mezi zdravotnickým personálem by mohly usnadnit mezioborovou komunikaci, mohly by optimalizovat klinické zdroje, snížit počet zbytečných a nákladných hospitalizací a zmírnit medicínsko-právní rizika. Zdravotnický personál pod vedením sester by proto mohl zajistit včasnou a účinnou psychologickou péči, která by uspokojila psychologické potřeby pacientů s úrazem. Přestože sestry přicházely s traumatickými pacienty do častého kontaktu, bylo dle této výzkumné studie pro ně obtížné zavést do praxe multidisciplinární psychologickou péči vedenou sestrami (Leng et al., 2022, s. 1-11).

Znetvoření obličeje v důsledku úrazu, vrozené vady nebo v důsledku zdravotního stavu obecně vyvolává negativní odezvu společnosti, která může být dalším zátěžovým faktorem pro psychiku postiženého jedince, který se často stahuje ze sociálních interakcí. Obecně je známo, že atraktivní lidé mají vyšší míru sebevědomí a jsou více spokojeni se svým studiem a pracovním zařazením. Jedinci se znetvořením obličeje mají tendenci mít změněný obraz těla a nižší úroveň sebeúcty. Tyto určité premorbidní faktory byly identifikovány pro označení pacientů jako „rizikových“ pro vznik PTSP: premorbidní psychiatrické onemocnění, podpora rodiny v souvislosti s traumatickou událostí, pocit viny přeživšího, problémy související se soudními spory, etiologie úrazu (pracovní/neúmyslný), sociálně-ekonomický status a přítomnost dalších rodinných členů, kteří se podíleli na stejné traumatické události. Dlouhá rekonvalescence pacientů po úrazech obličeje, která často zahrnuje opakované operace a multidisciplinární rehabilitační proces, může způsobit frustraci pacientů. Zvláště

u těch, kteří utrpěli poranění klíčových oblastí obličeje, jako jsou oči, uši a zuby, je zotavení obtížnější z důvodu zvýšeného stresu. U pacientů s příznaky PTSP po úrazu obličeje je časté také zvýšené vnímání stresu a nedostatečná sociální opora před úrazem. Pokud má lékař pocit, že pacient může trpět nebo mít predispozice k rozvoji psychických poruch po úrazu, je nutné včas zařídit spolupráci s odborníky na duševní poruchy. Faktory jako jsou: hněv, podrážděnost, špatná sociální a rodinná podpora, dlouhý pobyt v nemocnici, vícenásobné operace, pláč, depresivní nálada, ztráta naděje na uzdravení, špatná finanční podpora, ztráta blízkých osob při traumatické události, ztráta zaměstnání, flashbacks, poruchy spánku, chronická bolest, osobní nebo rodinné psychiatrické onemocnění v anamnéze a znepokojení vzhledem obličeje po uzdravení, mohou pomoci při identifikaci takových poruch. Nejprve by mělo být provedeno systematické vyšetření pacientů s cílem identifikovat jejich psychologické obtíže pomocí strukturovaných testů, jako jsou psychologické testy. Toto počáteční hodnocení mohou provádět i všeobecné sestry (Sahni, 2018, s. 15-17). Psychologická péče je pro traumatizované pacienty zásadním faktorem. Význam diagnostiky a intervence psychologických problémů u pacientů po traumatu byl zaznamenán v mnoha studiích, které také prokázali, že pravidelné intervence u těchto pacientů vedly ke snížení dlouhodobých negativních dopadů na celkový zdravotní stav pacienta (Kishore et al., 2020, s. 459-460). Životní události vyvolávající stres před úrazem a dlouhodobé využívání sociálních služeb jsou faktory spojené s vyšší pravděpodobností rozvoje PTSP. Pacienti s nižším socioekonomickým statutem, kteří podstupují chirurgickou léčbu orofaciálního traumatu, mají tendenci vykazovat horší psychologické výsledky. Proto je důležité, aby byly jejich psychologické potřeby zavčas řešeny. Po prvním vyšetření pacientů s traumatem je klíčové, aby byl jasně vysvětlen jejich současný stav, navrhovaný léčebný plán, a aby byla zapojena i rodina pacienta a měla realistická očekávání. Včasná psychologická podpora má zásadní vliv na dlouhodobou prognózu pacientů a prevenci vzniku PTSP (Sahni, 2018, s. 18-19).

2.2.1 Význam a limitace dohledaných poznatků

Úraz zůstává jednou z hlavních příčin dlouhodobého omezení funkčnosti a invalidity. Reakce na kritické onemocnění a poranění v oblastech duševní a fyzické obnovy není jednotná. U některých pacientů dochází k téměř celkové duševní a tělesné obnově, zatímco u jiných se objevují vzácné anebo opakující se obtíže. Celkově lze říci, že problematika PTSP po traumatu je komplexní a vyžaduje multidisciplinární přístup k prevenci a léčbě. Další výzkum a rozvoj intervencí jsou nezbytné k posílení kvality života pacientů po traumatu

a k prevenci projevu PTSP. Je důležité, aby tato práce přispěla k lepšímu porozumění této problematice a k vytvoření efektivnějších strategií péče pro postižené jedince.

Výpovědi účastníků výzkumných studií naznačovaly opakující se scény nehody, které provázely účastníky s vtíravými myšlenkami a nočními můrami. Zranění, která změnila tělesné funkce a vzhled, vedla k depersonalizaci, což ovlivnilo pocit vlastní hodnoty. Pocity strachu, úzkosti a změn životních rolí byly silné a často se účastníci potýkali s negativními emocemi, které skrývali před okolím. Zdravotní stav ovlivnil jejich schopnost plnit rodinné a pracovní role a mnozí se obávali finanční nejistoty. Tyto závažné komplikace limitovaly jejich aktivity a někteří se stali izolovanými z obavy před společným stigma spojeným s fyzickými deformacemi. Problematika PTSP byla patrná a zdůrazňovala potřebu odborné péče a podpůrných služeb v komunitě. Proto je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci měli k dispozici protokoly pro hodnocení a léčbu psychologických potíží. Limitací dohledaných studií o kvalitě života po traumatu s projevem PTSP bylo nedostatek informací o stavu pacientů před úrazem.

Autoři výzkumných studií se shodovali a identifikovali prognostické faktory pro vznik úzkosti, deprese a PTSP v průběhu prvního roku po úrazu, zahrnující ženské pohlaví, psychické potíže v anamnéze, křehkost a délku hospitalizace. Vážná fyzická zranění se ukázala jako spojená s vyšší prevalencí PTSP, která postihovala 20,7 % přeživších. Strategie vyrovnávání se s traumatem a úroveň sociální podpory hrály klíčovou roli v prevenci výskytu PTSP, přičemž vyšší sociální opora byla spojena s nižším rizikem PTSP. První měsíc po traumatu byl identifikován jako klíčový bod pro preventivní intervence zaměřené na snížení rizika rozvoje PTSP a zmírnění souvisejících symptomů. Úrazy vyžadující hospitalizaci vedly k významnému a dlouhodobému snížení kvality života až o 12 měsíců později. Autoři výzkumných studií se neshodovali na spojitosti pohlaví a PTSP. Někteří tvrdili, že prevalence PTSP se liší podle pohlaví a úrovně vzdělání, přičemž ženy a osoby s nižším vzděláním vykazují údajně vyšší riziko rozvoje PTSP. Naopak autoři jiných výzkumných studií tvrdí, že neexistuje spojitost mezi pohlavím a PTSP. Limitací dohledaných studií je zobecnění úrazu místo zaměření na daný typ úrazu. Proto je v této přehledové práci brán úraz spíše obecně. Je hodně studií zaměřených na úrazy po dopravní nehodě, ale přesto jich není dostatek k napsání přehledové práce v tomto rozsahu. Tento fakt může vést k nedostatečnému pokrytí tématu nebo nedostatečné generalizovatelnosti výsledků.

Pacienti, kteří podstupovali rehabilitaci po traumatu zdůrazňovali hodnotu možnosti hovořit o svých zážitcích, získat podporu a cítit se slyšeni, což zahrnovalo povzbuzení, vnímání zájmu a přátelství od poskytovatelů péče, propojení s vnějším světem a motivaci k fyzické

obnově. Časná psychologická intervence, jako je kognitivně-behaviorální terapie a strukturovaná terapie psaním, byly spojeny se snížením symptomů PTSP, což naznačuje užitečnost v procesu zpracování traumatu. Jednou z výhod používání deníku byla možnost sdílení informací, zkoumání emocí a dokumentace procesu uzdravování.

Lidé s deformacemi obličeje často trpí změněným vnímáním vlastního těla a nižší úrovní sebeúcty. Dlouhá rekonvalescence po orofaciálních traumatech může vyvolat frustraci u pacientů, zejména u těch, kteří utrpěli zranění v klíčových oblastech, jako jsou oči, uši a zuby, což komplikuje proces zotavení zvýšeným stresem. Pacienti s příznaky PTSP po takovém úrazu často projevují zvýšenou úroveň stresu a nedostatek sociální podpory před úrazem. Nižší socioekonomický status může zhoršovat psychologické výsledky u pacientů s orofaciálním traumatem. Včasná psychologická podpora hraje klíčovou roli v dlouhodobé prognóze pacientů a v prevenci PTSP. Limitací dohledaných studií o orofaciálních traumatech a PTSP bylo zařazení pouze zhruba poloviny respondentů, jelikož ostatní oslovení respondenti se nakonec nezúčastnili.

Většina autorů se shodovalo ve svých výzkumech na tom, že hodnocení příznaků PTSP se měřilo pouze jednou v období mezi 3, 6 a 12 měsíci po úrazu, což nemuselo zachytit případy s pozdním nástupem PTSP. Pro efektivní sběr výsledků hlášených pacienty je třeba ještě zlepšit několik metodických postupů. Je třeba dále pracovat na určení metod založených na důkazech a zaměřených na pacienty, které umožní identifikovat a zařadit pacienty, úspěšně je sledovat, shromažďovat výsledky hlášené pacienty a poté integrovat údaje s dalšími zdroji s cílem zlepšit zdravotní výsledky.

Významná limitace týkající se celé přehledové bakalářské práce je malé množství dohledaných českých výzkumů. Většina výzkumů byla provedena v Americe, Asii nebo východní, severovýchodní a západní Evropě.

Budoucí práce by se měla zaměřit na testování účinnosti intervencí, jako je včasné odeslání pacientů k příslušným klinickým službám nebo profylaktická léčba u pacientů s nejvyšším rizikem vzniku PTSP po traumatu.

Závěr

Hlavním cílem přehledové bakalářské práce bylo předložit aktuální dohledané publikované poznatky, týkající se kvality života dospělých pacientů po traumatu s projevem PTSP. Tento hlavní cíl byl rozdělen na dva dílčí cíle.

První dílčí cíl přehledové bakalářské práce byl zaměřen na dohledané publikované poznatky o kvalitě života dospělých pacientů po traumatu s projevem PTSP. Po úrazu mohou negativní emoce, jako je beznaděj a ponížení, ovlivnit postižené, zejména pokud se týkají dopadu úrazu na jejich životní situaci, jako je ztráta zaměstnání, finanční problémy a ztráta životního smyslu. Sociální izolace může být zesílena životem v prostředí s omezeným přístupem ke společenským aktivitám, což může vést k fyzické nečinnosti, a dokonce i sebevraždným myšlenkám. Zdravotničtí pracovníci mohou pomoci tím, že budou udržovat pravidelný kontakt s pacienty a budou je podporovat v účasti na společenských a fyzických aktivitách, což může kompenzovat negativní dopady emocí na jejich kvalitu života. Stále více si lidé uvědomují, že osoby po úrazech trpí dlouhodobými následky, včetně fyzických postižení, chronické bolesti, duševních poruch a sociální izolace, což zásadně omezuje jejich schopnost fungovat a vést plnohodnotný život. PTSP může zásadně ovlivnit osobní i profesní životy těch, kteří byli traumatem postiženi, stejně jako jejich rodiny, a má vliv na jejich sociální interakce, pracovní schopnosti a fyzické zdraví. Bylo zjištěno že, 48 % pacientů, kteří dříve pracovali, se nevrátilo do práce jak v 6, tak ve 12 měsíci. Traumacentra by mohla hrát roli v učení dovedností odolnosti ke zlepšení dlouhodobé kvality života zraněných pacientů. Na základě dohledaných poznatků byl první dílčí cíl splněn.

Druhý dílčí cíl přehledové bakalářské práce byl zaměřen na dohledané publikované poznatky o prevenci projevu PTSP u dospělých pacientů po traumatu. PTSP často způsobuje změny nálad, zneužívání návykových látek a další psychické obtíže. Proto je důležité, aby sestry na pohotovostních odděleních měly stanovené postupy pro identifikaci a léčbu těchto problémů. Sestry hrají klíčovou roli v identifikaci pacientů s rizikem rozvoje PTSP, provádějí screening a hodnocení PTSP. Multidisciplinární přístup, kde sestry úzce spolupracují s ostatními zdravotnickými pracovníky, především psychology a psychiatrickými sestrami, je klíčový pro komplexní péči o pacienty po traumatech a vypracování intervencí na míru. Budování důvěry a otevřených komunikačních kanálů je nedílnou součástí procesu hodnocení, který sestry provádějí pravidelně, sledují změny stavu duševního zdraví a upravují intervence dle potřeby. Sestry poskytují psychoedukaci pacientům a rodinám, využívají efektivní komunikaci a techniky terapeutické komunikace k navázání podpurného vztahu s pacienty. Tyto intervence

zahrnují relaxační techniky, cvičení kognitivní restrukturalizace a podporu řešení maladaptivních myšlenek a chování, což přispívá ke snížení úzkosti a prevenci rozvoje PTSP. Kromě toho je důležité, aby sestry v intenzivní péči získaly školení v poskytování psychologické první pomoci, což zahrnuje okamžitou a soucitnou podporu pacientům a jejich rodinám během a po traumatu. Takové školení vybaví sestry dovednostmi k empatické reakci, posouzení emočních potřeb a navázání spojení s vhodnými zdroji duševního zdraví. Na základě dohledaných poznatků byl druhý dílčí cíl splněn.

Tato přehledová bakalářská práce by mohla být přínosem pro zdravotnický personál k získání lepšího porozumění kvality života a potřeb pacientů po traumatu s projevem PTSP. Mohla by pomoci lépe identifikovat a přizpůsobit péči právě těmto jedincům. Také by mohla být přínosem rodinným příslušníkům pacientů jako náhled na to, jak podporovat své blízké v procesu zotavování se po traumatu. A v neposlední řadě také veřejnosti ke zvýšenému povědomí o PTSP k lepšímu porozumění a empatii ve společnosti a k podpoře pro ty, kteří trpí touto poruchou.

Referenční seznam

1. ANDRADE, D., SILVA, C., MOURA, D., & PINTO, I. Nursing interventions to prevent post-traumatic stress disorders in people in intensive care: scoping review protocol. Online. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*. 2023, s. 1-5. Dostupné z: <https://doi.org/10.29352/mill0221.27671>. [cit. 2024-04-16].
2. ASUQUO, JE; EDET, BE; ABANG, IE; ESSIEN, EA; OSAKWE, OG et al. Depression and posttraumatic stress disorder among road traffic accident victims managed in a Tertiary hospital in Southern Nigeria. Online. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2017, roč. 20, č. 2, s. 170-175. ISSN 1119-3077. Dostupné z: <https://doi.org/10.4103/1119-3077.196114>. [cit. 2024-03-25].
3. DANIELSSON, F. B.; SCHULTZ LARSEN, M.; NØRGAARD, B. a LAURITSEN, J. M. Quality of life and level of post-traumatic stress disorder among trauma patients: A comparative study between a regional and a university hospital. Online. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2018, roč. 26, č. 1, s. 1-9. ISSN 1757-7241. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0507-0>. [cit. 2024-04-25].
4. DE JONGH, M A C; KRUIHOF, N; GOSENS, T; VAN DE REE, C L P; DE MUNTER, L et al. Prevalence, recovery patterns and predictors of quality of life and costs after non-fatal injury: the Brabant Injury Outcome Surveillance (BIOS) study. Online. *Injury Prevention*. 2017, roč. 23, č. 1, s. 1-9. ISSN 1353-8047. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2016-042032>. [cit. 2024-03-19].
5. DE MUNTER, Leonie; POLINDER, Suzanne; HAAGSMA, Juanita A.; KRUIHOF, Nena; VAN DE REE, Cornelis L.P. et al. Prevalence and Prognostic Factors for Psychological Distress After Trauma. Online. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2020, roč. 101, č. 5, s. 877-884. ISSN 00039993. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.10.196>. [cit. 2024-03-18].
6. GAUTAM A. The Role of Critical Care Nurses in Managing Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Among Intensive Care Unit (ICU) Patients. *Brio International Journal of Nursing Research (BIJNR)*. 2024; 5(1), s. 134-142. [cit. 2024-04-16].
7. HAVLÍKOVÁ, MUDr. Petra. Aktuální a potenciální farmakologické možnosti léčby posttraumatické stresové poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. 2017, 18(2), s. 56-58. Dostupné z: www.psychiatriepropraxi.cz. [cit. 2024-03-03].
8. HERRERA-ESCOBAR, Juan P.; AL RAFAI, Syeda S.; SESHADRI, Anupamaa J.; WEED, Christina; APOJ, Michel et al. A multicenter study of post-traumatic stress disorder after

- injury: Mechanism matters more than injury severity. Online. *Surgery*. 2018, roč. 164, č. 6, s. 1246-1250. ISSN 00396060. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2018.07.017>. [cit. 2024-03-04].
9. KENDRICK, D.; KELLLEZI, B.; COUPLAND, C.; MAULA, A.; BECKETT, K. et al. Psychological morbidity and health-related quality of life after injury: multicentre cohort study. Online. *Quality of Life Research*. 2017, roč. 26, č. 5, s. 1233-1250. ISSN 0962-9343. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1439-7>. [cit. 2024-03-21].
 10. KISHORE, Jay; VATSA, Ritesh; SINGH, Jyotirmay; KUMARI, Minti; KUMAR, Tanoj et al. Psychological Impact on Maxillofacial Trauma Patients – An Observational Study. Online. *Journal of Medicine and Life*. 2020, roč. 13, č. 4, s. 458-462. ISSN 1844-122X. Dostupné z: <https://doi.org/10.25122/jml-2020-0111>. [cit. 2024-03-22].
 11. LENG, Yanan; WU, Ying; WANG, Zonghua; ZHOU, Xiaoping a LIAO, Jianmei. A qualitative study exploring barriers and facilitators to establishing nurse-led, multidisciplinary psychological care for trauma patients: experiences from doctors and nurses. Online. *BMC Nursing*. 2022, roč. 21, č. 1., s. 1-12. ISSN 1472-6955. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00971-6>. [cit. 2024-03-17].
 12. LIN, Wanli; GONG, Lina; XIA, Miaojuan a DAI, Wenjie. Prevalence of posttraumatic stress disorder among road traffic accident survivors. Online. *Medicine*. 2018, roč. 97, č. 3, s. 1-7. ISSN 0025-7974. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009693>. [cit. 2024-03-24].
 13. LINARES, ILA M. P.; CORCHS, FELIPE D'ALESSANDRO F.; CHAGAS, MARCOS HORTES N.; ZUARDI, ANTONIO WALDO; MARTIN-SANTOS, ROCIO et al. Early interventions for the prevention of PTSD in adults: a systematic literature review. Online. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2017, roč. 44, č. 1, s. 23-29. ISSN 1806-938X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000109>. [cit. 2024-04-16].
 14. MARTINO, Costanza; RUSSO, Emanuele; SANTONASTASO, Domenico Pietro; GAMBERINI, Emiliano; BERTONI, Silvia et al. Long-term outcomes in major trauma patients and correlations with the acute phase. Online. *World Journal of Emergency Surgery*. 2020, roč. 15, č. 1, s. 1-7. ISSN 1749-7922. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13017-020-0289-3>. [cit. 2024-03-18].
 15. MISSOURIDOU, Evdokia. Secondary Posttraumatic Stress and Nurses' Emotional Responses to Patient's Trauma. Online. *Journal of Trauma Nursing*. 2017, roč. 24, č. 2, s. 110-115. ISSN 1078-7496. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000274>. [cit. 2024-03-23].

16. NING, Li; GUAN, Suzhen a LIU, Jiwen. Impact of personality and social support on posttraumatic stress disorder after traffic accidents. Online. *Medicine*. 2017, roč. 96, č. 34, s. 1-6. ISSN 0025-7974. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000007815>. [cit. 2024-03-25].
17. PRICE, Bob. Well-being, physical and mental health: part 2. Responding to trauma. Online. *Mental Health Practice*. 2019, roč. 22, č. 3, s. 35-42. ISSN 1465-8720. Dostupné z: <https://doi.org/10.7748/mhp.2019.e1348>. [cit. 2024-03-31].
18. RADUN, Igor; PARKKARI, Inkeri; RADUN, Jenni a HÄKKÄNEN-NYHOLM, Helinä. Suicide by crashing into a heavy vehicle: a focus group study of professional drivers. Online. *Industrial Health*. 2021, roč. 59, č. 1, s. 34-42. ISSN 0019-8366. Dostupné z: <https://doi.org/10.2486/indhealth.2020-0115>. [cit. 2024-03-03].
19. RIOS-DIAZ, Arturo J.; HERRERA-ESCOBAR, Juan P.; LILLEY, Elizabeth J.; APPELSON, Jessica R.; GABBE, Belinda et al. Routine inclusion of long-term functional and patient-reported outcomes into trauma registries. Online. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2017, roč. 83, č. 1, s. 97-104. ISSN 2163-0755. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000001490>. [cit. 2024-02-29].
20. ROBERTS, Neil P.; KITCHINER, Neil J.; KENARDY, Justin; LEWIS, Catrin E. a BISSON, Jonathan I. Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. Online. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019, roč. 10, č. 1. ISSN 2000-8066. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1695486>. [cit. 2024-03-21].
21. SAHNI, Vaibhav. Psychological Impact of Facial Trauma. Online. *Craniofacial Trauma & Reconstruction*. 2018, roč. 11, č. 1, s. 15-20. ISSN 1943-3875. Dostupné z: <https://doi.org/10.1055/s-0037-1603464>. [cit. 2024-02-29].
22. STEIN, Dan J.; KARAM, Elie G.; SHAHLY, Victoria; HILL, Eric D.; KING, Andrew et al. Post-traumatic stress disorder associated with life-threatening motor vehicle collisions in the WHO World Mental Health Surveys. Online. *BMC Psychiatry*. 2016, roč. 16, č. 1. ISSN 1471-244X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0957-8>. [cit. 2024-03-08].
23. TAN, Peh Ge a SOH, Chen Loong. Quality of life assessments in maxillofacial trauma patients – A systematic review. Online. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*. 2020, roč. 32, č. 2, s. 87-92. ISSN 22125558. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ajoms.2019.06.003>. [cit. 2024-04-17].
24. TAŠKOVÁ, Ivana. Úzkostné poruchy a jejich léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 2021, 17(4), s. 17-27. Dostupné z: www.psychiatriepropraxi.cz. [cit. 2024-03-03].

25. TORRES, Lorrie; NELSON, Francine a WEST, Gordon. Original Research: Exploring the Effects of a Nurse-Initiated Diary Intervention on Post–Critical Care Posttraumatic Stress Disorder. Online. *AJN, American Journal of Nursing*. 2020, roč. 120, č. 5, s. 24-33. ISSN 0002-936X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000662804.81454.66>. [cit. 2024-04-17].
26. VINCENT, Heather K.; HORODYSKI, MaryBeth; VINCENT, Kevin R.; BRISBANE, Sonya T. a SADASIVAN, Kalia K. Psychological Distress After Orthopedic Trauma: Prevalence in Patients and Implications for Rehabilitation. Online. *PM&R*. 2015, roč. 7, č. 9, s. 978-989. ISSN 1934-1482. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2015.03.007>. [cit. 2024-03-18].
27. WILSON, Priscilla; DZANSI, Gladys a OHENE, Lilian Akorfa. ‘I don’t want to think about it’: Psychosocial experiences of road traffic accident survivors in Ghana. Online. *International Emergency Nursing*. 2020, roč. 53, s. 1-7. ISSN 1755599X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100935>. [cit. 2024-03-01].
28. WISEMAN, Taneal A; CURTIS, Kate; LAM, Mary a FOSTER, Kim. Incidence of depression, anxiety and stress following traumatic injury: a longitudinal study. Online. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2015, roč. 23, č. 1, s. 1-9. ISSN 1757-7241. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13049-015-0109-z>. [cit. 2024-03-18].
29. ZARZAUR, Ben L.; BELL, Teresa M. a ZANSKAS, Stephen A. Resiliency and quality of life trajectories after injury. Online. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2017, roč. 82, č. 5, s. 939-945. ISSN 2163-0755. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000001415>. [cit. 2024-02-29].

Seznam zkratek

ASP	Akutní stresová porucha
DSM-V	páté vydání Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch
EQ-5D	Euro Quality of Life scale 5 dimension
et al.	a kolektiv
IES	Impact Event Scale
JIP	Jednotka intenzivní péče
PTSD	Posttraumatic stress disorder
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
PTSS 10-QI	Post-Traumatic Stress Syndrome 10-Questions Inventory
s.	Strana
SCL-90	Symptom-Checklist-90
TSQ	Trauma Screening Questionnaire
WHO	Světová zdravotnická organizace