

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**První psychická pomoc v přednemocniční neodkladné
péči z pohledu zdravotnického záchranáře**

Bakalářská práce

Autor práce: Antonín Pojeta
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Zdravotnický záchranář
Vedoucí práce: Bc. Jiří Majstr

Datum odevzdání práce: 3.5.2012

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá poskytováním první psychické pomoci na výjezdech zdravotnické záchranné služby zdravotnickým záchranářem nebo kterýmkoliv členem výjezdové posádky osobě zasažené neprahovou stresovou zátěží. Poukazuje na každodenní potřebu užití intervenčních technik pro zdravotnické záchranáře v dennodenní praxi.

Výzkumná část je zaměřena na popis situací formou kazuistik z výjezdů zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje, na kterých byla nutnost užití technik první psychické pomoci. Kazuistiky jsou obohaceny o rozhovory se záchranáři–interventy.

Abstract

This thesis deals with the provision of primary mental health services during emergency operations by a paramedic or any other medical staff to an individual who is in a state of psychological distress. It confirms the need for intervention techniques used by paramedic staff in everyday situations.

The research part of this work is focused on the description of situations that make use of primary mental health care. This will be presented in the form of case studies. These were carried out by an emergency medical service in Moravian–Silesian Region (Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje). Additional interviews with paramedics are also enclosed.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 30.4.2012

.....

Antonín Pojeta

Poděkování

Chtěl bych poděkovat svému vedoucímu práce panu Bc. Jiřímu Majstroví a odborným konzultantům PhDr. Lukáši Humplovi a paní PhDr. Marii Mezníkové za odborné konzultace a pomoc při tvorbě bakalářské práce. V neposlední řadě bych chtěl poděkovat paní Mgr. Monice Holešové za jazykovou korekturu a interventům ze ZZS Moravskoslezského kraje za ochotu při rozhovorech a tvorbě kazuistik

Obsah:

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Psychicky náročné situace v praxi ZZS	13
1.1.1 Stres v profesi zdravotnického záchranáře	14
1.1.1.1 <i>Psychická zátěž na výjezdech ZZS</i>	17
1.1.1.2 <i>Traumatické události</i>	18
1.1.2 Krizové situace v prostředí PNP	19
1.1.2.1 <i>Typy krizových situací</i>	20
1.2 První psychická pomoc v PNP	23
1.2.1 Komunikace se zasaženým	24
1.2.2 Specifika komunikace u dětí, dospívajících, seniorů a rodin	29
1.2.3 Specifika zvládnutí traumatizující situace	31
1.2.3.1 <i>Neštěstí malého rozsahu</i>	31
1.2.3.2 <i>Neštěstí hromadného charakteru</i>	31
1.2.3.3 <i>Následná péče</i>	32
1.2.3.4 <i>Model krizová intervence</i>	33
1.2.4 Potřeby přímo zasažených v podmínkách PNP	34
1.3 Neodkladné duševní stavy na výjezdech ZZS a jejich specifika	36
1.3.1 Akutní reakce na stres	36
1.3.2 Postraumatická stresová porucha	38
1.3.3 Porucha přizpůsobení	39
1.3.4 Úzkostný a depresivní klient	40
1.3.5 Klient se suicidálními sklony	41
1.3.6 Agresivní klient	42
1.4 Smrt	44
1.4.1 Truchlení	44
1.4.2 Specifika úmrtí dítěte	45

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	46
2.1 Cíl práce	46
2.2 Výzkumné otázky	46
3. METODIKA VÝZKUMU	47
4. VÝSLEDKY	48
4.1 Kazuistika, typ: dopravní nehoda	48
4.2 Kazuistika, typ: sebevražda	51
4.3 Kazuistika, typ: dopravní nehoda	56
4.4 Kazuistika, typ: dopravní nehoda	59
4.5 Kazuistika, typ: vražda	62
5. DISKUZE	66
6. ZÁVĚR	69
7. Seznam použitých zdrojů	70
8. Klíčová slova	77
9. Přílohy	78

Seznam použitých zkratek

- ARIP – Anestezie, resuscitace a intenzivní péče
- ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení
- CAN - Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
- ČR – Česká republika
- HN – Hromadné neštěstí
- HZS – Hasičský záchranný sbor
- HZS ČR – Hasičský záchranný sbor České republiky
- HZS MSK – Hasičský záchranný sbor Moravskoslezského kraje
- IBC - Integrované bezpečnostní centrum
- ICISF – International critical incident stress foundation
- IZS – Integrovaný záchranný systém
- KC – Krizové centrum
- KI – Krizová intervence
- KOS ZZS – Krajské operační středisko zdravotnické záchranné služby
- K/P – Klient, pacient
- MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
- MS – Moravskoslezský kraj
- MZ – Ministerstvo zdravotnictví
- PČR – Policie České republiky
- SPIS – Systém poskytování intervenční služby
- PNP – Přednemocniční neodkladná péče
- PPP – První psychická pomoc
- RV – Rendez-vous
- ZT ČČK – Záchranný tým Českého červeného kříže
- ZZS – Zdravotnická záchranná služba
- ZZS MSK – Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje

Úvod

"Život na záchrance je mozaikou příběhů. Příběhů plných bolesti, zklamání, zloby, beznaděje, nešťastných či neuvěřitelných náhod, loučení, lásky, naděje a víry. Většinou jsme svědky nebo pomocníky. Někdy se ale stáváme jednou z postav právě odehrávaného příběhu. Je smutné, když sami začneme věřit v příběh s dobrým koncem... a potom nepřijde..."¹

MUDr. Milana Pokorná

vedoucí lékařka Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy

Bakalářská práce, která se Vám dostává do rukou, pojednává o problematice první psychické pomoci v nesnadných podmínkách přednemocniční neodkladné péče z pozice studovaného oboru, z pozice zdravotnických záchranářů. Zabývá se problematikou náhle vzniklých těžkých životních tragédií, které my nevnímáme jako posádky záchranných složek, vnímají je zasažené osoby na místě vzniku této krizové životní situace s nepopsatelnou intenzitou.

Matky, partneři, děti a kamarádi, kteří jsou svědky ožívování v krajních situacích úmrtí svých blízkých, tuto skutečnost nemohou přijmout a v takovéto mezní chvíli bychom se jim měli stát partnery během truchlení, provést je jejím zármutkem, býti opěrnou holí i statným ramenem pro potoky slz. Nemusíme proto býti erudovanými psychology, stačí, pokud poskytneme jisté techniky a profesionální, empatický a přirozeně lidský postoj k jejich bolesti.

Jak již prohlásil Ludwig Wittgenstein: „*Také slova jsou činy.*“² Nemusíme vždy léčit jen somatické obtíže, mnohdy lidská technika podaných rukou, chvilka empatie a porozumění mohou být nesrovnatelně účinnější a věcnější.

¹ CHALABALA, Jaromír. Příběhy pražské záchranky: Víra v příběh s dobrým koncem. In: *Víra v příběh s dobrým koncem* [online]. [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://jaromir-chalabala.blog.cz/0809/vira-v-pribeh-s-dobrym-koncem>

² VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, s.8, ISBN 80-717-8291-2.

„Když se tak vrátím do roku 2008... Jen díky jednomu člověku jsem tady, on mi zachránil život, když jsem vše skončil, jen on neváhal a vykašlal se na to, co říkali ostatní, díky němu jsem tu... A nebýt jeho, dnes tohle nepíšu. Jsem mu do konce života zavázán. On ví... Nedokážu vyjádřit svůj dík, nedokážu vyjádřit slovy, jak moc ti za to děkuju.“ Jan K.

děkovný dopis spolužáka, kamaráda, záchranáře, po sebevražedném pokusu

Zaměření práce není náhodné, v osobním životě jsem se setkal u svých blízkých přátel s pokusem o sebevraždu. V tu chvíli jsem měl rty nepopsatelně těžké, plíce nevzdušné a na prsou nepopsatelný tlak. V praxi se záchranáři nezdědka s takovými situacemi setkají a touto prací bych jim chtěl pomoci ten dech do plic vložit.

1. Současný stav

Zdravotnická záchranná služba (dále ZZS) jako jediná ze všech základních složek Integrovaného záchranného systému (dále IZS) nemá centrální řízení. Podle zákona č. 239/2000 Sb. o IZS ve smyslu novelizací č. 320/2002 Sb. a č. 20/2004 Sb. je odpovědné za ZZS Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále MZ), ale zřizovatelem je kraj dle §8 zákona o ZZS. Proto ZZS bez centrálního řízení má větší problém integrovat psychosociální službu do své činnosti. S účinností od 1. dubna 2012 přichází po vyhlášce 434/1992 Sb., resp. její novelizaci č. 14/2001 Sb. v platnost speciální zákon o ZZS číslo 374/2011 Sb., kde v §16 ukládá zajištění péči o záchranáře:³

1. Pracoviště krizové připravenosti je určeno pro koordinaci:

*b) „psychosociálních intervenčních služeb pro zaměstnance poskytovatele zdravotnické záchranné služby a další zdravotnické pracovníky v případě mimořádné události nebo krizové situace při provádění záchranných a likvidačních prací“.*⁴

Mezi další základní složky IZS patří Policie České republiky (dále PČR) a Hasičský záchranný sbor České republiky (dále HZS ČR). Jelikož jejich zřizovatelem je Ministerstvo vnitra ČR, centrální řízení a existence zákona o policii č. 273/2008 Sb. a zákona o HZS č. 238/2000 Sb. napomohla k integraci psychosociální složky do činnosti a systému.^{5,6} HZS ČR disponuje 14. týmy posttraumatické péče, v počtu asi 300 peerů pro péči o členy HZS ČR. PČR nemá ve svých řadách ve vztahu

³ Česká republika. Zákon č.239/2000 Sb. ze dne 28.6.2000 O integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů*. Praha, 2000. Dostupné z: http://www.firebrno.cz/uploads/legislativa/239_2000.pdf

⁴ Česká republika. Zákon č. 374/2011 Sb. ze dne 6.11.2011 O zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů*. Praha, 2011, částka 131, s. 4839-4848. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakona-o-zdravotnicke-zachranne-sluzbe_5175_2428_11.html

⁵ Česká republika. Zákon č. 273/2008 Sb. ze dne 17.7.2008 O Policii České republiky. In: *Sbírka zákonů*. Praha, 2008. Dostupné z: http://www.loganland.cz/MOTODRBY/vyplody_panu/273-2008_o-policii-CR_01-01-2009.pdf

⁶ Česká republika. Zákon č. 238/2000 Sb. ze dne 18.6.2000 O Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů*. Praha, 2000. Dostupné z: http://www.firebrno.cz/uploads/legislativa/238_2000.pdf

k systému postraumatické intervenční služby (dále SPIS) nejen psychology, ale také duchovní.

U PČR je povinnost poskytnutí této potřeby řízena Závazným pokynem č. 129 policejního prezidenta ze dne 14.11. z roku 2001.⁷ Podle výše zmíněného zákona č. 374/2011 Sb., §16 se pracovníci ZZS dočkají psychosociální podpory po nadprahové zátěži stejně jako pracovníci HZS ČR a PČR.⁸

Mezi druhosledovými složkami IZS nacházíme organizace zabývající se psychosociálními aktivitami. K jedné z nejvýznamnějších organizací v Moravskoslezském kraji jistě patří Záchranný tým Českého červeného kříže Ostrava (dále ZT ČČK Ostrava). Ten je schopný v rámci Dohody o plánované pomoci mezi ZT ČČK Ostrava a HZS MS kraje z roku 2007 poskytnout osoby poskytující psychosociální pomoc. Takto proškolené osoby se již zúčastnily reálného nasazení, například při vlakovém neštěstí ve Studénce nebo rozsáhlých povodních na Novojičínsku a Karvinsku.⁹

ZT ČČK Ostrava není jediná, v druhosledu se mohou zapojit i armádní psychologové, ale ti jsou spíše specializováni na tzv. bojovou stresovou reakci. Společnost ADRA spolupracuje stejně jako ZT ČČK Ostrava s HZS MSK na projektu, který se jmenuje „Víme o sobě“. Při hromadném neštěstí (dále HN) se dále zapojují i některé církevní organizace a seskupení mladých psychologů, studentů.¹⁰

Aktuálně je situace velmi rozdílná v rámci celé České republiky. Příkladem, kde systém psychosociální intervenční služby (dále SPIS) rozjíždí a přináší první výsledky, je kraj Moravskoslezský a Středočeský. V Moravskoslezském kraji tento systém zavádí

⁷ KUBÍČKOVÁ, Pavla. *Posttraumatická intervenční péče o příslušníky a občanské zaměstnance Policie České republiky: Posttraumatická intervenční péče u Policie ČR (PIP)* [online]. České Budějovice, 2010 [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: http://theses.cz/id/ov7sh8/downloadPraceContent_adipIdno_16358. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v ČB, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Bc. Petra Adamová.

⁸ Česká republika. Zákon č. 374/2011 Sb. ze dne 6.11.2011 O zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů*. Praha, 2011, částka 131, s. 4839-4848. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakona-o-zdravotnicke-zachranne-sluzbe_5175_2428_11.html

⁹ ZÁCHRANNÝ TÝM ČČK OSTRAVA. *Výroční zpráva 2010: Povodně 2010, Karvinsko, Novojičínsko*. Ostrava: Záchranný tým ČČK Ostrava, 2011. Dostupné z: <http://www.zachranny-tym.cz/pdf/vyrocní-zprava-2010.pdf>

¹⁰ ADRA: Pomoc při mimořádných událostech. [online]. [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://www.adra.cz/projekty/projekty-v-cr/pomoc-pri-mimoradnych-udalostech>

ve standart PhDr. Lukáš Humpl jako jediný klinický psycholog ZZS v ČR a ve Středočeském kraji převážně MUDr. Jana Šeblová, Ph.D. ZZS hlavního města Praha pod vedením MUDr. Zdeňka Schwanze má svůj psychosociální tým, ale oficiální informace neexistují.¹¹

Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje (dále ZZS MSK) uzavřela po dopravní nehodě v roce 2008 nedaleko Opavy (viz kazuistika č.1) spolupráci s mjr. Mgr. Marcelou Kopaňákovou zastupující HZS MSK. Následně ředitelé stvrdili spolupráci a součinnost podpisem smlouvy O vzájemné spolupráci mezi ZZS MSK a HZS MSK, která se opírá o zákon č. 239/2000 Sb. o IZS ve smyslu vzájemné posttraumatické pomoci zaměstnanců i osobám dotčeným stresovou situací v PNP.¹²

Dalším hmatatelným důsledkem je množství ošetřených pacientů například při hromadných neštěstích ve Studénce či Ostravě–Vřesině, ale i při denní praxi na posádkách ZZS, které nejsou tak dramatické. Ve Studénce se odhaduje, že počet osob vyžadujících speciální psychosociální potřeby byl minimálně 1200.¹³

V roce 2009 vznikla pod odborem krizové připravenosti Ministerstva zdravotnictví ČR pracovní skupina, která má za úkol vytvořit metodické postupy (vedoucím odboru je MUDr. et Bc. Dana Hlaváčková). Od 1.4.2012, dnem nabytí účinnosti zákona o ZZS přešla tato iniciativa pod Asociaci zdravotnických záchranných služeb a výsledkem je zajištění podpory peer péče v rámci přednemocniční péče. Zatím jsou realizované kurzy pro peery ZZS se zaměřením na krizovou komunikaci a zvládání stresu ve spolupráci s Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Aktuálně je připravovaný pilotní projekt pro interventy ZZS. Navíc každá krajská zdravotnická záchranná služba dostane peníze na krizovou

¹¹ KOMORA ZÁCHRANÁŘŮ ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB ČESKÉ REPUBLIKY. *Psychologická pomoc přichází k záchránářům*. [online]. [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://www.komorazachranaru.cz/aktuality.php?aktualita=306>

¹² HUMPL, Lukáš. POSKYTOVÁNÍ KRIZOVÉ INTERVENCE PŘI ZÁSAZÍCH IZS: POSKYTOVÁNÍ PSYCHOSOCIÁLNÍ POMOCI PŘI ZÁSAZÍCH IZS. In: [online]. 2009 [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: http://www.ucjlf.upol.cz/svoc/zlate_hory/2009-01/humpl_03.pdf

¹³ HUMPL, Lukáš a Petra ĎASKOVÁ. Vlakové neštěstí - Studénka. [online]. 2008 [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://www.pmfhk.cz/WWW/KVZ/Konference%2008/vlakov%C3%A9.pdf>

připravenost od MZ na vybavení a činnost. Přepočet bude na obyvatele, tj. 10Kč/obyvatel kraje.¹⁴

1.1 Psychicky náročné situace v praxi ZZS

Častý kontakt s psychicky náročnými situacemi, kdy se pracovníci v pomáhajících profesích stávají svědky náročných životních osudů, vyvolává zamyšlení nad potřebou další přípravy zaměstnanců.¹⁵

MUDr. Šeblová uvádí v článku „*Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb*“ mýtus, který je ve společnosti zakořeněn. „*Zdravotníci pečující o druhé se přece automaticky umí postarat i o sebe a o svoji duševní vyrovnanost.*“¹⁶

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D. tento fakt dokládá výzkumem publikovaným v časopise 112 č.3/2007. Vyjádřeno čísly, z výzkumu zaměstnanců ZZS v roce 2003 vykazovalo známky rozvíjejícího se Burn-out syndromu (syndrom vyhoření) 17% dotazovaných, v roce 2005 už 19%. Tento fakt přikládá vysoké zátěži, nutnosti činit velmi odpovědná rozhodnutí v krátkém časovém horizontu, ale zpětná vazba stejně jako ocenění je minimální.¹⁷

Údaje o situaci v rámci intervenční pomoci také prezentoval Mgr. David Dohnal společně s Bc. Michaelou Gehrovou v rámci workshopů na Olomouckých dnech urgentní medicíny v roce 2011. Dle údajů organizace ICISF (International Critical Incident Stress Foundation)¹⁸ z roku 2006 uvádí, že v přednemocniční péči se u 86%

¹⁴ ASOCIACE ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB ČR. *Zápis z jednání VH AZZS ČR č. 1/2012* [online]. Jihlava, 2012 [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: http://www.azzs.cz/dokumenty/Zapis_1-2012_AZZS_CR.pdf

¹⁵ ADAMS, B. a C. E. HAROLD. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 488 s. ISBN 80-716-9893-8.

¹⁶ ŠEBLOVÁ, Jana. *Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb*. Časopis 112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva., 2010, ročník 9, č. 3, str. 18-19, Praha: MV-generální ředitelství HZS ČR., ISBN 1213-7057.

¹⁷ ŠEBLOVÁ, Jana. *Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb*. Časopis 112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva., 2007, ročník 6, č. 3, str. 18-19, Praha: MV-generální ředitelství HZS ČR., ISBN 1213-7057.

¹⁸ International Critical Incident Stress Foundation. [online]. [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://www.icisf.org/>

účastníků psychicky náročné situace projevuje během dalších 24 hodin tělesné, poznávací a emocionální reakce, které mohou až u 22% zasažených přerůst v projevy příznaků trvajících až 6 měsíců. U 4% takto zasažených dochází k rozvoji posttraumatické stresové poruchy, která je již považovaná za nemoc a má svoje místo v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod zkratkou F43.1.¹⁹

1.1.1 Stres v profesi zdravotnického záchranáře na poli PNP

Stres je obecně chápán jako komplexní proces tělesného, resp. duševního přetížení, které je prožíváno negativně.²⁰ Nemůžeme oddělovat tělesnou a duševní složku, jelikož se navzájem podporují a iniciují.²¹

Laicky definujeme tento stav zjednodušeně jako reakci organismu na těžkou, náročnou životní situaci, zátěž.²²

Organismus, který je vystavený mimořádným podmínkám – stresorům, následně reaguje za cílem zajištění přežití jedince. Praško tvrdí, že: „*Stresová reakce přivádí organismus do stádia pohotovosti a připravenosti k „boji“ nebo „úťeku“*. Může mít charakter obranný, úzkostný a s narušením reakcí.²³ Tento postoj vychází z ontogenetického vývoje organismu, kdy obranné mechanismy, které se vyvíjely k zajištění přežití v době a ve světě zcela jiném než je dnešní, zůstaly zachovány dodnes.²⁴

Na stres můžeme pohlížet i z pohledu emocí, kognitivní teorie stresu. Velký důraz je v této teorii zaměřen na emoce. Zjistilo se, že stres vyvolá pocity neuspokojení a následnou frustrací, dojde ke snížení motivace s možným nárůstem agrese.

¹⁹ DOHNAL, David a Michaela GEHROVÁ. Krizová intervence pro praxi, otázky a odpovědi. In: *Krizová intervence pro praxi, otázky a odpovědi* [online]. 1. vyd. Olomouc, 2011, 31.8.2011 [cit. 2012-04-25]. Dostupné z: <http://www.akutne.cz/res/publikace/krizova-intervence-v-praxi-gherova-m.pdf>

²⁰ NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003, 507 s. ISBN 80-200-0993-0.

²¹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-717-8774-4.

²² ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. 2., aktualiz. vyd., V Portálu 1. Překlad Erik Herman, Miroslav Petržela, Dagmar Brejlová. Praha: Portál, 2003, 751 s. ISBN 80-717-8640-3.

²³ PRAŠKO, Ján. *Proti stresu krok za krokem*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 187 s. ISBN 80-247-0068-9.

²⁴ CHARVÁT, Josef. *Život, adaptace a stres*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1970. 134s.

Fyziologicky dochází k zvýšení pozornosti, ale v zúženém zorném poli.²⁵ Činnost mozku je nejen základem činnosti psychiky ale i těla. Projevy těla a psychiky zprostředkovávají společné interakce, jež jsou nejvýrazněji pozorovatelné na fyziologických hodnotách.²⁶

Selye při zkoumání stresu tvrdil, že není podstatná příčina, ale snaha o adaptování organismu na vzniklou situaci a rozdělil stresovou odpověď na dva základní syndromy dle rozsahu:

- generální adaptační syndrom (dále GAS)
- lokální adaptační syndrom (dále LAS)²⁷

Při GAS se uvolňují adaptační hormony, které mění strukturu a chemické složení těla. Sympatikus stimuluje hypotalamus, který uvolní kortikotropin s následnou stimulací hypofýzy a uvolnění adrenokortikotropinu. Společné vyloučení adrenalinu a noradrenalinu má za následek zvýšení kontraktility myokardu, tachykardii, dilataci bronchů. To vše má za následek zvýšení přívodu kyslíku a buněčného metabolismu, metabolismu tuků k získání energie, kterou bude jedinec potřebovat. Noradrenalin působí na ledviny, sníží průtok krve a zvýší sekreci reninu. Renin způsobí vytvoření angiotensinu s následnou vazokonstrikcí arteriol a systémově zvýší krevní tlak. V menším rozsahu, hovoříme-li o LAS, reaguje příkladně jen jeden orgán či orgánová soustava.²⁸

GAS i LAS reagují ve třech fázích:

1. Fáze poplachová

- Stresor spouští obranné mechanismy, aktivaci autonomního nervstva a uvolnění adrenalinu, kortizonu do krve. Tato reakce je označována šokovou, pak následuje fáze protišoková, která působí opačné změny.

²⁵ KRÍVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-717-8774-4.

²⁶ NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003, 507 s. ISBN 80-200-0993-0.

²⁷ VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

²⁸ PRAŠKO, Ján. *Proti stresu krok za krokem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 187 s. ISBN 80-247-0068-9.

2. Fáze rezistence

- Organismus omezuje působení stresoru a vyrovnává se s ním. Adaptační mechanismy plní ještě svoji funkci.

3. Fáze vyčerpání - *exhaust*

- V tomto okamžiku a přechodu do třetí fáze se aktivuje parasymptikus - organismus stresu propadá a hroučí se. Nastávají dvě možnosti a to odpočinek s návratem k normálu, případně nastává smrt organismu. Adaptační a regulační mechanismy selhaly.²⁹

Literatura rozlišuje dva základní typy stresu, eustres a distres.³⁰ V profesi zdravotnického záchranáře při výkonu povolání se ale častěji setkáme s distresem.³¹

Eustres, neboli pozitivní citové vzrušení nás stimuluje a vede k lepším výkonům i přes vynaloženou námahu. Tento typ můžeme pociťovat při situacích, které jsou pro nás těžké, hraniční, a vyhodnotíme je stresově. Následně nás tělo vyburcuje k výkonu a splníme očekávaný cíl, který nás těší. Eustres můžeme pozorovat jako motivaci k další práci na ZZS například, pokud posádka zachrání těžce zraněného, který se navrátí do plně kvalitního života. Jedná se o splnění očekávaného cíle v hraniční situaci. Problémem je druhá strana mince, negativně prožívaný stres, distres. Ten nás následně omezuje v rozhodování, ustrnuje a dovolím si říct, že nás až svazuje. Jedná se o situace, na které nejsme připraveni, nejsou pro nás rutinní, jsou emocionálně těžké. V tomto tématu poskytování první psychické pomoci distres převažuje nad eustresem, jelikož nedisponujeme dostatkem sil pro ojedinělost těchto situací, prožíváme vnitřní konflikty, neohodnocení práce či neindikovanost výjezdů ZZS. Je to negativně prožívaný stres nejen pro záchranáře, ale i zasažené osoby, které prožívají ohrožení své osoby ve smyslu ztráty důležité složky pro život. Každý organismus má svoji míru,

²⁹ KOZIEROVÁ, Barbara. *Ošetrovatelstvo I: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

³⁰ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-807-3675-691.

³¹ ŠEBLOVÁ, Jana. *Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb*. Časopis 112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva., 2007, ročník 6, č. 3, str. 18-19, Praha: MV-generální ředitelství HZS ČR., ISBN 1213-7057.

kteřou nazýváme únosnou mezí a její překročení může být pro organismus nebezpečné.³²

Ryze psychický stres, který v našem případě může zastupovat situace při úmrtí blízké osoby, je provázán somatickými i psychickými změnami. Nastává aktivace a mobilizace energie. Zvýšené vylučování kortikoidů a katecholaminů, tzv. aktivace sympatoadrenálního a kortikoidního systému slouží především k mobilizaci psychických sil, neboť přirozenou reakcí na stres je pokus zvládnout stresovou situaci, není-li dána možnost se jí vyhnout, nebo z ní vystoupit. Také vliv stresové situace jako takové závisí na řadě činitelů, na osobnosti subjektu, implementaci, cítění a podpoře nejbližšího sociálního prostředí.³³

O stresové situaci (otázce nadlimitní zátěže) se jedná tehdy, když je míra intenzity stresogenní situace vyšší, než schopnosti a možnosti jedince situaci zvládnout.³⁴

1.1.1.1 Psychická zátěž na výjezdech ZZS

Psychickou zátěž definujeme jako proces psychického zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí.³⁵

Zdravotnický záchranář v každodenní praxi řeší a prožívá problémy spojené s utrpením, bolestí, nemocí a smrtí pacientů, což představuje velkou psychickou zátěž a riziko ohrožení vzniku syndromu vyhoření. Pokud záchranáři získají zručnost a schopnost efektivně zvládat zátěžové situace v zaměstnání a ve svém osobním životě, dokážou lépe hodnotit náročnost zátěžových situací pacienta a mohou pomoci

³² KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-717-8774-4.

³³ NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003, 507 s. ISBN 80-200-0993-0.

³⁴ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-717-8774-4.

³⁵ TUČEK, Milan, Miroslav CIKRT a Daniela PELCLOVÁ. *Pracovní lékařství pro praxi: příručka s doporučenými standardy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 327 s. ISBN 80-247-0927-9.

pacientovi, jeho příbuzným a dalším při zvládnání náročných životních situací spojených s hospitalizací, změnou zdravotního stavu a terapií anebo úmrtím.³⁶

Dle požadavku na jedince dělíme psychickou zátěž na 5 základních typů:

- Nepřiměřené úkoly a požadavky – přetížení jedincových možností.
- Problémové situace – změna návyků jedince, neobvyklost, neznámo.
- Překážky – omezení stanoveného cíle, nová adaptace.
- Konfliktová situace – nutnost rozhodnutí, vznik rozporu.
- Stresové situace – příkladem je časový stresor při resuscitaci.³⁷

1.1.1.2 Traumatická událost

Slovník cizích slov definuje traumatickou událost jako extrémně intenzivní, nečekanou událost budící hrůzu. Ta zanechává v podvědomí trvalou změnu - tzv. engram, česky definovaný jako paměťová stopa, která se dále vybavuje při podobných situacích.³⁸

Trauma jako samotný pojem je reakce na situaci, kdy byl jedinec ohrožen na duševní, tělesné anebo společenské celistvosti.³⁹

Traumatické události mohou být nejrůznějších etiologií, jsou většinou nepředvídatelné, to ovlivňuje také reakci zasažených. Převážně se jedná o nepředvídatelné situace s pocitem ohrožení vlastní osoby či tělesné integrity. Reakce jsou přímo úměrné s obtížností prožívání. Nejobtížněji zpracovatelné jsou situace způsobené úmyslně člověkem. Opakem jsou katastrofy s širokým zasažením, kde

³⁶ KOMAČEKOVÁ, Dana., *Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry*. [on line] [cit.2012-28-03]. 2009, Dostupné z www.zdn.cz/clanek/sestra/fyzicka-a-psychicka-zatez-pri-poskytovani-osetrovatelske-pece-pr-435429

³⁷ JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. nezměn. v Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003, 225 s. ISBN 80-701-3390-2.

³⁸ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-807-3675-691.

³⁹ J. DEWILFE, Deborah. *Psychosociální odpověď na kolektivní násilí a terorismus: Terénní průvodce*. 1. vyd. Praha: MV - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2010, 43 s. ISBN: 978-80-86640-52-5

se projeví vysoký podíl sounáležitosti občanů a míra expozice traumatické situace je nižší.⁴⁰

1.1.2 Krizové situace v prostředí PNP

„Krise je taková situace, kterou klient za krizi považuje.“⁴¹

Krise je pojmem ve společnosti velmi často nadužíván. V laickém podání a každodenní mluvě si ji vykládáme od počátku 90. let 20. století jako pocit špatné nálady či časové tísně. Obecně můžeme říct, že slovo vyjadřuje různé nebezpečné stavy spojené s bodem obratu, změny.⁴² Krizi z psychologického hlediska popisujeme jako situaci, kdy prožíváme neodkladnou extrémně zátěžovou, naléhavou, nebezpečnou situaci.⁴³ S krizí se ale také setkáváme v mnoha vědních oborech, ale všechny mají společný základ.⁴⁴

Baštecká uvádí, že krize je proces, kdy jedinec reaguje na situaci, kterou nemůže dle jeho zvyklostí řešit a stává se zátěžovou. Dále osoba nabývá dojmu, že ke zvládnutí musí překročit svoje možnosti zdrojů a sil, a pak je situace spojena s naléhavostí a tísní, někdy krajní nouzí.⁴⁵

Z medicínského hlediska není symptomem ani syndromem, vyjadřuje přítomnost těžce zvládnutelného až život ohrožujícího procesu.⁴⁶ Nejedná se o nemoc, ale pozorujeme pouze příznaky krize, mezi které řadíme úzkost, strach, depresivní naladění,

⁴⁰ PRAŠKO, Ján. *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 178 s. ISBN 80-717-8811-2.

⁴¹ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krise: psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 129 s. ISBN 80-247-0888-4.

⁴² KLIMPL, Petr. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 167 s. ISBN 80-716-9324-3.

⁴³ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-807-3675-691.

⁴⁴ KLIMPL, Petr. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 167 s. ISBN 80-716-9324-3.

⁴⁵ BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005, 299 s. ISBN 80-247-0708-X.

⁴⁶ KLIMPL, Petr. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 167 s. ISBN 80-716-9324-3.

vegetativní příznaky, psychosomatické obtíže a méně obvyklé psychogenní psychózy a paranoidní chování.⁴⁷

Baštecká poukazuje na rozdíl mezi krizí a psychickým traumatem. Krizi definuje subjektem - jedincem, kterému se to stalo, nýbrž trauma shledává podnětem, co se stalo. O traumatu hovoří jako o situaci, která vznikla jako událost převyšující každodenní lidskou zkušenost.⁴⁸

Psychická krize je narušení, ztráta duševní rovnováhy. Pozorujeme ji po střetu člověka s překážkou, kterou není schopen sám zvládnout přirozeným způsobem v přirozeném čase. Rozlišujeme ji na akutní, náhle vzniklou a chronickou, která se manifestuje v delším časovém okně.⁴⁹

1.1.2.1 Typy krizových situací

Typů krizí je celá řada a můžeme ji rozdělit podle autorů, kteří je specificky vymezují a také podle mnoha hledisek. Vzhledem k zaměření bakalářské práce se k tématu první psychické pomoci vztahuje krize situační, kumulovaná, krize z traumatu a psychopatologická krize.

Situační krize

Situační krize, neočekávaná situace jedince zaskočí, překvapí, až šokují a záleží jen na něm, do jaké míry jak ji vnímá jako subjektivně negativní. Podstatě jakákoliv změna v životě člověka, ať už pozitivní či negativní, může krizi urychlit. Řadíme sem smrt blízké osoby, katastrofy aj.⁵⁰

⁴⁷ BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 450 s. ISBN 978-807-2548-156.

⁴⁸ BAŠTECKÁ, Bohumila. *Základy klinické psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 436 s. ISBN 80-717-8550-4.

⁴⁹ VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 176 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

⁵⁰ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 129 s. ISBN 80-247-0888-4.

Špatenková uvádí výzkum Badury-Madeje, který dělí situační krizi na čtyři fáze:

1. *Šoková fáze:*

Jde o formu popírání skutečnosti. Navenek může působit relativně v pořádku, ale dochází k silnému ovlivnění psychické stránky jedince. Může vykazovat prvky hyperaktivity, ale také apatie a sociálního uzavření.

2. *Fáze emoční reakce:*

Zasažený se střetává s realitou, popírá a racionalizuje daná fakta. V tomto období je důležité zasáhnout, jelikož jedinec prožívá všechno mnohem intenzivněji. Pokud je sociální opora poskytnuta, intenzita emocí se snižuje společně s možností chronicity. Není-li poskytnuta pomoc, krize se stává chronickou.

3. *Fáze zpracování krize:*

Po zajištění sociální opory se zasažený oprostuje od traumatického zážitku, projevuje zájem o sebe, o svoji budoucnost. Může dojít k intenzivní emoci i v této fázi, jelikož fáze se prolínají a stanovení hranic je nemožné.

4. *Fáze nové orientace:*

Po prožitém traumatu, nové životní zkušenosti se jedinec zapojuje do normálního života, navazuje sociální kontakty

a traumatická událost se stává zpracovanou kapitolou jeho života.⁵¹

Kumulovaná krize

Aktuální traumatická událost se prolíná s nezpracovaným traumatem z minulosti a zvyšuje tak aktuální prožívání. Tento typ krize je velmi podobný formě intenzivní akutní krizi, ale v rámci kumulované krize je prožitek bezradnosti, bezmoci mnohem intenzivnější a jeho zpracování obtížnější, jelikož se jedná o chronickou krizi. Diagnostika kumulované krize je podstatná i v rámci PNP, jelikož klient potřebuje techniky psychoterapie. Důležité je zjistit, jak dlouho tato krize trvá. Akutní krize je do 6 - 8 týdnů, pak přechází do chronicity, kdy neřešené truchlení může trvat i několik let.⁵²

Hlavním rozpoznávacím hlediskem je, že zasažený prožívající akutní krizi dokáže reálně přemýšlet o budoucnosti, i když vykazuje známky různých typů agrese, zlosti nebo úzkosti. Při kumulované krizi se člověk projevuje tak, že jeho reakce jsou apatické, depresivní, bezradné a objektivně trpí somatickými obtížemi. I přes snahu, kterou imituje navenek, se brání hledání řešení. Aktivitu, kterou vydává, ponechává na obviňování druhých a sebelítosti. Okolí mu přidá status nemocného, což jeho krizi ještě prohlubuje v závislosti na ostatních.⁵³

Krize z traumatu

Krize z traumatu vyvolávají silné vnější stresující faktory, které člověk neočekává a nemá nad nimi téměř žádnou kontrolu. Člověk postižený takovou situací je zdrcen a ochromen.⁵⁴

⁵¹ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 129 s. ISBN 80-247-0888-4.

⁵² ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 129 s. ISBN 80-247-0888-4.

⁵³ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 129 s. ISBN 80-247-0888-4.

⁵⁴ VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

1.2 První psychická pomoc v přednemocniční neodkladné péči

Techniky první psychické, psychosociální, psychologické pomoci se nejhojněji prezentují v odborné literatuře a na seminářích zdravotníků pracujících v PNP převážně při situacích mimořádného charakteru, ale malé familiární tragédie, které v praxích záchranných služeb jsou na denním pořádku opomíjené. Obecné zkušenosti záchranářů stále jasněji ukazují na fakt, že je zapotřebí umět se postarat o potřeby zasažených také v rovině psychické, sociální a duchovní. Zranění duševního rázu mohou být totiž velmi těžká a přetrvávat i po zhojení fyzických následků. Četnost intervencí není již malá, nejčastěji ji provádí psychologové, peři Hasičského záchranného sboru ČR a MSK psycholog ZZS MSK společně se svými interventy.⁵⁵

Techniky první psychické pomoci napomáhají zasaženému k lepšímu vyrovnání se s traumatizující událostí. Komunikací musí intervent získat důvěru zasaženého. Jeho autoritativní, empatický a chápavý přístup by měl vést k normalizaci jeho nenormální situace. Nejčastěji jde o zajištění bezpečí klienta, ventilaci emocí, zakotvení v prostoru a čase, emoční podporu, ale také zajištění základních potřeb člověka a informací. Důležitou funkcí interventa je také komunikace s rodinou, kdy zasahující personál na tuto činnost nemá čas. Viz kapitola 1.2.5. „Potřeby přímo zasaženého v podmínkách PNP“.^{56,57}

Z výzkumu Mgr. Martina Ballay a MUDr. Miloslava Hanuly ze Záchraný Nitra, o.z., který prováděli na celém území Nitranského kraje vyplývá, že vzhledem k výskytu a potenciálu duševně traumatizujících událostí v každodenní praxi při běžných každodenních lidských tragédiích menšího rozsahu, nemusí být potřeba jen u mimořádných událostí. Uvítali by realizaci opatření o poskytování psychosociální péče v terénních podmínkách.

⁵⁵ HUMPL, Lukáš. Psychosociální péče o osoby zasažené mimořádnou událostí. [on line] [cit. 2012-28-03]. 2009, <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/psychosocialni-pece-o-osoby-zasazene-mimoradnou-udalosti-429723>

⁵⁶ MALÍK, Lukáš. *Názory hasičů na posttraumatickou intervenční péči* [online]. České Budějovice, 2006 [cit. 2012-04-26]. Bakalářská práce, jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

⁵⁷ HUMPL, Lukáš. Psychosociální péče o osoby zasažené mimořádnou událostí. [on line] [cit. 2012-28-03]. 2009, <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/psychosocialni-pece-o-osoby-zasazene-mimoradnou-udalosti-429723>

Tohoto výzkumu se zúčastnilo 21 stanic zdravotnické záchranné služby Nitranského kraje, tedy všech 107 respondentek. Sestry specialistky se zaměřením na přednemocniční neodkladnou zdravotní péči se vyslovily pro zavedení intervenčních týmů ke zvládnutí těchto každodenních psychicky náročných situací.⁵⁸

Nezbytnou pomůckou interventa by měl být intervenční batoh první psychické pomoci. Skládá se z individuálních potřeb, ale mezi základní patří papírové kapesníky, pláštěnka, svítilna, základní sušenka a voda, informační leták (viz příloha č. 2, informační leták ZZS MSK).

Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR za finanční podpory firmy Kapitól přišla s projektem „Kryštůfek záchranář dětem“. Jedná se o vybavení všech sanitních vozů malou postavičkou záchranáře, který by měl dělat společnost převážně dětem během transportu ZZS (viz příloha č. 3).⁵⁹

Obecně lze říci, že techniky první psychické péče omezují následky pro osoby, které prožily nepravou traumatickou situaci, která mnohdy změnila jejich život a navrací je ne vždy zcela do psychické rovnováhy a do společnosti.⁶⁰

1.2.1 Komunikace se zasaženým

MUDr. et Bc. Dana Hlaváčková, ředitelka odboru krizové připravenosti Ministerstva zdravotnictví ČR, prezentovala na kongresu Medicíny katastrof v Brně v roce 2008 názor, že v rámci aktuálních zdravotních rizik hromadného výskytu by měla být krizová komunikace začleněna do traumatologického plánu záchranných služeb a fakulních nemocnic.⁶¹

⁵⁸ BALLAY, Martin a Miroslav Hanuly. *Psychická první pomoc při nehodách s hromadným postižením osob*. [on line] [cit. 2012-28-03]. 2009, Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/psychicka-prvni-pomoc-pri-nehodach-s-hromadnym-postizenim-osob-448643>

⁵⁹ Kryštůfek záchranář. In: KAPITOL. [online]. 2011 [cit. 2012-04-26]. Dostupné z: <http://www.kapitol.cz/krystufek.html>

⁶⁰ HUMPL, Lukáš. Psychosociální péče o osoby zasažené mimořádnou událostí. [on line] [cit. 2012-28-03]. 2009, <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/psychosocialni-pece-o-osoby-zasazene-mimoradnou-udalosti-429723>

⁶¹ HLAVÁČOVÁ DANA, *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči* [online]. České Budějovice: MEDIPRAX ČB s.r.o., 2008 [cit. 2012-04-26]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM_2008_01.pdf

Komunikace je v těchto ztížených podmínkách velmi složitá a ovlivňuje ji spíše negativně mnoho faktorů. Osobnost zasaženého a intervenanta, stejně jako vnější prostředí a nelehký kontakt nebo osobní konfrontace s neštěstím práci nezlehčují.⁶²

Mezi hlavní zásady intervence v PNP považujeme:

- Komunikujeme optimálně, verbálně i neverbálně.
- Komunikujeme empaticky.
- Komunikujeme strukturovaně a jasně.
- Komunikujeme lehce asertivně.
- Aktivně nasloucháme, reflektujeme potřeby zasaženého.⁶³

Doporučení, jak komunikovat a jaké zásady udržovat v komunikaci se uvádějí v obecných rovinách, ale velmi zásadní je, jak situaci intervent uchopí a jak ji subjektivně vnímá. Představit se, jako každé zahájení společně s utvrzením zasaženého v tom, kdo jsme před rozhovorem, jako prostředkem krizové komunikace při konfrontaci s extrémní zátěží je velmi zásadní.⁶⁴

Rozhovor by měl probíhat strukturovaně, trpělivě a jednoznačně s možností zasaženého klást dotazy, ale také schopnost naslouchat. Velmi důležité je také zaujmout nenadřazený postoj, pokud intervent stojí nad zasaženým, může navozovat domnění nerovného přístupu. Oční kontakt a aktivní přirozené naslouchání, nevyvracení i chybných názorů, emocí, akceptace hněvu a obviňování, racionalita a stabilita vede k ucelení důvěry mezi zasaženým a interventem jako nejpodstatnějšího prostředku. Dále reflektujeme emoce a snažíme se utvrdit v realitě a racionalitě. Nesnažte se vyhnout pojmenování faktu, například: „*On zemřel*“. Nevyhýbejte se slovům jako smrt a nenahrazujte je slovy jako „TO“ aj. Pozůstalý by měl dle

⁶² VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 176 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

⁶³ VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 176 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

⁶⁴ LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.

MUDr. Jiřího Pokorného dostat jednoznačnou zprávu, aby ji mohl jednoznačně zpracovat.⁶⁵

V takto vypjatých situacích se setkáváme s tichem. Ticho pracuje proti nám, uvádí intervenanta do nejistoty a k myšlenkám, co je špatně? Nebrzdění emočního toku a dalších normalit projevů zátěžové situace je projevem truchlení a vede k sebezotavení.

Tři stránky optimální komunikace dle PhDr. Štěpána Vymětala viz tab. č. 1:⁶⁶

Tabulka č.1	Paraverbální, mimoslovní komunikace	Neverbální komunikace, řeč těla
Verbální, slovní komunikace		
Formování myšlenek	Intenzita hlasu	Mimika
Argumentování	Tón hlasu	Gestika
Kladení otázek	Barva hlasu	Posturologie (pohyby těla)
Slovní vyjádření emocí	Délka mluvení	Proxemika (vzdálenost)
Míra otevřenosti	Rychlost řeči	Oční kontakt
Aktivní naslouchání	Chyby v řeči	Heptika (dotýkání)
Vyjádření porozumění	Plynulost řeči	-
Věcnost	-	-
Dávat a přijímat zpětnou vazbu	-	-
Projevovaná asertivita	-	-

Desatero pro intervenanta v PNP dle PhDr. Lukáše Humpla:

- Máš více času, než si myslíš.
- I když je člověk v krizovém stavu, dokáže sdělit základní informace, které budeme dále potřebovat.
- Navázat s postiženým kvalitní kontakt se vyplácí.
- Negativní emoce ze strany klienta posuzujeme v kontextu situace.

⁶⁵ POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s. ISBN 80-726-2259-5.

⁶⁶ VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 176 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

- Pracujte s polohou vlastního těla.
- Postupujte s klientem po malých krocích.
- Buďte přirození.
- Poskytněte oční kontakt, ale dejte K/P také možnost k vyhnutí.
- Obrazně buďte vždy krok před K/P.
- Nezapomínejte, že krizová intervence, PPP je týmová práce.⁶⁷

Každý intervent by měl mít na paměti, že existence vhodných a nevhodných výrazů během intervence může mít velký vliv na její celkový výsledek:

Vhodné, pomáhající výroky dle PhDr. Vymětala:

- Je mi líto co se stalo.
- Musí to být pro Vás velmi obtížné.
- Neumím si vůbec představit, jak těžké to pro Vás je.
- To je v pořádku, každý by měl v takové situaci plno emocí.
- Co pro Vás mohu teď udělat?
- Jsou tyto možnosti řešení, je na Vás, jakou si vyberete, já za Vás nemohu rozhodnout.
- Mohu kontaktovat někoho z Vašich příbuzných, abyste tady nebyla sama?
- Promluvme si o konkrétních věcech, které právě teď potřebujete.⁶⁸

Nevhodné výroky v krizové komunikaci dle PhDr. Vymětala:

- Všechno bude v pořádku.
- Když jsem rozčilený, jdu na čerstvý vzduch. A vy byste měl udělat to samé.

⁶⁷ HUMPL, L., *Osobní konzultace s PhDr. Lukášem Humplem*, klinický psycholog ZZS MSK, Územní odbor ZZS Opava, Opava 2011.

⁶⁸ VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 176 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

- Uklidněte se.
- Buďte ráda, že jste to přežila.
- Mohlo to být mnohem horší.
- Každý musí umřít.
- Je to vůle Boží.
- Jste mladí, můžete mít další dítě.⁶⁹

Techniky dotazování dle PhDr. Štěpána Vymětala viz tab. č. 2:⁷⁰

<i>Typ otázky</i>	<i>Příklad</i>	<i>Účinek</i>
Otevřená otázka – nelze odpovědět ano/ne	„Co jste v té situaci prožíval?“ „Kdo byl první na místě?“	Podporuje rozhovor. Ukazuje zájem. Podporuje spolupráci.
Uzavřená otázka - ano/ ne nebo věcná odpověď	„Zavolal jste sanitku ihned?“ „poskytla jste první pomoc?“	Přináší málo informací. Nepodporuje rozhovor. Nutí k vyjádření jasného stanoviska
Řetězová otázka	„Řekněte, jak se to stalo?“ „Co jste pozorovali?“ „Co dělali ostatní?“ „Slyšela jste ještě něco?“	Může iritovat. Navozuje situaci výsledku. Provokuje provedení volby.
Alternativní otázka - udává směr, který vybere partner	„Byla dříve na místě sanitka nebo hasiči?“ „Byla jste u zraněného vy nebo váš kolega?“	Omezující, určující, řídící. Zužuje manévrovací prostor.
Otázka pro vzájemné porozumění	„Pokud vám dobře rozumím..?“ „Říkal jste, že...?“ „Pochopil jsem to správně, že...?“	Zlepšuje klima, objasňuje. Předchází nepochopení. Podporuje porozumění.
Záludná otázka - má nachytat druhého	„Předtím jste říkal, že... a teď tvrdíte, že...?“ „Jak to bylo doopravdy?“	Připomíná výsledek, málo podporuje rozhovor, druhý se dostane do rozporů, je zahrán do úzkých.
Řečnická otázka - klademe sobě a vzápětí odpovídáme	„Jak bychom měli postupovat dále?“ „Další postup si představuji tak, že...?“	Vzbuzuje zájem. Přiměje druhého k přemýšlení.

⁶⁹ VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 176 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

⁷⁰ VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 176 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

Sugestivní otázka - směřuje spoluřečníka	„Jste přeci také toho mínění, že...?“ „Určitě je vám známo, že... nebo ne?“	Manipuluje druhým. Narušuje vztahy. Vynucuje si odpověď.
Kapciózní otázka - nese zárodek odpovědi	„Myslíte si, že pachatel mohl být třeba z řad zdravotnického personálu?“	Podsouvá neznámou informaci. Manipuluje.

1.2.2 Specifika komunikace u dětí, dospívajících, seniorů a rodin

Dítě v krizi

Dítě ve všech lidských oborech je specifikum a to platí i v souvislosti s krizí. Dětská krize je specificky identifikovaná, jelikož racionální uvažování a možnost verbalizace problému není ještě plně zformulovaná a vyvinutá. Spektrum spouštěčů je širší. Dospělý člověk je většinou považuje za banality. Z nedovyvinuté racionality jsou i projevy a důsledky krize hlubší, a pokud dojde k nezpracovanému šrámu, může si jej dítě nést celý život.⁷¹

Dítě reaguje obdobně jako dospělý, jen jsou jeho pocity intenzivnější a přirozenější. Mají strach ze ztráty druhého blízkého, cítí se opuštěné. Specifikem komunikace s dítětem v krizi je její odhalení. Pokud selže primární článek nebo je nepřítomen, či je zdrojem krize komunikujeme s dítětem viz. kapitola 1.2.1. Před komunikací se zasaženým je nutné brát ohled na jeho stupeň mentální vývoje.⁷²

Krize u dítěte může mít různý charakter, pozor však na identifikaci krize ze strany zdravotníka. Jedná se v prostředí PNP na bolesti břicha a zvracení, které jsou všemi dostupnými vyšetřeními negativní a velmi nápadné je sociální prostředí. Matka většinou další vyšetřování odmítá. Může se jednat o tzv. syndrom CAN (z anglického Child Abuse and Neglect) až syndrom deprivovaného dítěte. Tato situace vyžaduje specifickou komunikaci ze strany zdravotníků a další opatření k dalšímu zamezení.

⁷¹ KLIMPL, Petr. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 167 s. ISBN 80-716-9324-3.

⁷² ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 129 s. ISBN 80-247-0888-4.

Pozor na diagnostikování simulace! Syndrom CAN se definuje jako syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Syndrom deprivovaného dítěte je s obrazem celkové apatie dítěte a rozpoznání je na psychologickém vyšetření.⁷³

Dospívající v krizi

Dospívající jedinec prochází obdobím identifikace sebe samým, není již dítětem, ale po mentální stránce ještě není dospělý. Jedinec je konfrontován vývojovými krizemi komplikovanými situační krizí. Puberta není synonymem pro krizi, ale toto vývojové období je krizí velmi ovlivněno. Jeho život je ovlivňovaný idealismem, společností vrstevníků a převážně mediálními bohy.⁷⁴

Pokud se dostane pod tlak nepravdivé situace, uzavírá se do sebe, přerušuje sociální kontakty a může se objevovat sklon k závislosti a agresii. Zvýšená incidence suicidiálního chování dospívajících je celosvětovým problémem a potřeba diskrétní intervenční péče s následnou odbornou pomocí bývá nevyhnutelné k návratu k racionalitě.⁷⁵

Senior v krizi

Senior, definovaný od 65 let, prochází mnoha krizemi, se kterými se doposud nesešel. Jsou pro něj něčím novým, někdy se kumulují neošetřené krize. I když jsou tyto krize předvídatelné, seniora vždy překvapí. Nejzávažnější krizí seniorského věku bývá ovdovění. Posádky zdravotnických záchranných služeb při diagnostikování úmrtí životního partnera mohou pozorovat maximální projevy krize, frustrace a deprivace. Intervenční techniky bývají zaměřeny na aktivaci primárních sociálních vztahů.⁷⁶

⁷³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.

⁷⁴ MUSIL, Jiří V. *Úvod do sociální psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1996, 81 s. ISBN 80-706-7647-7.

⁷⁵ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 129 s. ISBN 80-247-0888-4.

⁷⁶ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 129 s. ISBN 80-247-0888-4.

Rodina v krizi

Příčiny krizí v rodině jsou stejné jako u jedinců, jenom zasahují větší počet osob, které prožívají stejnou krizi, ale s vlastní dávkou prožívání. Davově se mohou podporovat, ale také se v krizi utvrzovat a násobit své prožívání a narušovat zpracovávání.

Psychická pomoc v rodině se zaměřuje primárně na předcházení selhání rodiny jako jednotky, posiluje soudržnost rodiny jako celku za účelem zvládnutí krize. Intervent organizuje chod rodiny a doporučuje, co je potřeba primární a co je časově odložitelné. Předává informace o možnostech pomoci. Zaujímáme partnerský vztah k rodině.⁷⁷

1.2.3 Specifika zvládání traumatizující situace

1.2.3.1 Neštěstí malého rozsahu

Pojmem neštěstí malého charakteru označuje individuální nebo rodinou traumatickou situaci, kterou vyvolává mnoho činitelů, ale v PNP se nejčastěji jedná o mnohočetné poranění u autonehod, sexuální útoky, vážný úraz nebo smrt blízkého člověka, vraždy blízkých a traumata dětí aj.⁷⁸

1.2.3.2 Neštěstí hromadného charakteru

Hromadné neštěstí, které MUDr. Bydžovský definuje nad 10 a do 50 zasažených osob bez ohledu na počet mrtvých je vždy velkým traumatem pro účastníky. Při počtu zasažených osob nad 50 se dle MUDr. Bydžovského jedná o katastrofu.⁷⁹

⁷⁷ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 129 s. ISBN 80-247-0888-4.

⁷⁸ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 129 s. ISBN 80-247-0888-4.

⁷⁹ BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 450 s. ISBN 978-807-2548-156.

Psychosociální pomoc u hromadných neštěstí musíme rozdělit:

1. *Krátkodobou*

Krátkodobou pomocí považujeme práci intervenanta na místě události, v obvazišti před transportem na oddělení definitivního ošetření. Tato doba nepřesahuje 10 hodin.⁸⁰

2. *Dlouhodobou*

Za dlouhodobou pomoc je považováno vše mimo místo vzniku hromadného neštěstí, období po transportu. Například nemocnice, domovy. Při HN ve Studénce v roce 2008 byli pacienti rozvezeni do 8 nemocnic, kde zasahovaly intervenční týmy složené s psychologů, peerů HZS, pracovníků KC Ostrava a dobrovolníků z neziskových organizací jako podpora pro rodiny zasažených i pozůstalých. Velmi důležité se osvědčilo založení informační linky, kde se lidé mohli informovat o svých blízkých a nezatěžovali tak tísňové linky IZS. Při HN ve Studénce bylo evidováno na 700 volání, a jelikož se jednalo o mezinárodní rychlík i v několika jazycích.⁸¹

1.2.3.3 **Následná péče**

Po poskytnutí první psychické pomoci v terénu posádkou zdravotnické záchranné služby, potažmo interventem, peerem HZS ČR v rámci péče na místě, pro kterou bývá horní hranice 10 hodin od vzniku psychického traumatu, se naskýtá otázka, jakou další péči klientovi poskytnout. Ve valné většině případů jsou klienti

⁸⁰ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 197 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.

⁸¹ HUMPL, Lukáš a Petra ĎASKOVÁ. *Vlakové neštěstí - Studénka*. [online]. 2008 [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://www.pmfhk.cz/WWW/KVZ/Konference%2008/vlakov%C3%A9.pdf>

předávání do jejich přirozeného prostředí, do rodin. V Moravskoslezském kraji se osvědčila po HN ve Vřesině a ve Studénce spolupráce s Krizovým centrem Ostrava, o.s., které je schopné poskytnout zasaženým osobám následnou krizovou intervenci a disponují také lůžkovými kapacitami, kde může klient anonymně strávit několik dní ve společnosti psychologa na dobu maximálně 7 dní bezplatně.⁸²

„Posláním Krizového centra Ostrava je poskytovat psycho-sociální podporu lidem, kteří se ocitli v náročné životní situaci, kterou sami vnímají jako zátěžovou, nepříznivou a ohrožující a v danou chvíli ji nejsou schopni zvládnout vlastními silami. V bezpečném prostředí nabízíme našim klientům pomoc při překonávání krizového období. Chceme tak přispět ke stabilizaci jejich psychického stavu. Forma a frekvence poskytovaných služeb respektují individuální prožívání každého člověka s důrazem na zachování jeho důstojnosti.“⁸³

1.2.3.4 Model krizové intervence

Krizová intervence je institucionalizovaná pomoc člověku v krizi, která je poskytnuta profesionálem, psychologem, nebo psychiatrem. Prvky krizové intervence a první psychické pomoci se velmi prolínají.⁸⁴

Ve všech formách KI je možno aplikovat ABC model krizové intervence:

A= vytvoření a udržení kontaktu

B= identifikace problému a zaměření na krizi

C= proces vyrovnání⁸⁵

⁸² HUMPL, Lukáš a Petra ĎASKOVÁ Vlakové neštěstí - Studénka. [online]. 2008 [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://www.pmfhk.cz/WWW/KVZ/Konference%2008/vlakov%C3%A9A9.pdf>

⁸³ KRIZOVÉ CENTRUM, O.S., *Veřejný závazek*. [online] [cit. 2012-28-03]. 2011, Dostupné z: <http://www.kriceos.cz/index.php?page=verejny-zavazek>

⁸⁴ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 197 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.

⁸⁵ VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

1.2.4 Potřeby přímo zasažených osob v podmínkách PNP

Prožitkem neprahové stresové zátěže, za které považujeme hromadné neštěstí s velkým množstvím raněných a mrtvých, či nehody s těžkými zraněními a úmrtí blízké osoby, přináší emoce definovatelné jako krajní nouze a strach. Tyto situace vyvolávají u zasažených osob množství navzájem předvídatelných reakcí. Nemusí se ale jednat jen o tyto traumatizující situace, ale hovoříme ve smyslu potřeb člověka také při přírodních katastrofách, úniku nebezpečných látek většího rozsahu a teroristických akcích.⁸⁶

Při těchto situacích dochází u zasahujících složek k traumatickým situacím stejně jako u zasažených. Tyto prožitky mohou vést k ovlivnění dalšího profesního i lidského hlediska života a v některých výjimečných situacích je mohou výrazně ovlivnit. Zasaženým smrt přetrhává životní pouta, omezuje je v pocitu bezpečí a jistoty, pozměňuje charakter domova a často rodiny a blízké.⁸⁷

Nabízená pomoc psychosociálního charakteru od zasahujících složek IZS a dalších osob nacházejících se na místě události, by měla reflektovat skutečné potřeby zasažených, které mají v dané situaci. Nemělo by se jim zpomalovat tempo psychického vyrovnávání se s událostí, která je zasáhla. Jedná se o individuální schopnost jedince se se situací vyrovnat, ale s různě dlouhým časovým horizontem. Primárně se staráme o praktické zajištění průchodem tohoto truchlení, vedeme zasaženého těžkou situací a jsme mu partnerem.⁸⁸

⁸⁶ BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005, 299 s. ISBN 80-247-0708-X.

⁸⁷ HUMPL, Lukáš. POSKYTOVÁNÍ KRIZOVÉ INTERVENCE PŘI ZÁSAZÍCH IZS: POSKYTOVÁNÍ PSYCHOSOCIÁLNÍ POMOCI PŘI ZÁSAZÍCH IZS. In: [online]. 2009 [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: http://www.ucjlf.upol.cz/svoc/zlate_hory/2009-01/humpl_03.pdf

⁸⁸ J. DEWILFE, Deborah. *Psychosociální odpověď na kolektivní násilí a terorismus: Terénní průvodce*. 1. vyd. Praha: MV - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2010, 43 s. ISBN: 978-80-86640-52-5

Potřeby přímých zasažených na místě zásahu:

- *Potřeba tepla, tekutin, jídla a odpočinku*
 - Příkladně povětrnostní podmínky na místě vzniku DN mohou být pro K/P velmi nepříjemné, proto evakuace K/P do sanitního vozu pro pocit bezpečí, zajištění tepelného komfortu a společně s podáním tekutin a pochutiny napomůže K/P k zajištění základních potřeb.
- *Potřeba podpory, povzbuzení, útěchy*
 - Zdravotnický záchranář na místě může posloužit jako „naslouchající ucho“, empatická osoba, která vyplňuje prostor od vzniku ARS do případného předání k odborné psychologické pomoci.
- *Zajištění bezpečí*
 - Již zmíněné umístění K/P do sanitního vozu chápeme nejen jako bezpečí subjektivní, ale také jako prevenci vzniku sekundárního traumatu.
- *Zajištění kontaktu s příbuzenstvem*
 - Z anamnézy, kterou empatickým rozhovorem získáme od zasažené osoby, se dostáváme k osobám, kde by mohla být naše K/P předána. Kontakt zprostředkuje v první linii zdravotnický záchranář ve spolupráci se ZOS, případně přivolaný psycholog dle stavu.
- *Potřeba získání přesné informace*
 - Zdravotnický záchranář z pozice svých kompetencí dle zákona č. 96/2004 Sb.⁸⁹ podává pouze informace o stavu záchranných prací na místě s ohledem na časový horizont a informace v obecné rovině o stavu spoluzraněných, příkladem, jsou ošetřování, vyprošťování, vysvětluje postupy záchranných složek.

⁸⁹ Česká republika. Zákon č. 96/2004 sb. ze dne 4.2.2004. *O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 45, s. 1184. Dostupné z: http://www.bozpo.sk/public/legis/opp/04_096.pdf

- *Citlivé předání informací*
 - Předání citlivých informací patří do kompetencí lékaře ZZS, převážně pokud se jedná o oznámení úmrtí či těžkého stavu blízké osoby obzvláště empaticky, soucitně, jemně, ale přesto srozumitelně. Lékař by měl v tomto okamžiku spolupracovat s interventem, psychologem a příbuznými.
- *Vysvětlení fyzických a psychických abnormalit zasaženého v časovém horizontu*
 - Každá osoba přijímá takovou traumatickou událost rozdílně, ale přesto některé znaky a vzorce chování a tělesných projevů nalezneme u každého jedince, a proto by o nich zasažený měl vědět být informován, aby je nadále považoval za normální v souvislosti se svým prožitkem.
- *Poučení blízkých zasaženého*
 - Osoba, které bude předán K/P po těžkém emocionálním prožitku může mít různé projevy trápení. Může mít jakékoliv somatické i psychické prožívání, zrcadlení. Je důležité, aby o tom pečovatel měl povědomí a aby uměl případně rozlišit mezi normálem a abnormálními projevy, které by měl dále posoudit lékař.⁹⁰

1.3 Neodkladné duševní stavy na praxi ZZS a specifika komunikace

1.3.1 Akutní reakce na stres

Onemocnění dle Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN-10) označováno a definováno pod zkratkou F 43.0.⁹¹ Nastupuje téměř okamžitě u jedince bez předchozích psychických potíží po prožití traumatizující situace do několika hodin,

⁹⁰ J. DEWILFE, Deborah. *Psychosociální odpověď na kolektivní násilí a terorismus: Terénní průvodce*. 1. vyd. Praha: MV - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2010, 43 s. ISBN: 978-80-86640-52-5

⁹¹ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.

maximálně však do dvou až tří dnů po prožitku po aktivaci obranných a ochranných reakcí a mobilizaci rezerv postiženého.⁹²

Symptomatologie probíhá v typickém cyklu. Pozorujeme vegetativní příznaky, mezi které řadíme tachykardii, pocení a chvění. Vedle vegetativních příznaků máme také příznaky psychické. Ty jsou nutné k diagnostikování a mezi ně řadíme ustrnutí, tunelovité vědomí a pozorování, nechápání a dezorientaci. Pozorujeme také přítomnost disociativního stuporu, který má minimálně čtyři příznaky: vyhýbání očekávané sociální situace, zúžená pozornost, objektivní dezorientace, zloba a agrese, beznaděje, bezúčelná aktivita. Může dojít k částečné i plné amnézii na období.⁹³

Reakce člověka v rámci akutní reakce na stres můžeme rozdělit na dva základní typy. Prvním typem je obranná reakce typu A. Charakteristické pro tuto reakci je mobilizace sil, která by měla sloužit k aktivnímu postoji k situaci. Tělesně se projevuje třesem končetin, zčervenání a fyziologické funkce se zrychlují. Nejen tělesné projevy se zrychlují, ale i emoční stránka osobnosti. Emoce jsou vybičovány. Typický je výrazný individuální psychomotorický neklid. Druhým typem je reakce B. Vysvětluje se jako reakce na bezmocnost a není tak častá jako reakce A typu. Člověk strne, obalí se jakousi krustou a nevnímá okolí. Typ A vše vybičuje, typ B utlumuje. Zasažený emoce nepocítuje ani neprojevuje. Má zkreslenou realitu od prostorového, časového i emočního cítění.^{94,95}

⁹² ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 197 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.

⁹³ PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2009, 226 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-182.

⁹⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.

⁹⁵ VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

1.3.2 Postraumatická stresová porucha

Postraumatická stresová porucha, (z anglického výrazu Posttraumatic stress disorder), (dále PTSD) označovaná v MKN-10 pod zkratkou F43.1.⁹⁶, je komplex rozmanitých příznaků, které propukají v delším časovém horizontu po traumatizující události jako zpožděná, protrahovaná odezva na nezpracovaný prožitek.⁹⁷

Posttraumatická stresová porucha byla do diagnostického systému zavedena nedávno, především jako odezva na následky vietnamské války a jejích veteránů jako postvietnamský syndrom, i když o negativním vlivu traumatických událostí na přiměřenou adaptaci a zpracování informací věděl Janet již před více než 100 lety. Závažnost a intenzita rozvoje postraumatické poruchy je ovlivněno mírou traumatizující situace, duševní stabilitou jedince, ale také sociálním prostředím, ve kterém se jedinec nachází.⁹⁸

K diagnostice PTSD je nutno splnit tyto kritéria:

- Nadlimitní zátěž.
- Znovuprožívání traumatické události, tzv. flashbacks.
- Vyhybání se podnětům spojených s prožitkem.
- Zvýšené projevy nabuzení, které nebyly přítomny v předchorobí.
- Porucha trvá minimálně jeden měsíc a projeví se do půl roku od prožitku.⁹⁹

Vycházíme z několika příznaků PTSD. Rozdělujeme je na:

- *Emoční*
 - chronická úzkost, přecitlivělost, podrážděnost, nepřiměřené reakce, deprese, možné suicidální chování, strach, hrůza, otupělost až vyhaslost, útlum kladných emocí.

⁹⁶ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.

⁹⁷ ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Kriminální psychologie*. Vyd. 1. Praha: Eurounion, 1998, 255 s. ISBN 80-858-5870-3.

⁹⁸ ZVOLSKÝ, Petr a Jiří RABOCH. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, 622 s. ISBN 80-246-0390-X.

⁹⁹ KREJČÍŘOVÁ, Dana., *Vývojová psychologie*, 2. aktul. vyd. Praha: Grada, c2006, 368 s. ISBN: 978-80-247-1284-0

- *Kognitivní*
 - selektivní amnézie, noční můry, flashbaky, změny v hodnocení a vnímání okolí, klapkovitě vidění, zkratkovitě jednání.
- *Chování*
 - izolace jedince, člověk bez aktivit a zájmu, možné projevy agrese.
- *Tělesné příznaky* – narušení spánku, pocit ohrožení, vyčerpání, vegetativní projevy při setkání s podnětem traumatu.¹⁰⁰

Jedinec zasažený PTSD by měl navštěvovat odborníka – psychologa. Ten mu na sezeních, pro něj v bezpečném prostředí napomůže k získání pocitu bezpečí, eliminuje flashbaky, negativní pocity jako bezmoc, napětí, děsy a paniku. V posledních fázích psychoterapie utváří celou rekonstrukci traumatické události pro pochopení.¹⁰¹

1.3.3 Porucha přizpůsobení

Porucha přizpůsobení je označovaná v MKN-10 pod zkratkou F43.2, která se dále dělí na mnoho dalších poruch z přizpůsobení dle etiologie.¹⁰² O poruše z přizpůsobení mluvíme ve stavech subjektivní tísně a dalších poruch emocí, narušují-li sociální fungování a výkon v životních rolích.¹⁰³

Jedná se o nejzávažnější podobu reakce na závažný stres. Prvotní obtíže vznikají do jednoho měsíce stejně jako u PTSD jako reakce na neprahovou událost ale celková doba jsou minimálně dva roky. Nesmíme sem zahrnovat normální typ prožitku po úmrtí blízké osoby s fyziologickým průběhem. Symptomatologicky se vyskytují protrahované depresivní nálady, několikaměsíční úzkosti a poruchy chování ve smyslu asociálních

¹⁰⁰ HUMPL, Lukáš., *Osobní konzultace s PhDr. Lukášem Humplem*, klinický psycholog ZZS MSK, Územní odbor ZZS Opava, Opava 2011.

¹⁰¹ GOLEMAN, Daniel. *Emoční inteligence: Proč může být emoční inteligence důležitější než IQ*. 1. vyd. Praha: Columbus, 1997, 348 s. ISBN 80-859-2848-5.

¹⁰² *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.*

¹⁰³ PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4729-596.

skutků. Příklady jsou nezpracování traumatu u adolescentů po ztrátě rodiny, úmrtí rodičů a dlouhodobé věznění v koncentračních táborech¹⁰⁴

1.3.4 Úzkostný a depresivní klient

Úzkostného pacienta charakterizuje velmi pomalé, nerozhodné jednání a nejistá gestikulace. Může se jednat také o chronický stav. Klient žádá o pochopení, pomoc a oporu. Úzkostní klienti mohou připomínat děti, ale jedná se o osoby racionálně jednající. Depresivní klient nemá radost z ničeho. Lidé s depresí jsou velmi citliví na své zdraví a zvýšeně vztahovační. Od začátku se zdravotník musí obrnit trpělivostí a obětavostí, jelikož práce s tímto klientem může svádět k agresi ze strany ošetřujícího personálu hlavně díky časové náročnosti. Vždy, když vyřešíte jeden problém, vznikne nový.¹⁰⁵

Komunikace s takovýmto klientem musí být vlídná, ale empaticky autoritativní a srozumitelná. To znamená vyvarovat se odborným termínům. Mírná a klidná gesta klienta uklidní a ubezpečí v tom, že máme o něj zájem a není pro nás jen kusem, nebo číslem. Víc než obvykle by se měl klientovi vysvětlit jeho zdravotní stav. Mělo by dojít ke zpětnému ověření, zda nám opravdu rozumí a chápe, co se s ním bude dít.¹⁰⁶

Mezi vhodně volené věty řadíme: „*Pokud Vás dobře poslouchám, trápí Vás...*“, „*Rád Vám pomůžu, když mi vše v klidu řeknete...*“, „*Společně Vás problém vyřešíme.*“¹⁰⁷

¹⁰⁴ ZVOLSKÝ, Petr a Jiří RABOCH. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, 622 s. ISBN 80-246-0390-X.

¹⁰⁵ LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.

¹⁰⁶ LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.

¹⁰⁷ LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.

1.3.5 Klient se suicidálními sklony

Sebevražda, odborně suicidium se definuje jako úmyslné a vědomé, dobrovolné ukončení vlastního života.¹⁰⁸ Klienti se k nim uchylují jako k extrémnímu a drastickému řešení krize v hlubokém zoufalství.¹⁰⁹

Baštecká upozorňuje na problematiku velkého rozsahu tématu a plurality názorů společnosti od pohledu jako na nemoc až po projev lidské svobody a zabývá se otázkou etiky suicidií. Pomáhající profese přichází do kontaktu s povinností hospitalizovat klienta, který je nebezpečný sám sobě nebo svému okolí. Na druhé straně Baštecká uvádí, že každý jedinec má právo na svobodu rozhodování a bezbřehou možnost sebezničení.¹¹⁰

Schneidman uvádí, že většinu sebevražd ve fázi pokusu lze odvrátit, jelikož sebevrah je sdílný a chce o svém problému mluvit.

Hlavní kroky shrnul do tří bodů:

- Zmírnit bolest a utrpení.
- Rozšířit zúžené vnímání.
- Odtáhnout myšlenky na sebevraždu a povzbudit.¹¹¹

Cílem práce záchranářů je přesvědčit pacienta, že sebevražda není způsob, jak situaci řešit a udržet ho naživu, dokud se sám nerozhodne, že chce žít dál.¹¹²

U problematiky suicidií rozeznáváme primárně, v jaké fázi se klient nachází, zda se jedná o pokus o suicidium, těsně po neúspěšném pokusu, a nebo o dokonaný pokus.¹¹³

¹⁰⁸ VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, c2002, 925 s. ISBN 80-859-1277-5.

¹⁰⁹ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 197 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.

¹¹⁰ BAŠTECKÁ, B. a kol., *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416s. ISBN 80-7178-735-3

¹¹¹ SCHNEIDMAN, Edwin S., *At the Point of No Return*. *Psychology Today*. March 1987, str. 56-58

¹¹² ADAMS, B., a kol. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada. 1999. 488 s. ISBN 80 – 7169 – 893 – 8.

¹¹³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.

Krizová komunikace při ohrožení sebevraždou se specifikuje na:

- Krátké zhodnocení.
- Zachování klidu, aby člověk, se kterým hovoříme, na nás nepozoroval známky stresu, strachu, nejistoty či překvapení, nechte jej mluvit, ventilovat agresi i emoce.
- Zakotvení úmyslu K/P „*Chystáte se spáchat sebevraždu?*“ „*Uvažoval jste nad otázkou vlastní smrti?*“
- Zhodnocení ohrožení. Stav K/P, možnosti ovlivnění jeho vědomí, pozici, zbraně.
- Redukce nebezpečí na místě. Odložením zbraně, odejmutím alkoholu.
- Hlubší analýza faktických příčin chování K/P se zaměřením na poslední impulz. Pojmenování problému.
- Nebagatelizování, neodsuzování, neobviňování, nemoralizování, neslibování nerealného.
- Vyjádření zájmu a identifikace záchytného bodu komunikace.
- Nabídnutí specifického plánu možného řešení v horizontu několika následujících hodin.
- Nepřemlouvat od sebevraždy, ale stanovit pevné stanovisko, že sebevražda není jediným řešením. Nechat volbu a uzavřít dohodu o nespáchání sebevraždy. Taková dohoda o přežití podporuje racionalitu jedince a myšlení na život a navozuje pocit uvázání se interventovi.¹¹⁴

1.3.6 Agresivní klient

Agrese je ontogenicky daná vlastnost každému člověku vycházející z pudu sebezáchovy. Jedná se o přirozené chování v rámci ohrožení vlastní integrity, i když moderní společnost tyto projevy tlumí, nedokáže ji ale odstranit. Agrese je chápána z psychiatrického hlediska jako sníženou toleranci k psychickému vypětí, zátěži

¹¹⁴ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 197 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.

a bolesti. Afektivní agrese je možná po sdělení nepříznivých diagnóz, špatné prognózy nejen u aktéra, ale i blízké osoby. Případy autoagrese nejsou tak časté, ale u psychicky labilních jedinců bychom s ní měli počítat. Je široké spektrum klientů různě intoxikovaných, psychiatricky léčených, kdy agrese podmíněná intoxikací může mít zkratkový a bleskový průběh.¹¹⁵

Komunikace s agresivním člověkem je specifikum a zároveň uměním každého pracovníka ve zdravotnictví. Neexistuje jednotný postup, jak s takto jednajícím člověkem komunikovat, ale základem je profesionální a klidné jednání.

Agresivním pacientem je člověk diagnostikován již z neverbálního projevu jeho chování, kdy přechází po místnosti, je neklidný, má agresivní projevy ve formě úderů do předmětů, složitá gestikulace, tachypnoe, vulgarismy, slovní napadání a narušování osobní až intimní zóny zdravotníka.¹¹⁶

Základním postupem je snaha o zjištění příčiny agrese K/P. Následuje snaha o nezrcadlení agrese, kterou agresor očekává. Zdravotník vystupuje klidně a věcně, volí umírněná gesta. Doporučuje se K/P usadit, neumožnit monolog, ale udržovat dialog. Upozornit agresivního K/P na následný postup v případě jeho nespolupráce.¹¹⁷

Mohou se užít následující fráze: „*Posaďte se, o všem si spolu pohovoříme.*“, „*Sdílím vaše rozhořčení.*“, „*Co bych měl podle Vás teď udělat?*“, „*Myslíte, že se nám podaří situaci vyřešit?*“. Komunikací je agresivní K/P veden k vlastní racionální úvaze.¹¹⁸

¹¹⁵ LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.

¹¹⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.

¹¹⁷ LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.

¹¹⁸ LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.

1.4 Smrt

Za smrt člověka považujeme z pohledu soudního lékařství ireverzibilní zástavu srdeční činnosti, dechu s následným nevratným vymizením mozkových funkcí.¹¹⁹ To je velmi důležité při stanovování smrti v PNP při kardiopulmonální resuscitaci.¹²⁰

Ve společnosti se setkáváme s pohledem medicínským, etickým, filozofickým, spirituálním a dalšími. Důležitým faktem je, že smrt je stále tabuizovaná dnešní společností, izolovaná a velmi citově chápána oproti minulosti.¹²¹

Zdravotnický záchranář nezřídka přijde do kontaktu po boku lékaře nejen se smrtí přirozenou, ale také neočekávanou a náhlou, která se ho může velmi dotýkat. Zdravotnický záchranář by měl dle MUDr. Jiřího Pokorného svými etickými a morálními vlastnostmi i v takto vypjatých chvílích své vědomí odpovědnosti a odhodlanosti plně využít k řešení akutních případů, jakým náhlá smrt bezesporu je.¹²² Měl by respektovat lidskou důstojnost a zajistit umírající osobě úctu ve stavu, kdy již medicína neumí pomoci.¹²³

1.4.1 Truchlení

Truchlení je nezbytný, individuální a přirozený proces každého člověka při vyrovnávání se se ztrátou blízké osoby, který vede k vyrovnání. Chybou je tento zármutek skrývat, utlačovat a neventilovat, i když nás dnešní společnost k tomu vede z pozice absence vyrovnávacích zvyků a rituálů.¹²⁴

Projevy truchlení jsou individuální, ale téměř vždy jsou spojeny s emocemi, tělesným projevem zármutku a psychickým truchlením. Nekončící truchlení, deprese,

¹¹⁹ POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s. ISBN 80-726-2259-5.

¹²⁰ ŠEVČÍK, Pavel, Vladimír ČERNÝ a Jiří VÍTOVEC. *Intenzivní medicína*. 2. rozš. vyd. Praha: Galén, c2003, 422 s. ISBN 80-726-2203-X.

¹²¹ KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.

¹²² POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s. ISBN 80-726-2259-5.

¹²³ BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005, 299 s. ISBN 80-247-0708-X.

¹²⁴ O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

izolace, abúzus psychotropních látek, suicidální chování a přetrvávající vina jsou známkami patologického procesu. Velmi významný posun ve vyrovnání se smrtí je pohřeb jako rituál poslední cesty.¹²⁵

1.4.2 Specifika úmrtí dítěte

Smrt dítěte je obecně chápána jako jedna z nejtěžších situací pro zdravotníka i člověka obecně, převážně pokud je neočekávaná. Primárně je zapříčiněna úrazy, dopravními nehodami a vrozenými vývojovými vadami.¹²⁶ Dle Říčana je v každém z nás hluboko zakořeněn strach ze smrti dětí před naplněním vlastního života.¹²⁷

Elliot Luby prohlásil, že: „*Když umírají rodiče, ztrácíme svoji minulost; když umírá dítě, ztrácíme svoji budoucnost...*“¹²⁸

Pokud matka přijde o dítě, jako by nemohla dále žít. Reakce po ztrátě dítěte je odlišná od ztráty blízkého člověka. Po takovémto zasažení není možné ani skončení zármutku. Často jde o doživotní proces truchlení. Neexistuje žádná možnost odloučení od živého ani od mrtvého dítěte, jelikož pro rodiče jsou děti součástí života, a to jak živé tak mrtvé.¹²⁹

¹²⁵ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 143 s. ISBN 978-802-4717-401.

¹²⁶ ŠEVČÍK, Pavel, Vladimír ČERNÝ a Jiří VÍTOVEC. *Intenzivní medicína*. 2. rozš. vyd. Praha: Galén, c2003, 422 s. ISBN 80-726-2203-X.

¹²⁷ ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, c2006, 603 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.

¹²⁸ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Jak řeší krizi moderní žena*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 156 s. ISBN 80-247-1202-4.

¹²⁹ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Jak řeší krizi moderní žena*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 156 s. ISBN 80-247-1202-4.

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Vypracovat ucelený teoretický exkurz do problematiky první psychické pomoci v přednemocniční neodkladné péči z pohledu zdravotnického záchranáře.
2. Zvýšit informovanost o problematice krizové komunikace po ztrátě blízkého člověka na výjezdech zdravotnické záchranné služby pro studenty oboru zdravotnický záchranář.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaký je postup posádek ZZS na místě náhlého úmrtí při přítomnosti sekundárně zasažených osob.
2. Umí ovládat pracovníci zdravotnické záchranné služby základní techniky komunikace se sekundárně zasaženým klientem na výjezdech ZZS.
3. Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů s psychicky zasaženými osobami během každodenních výjezdů.

3. Metodika výzkumu

Tato bakalářská práce je zpracována na základě kvalitativního výzkumu. Využívá metodu polořízeného rozhovoru.

Vybranou skupinou byli zdravotničtí záchranáři dle zákona č. 96/2004 Sb. Zdravotničtí záchranáři se zapojením do výzkumu k tvorbě výzkumné části bakalářské práce souhlasili a vybraní respondenti byli s různou délkou praxe na různých výjezdových stanovištích Zdravotnické záchranné službě Moravskoslezského kraje.

Rozhovory byly zaznamenány na nahrávací zařízení a ve skutkové podstatě přepsány. Tento přepis je uveřejněn v kapitole Výsledky výzkumu ve spojení s jednotlivými kazuistikami. Jednotlivé odpovědi respondentů byly porovnány a jejich odlišnostmi se věnuje kapitola Vyhodnocení rozhovorů.

4. Výsledky výzkumu

4.1 Kazuistika číslo 1. typ: dopravní nehoda

Ve 3.15 byla okresní ZOS nahlášena dopravní nehoda osobního automobilu mezi vesnicemi X a Y. Na místo byly vyslány všechny složky IZS, operátorka KOS vyslala dvě posádky RZP a posádku randes-vouz.

V osobním automobilu cestovalo 5 osob. Při příjezdu na místo události musela lékařka záchranné služby konstatovat smrt čtyř mladých osob ve věku okolo dvaceti let. Poslední cestující byl transportován v kritickém stavu do spádové nemocnice a následně ráno pomocí LZS do fakultní nemocnice v Ostravě.

Situace byla komplikovaná faktem, že za havarovaným automobilem jely v závěsu další osobní automobily a osádka tvořili přátelé mrtvých osob, jelikož cestovali společně z diskotéky. Dalším aspektem, který zhoršoval situaci, bylo ovlivnění alkoholem většiny osob. Tyto osoby na místě události komplikovaly práci zasahujícím složkám IZS. Na místě se jich nacházelo asi osm. Lékařka ZZS zavolala na místo psychologa ZZS, aby byla situace zvládnuta po psychosociální stránce. Jednalo se o širokou škálu psychických reakcí, kde u přítomných osmi osob není co tělesně léčit.

Po této události proběhl ráno hodinový defusing posádek ZZS přítomných na místě. Tato dopravní nehoda odstartovala spolupráci mezi psycholožkou HZS a ZZS MSK při takto psychicky vypjatých situacích, viz. kapitola 1. Současný stav.

Rodinám byla nabídnuta a následně poskytnuta sekundární psychosociální podpora.

Rozhovor č. 1

Klinický psycholog ZZS, zdravotnický záchranář

- 1. Otázka: „Byl/a jste přítomen/a jako zdravotnický záchranář / intervent/ka na místě zásahu. Jaké jste měl/a informace při cestě na místo? Kdo Vás vyrozuměl?“**

Odpověď: *„Vyrozuměla mě zasahující lékařka ZZS. Volala mi nad ránem, že je u dopravní nehody, kde jsou čtyři mladí lidé na místě mrtví a že tam má asi osm osob, které byly svědky dopravní nehody, jsou v kamarádkém či příbuzenském vztahu s oběťmi a vykazují známky akutní stresové reakce.“*

- 2. Otázka: „Jaká byla situace na místě po Vašem příjezdu?“**

Odpověď: *„Po příjezdu na místě jsem zjistil, že část osob se zmateně a necíleně pohybuje na místě nehody. Dalších několik osob sedělo na kraji vozovky, plakali, jeden z chlapců jevil známky verbální agrese a kopal do sanitního vozidla.“*

- 3. Otázka: „Co bylo první, co jste udělal/a?“**

Odpověď: *„Jako první věc, no dva zasažené jsem svěřil do péče zdravotnických záchranářů, kteří byli na místě a ti poskytli bezpečný prostor sanitky. Sám jsem se začal věnovat jednomu zasaženému s výrazným motorickým neklidem okolo složek IZS. Jeho mluva byla nesrozumitelná, byl silně zmatený a dezorientovaný. Jeho jedinou potřebou bylo se pohybovat. Začal plakat a sdělil mi, že v autě, které havarovalo, měl sedět on, ale těsně před odjezdem se vyměnil s jedním kamarádem, který je teď mrtvý. Nakonec se mi ho podařilo zklidnit, až jsme došli k tomu, že zavoláme jeho rodiče a oni ho odvezou domů. Poté jsem začal pracovat s dvěma bratry jedné z obětí, reagovali stejně jako první zasažený, o kterém jsem teď hovořil. Taky se mi podařilo s nimi navázat první kontakt a postup byl stejný, po prvotním*

ošetření byli kontaktováni rodiče, aby si pro ně přijeli. Problém nastal, když na místo dorazil jeden z otců oběti. Jeho reakce byla typicky B typem, sdělil jsem mu společně s lékařkou, že jeho syn je mrtvý. Chtěl syna vidět, popíral tento fakt, odmítal další pomoc a spolupráci. Se svými syny, kteří byli také na místě, kouřil v povzdálí a odmítali komunikovat. Následně souhlasil s tím, že odjedou společně domů a sdělí manželce, co se stalo.“

4. Otázka: „Jak zasažení reagovali?“

Odpověď: *„Zasažení reagovali celou škálou nejrůznějších psychických reakcí. Jednalo se o vztek, pláč, agresi, zoufalství. B typů bylo méně, většinou se jednalo o A projevy. Reakce byly v různých fázích a s různou mírou projevů.“*

5. Otázka: „Jaký měla situace průběh, jak dlouho trvala?“

Odpověď: *„Situace na místě byla velmi zmatená. Představte si, že najednou nepracujete jen s jedním zasaženým, ale máte jich tam osm. Navíc jsou intoxikovaní, dojíždějí vám na místo rodiče, kterým právě zemřely děti. Návrat na základnu byl okolo 7. hodiny ranní. Odpoledne pak proběhla ještě návštěva zasažených rodin a prováděla se sekundární péče.“*

6. Otázka: „Byly přítomny jakékoliv problémy při práci s K/P?“

Odpověď: *„Velkým problémem byla tma, protože jsem se na místo dostavil mezi třetí a čtvrtou hodinou ranní. Bylo těžké přesně určit, kde se osoby nacházejí, kolik jich je atd. Navíc většina osob byla ve stádiu ovlivnění alkoholem. Opakovaně byl v terénu problém s nalezením klidného a bezpečného místa a s umístěním psychicky reagujících. Dalším problémem bylo vizuální odstínění příbuzných s místem nehody.“*

7. Otázka: „Jak jste situaci vyřešil/a, došlo k předání zasaženého (zasažených) do další péče?“

Odpověď: „Všichni zasažení byli předání do péče jejich rodin. Bylo nutné co nejrychleji zajistit odvoz nezraněných, psychicky reagujících z místa nehody.“

8. Otázka: „Pokud se mohu zeptat, jaké byly Vaše osobní pocity při PPP?“

Odpověď: „V první fázi po příjezdu pocit scény vystřižené z hororového snímku - tma, mlha, místo osvětleno vozy zasahujících složek. V tomto obraze nasvíceno zcela zdemolované vozidlo, kolem se pohybovaly postavy zasahujících. Po okolí se pohybovala skupina kamarádů, křičících, bezradných, neklidných. Myšlenka, jak zvládnou tyto osoby, sdělit informace aj.“

4.2 Kazuistika číslo 2. typ: sebevražda

Okolo 18. hodiny bylo IBC nahlášena sebevražda muže ve středních letech v rodinném domě. Na místo vyjela posádka RV- z telefonátu rodiny a Policie ČR, která byla na místě první, shledala operátorka IBC známky neslučitelné se životem. Jednalo se o sebevraždu brokovnicí. Lékař ZZS pouze konstatoval smrt a nabídl rodině na místě události péči interventa ZZS, který je schopen dojet na místo události. Rodina souhlasila a IBC kontaktovala interventa ZZS MSK.

V malém pokoji se nacházel muž s průstřelem hlavy. Jelikož byla brokovnice vložena do úst, zachovala se obličejová část, ale zbytek lebky chyběl. Pokoj byl potřísněn tkání. K/P byl otcem pětiletého dítěte, připoutaný na invalidní vozík pourazově. K/P byl v ambulantní psychiatrické péči pro deprese, o dobrovolném ukončení života již delší dobu mluvil otevřeně s rodinou. Dva dny před událostí byl vyšetřen u svého ambulantního psychiatra, ten ale neshledal známky pro nedobrovolnou hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. Rodina na místě události byla přítomna v počtu 7 osob. Policie ČR byla celou dobu na místě události,

včetně policejního interventa. Odjezd interventa ZZS z místa události okolo 22. hodiny.

Rozhovor č. 2

Všeobecná sestra s ARIP, interventka pracující na ZZS 11 let

- 1. Otázka: „Byl/a jste přítomen/a jako zdravotnický záchranář / intervent/ka na místě zásahu. Jaké jste měl/a informace při cestě na místo? Kdo Vás vyrozuměl?“**

Odpověď: *„IBC mi na soukromý telefon nahlásilo suicidium muže střelnou zbraní a požádali mě, zda bych nemohla vyjet na místo k intervenci, jelikož jsem byla po denní službě na ZZS. Na místo jsem byla vyslána spolu s interventem PČR. Bylo mi sděleno, že na místě události se nachází 7 postižených, všichni rodinní příslušníci zemřelé osoby, několik z nich bylo doma, když došlo k suicidálnímu aktu.“*

- 2. Otázka: „Jaká byla situace na místě po Vašem příjezdu?“**

Odpověď: *„Při příjezdu na místo události jsme se ještě osobně informovala u vyšetřovatelů případů o okolnostech a celkové situaci, která v rodině panuje. PČR řešila primárně zajištění těla, obecně technickou stránku, jakou bylo zajištění pohřební služby a úklid bytu. V rodinném domě se nacházelo 7 pozůstalých. Manželka, rodiče zemřelého, rodiče manželky, sestra zemřelého a teta. Byli informováni od výjezdového lékaře ZZS, že se dostavíme na místo a poskytneme jim první psychickou pomoc, s čímž souhlasili a vřele ji přivítali. Dcera zemřelého byla zavedena k babičce rovnou ze školky, takže byla celé té nepříjemné situace ušetřena. Dcera se o úmrtí otce měla dozvědět až druhý den, maminka za ní šla večer, ale nevím, jak a kdy ji to bylo sděleno. Víceméně jsem*

ji řekla, že má dítěti reálně říct, že otec zemřel. Oznamit jemně, citlivě. Narovinu mluvit o smrti, úmrtí, ne ale o sebevraždě a jejím provedení.“

3. Otázka: „Co bylo první, co jste udělal/a?“

Odpověď: „Při příchodu do rodinného domu a získání informací od kriminalisty a intervanta PČR o celkové situaci, rodině a zemřelém jsem šla do obývacího pokoje za rodinou, které seděla pohromadě uprostřed pokoje. Představila jsem se a sdělila rodině, proč jsem přijela, v čem jim můžu být nápomocná. Rodina mě dobře přijala, byli poučeni od lékaře ZZS, což velmi zjednodušilo navázání kontaktu a celkovou další práci. Malinko mě rozhodilo, když se mě jedna z žen na místě po úvodním slově zeptala, zda si nedám něco k pití, poděkovala jsem a paní mi po chvíli přinesla čaj.“

4. Otázka: „Jak zasažení reagovali?“

Odpověď: „Vzhledem k mým obavám nás přivítali velmi pozitivně, usadili jsme se v obývacím pokoji. K obavám proto, že přece jen zasahujeme do soukromí lidí a i přes to, že s naší službou byli obeznámeni a souhlasili s ní. V kontrastu s tragickou událostí, může být jejich chování nevyzpytatelné a mohli naši pomoc kdykoliv odmítnout. Všechny tyto zásahy jsou provázeny velkým množstvím emocí, které jsou teď nakloněny spíše pro vás a nechají vás pracovat, ale během minuty se mohou zvrhnout v negativismus, jakkoliv se změnit.“

5. Otázka: „Jaký měla situace průběh, jak dlouho trvala?“

Odpověď: „Intervence probíhala v celkové spolupráci všech členů rodiny, důvěřivě se nám svěřovali o svém životě a tragické události, která je postihla. Hovořili jsme s nimi v klidu, v kladení otázek jsme byli opatrní, spíše hovořili zasažení. Matka zemřelého nám pověděla chronologicky slet událostí před a po výstřelu. Říkala, že když se vracela domů z práce a viděla před domem stát

rozblikané vozy IZS, bylo ji hned jasné, co se stalo. Vzpomněla si na slova syna, že už nechce dále žít, aj. Naopak otec zemřelého se ze začátku smál, což mě malinko překvapilo. Na otázku, zda si o tom chce popovídat, mi jen odsekl, že ne. Pracoval prý ve fabrice, kde se setkal s plno těžkými úrazy a že je na to zvyklý. V tu chvíli jsem věděla, že tohle je špatně. Byl to on, kdo našel syna v pokoji. Matka, když jsem se ji zeptala, zda by něco nepotřebovala, tak mi taky řekla, že ne. Má vystudovanou psychologii a zvládne to, jenom by se ráda vypovídala. Po nějaké chvilce dostala tetanické křeče a jelikož jsem zdravotní sestra, respektive záchranář, poskytla jsem ji kvalifikovanou první pomoc. To je naše výhoda třeba oproti hasičům či policistům poskytujícím první psychickou pomoc. Paní velmi dobře reagovala na jejich psa, po chvíli se zklidnila, když ho měla na klíně. Neumím říct, po jaké chvíli se mnou chtěla mluvit sestra zemřelého mezi čtyřma očima. Řekla mi, že otec je po třech infarktech, měla o něj strach a chtěla informace, jak má s rodiči o smrti jeho mluvit a jak to říct jeho dceři, že by chtěla pomoci rodině.

Vyslechli jsme je, povzbuzovali je, že je dobré, aby rodina v tak těžkou chvíli držela pospolu a všichni se mohli vzájemně na sebe spolehnout a býti si oporou. Povzbudili jsme je v tom, že udělali vše pro zastřeleného, co mohli udělat. Intervence byla provázena pláčem pozůstalých a jejich klidným slovem. Po více jak dvou hodinách naší péče, kdy jsme společně s interventem PČR posoudili situaci, že jsou všichni zasažení kompenzováni a situaci na danou dobu zvládli. Oslovili jsme je s tím, zda ještě budou potřebovat naší pomoc a pokud ne, tak bychom odjeli a nechali je jako rodinu spolu sami. Poděkovali nám, za náš volný čas, který jsme jim věnovali. Ujistili nás, že již situaci zvládnou sami. Po té jsme se rozloučili a odjeli, čímž byla tato intervence skočena.“

6. Otázka: „Byly přítomny jakékoliv problémy při práci s K/P?“

Odpověď: *„Problém ze strany rodiny ani ne, kromě chvilkové nedůvěry otce zemřelého. Nevím, zda to hodnotit jako problém, ale jednalo se o jednu z mých prvních, ne-li první má velká intervence a setkání s intervencí u suicidia. Jako problém jsem ještě na místě shledala to, že nakonec zbytky tkáně v pokoji po výstřelu na stěně, uklízela pomocí škrabky rodina zemřelého, otec a tchán. Nemyslím si, že by to bylo správně. Ale kdo? Policie ČR úklid biologického materiálu nedělá, kdo by měl, záchranná služba, hasiči? Posledním, malinko fópá bylo, že kriminální policie vyslychala otce v kuchyni, která byla průchozí do obývacího pokoje. Rodina dost informací slyšela a policie mi nepřišla říct, že přijela pohřební služba a že tělo budou odvážet. Kdybych se nezeptala, odvezli by tělo bez vědomí rodiny. Ukazuje se, že ani komunikace mezi kolegy, složkami IZS není dokonalá.“*

7. Otázka: „Jak jste situaci vyřešil/a, došlo k předání zasaženého (zasažených) do další péče?“

Odpověď: *„Zeptali jsme se, zda nás rodina ještě potřebuje. Řekli, že děkují, že chtějí truchlit společně v rodinném kruhu. Poskytli jsme celkové informace, intervenci a předali jsme kontakty. Rodina zůstala pohromadě doma poučena, kam se obrátit v případě jakýchkoliv dále vzniklých obtíží.“*

8. Otázka: „Pokud se mohu zeptat, jaké byly Vaše osobní pocity při PPP?“

Odpověď: *„Při cestě na místo vozem PČR se mi honilo hlavou, co tam vlastně budu dělat, jak to bude vypadat a co jim vlastně řeknu. Co když to nezvládnou, osobně selžu při prvotním pohledu na mrtvého a následně nebudu moct komunikovat s blízkými příbuzného. Bolelo mě břicho, srdce jsem měla až v krku. S odstupem času, po pozitivním přijetí do rodiny jsem se uklidnila, byla jsem schopna normálně komunikovat s osobami v těžké situaci“*

a nepřipouštěla jsem si to tak. Bylo mi akorát při pohledu na fotku ze svatby velmi těžko. Představila jsem si, jak se asi ta manželka cítí a jak ji bude, až si večer lehne sama do postele a jelikož pan byl invalida, její každodenní péče o něj již nebude potřeba. V jejich každodenních činnostech a zvyklostech vznikla velká černá díra. Měla jsem problém pracovat s pocity empatie, jelikož jako sestra ZZS ji denně s velkou měrou užívám. V tu chvíli mi byla spíše na obtíž. V noci jsem nemohla spát, musela jsem nad tím vším celou noc přemýšlet. Usnula jsem, až jsem si to celé sama pro sebe prošla a osobně si myslím, že jsem jim tam na místě byla prospěšná. Nebýt ale blízkého kamaráda, který mi byl ten večer na blízku, bylo by to následně pro mě mnohem těžší zpracovat.“

4.3 Kazuistika číslo 3. typ: dopravní nehoda

V dopoledních hodinách přišlo na ostravské IBC tísňové volání, že tramvaj srazila ženu středních let, která přebíhala koleje na zastávku. Ve výzvě bylo uvedeno, že žena je zaklíněná pod přední částí tramvaje, proto byly na místo vyslány všechny složky IZS. Žena utrpěla devastující trauma hlavy a ještě ji tramvaj několik metrů vlekla. Lékař ZZS už jen mohl konstatovat smrt mladé ženy pro zranění neslučitelná se životem.

Intervenční činnost na místě události trvala řádově 90 minut.

Rozhovor č. 3

Všeobecná sestra s ARIP, interventka pracující na ZZS 11 let

- 1. Otázka: „Byl/a jste přítomen/a jako zdravotnický záchranář / intervent/ka na místě zásahu. Jaké jste měl/a informace při cestě na místo? Kdo Vás vyrozuměl?“**

Odpověď: „Nevyjížděla jsem primárně jako interventka, byla jsem na denní službě na RZP posádce. Vyjela jsme společně s lékařem v RV systému k indikaci dopravní nehoda. V poznámce bylo, že se jedná o střet chodce a tramvaje.“

2. Otázka: „Jaká byla situace na místě po Vašem příjezdu?“

Odpověď: „Po příjezdu na místo události již ženě nebylo pomoci a všimla jsem si řidiče tramvaje, který vykazoval známky hysterické reakce. Oznámila jsem svůj záměr poskytnout řidiči intervenci, lékař souhlasil, že stejně než dojde k vyproštění a vypsání papírů o úmrtí, mám čas pro řidiče. Řidič vykazoval známky výrazného psychomotorického neklidu, chodil po tramvaji sem a tam a pořád opakoval, že zabil dětem matku před vánocemi a že jako řidič profesionál to měl předvídat.“

3. Otázka: „Co bylo první, co jste udělal/a?“

Odpověď: „Oslovila jsem muže pohybujícího se po tramvaji, můj hlas registroval a reagoval na mě, vnímal mé slova, ale pořád se pohyboval.“

4. Otázka: „Jak zasažení reagovali?“

Odpověď: „Přišlo mi, že vnímá, co mu říkám a sporadicky mezi svými nářky mi odvětil odpověď. Vykazoval potřebu jak fyzického kontaktu, tak společnost a vrbu.“

5. Otázka: „Jaký měla situace průběh, jak dlouho trvala?“

Odpověď: „Jelikož pán byl situací velmi zasažen, chvíli trvalo, než jsem ho získala plně do péče a než začal spolupracovat. Ze začátku, jak jsem říkala, pochodoval z jednoho konce na druhý, já za ním, ale asi po 20 minutách jsem ho přesvědčila, že bychom si mohli sednout a popovídat si. Jenomže mu to sezení

nevydrželo moc dlouho, zvedl se, prošel se a zase si se mnou sedl. Potřeboval taky fyzický kontakt, držel mě za ruku, mačkal mi ji, že jsem ji večer moc necítila. Celkem jsem byla na místě hodinu. K/P ani nepotřeboval více času a tak jsem se mohla s posádkou vrátit na základnu.“

6. Otázka: „Byly přítomny jakékoliv problémy při práci s K/P?“

Odpověď: *„Prvotním problémem bylo získat K/P na svou stranu a psychomotoricky jej uklidnit. Následně vznikl problém, že řidič si chtěl sbalit věci a že nakonec pojedou s policisty na ten výslech, ale až si sbalí batoh. Jenomže z jeho kabiny a předních dveří byla vidět ta vyproštěná mrtvá žena, tudíž jsem ho musela od této scény odstínit. Tohle je ale problém prakticky každé dopravní nehody se svědky.“*

7. Otázka: „Jak jste situaci vyřešil/a, došlo k předání zasaženého (zasažených) do další péče?“

Odpověď: *„K/P byl předán Policii ČR, se kterou odjížděl na služebnu k výslechu. V době předání byl plně orientovaný, poučený, racionálně jednající.“*

8. Otázka: „Pokud se mohu zeptat, jaké byly Vaše osobní pocity při PPP?“

Odpověď: *„Pocity nebyly nijak speciální, byla jsem na výjezdu, v práci. Odpovědnost byla od příjmu výzvy na lékaři, až na místě to nakonec padlo na mě. Já měla nakonec více práce než lékař. Bylo mi toho pána líto, jelikož se asi nejednalo úplně o jeho vinu. O to, že je to vážné, jsem si uvědomila až na místě, když jsem viděla, jaké žena prodělala trauma. Ještě před pár měsíci by mi přišlo úplně normální, že by lékař konstatoval smrt chodkyně a poté vyšetřil řidiče a na akutní stresovou reakci by indikoval podání farmak. Ale K/P*

na místě potřeboval informace, kontakty a další věci, které jsem mu mohla poskytnout, zklidnila jsem ho. Když se slzami, ale uvědoměle nastupoval do policejního vozu, poděkoval mi a podal mi ruku. Měla jsem radost, že došlo k prvotnímu zpracování již na místě události a hřál mě pocit z dobře odvedené práce. Dnes si nedovedu představit, jak by toho muže odváděli v poutech, nejlépe na psychiatrickou léčebnu.“

4.4 Kazuistika číslo 4. typ: dopravní nehoda

Večer prvního svátku vánočního se odehrála v hlučínském okrese dopravní nehoda se smrtelným zraněním mladé řidičky osobního vozidla. Z prvotních informací Policie ČR žena z nevysvětlitelných důvodů vyjela mimo vozovku, narazila do plynového vedení, sjela do potoka a narazila do mostu.

Řidička utrpěla devastující poranění hlavy a krční páteře neslučitelné se životem. Vyprostit ji musela až speciální hydraulická technika HZS. Přivolaná lékařka ZZS konstatovala pouze smrt. Na nařízené soudní pitvě bylo zjištěno, že žena měla v krvi přes 2 promile alkoholu.

Na místo po nějaké době přichází rodina zemřelé a lékařka proto přes IBC volá na místo interventa ZZS.

Intervence ukončena okolo 23. hodiny.

Rozhovor č. 4

Všeobecná sestra s ARIP, interventka pracující na ZZS 8 let

- 1. Otázka: „Byl/a jste přítomen/a jako zdravotnický záchranář / intervent/ka na místě zásahu. Jaké jste měl/a informace při cestě na místo? Kdo Vás vyrozuměl?“**

Odpověď: „Po denní službě na ZZS jsem odjela domů, kde mě na soukromé číslo kontaktovalo IBC, zda nemohu vyjet na intervenci k dopravní nehodě, kde došlo k úmrtí mladé ženy. Na místě byla ještě posádka RLP a rodina zemřelé, která je opilá a manžel je agresivní a komplikují likvidační práce. Víc jsem po cestě na místo nevěděla.“

2. Otázka: „Jaká byla situace na místě po Vašem příjezdu?“

Odpověď: „Na místě se mimo složek IZS nacházel agresivní manžel zemřelé, otec, sestra-dvojče, sestra a kamarádka. Ti se to dozvěděli od sousedů, jelikož k nehodě došlo blízko místa, kde byli na návštěvě. Rodina obviňovala ze smrti manžela zemřelé.“

3. Otázka: „Co bylo první, co jste udělal/a?“

Odpověď: „Po příjezdu jsem oslovila lékařku ZZS o komplexní informace o tom, co se stalo a co by po mě potřebovala.“

4. Otázka: „Jak zasažení reagovali?“

Odpověď: „Jak kdo - manžel agresivně, jak jsem již zmínila, ale zbytek rodiny potřeboval pořád dokola utvrzovat v tom, že paní je opravdu mrtvá. Stále dokola chtěli slyšet o jejich zraněních a o charakteru dopravní nehody. Během toho plakali a pláč střídalo obviňování manžela. Manželovi reakce se následně otočili a reagoval podobně jako zbytek skupiny. Postěžoval si, že má taky strach, aby ho rodina nelynčovala následně.“

5. Otázka: „Jaký měla situace průběh, jak dlouho trvala?“

Odpověď: „Sdělila mi, že zemřelá mladá žena se na rodinné oslavě pohádala s manželem. Ještě před mým příjezdem byla provedena identifikace mrtvé

kamarádkou a dvojčetem zemřelé. Agresivní muž byl pod dohledem policie. Odmítal s kýmkoliv komunikovat, byl vůči mně vulgární a slovně agresivní. Odešla jsem zjistit další informace od otce a sester. Ti mi oznámili, že nehodě předcházela hádka manželů, kdy žena z návštěvy odešla za kamarádkou a manželovi se to zdálo dlouho a vyčítal ji, proč chodí na návštěvu, když jsou na návštěvě u rodičů. Po hádce si zkratkovitě vzala klíče a sedla bez vědomí rodiny do auta a odjela, kam, to nikdo neví. Strachem obou skupin se stala otázka sdělení úmrtí dětem, kdy jedno navštěvovalo nižší stupeň základní školy a druhé bylo ve školce. Naštěstí děti spaly u babičky mimo místo nehody a bylo domluveno, že jim to otec s babičkou sdělí ráno. Babička, když se to dozvěděla, jenom odpověděla, že: „Bůh dal, Bůh vzal.“ Celá má práce spočívala v utvrzení rodiny v daném faktu, vysvětlení, co se bude dít a co vše musí teď udělat, co je primární. Velmi důležité bylo, aby rodina pochopila, že musí být pospolu, že to jako jedinci nezvládnou.“

6. Otázka: „Byly přítomny jakékoliv problémy při práci s K/P?“

Odpověď: *„Rodina byla v podnapilém stavu a práce s nimi byla obtížná. Největším problémem se poté ukázala otázka, jak to sdělit jemně dětem.“*

7. Otázka: „Jak jste situaci vyřešil/a, došlo k předání zasaženého (zasažených) do další péče?“

Odpověď: *„Všichni zasažení byli společně odvezeni policejním vozem domů a ponecháni v rodinném kruhu v domě, kde byli na návštěvě. Seděli pospolu v obývacím pokoji. Byla jim nabídnuta přítomnost interventa ráno při sdělení zprávy o úmrtí dětem a nabídka služeb Krizového centra Ostrava.“*

8. Otázka: „Pokud se mohu zeptat, jaké byly Vaše osobní pocity při PPP?“

Odpověď: „Když jsem jela na místo události, malinko jsem pochybovala, zda to zvládnou a budu schopná pomoci zasaženým na místě. Na místě jsem již neměla moc času přemýšlet a věnovala jsem se naplno zasaženým a jejich potřebám. Když jsem se v noci vrátila z intervence domů, měla jsem velmi dobrý pocit z odvedené práce. Lukáš Humpl mi nabídl před zásahem ještě pomoc, která mi dodala odvahu a kuráž. Po intervenci jsem mu volala a probrali jsme společně celý postup a on mi řekl, že jsem to udělala správně, bylo to pro mě velmi uspokojivé. Jediné co jsem si nebyla jistá, byl postup s dětmi, ale nakonec se ukázalo, že to bylo správně vyřešené. Doma na mě čekal manžel, s kterým jsem si ještě o všem popovídala a v klidu jsem šla nerušeně spát, abych byla na další denní službu připravená. Sama mám dvě malé děti, takže problematika se mě v podstatě týkala a byla mi blízká. Viděla jsem parte mladé paní. Na místě jsem ještě rodině poskytla osobní telefonní číslo a myslela jsem si, že v období před anebo po pohřbu se rodina ještě ozve, nestalo se tak. Pro mě „šťastně“ ukončený výjezd.“

4.5 Kazuistika číslo 5. typ: vražda

Okolo 18. hodiny byla nahlášena IBC pobodaná starší žena a dvouleté dítě sousedkou, která byla pro paranoidní schizofrenii léčena v psychiatrické léčebně. Opakovaně nebrala léky a byla problémová. IBC vysílá intervenanta na místo události.

Okolo 21. hodiny lékařka ARO oznamuje, že přes veškerou snahu a přímou srdeční masáž se holčičku nepodařilo oživit, zemřela. Babička v těžkém stavu se sedmnácti bodnými ranami skončila na operačním sále.

Zasažená byla i posádka, která byla intervenována po návratu na základnu. Podmínky byly otřesné, KPR v tratolišti krve na chodbě

panelového domu před sousedy. Posádka neměla šanci. Resuscitovali neresuscitovatelné zranění neslučitelné se životem.

Rozhovor č. 5

Všeobecná sestra s ARIP, interventka pracující na ZZS 19 let

- 1. Otázka: „Byl/a jste přítomen/a jako zdravotnický záchranář / intervent/ka na místě zásahu. Jaké jste měl/a informace při cestě na místo? Kdo Vás vyrozuměl?“**

Odpověď: *„Vyrozumělo mě IBC, zda bych mohla poskytnout intervenci rodině po tom, co jim psychiatrická susedka pobodala dítě, které měli na hlídání u babičky.“*

- 2. Otázka: „Jaká byla situace na místě po Vašem příjezdu?“**

Odpověď: *„Když jsem dorazila na místo udané IBC, našla jsem jen chodbu, na které byly louže krve a zbytky zdravotnického materiálu a PČR mě informovala, že všichni zasažení a zranění jsou již v nemocnici. Do nemocnice po chvíli dorazila i policejní psycholožka.“*

- 3. Otázka: „Co bylo první, co jste udělal/a?“**

Odpověď: *„Rozhodla jsem se, že zajedu za zasaženými do spádové nemocnice, kde jsem předpokládala, že bych je mohla najít někde v okolí chirurgie, nebo ARO. Našla jsem v okolí těchto oddělení pouze 4 osoby, zeptala jsem se jich, zda se jedná o osoby, které hledám a byli to oni. Brouzdali chodbami, neměli žádné informace, jenom co viděli před bytem a co jim řekli susedé. Usadila jsem matku, otce a tetu do bufetu, ve kterém v tuto hodinu již nikdo nebyl. Strýc miminka se nedal usadit, chtěl chodit, ventilovat. Já ani rodina jsme neměli*

vůbec žádné informace, jaký je zdravotní stav a co se stalo, byly jenom domněnky. Základní informace jsem dostala od sester z chirurgie, že babička je na sále a miminko je na ARO a provádějí přímou srdeční masáž.“

4. Otázka: „Jak zasažení reagovali?“

Odpověď: *„Seděli, pochodovali, vnímali, co jim říkám, ale... Byly v transu, v duchu se modlili a bojovali za vymodlené dítě.“*

5. Otázka: „Jaký měla situace průběh, jak dlouho trvala?“

Odpověď: *„Uvědomila jsem si závažnost situace jen jako zdravotník. Musela jsem si dávat pozor, co řeknu, abych se třeba nedostatkem informací zasažených ještě více nedotkla a neublížila jim ještě více. Sdělila jsem jim, že miminko je v péči na ARO, vyvarovala jsem se označení bodnutí, resuscitace. Udržovala jsem naději, nevědomí. Byla to velmi dlouhá hodina bezvětrí. Okolo 21. hodiny lékařka ARO oznámila smrt miminka rodičům. Ač toto lékařka zvládla na velmi profesionální úrovni, role prožívání obou rodičů se přehodili. Ještě před deseti minutami byla matka ta, co držela naděje a utěšovala zborceného otce, teď to bylo naopak. Matka propukla v žalostný pláč. Lékařka ARO navrhla, zda se chtějí ještě rozloučit, matka odmítá a otec souhlasí. Matka během toho informuje zbytek rodiny, dorazil ještě bývalý manžel pobodané babičky.“*

6. Otázka: „Byly přítomny jakékoliv problémy při práci s K/P?“

Odpověď: *„Špatné prvotní informace ze strany IBC, následně chaos a nemožnost dopátrat se informací v nemocnici. Velkým problémem bylo meziobdobí od začátku intervence do oznámení úmrtí. Obrovské fópá udělala Policie, když provedla vražedkyni okolo rodičů dítěte.“*

7. Otázka: „Jak jste situaci vyřešil/a, došlo k předání zasaženého (zasažených) do další péče?“

Odpověď: „Po oznámení úmrtí se situace nečekaně zvrhla a asi během deseti minut chtěli všichni zasažení odjet z nemocnice domů. Policejní psycholožka zřídila odvoz autem a odjela s nimi do jejich domova.“

8. Otázka: „Pokud se mohu zeptat, jaké byly Vaše osobní pocity při PPP?“

Odpověď: „Při cestě na místo se mi honilo hlavou, jestli dokážu ošetřit rodinou tragédií takového rozměru. Bylo to vlastně moje první intervenční nasazení. Na konci jsem se sama sebe ptala, jestli jsem udělala všechno, zda jsem nemohla udělat víc. Velmi mi pomohla přítomnost policejní psycholožky. Sama pro sebe jsem to nakonec zhodnotila tak, že jsem na místě byla rodině oporou ve chvíli, kdy na ně personál nemocnice neměl čas, protože měl plné ruce práce okolo zraněných. Před i po intervenci jsem volala s Lukášem (PhDr. Humpl). Pomohlo mi, když mi řekl a ujistil mě v tom, že to dělám dobře a po intervenci, že jsem to zvládla. Když tak nad tím přemýšlím, nejhorší bylo, když jsem věděla, že to asi nedopadne dobře a dojde ke smrti tvrdit opak.“

5. Diskuze

Poskytování první psychické pomoci je stále více diskutovanou otázkou nejen v sektoru přednemocniční neodkladné péče, ale všech oblastí, kde se setkáváme s náhlou životní krizí, ztrátou. V minulosti převládalo řešení somatických obtíží člověka, ale moderní společnost 21. století stále více apeluje na komplexnost přístupu k člověku, příkladně rozvíjením různých ošetrovatelských modelů, aj. Již Aristotelés tvrdil, že: „*Celek je víc než souhrn jeho částí.*“¹³⁰

Kdybychom před několika lety řekli lékaři ZZS, že by bylo vhodné přivolat na místo tragického úmrtí interventa ZZS, asi by to nepovažoval za nutné. Dnes si lékaři sami po svých zkušenostech interventy v MSK volají na místa vzniku události a tím nahrazují mnohdy farmakologické zaléčení, které stejně neřeší problém dlouhodobě.

Musíme si uvědomit, že tato myšlenka se stává více aktuálnější a systém je teprve na počátku celorepublikového standardu. Nesmíme nahlížet na pacienta jako na hmotnou schránku, která potřebuje zavést „hadičky“ a podat léky, ale potřebuje také pohladit a vyslechnout. Přistupujeme k němu jako k individuálnímu „JÁ“ po stránce tělesné i duševní. Po studiích se dostáváme do konfrontace s realitou, kdy společnost po nás takovéto služby chce a očekává je. My je ale neumíme. Ale nejedná se jenom o naše pacienty, jedná se i o nás, o záchranáře, lékaře a všechny články záchranného řetězce, viz kazuistika č. 5 a nutnost ošetření posádky po nadprahové zátěži.

Tyto nadprahové situace spojené s velkým emočním zasažením všech zúčastněných, které jsem v předešlých kazuistikách nastínil, zasahují do života zúčastněných rodin i osobnosti interventů řešících je na místě vzniku.

Dopravní nehoda z léta roku 2008 odstartovala práci klinického psychologa na poli urgentní medicíny v Moravskoslezském kraji. Jednalo se o jedno z prvních nasazení v terénu, po kterém vznikla dohoda mezi ZZS MSK a HZS MSK o vzájemné postraumatické pomoci zaměstnancům i osobám dotčeným stresovou situací v PNP mezi zúčastněnými složkami (viz kapitola č. 1 Současný stav). Navíc tato dopravní nehoda poukázala svým rozsahem jak traumatických, ale hlavně počtem psychicky

¹³⁰ Fajkus, Břetislav. *Současná filosofie a metodologie vědy*. 2. vyd. Praha : Filosofia, 2003. 135 s.

zasažených na nutnost aplikace technik první psychické pomoci do denní praxe složek IZS. Situace byla nepřehledná, stresová a zasahující složky nebyly schopny při náročném zásahu poskytnout kvalitní ošetření osob vyskytujících se na místě.

Vypracovaný kvalitativní výzkum, který obsahuje přepis rozhovorů se zúčastněnými interventy ZZS MSK, kteří přímo na výjezdech řešili psychicky náročné situace, jsem došel k závěru, že tato úzká skupina osob věnujících se této specifické činnosti a osob, které prošli sérií vzdělávacích akcí nad rámec jejich pracovních povinností, jsou velmi dobře připravené jak po stránce teoretické i praktické a jejich činnost na místě události je zasaženému přínosná. Záchranáři, kteří na tyto vypjaté situace nejsou teoreticky připravováni, je po psychické stránce vnímají negativně a řešení těchto situací neodpovídá potřebám zasaženého a poškozuje i je samé.

Stanovené výzkumné otázky a cíle byly splněny, jelikož byl vypracován ucelený materiál o poskytování první psychické pomoci v přednemocničních podmínkách. Souhrnné hodnocení výsledků výzkumu není možné pro ojedinělost každého výjezdu interventa a jedinečnost situace jako takové. Nejde vyhledat porovnatelný soubor situací, jelikož se jedná o tragické události nekaždodenního výskytu.

Bakalářská práce bude uveřejněna v databázi STAG a bude tedy volně přístupná studentům oboru Zdravotnický záchranář jako pomocný studijní materiál k předmětu „Psychologie krizových stavů“ během letního semestru prvního ročníku studia dle platné akreditace.

Při zpracování bakalářské práce jsem narazil na problematiku neexistence monografie pro zpracování tématiky, proto je také práce po stránce rozsahové mohutnější, než-li je standardem vypracovaných prací. Jde o úvodní vhled do problematiky, která ve zdravotnictví není na rozdíl od dalších složek IZS, tudíž nelze najít literární i jiné specificky použitelné zdroje pro tento resort. Naopak řada dostupných zdrojů je uváděna v obecné rovině. V podstatě jediným přímým pojítkem mezi tématem práce a praxí v PNP v České republice pro mě byl klinický psycholog PhDr. Lukáš Humpl ze ZZS MSK, který mi poskytl nejen četné konzultace, ale také možnost účastnit se kurzu „První psychická pomoc a intervence při zásazích ZZS“

organizovaném pod hlavičkou ZZS MSK (viz příloha č.1). Převážná část kazuistik je zpracovaná s mými spolustudenty. To, že půl roku po ukončení kurzu byli vysláni na intervence, svědčí o četnosti, nutnosti a potřebě takto vzdělaných osob na výjezdech zdravotnické záchranné služby.

Na základě výpovědí zdravotnických záchranářů lze vyvodit tyto hypotézy:

- Postup posádek ZZS na místě náhlého úmrtí při přítomnosti sekundárně zasažených osob je správný.
- Pracovníci zdravotnické záchranné služby ovládají techniky komunikace se sekundárně zasaženými osobami na výjezdech ZZS.
- Pracovníci zdravotnické záchranné služby mají bohaté zkušenosti s psychicky zasaženými osobami během každodenních výjezdů.

6. Závěr

Na konec bakalářské práce bych rád uvedl můj vlastní názor. Jedná se o složitou tematiku, která mi zabrala k prostudování a částečnému pochopení, praktickému zdokonalení mnoho desítek hodin teoretického a praktického nácviku. Přesto jsem na začátku. Rád bych se této tematice nadále věnoval, jelikož z mého pohledu je to jedna z dalších činností ZZS kde my, jako zdravotničtí záchranáři máme prostor pro seberealizaci a bez složité farmakologie či invazivních postupů můžeme lidsky pomoci člověku, který je momentálně v bezvýchodné životní situaci.

Získané hypotézy z kvalitativního výzkumu vyplývají ze zkušeností úzké skupiny zdravotnických záchranářů-interventů. Ke zobecnění těchto faktů a potvrzení výsledků by mohl být proveden kvantitativní výzkum z větším vzorkem respondentů, kde si myslím, že by výsledky byly velmi podobné.

Pokud vším tím studiem a pílí zachráním nebo pomůžu byť jedinému zasaženému, moje veškerá práce měla, má a bude mít smysl.

V bakalářské práci jsem se zabýval činností záchranáře-interventa ve smyslu poskytnutí intervence zasažené osobě v terénu. K ucelení znalostí a rozšíření rozhledu nad problematikou bych se rád zajímal o péči o zasažené posádky. Tímto citátem bych rád bakalářskou práci ukončil a při svých budoucích studiích diplomovou práci otevřel.

„Po náročném výjezdu, po autonehodě, po hromadném neštěstí auto umyjeme, uklidíme, opravíme... Kdo ale „umyje a opraví“ duši záchranáře???”¹³¹

Mgr. Michaela Kubišová
ZZS kraje Vysočina

¹³¹ KUBIŠOVÁ, Michaela. Systém psychosociální intervenční služby. [online]. 2011, s. 30 [cit. 2012-04-26]. Dostupné z: <http://download.pelhrimovskypodvecer.cz/7.1.2p.pdf>

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAMS, B. a C.E. HAROLD. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 488 s. ISBN 80-716-9893-8.
2. ADRA: Pomoc při mimořádných událostech. [online]. [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://www.adra.cz/projekty/projekty-v-cr/pomoc-pri-mimoradnych-udalostech>
3. ASOCIACE ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB ČR. *Zápis z jednání VH AZZS ČR č. 1/2012* [online]. Jihlava, 2012 [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: http://www.azzs.cz/dokumenty/Zapis_1-2012_AZZS_CR.pdf
4. BALLAY, Martin a Miroslav Hanuly. *Psychická první pomoc při nehodách s hromadným postižením osob*. [on line] [cit. 2012-28-03]. 2009, Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/psychicka-prvni-pomoc-pri-nehodach-s-hromadnym-postizenim-osob-448643>
5. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 420 s. ISBN 80-717-8735-3.
6. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005, 299 s. ISBN 80-247-0708-X.
7. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Základy klinické psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 436 s. ISBN 80-717-8550-4.
8. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 450 s. ISBN 978-807-2548-156.
9. Česká republika. Zákon č. 238/200 Sb. ze dne 18.6.2000 O Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů*. Praha, 2000. Dostupné z: http://www.firebrno.cz/uploads/legislativa/238_2000.pdf
10. Česká republika. Zákon č. 273/2008 Sb. ze dne 17.7.2008 O Policii České republiky. In: *Sbírka zákonů*. Praha, 2008. Dostupné z:

http://www.loganland.cz/MOTODRBY/vyplody_panu/273-2008_o-policii-CR_01-01-2009.pdf

11. Česká republika. Zákon č. 374/2011 Sb. ze dne 6.11.2011 O zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů*. Praha, 2011, částka 131, s. 4839-4848. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakona-o-zdravotnicke-zachranne-sluzbe_5175_2428_11.html
12. Česká republika. Zákon č. 96/2004 sb. ze dne 4.2.2004. *O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)* In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 45, s. 1184. Dostupné z: http://www.bozpo.sk/public/legis/opp/04_096.pdf
13. Česká republika. Zákon č.239/2000 Sb. ze dne 28.6.2000 O integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů*. Praha, 2000. Dostupné z: http://www.firebrno.cz/uploads/legislativa/239_2000.pdf
14. ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Kriminální psychologie*. Vyd. 1. Praha: Eurounion, 1998, 255 s. ISBN 80-858-5870-3.
15. J. DEWILFE, Deborah. *Psychosociální odpověď na kolektivní násilí a terorismus: Terénní průvodce*. 1. vyd. Praha: MV - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2010, 43 s. ISBN: 978-80-86640-52-5
16. DOHNAL, David a Michaela GEHROVÁ. *Krizová intervence pro praxi, otázky a odpovědi*. In: *Krizová intervence pro praxi, otázky a odpovědi* [online]. 1. vyd. Olomouc, 2011, 31.8.2011 [cit. 2012-04-25]. Dostupné z: <http://www.akutne.cz/res/publikace/krizova-intervence-v-praxi-gherova-m.pdf>
17. Fajkus, Břetislav. *Současná filosofie a metodologie vědy*. 2. vyd. Praha : Filosofia, 2003. 135 s.
18. GOLEMAN, Daniel. *Emoční inteligence: Proč může být emoční inteligence důležitější než IQ*. 1. vyd. Praha: Columbus, 1997, 348 s. ISBN 80-859-2848-5.
19. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-807-3675-691.

20. HLAVÁČOVÁ DANA, *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči* [online]. České Budějovice: MEDIPRAX ČB s.r.o., 2008 [cit. 2012-04-26]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM_2008_01.pdf
21. HUMPL, Lukáš., *Osobní konzultace s PhDr. Lukášem Humplem*, klinický psycholog ZZS MSK, Územní odbor ZZS Opava, Opava 2011.
22. HUMPL, Lukáš a Petra ĎASKOVÁ Vlakové neštěstí - Studénka. [online]. 2008 [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://www.pmfhk.cz/WWW/KVZ/Konference%2008/vlakov%C3%A9.pdf>
23. HUMPL, Lukáš. POSKYTOVÁNÍ KRIZOVÉ INTERVENCE PŘI ZÁSAZÍCH IZS: POSKYTOVÁNÍ PSYCHOSOCIÁLNÍ POMOCI PŘI ZÁSAZÍCH IZS. In: [online]. 2009 [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: http://www.ucjlf.upol.cz/svoc/zlate_hory/2009-01/humpl_03.pdf
24. HUMPL, Lukáš. Psychosociální péče o osoby zasažené mimořádnou událostí. [on line] [cit. 2012-28-03]. 2009, <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/psychosocialni-pece-o-osoby-zasazene-mimoradnou-udalosti-429723>
25. CHALABALA, Jaromír. Příběhy pražské záchranky: Víra v příběh s dobrým koncem. In: *Víra v příběh s dobrým koncem* [online]. [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://jaromir-chalabala.blog.cz/0809/vira-v-pribeh-s-dobrym-koncem>
26. CHARVÁT, J. *Život, adaptace a stres*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1970. 134s.
27. International Critical Incident Stress Foundation. [online]. [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://www.icisf.org/>
28. J. DEWILFE, Deborah. *Psychosociální odpověď na kolektivní násilí a terorismus: Terénní průvodce*. 1. vyd. Praha: MV - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2010, 43 s. ISBN: 978-80-86640-52-5
29. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. nezměn. v Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003, 225 s. ISBN 80-701-3390-2.

30. KLIMPL, Petr. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 167 s. ISBN 80-716-9324-3.
31. KOMAČEKOVÁ, Dana., *Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry* [on line] [cit.2012-28-03]. 2009, Dostupné z: www.zdn.cz/clanek/sestra/fyzicka-a-psychicka-zatez-pri-poskytovani-osetrovatelske-pece-pr-435429
32. KOMORA ZÁCHRANÁŘŮ ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB ČESKÉ REPUBLIKY. *Psychologická pomoc přichází k záchranářům*. [online]. [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: <http://www.komorazachranaru.cz/aktuality.php?aktualita=306>
33. KOZIEROVÁ, Barbara. *Ošetrovatelstvo 1: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
34. KOZLOVÁ, Lucie a Veronika KUBELOVÁ. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2009, 55 s. ISBN 978-80-7394-155-0.
35. KREJČÍŘOVÁ, Dana., *Vývojová psychologie*, 2. aktul. vyd. Praha: Grada, c2006, 368 s. ISBN: 978-80-247-1284-0
36. KRIZOVÉ CENTRUM, O.S., *Veřejný závazek*. [on line] [cit. 2012-28-03]. 2011, Dostupné z: <http://www.kriceos.cz/index.php?page=verejny-zavazek>
37. Kryšťůfek záchranář. In: KAPITOL. [online]. 2011 [cit. 2012-04-26]. Dostupné z: <http://www.kapitol.cz/krystufek.html>
38. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-717-8774-4.
39. KUBÍČKOVÁ, Pavla. *Posttraumatická intervenční péče o příslušníky a občanské zaměstnance Policie České republiky: Posttraumatická intervenční péče u Policie ČR (PIP)* [online]. České Budějovice, 2010 [cit. 2012-04-24]. Dostupné z: http://theses.cz/id/ov7sh8/downloadPraceContent_adipIdno_16358
Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v ČB, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Bc. Petra Adamová.

40. KUBIŠOVÁ, Michaela. Systém psychosociální intervenční služby. [online]. 2011, s. 30 [cit. 2012-04-26]. Dostupné z: <http://download.pelhrimovskypodvecer.cz/7.1.2p.pdf>
41. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.
42. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
43. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.
44. MALÍK, Lukáš. *Názory hasičů na posttraumatickou intervenční péči* [online]. České Budějovice, 2006 [cit. 2012-04-26]. Bakalářská práce. jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
45. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.
46. MUSIL, Jiří V. *Úvod do sociální psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1996, 81 s. ISBN 80-706-7647-7.
47. NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003, 507 s. ISBN 80-200-0993-0.
48. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
49. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4729-596.
50. PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2009, 226 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-182.
51. POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s. ISBN 80-726-2259-5.
52. PRAŠKO, Ján. *Proti stresu krok za krokem*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 187 s. ISBN 80-247-0068-9.

53. PRAŠKO, Ján. *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 178 s. ISBN 80-717-8811-2.
54. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, c2006, 603 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.
55. ŠEBLOVÁ, Jana. *Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb*. Časopis 112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva., 2010, ročník 9, č. 3, str. 18-19, Praha: MV-generální ředitelství HZS ČR., ISBN 1213-7057.
56. ŠEBLOVÁ, Jana. *Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb*. Časopis 112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva., 2007, ročník 6, č. 3, str. 18-19, Praha: MV-generální ředitelství HZS ČR., ISBN 1213-7057.
57. ŠEVČÍK, Pavel, Vladimír ČERNÝ a Jiří VÍTOVEC. *Intenzivní medicína*. 2. rozš. vyd. Praha: Galén, c2003, 422 s. ISBN 80-726-2203-X.
58. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Jak řeší krizi moderní žena*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 156 s. ISBN 80-247-1202-4.
59. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 129 s. ISBN 80-247-0888-4.
60. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 197 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.
61. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 143 s. ISBN 978-802-4717-401.
62. TUČEK, Milan, Miroslav CIKRT a Daniela PELCLOVÁ. *Pracovní lékařství pro praxi: příručka s doporučenými standardy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 327 s. ISBN 80-247-0927-9.
63. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
64. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

65. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, c2002, 925 s. ISBN 80-859-1277-5.
66. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, s.8, ISBN 80-717-8291-2.
67. VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 176 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.
68. ZÁCHRANNÝ TÝM ČČK OSTRAVA. *Výroční zpráva 2010: Povodně 2010, Karvinsko, Novojičínsko*. Ostrava: Záchranný tým ČČK Ostrava, 2011. Dostupné z: <http://www.zachranny-tym.cz/pdf/vyrocní-zprava-2010.pdf>
69. ZVOLSKÝ, Petr a Jiří RABOCH. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, 622 s. ISBN 80-246-0390
70. Zdravotnická záchranná služba MSK: Kryštůfek záchranář. [online]. [cit. 2012-04-27]. Dostupné z: <http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?clanek=19901>

8. Klíčová slova

- Stres
- Krize
- Traumatická událost
- První psychická pomoc
- Komunikace
- Neodkladné duševní stavy
- Smrt

9. Přílohy

Příloha č. 1

Osvědčení o absolvování kurzu „První psychická pomoc při zásazích ZZS.“

Příloha č. 2

Informační leták „Zasáhla vám do života tragická událost?“

Příloha č. 3

Kryštůfek záchranář¹³²

¹³² Zdravotnická záchranná služba MSK: Kryštůfek záchranář. [online]. [cit. 2012-04-27]. Dostupné z: <http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?clanek=19901>

Příloha č. 1



Územní středisko záchranné služby Moravskoslezského kraje
Výškovická 40, P.O. Box 23
700 44 Ostrava-Zábřeh

P O T V R Z E N Í

Pan

Antonín POJETA

absolvoval ve dnech 12.-14.5.2011 a 27.6.-29.6.2011 výcvik

**„První psychická pomoc a intervence
při zásazích ZZS“**

Výcvik organizovalo Územní středisko záchranné služby Moravskoslezského kraje a jeho celková časová dotace byla 48 vyučovacích hodin.

PhDr. Lukáš Humpl
Klinický psycholog ÚSZS MSK

Čeho můžete využít

Využijte vlastní starší zkušenosti – pokud překonáte prvotní šok a ochromení, zkuste si vzpomínout, jestli už jste v minulosti prošli něčím těžkým a co Vám tehdy pomohlo. Mnohdy zapomínáme, že můžeme využít dosavadní zkušenosti a dovednosti, které jsme ve svém životě získali.

Využijte existence a zkušenosti blízkých lidí – můžete využít i zkušenosti blízkých lidí (rodiny, přátel), pokud je to pro Vás v danou chvíli přijatelné. Využijte přítomnosti, pomoci a podpory blízkých. Nebojte se je požádat o pomoc, rozhovor nebo o nějakou změnu z jejich strany vůči Vám. Někdo z blízkých lidí Vám také může pomoci zprostředkovat řešení problému na odborné úrovni.

Využijte obřadů (rituálů) – mohou Vám pomoci vypořádat se s náročnou životní situací, zviditelnit a usnadnit přechod z jedné životní etapy do druhé. Účast na obřadech usnadňuje průchod emocí. Jedním ze společenských rituálů je například pohřeb. Můžete mít nebo si vytvořit i vlastní rituály, které pro Vás budou důležité při překonávání nebo uzavírání těžkého období.

Pokud cítíte, že už situaci sami dál neovládnete, nevíte si rady se svým prožíváním a máte pocit, že už to trvá moc dlouho nebo si jen o všem potřebujete s někým promluvit, vyhledejte odbornou pomoci

Kontakty, které můžete využít:

Moravskoslezský region

KRIZOVÉ CENTRUM OSTRAVA, o.s.

(nepřetržitý provoz)

Nádražní 196, 702 00 Ostrava-Přivoz

596 110 882-3, 732 957 193

www.krizeos.cz

KRIZOVÉ CENTRUM PRO DĚTI A RODINU

(po-pá, od 8:00 hod.)

Velšavínova 17, 702 00 Moravská Ostrava

596 123 555, 739 424 175

www.gss-ostrava.cz

LINKA DŮVĚRY OSTRAVA

596 618 908

po-pá 12:00-06:00 hod,

so, ne a svátky - nonstop

www.help-psyche.cz

LINKA DŮVĚRY HAVÍŘOV

596 410 888 nonstop

LINKA DŮVĚRY KARVINA

596 318 080 nonstop

LINKA DŮVĚRY OPAVA

553 616 407 denně 10:00-06:00 hod.

LINKA BEZPEČÍ PRO DĚTI

800 155 555 nonstop

Čechy

ČESKÉ SDRUŽENÍ OBĚTÍ

DOPRAVNÍCH NEHOD

Poskytuje psychosociální a právní poradenství

222 363 535, 739 983 321

www.csodh.cz

ASOCIACE OBČANSKÝCH PORADEN

Sociálně-právní poradenství.

222 780 599, 774 529 966

www.obcanske-poradny.cz



**ZASÁHLA VÁM
DO ŽIVOTA
TRAGICKÁ
UDÁLOST?**

Informace a kontakty,
které Vám mohou být užitečné

Několik slov úvodem

Do Vašeho života náhle zasáhla mimořádná a tragická událost. Dovoле, abychom Vám nabídli několik informací a kontaktů, které mohou být v takové situaci užitečné. Využití je můžete nejen jako přírný účastník, ale také jako ten, kdo je neblízku v roli pomáhajícího. Mimořádná událost totiž může být těžká pro každého, koho se nějak dotkne.

Obvyklé projevy duševního otřesu

Lidé, kteří prožili mimořádnou událost, u sebe často pozorují některé neobvyklé projevy. Někdy se jim jeví jako nepřijemné, jindy nepřístojné nebo zahanbující. I Vy se jejich přítomností můžete cítit zaskočení, mohou vzbuzovat i obavu, zda je jejich výskyt „normální“.

Důležitou informací pro Vás tedy může být, že u lidí, kteří prožili či prožívají situaci vážného ohrožení života, smrt někoho blízkého nebo jinou mimořádnou událost, jsou tyto reakce přirozené.

Možná Vám přinese uklidnění vědomí toho, že:

Projevy duševního otřesu se při prožitku těžké životní události nevyhýbají nikomu a jsou normální lidskou reakcí na tak obtížnou situaci.

Niže uvádíme některé z projevů, které se běžně vyskytují :

V oblasti citové to mohou být pláč, úzkost, děšivé sny, bezmoc, pocit viny nebo oddizení od lidí a jiné.

Z tělesných projevů je možno zmínit například problémy se spánkem, únavu, bolesti hlavy nebo jiných částí těla či změny ve stravovacích návycích

Pokud jde o chování, častá bývá snížená výkonnost a vyhýbání se věcem či situacím, které připomínají úživý zážitek

V oblasti myšlení lze pozorovat poruchu soustředění; časté jsou také vzpomínky na událost nebo naopak neschopnost rozpomenout se na důležité podrobnosti prožité situace.

Zmíněné projevy se nevykají pouze těch, kdo událost prožili jako první účastníci. Objevují se často také u jejich blízkých, pozůstalých, pomáhajících a přihlížejících, či obyvatel místa, kde se událost odehrála.

Nepříjemné projevy a obtíže se nemusí objevit ihned, někdy přijdou s časovým odstupem hodin či dní. Mohou také přerušovat i další dobu po skončení události.

Obtíže na psychologické či fyzické úrovni se také mohou objevit náhle, s větším časovým odstupem a to na základě nějakého impulsu - něčeho, co nám prožitoú situaci připomene. Často se stává, že se takovým spouštěčem stane výročí události.

Každý člověk může reagovat jiným způsobem.

Co pro sebe můžete udělat

V následujícím textu bychom Vám rádi nabídli několik užitečných kroků, které se osvědčily lidem, jež ve svém životě prožili mimořádnou událost. Mohou pomoci i Vám.

Buďte v kontaktu se svými pocity - dovolte si ulevit pláčem, hněvem, smíchem. Vaše pocity a emoce nejsou známku selhání, nemusíte se za ně stydět ani se bát, že tím zatížíte okolí.

Sdílejte a sdílejte – přizvěte blízké lidi k tomu, co prožíváte. Nemusíte být na vše sami, může pro Vás být úlevné někomu říct o svém trápení a zároveň být s druhými a sdílet jejich pocity.

Vnímejte své tělo – při velkém stresu lidé často nejsou schopni prožít emoce a zároveň vnímat své tělo. Pokuste se přesto být v kontaktu se svými tělesnými prožitky a potřebami. Můžete vnímat např. dostatek energie nebo únavu, slabost nebo bolest.

Myslete na své potřeby – zabývejte se jimi a pokuste se jim vyhovět. Zároveň je respektujte u ostatních. Můžete vnímat základní lidské potřeby: sucha, tepla, bezpečného místa či kontaktu, jídla, tekutin, spánku, potřeba jíst sladké, omezit hluk...

Uvědomte si své hranice – někdy je důležité uvědomit si meze vlastní únosnosti a jednoduše se vynechat tam, kde je v danou chvíli potřeba. Vždy máte např. právo vyjádřit souhlas či nesoúhlas podle vlastních potřeb.

Zorientujte se – zastavte se a uvědomte si, co o vzniklé situaci víte a co byste ještě potřebovali vědět. Vytvořte si přehled o tom, co se děje, využijte k tomu dostupné prostředky a informace.

Příloha č. 3

