

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

KRIZOVÁ INTERVENCE V PNP Z POHLEDU
ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MILOŠ ANDRT KRÁL, DiS.

Praha 2019

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

KRIZOVÁ INTERVENCE V PNP Z POHLEDU
ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

Bakalářská práce

MILOŠ ANDRT KRÁL, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Martin Duka

Praha 2019



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

ANDRT KRÁL Miloš

3CZZ

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Krizová intervence v PNP z pohledu zdravotnického záchranáře

*Prehospital Emergency Care and Crisis Intervention from the Paramedics
Perspective*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Mgr. Martin Duka

V Praze dne 1. listopadu 2018


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych touto cestou poděkoval vedoucímu práce PhDr. Mgr. Martinovi Dukovi za trpělivost a vstřícnost při vypracování této bakalářské práce. Dále bych rád poděkoval Prokopovi Mašovi, DiS., za cenné rady.

ABSTRAKT

ANDRT KRÁL, Miloš. *Krizová intervence v PNP z pohledu zdravotnického záchranáře*.
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.).
Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Martin Duka Praha. 2019. 56 s.

Bakalářská práce se zabývá méně častěji se vyskytujícím fenoménem, kterým je komunikace s pacientem v akutní krizi. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce stručně shrnuje poznatky z odborné literatury. Poskytuje čtenáři postupy, kterými se má řídit při kontaktu s pacientem v akutní krizové situaci. Praktická část práce je vedena formou rozhovoru se zdravotnickými záchranáři, kteří se v rámci svého povolání s těmito pacienty setkali.

Klíčová slova:

Intervent. Komunikace. Krize. Krizová intervence. Pacient. První psychologická pomoc.
Zdravotnický záchranář.

ABSTRACT

ANDRT KRÁL, Miloš. *Prehospital Emergency Care and Crisis Intervention from the Paramedics Perspective*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Mgr. Martin Duka Praha. Prague. 2019. 56 pages.

The bachelor thesis deals with the less frequently occurring phenomenon, which is communication with the patient in an acute crisis. The bachelor thesis is divided into the theoretical and practical part. The theoretical part of the thesis briefly summarizes the findings from the literature. It provides the reader with the procedures to follow when contacting a patient in an acute crisis situation. The practical part of the thesis is conducted in the form of an interview with paramedics who met with these patients as part of their profession.

Keywords:

Communications. Crisis. Crisis Intervention. Interventionist. Paramedic. Patient.

Obsah

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Používané pojmy spojené s krizovou intervencí	13
1.1 Komunikace	13
1.2 Krize	13
1.2.1 Základní složky krize.....	13
1.2.2 Spouštěcí události krize podle povahy	14
2 Psychologická první pomoc.....	15
2.1 Psychologická první pomoc v systému Critical Incident Stress Management podle Everlyho a Parkerové	16
2.1.1 R – Reflektující naslouchání	16
2.1.2 A – Analýza a zjištění základních potřeb	18
2.1.3 P – Prvořadé zaopatření	18
2.1.4 I – Intervence	19
2.1.5 D – Dát dál	20
2.2 Psychologická první pomoc podle Světové zdravotnické organizace (WHO)	20
3 Krizová intervence	24
3.1 Znaky krizové intervence	24
3.2 Etapy krizové intervence	25
3.2.1 Zahájení krizové intervence	25
3.2.2 Realizace krizové intervence	26
3.2.3 Ukončení krizové intervence	27
3.3. Formy krizové intervence.....	28
3.3.1 Prezenční pomoc.....	28
3.3.2 Distanční forma pomoci.....	29
3.4 Organizace poskytující pomoc osobám v akutní krizi	29

3.4.1	Krizová centra	29
3.4.2	Telefonní linky pro krizovou komunikaci	30
3.4.3	Specializované organizace pomáhající lidem v nouzi.....	30
3.5	Pracovník krizové intervence.....	31
3.5.1	Důležité faktory pro osobu krizového intervenanta	31
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
4	Kvalitativní průzkum.....	33
4.1	Metodika kvalitativního průzkumu	33
4.2	Cíle kvalitativního průzkumu	33
4.3	Průzkumné otázky	33
4.4	Výběr respondentů pro rozhovory	34
4.5	Kódování rozhovorů	34
4.6	Kódovací schéma k strukturovaným rozhovorům	36
4.7	Strukturované rozhovory s respondenty	37
4.7.1	Respondent 1.....	37
4.7.2	Respondent 2.....	38
4.7.3	Respondent 3.....	39
4.7.4	Respondent 4.....	40
4.7.5	Respondent 5.....	41
4.7.6	Respondent 6.....	42
4.7.7	Respondent 7.....	42
4.7.8	Respondent 8.....	43
4.7.9	Respondent 9.....	45
4.7.10	Respondent 10.....	45
5	Diskuze	47
5.1	Doporučení pro praxi.....	51
6	Závěr.....	52
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
	Přílohy	57

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AČR	Armáda České republiky
GŘ HZS	Generální ředitelství hasičského záchranného sboru
KC	Krizové centrum
KI	Krizová intervence
PNB.....	Psychiatrická nemocnice Bohnice
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RV	Rendez-vous
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
WHO.....	World human organization
ZZSHMP.....	Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy

(VÁCLAVÍK, 2011),(VOKURKA,2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Coping/ Zvládání** přímý boj se zátěžovou či těžkou životní situací.
- Intervent/ Psychointervent** jedná se o zdravotnického pracovníka, který absolvoval výcvik První psychologická pomoc ve zdravotnictví, či jiné adekvátní vzdělání, a se zkušeností s krizovou intervencí.
- Reflektovat** odrážet, zrcadlit, vzít v úvahu, zajímat se o, přijmout.
(VÁCLAVÍK, 2011), (VOKURKA, 2015)

ÚVOD

Toto psychologické téma bylo zvoleno, neboť se domníváme, že komunikace zdravotnických záchranářů v krizových situacích, zejména při akutních stresových reakcích, není dostatečně erudovaná. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli, zabývat se touto tematikou, abychom dokázali, že je dle našeho názoru velmi potřebné, aby byli záchranáři na krizovou komunikaci lépe připravováni. Také v této práci chceme nabídnout různá řešení pro zdravotnické záchranáře, kteří se sami ocitnou v situaci, kdy jsou nuceni komunikovat s pacienty, kteří prožívají akutní stresovou reakci. Toto téma bylo vybráno také proto, že již v rámci svého studia a následné praxe si autor uvědomil, že není dostatečně připraven na komunikaci s pacientem ve specifických krizových situacích. Při studiu tohoto tématu v odborné literatuře docházelo k uvědomění, že autor se svými pacienty jednal laicky a z hlediska psychointervenčních postupů ne zcela odborně. Uvědomoval si, že tento fenomén nemusí být ojedinělý, což ho vedlo k tomu, aby se jím začal zabývat v této bakalářské práci.

Teoretická část práce se zaměřuje na všeobecné vysvětlení pojmů souvisejících s krizovou intervencí, stručný popis vzniku a typů krizí. Cílem teoretické části je seznámit čtenáře se základními pojmy, možnostmi řešení krizových situací v rámci přednemocniční neodkladné péče a stručně je seznámit s postupy doporučenými odbornou veřejností.

Praktická část bakalářské práce analyzuje rozhovory se záchranáři, kteří odpovídali na předem připravené otázky, a jejich odpovědi byly následně konfrontovány s teoretickou částí práce. Kvalitativní průzkum, formou rozhovorů, byl vybrán, neboť tímto způsobem respondenti mohou nejlépe projevit svoje komunikační dovednosti, hodnotit přípravu v rámci studia na vyšších odborných a vysokých školách zdravotnických a přenést jejich zkušenosti s pacienty do této práce. Cílem praktické části práce je potvrdit nebo vyvrátit naši domněnku, že zdravotničtí záchranáři neumějí dostatečně odborně komunikovat s pacienty, kteří se nacházejí v akutní stresové reakci. Domníváme se, že jednají intuitivně, což u těchto pacientů není žádoucí.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vyhledání a prostudování zdrojů a odborných doporučení. Na základě vyhledaných informací seznámit čtenáře stručně a srozumitelně o možnostech poskytování pomoci lidem v akutní krizi.

Cíl 2: Porovnat zjištění z teoretické části s možnostmi uplatnění krizových komunikačních postupů v reálném provozu ZZS.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit, jak samotní současní zdravotničtí záchranáři a zdravotnické záchranářky vnímají svou odbornou připravenost v problematice krizové intervence?

Cíl 2: Zjistit, jakou zkušenost mají dotazovaní zdravotničtí záchranáři a zdravotnické záchranářky s komunikací s pacienty v akutní krizi?

Cíl 3: Zjistit, jakou podporu by dotazovaní zdravotničtí záchranáři a záchranářky uvítali při práci s pacienty v akutní krizi?

Vstupní literatura

- [1] ANDRŠOVÁ, Alena, 2012, *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
- [2] BROŽ, Filip a Daniela VODÁČKOVÁ, 2015, *Krizová intervence v kazuistikách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0811-2.
- [3] MLČÁK, Zdeněk, 2011, *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-9506.
- [4] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2017, *Krize a krizová intervence*, Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5327-0.
- [5] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2011, *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.

Popis rešeršní strategie:

Vyhledávání odborných publikací, které byly využity při tvorbě bakalářské práce s názvem Krizová intervence v PNP z pohledu zdravotnického záchranáře proběhlo v časovém období leden 2019 až březen 2019. Pro vyhledávání byl použit katalog Národní lékařské knihovny, www.medvik.cz, databáze vysokoškolských prací Theses.cz a pobočky Městské knihovny v Praze. Pro vyhledávání byla vymezena a definována klíčová slova v českém jazyce: krizová intervence, první psychologické pomoc, zdravotnický záchranář, přednemocniční neodkladná péče. S těmito parametry bylo vyhledáno 84 zdrojů.

Hlavními kritérii pro zařazení dohledaných zdrojů do zpracování bakalářské práce byla obsahová kompatibilita s tématem bakalářské práce a jejími cíli. Vyřazovacími kritérii byly obsahová nekompatibilita s tématem bakalářské práce, nedůvěryhodné odkazy a duplicita vyhledávaných zdrojů.

Pro realizaci bakalářské práce bylo použito 32 zdrojů. Některé zdroje zcela nekorespondovaly tematicky se zadáním bakalářské práce, ale obsahovaly části, které vhodně doplňovaly některé body bakalářské práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Používané pojmy spojené s krizovou intervencí

1.1 Komunikace

Jeden z nejobsáhlejších latinsko-českých slovníků, Thesaurus linguae latinae, vysvětluje slovo komunikace. Uvádí obsahově blízká slova k pojmu „communicare“. Nejbližším je „participare“, což znamená spolupodílet se s někým o něco. Přidružený význam slova komunikovat hovoří o spojování nebo o slučování, předávání, doručování, poskytování, dávání. Díky tomuto bychom mohli hlubší význam slova komunikovat překládat jako sdílení se s někým o něco cenného nebo hodnotného (VOKURKA, 2015).

Komunikace, a to ať verbální či nonverbální, je základním pilířem pro dorozumívání mezi lidmi. Schopnost komunikovat je nezbytnou součástí běžného života každého jedince. Touto cestou sděluje své pocity, emoce, dojmy a předává tyto informace ostatním (VODÁČKOVÁ, 2012).

Ve zdravotnictví získáváme pomocí komunikace to nejdůležitější, co můžeme od pacienta získat – anamnézu. Komunikací se můžeme k pacientovi přiblížit, pochopit jej a lépe se vcítit do pocitů, které prožívá. Oproti běžnému dorozumívání se mezi lidmi má komunikace s pacientem svá specifika a je třeba být na ni připraven (MILLER, 2018).

1.2 Krize

Krize je velmi populární a také medializovaný pojem. Jedná se o popis situací, kdy se něco dramaticky mění, přičemž daná změna je doprovázena negativními emocemi. Člověk postižený krizí vnímá danou situaci jako velmi nebezpečnou až život ohrožující, jako problém, který přesahuje jeho možnosti zvládnutí. Ke krizi tedy dochází, když člověk čelí problému, který není schopen nebo neumí řešit či vyřešit. Musíme myslet také na to, že do krize se nemusí dostat jen jedinec, ale může se jednat o skupiny, například rodina, komunita či celá společnost (MLČÁK, 2011), (ŠPATENKOVÁ, 2017).

1.2.1 Základní složky krize

Krize obvykle obsahuje 3 základní složky:

1. Spouštěcí událost
2. Vnímání události jako ohrožující či nebezpečnou

3. Obvyklé způsoby jejího zvládnání selhávají - nastane krize

Nejpodstatnější je zejména vnímání dané události jedincem. Není nejzásadnější, co se stalo, ale v jaké situaci se nachází jedinec, kterému se to stalo a zejména to, jak daný jedinec situaci vnímá, či jestli je tato situace pro něj ohrožující či nikoli. Musíme si uvědomit, že krize je definována subjektem, na rozdíl od traumatu, jež je definováno podnětem. Trauma je vyvoláno takovou událostí, jež by vyvolala tíseň, či pocit tísně prakticky v každém (GRAMBAL,2017), (ŠPATENKOVÁ, 2017).

1.2.2 Spouštěcí události krize podle povahy

Spouštěcí události, kritické životní události, bývají v odborné literatuře obvykle rozděleny podle povahy

- emočně významné a důležité události, které vybočují z dennodenní reality jako například smrt blízkého člověka, narození dítěte...
- události, které vyžadují změny v dosavadním fungování jedince v rodině, společnosti a ve vztahu k vlastnímu já, například odchod do důchodu, ztráta zaměstnání...
- události, které mohou mít pozitivní i negativní vliv současně - svatba, nevěra... (ANDRŠOVÁ, 2012), (ŠPATENKOVÁ, 2017).

2 Psychologická první pomoc

„Psychologická první pomoc je intervenční strategie určená lidem, kteří byli nebo jsou vystaveni působení krizové situace, katastrofy, terorismu či jiné události v lidském životě. Je založena na porozumění, že ti, kteří takovou situaci přežili, mohou prožívat spektrum nejrůznějších bezprostředních reakcí a některé z těchto reakcí jim mohou bránit při adaptivním vyrovnávání se s kritickou situací. Tomu je možné předejít adekvátní podporou a péčí. Psychologická první pomoc tak může být tím nejlepším začátkem jiných forem pomoci a podpory osobám v krizi.“ (ŠPATENKOVÁ, 2017, s. 27).

Účelem psychologické první pomoci je stabilizovat pacienta, který prožívá krizovou životní situaci. V případě, že použijeme metaforu, dá se tato pomoc přirovnat ke zdravotnické první pomoci, jež slouží k tomu, aby byly pacientovi základně zajištěny životní funkce, než bude předán k další intervenci. Hlavním cílem je stabilizovat jeho psychický stav na takovou úroveň, aby byl sám schopen opětovně uplatnit mechanismy pro zvládání stresu, které většina lidí v akutní krizi není schopna použít (BAŠTECKÁ, 2013), (JEDLIČKA, 2015).

Další cíle psychologické první pomoci mohou být:

- reagování na potřebu kontaktu nevnučujícím a soucitným způsobem
- posílení pocitu bezpečí a poskytování osobě v krizi fyzický a emocionální komfort
- uklidnění a orientace pro silně rozrušené pacienty
- podporování a sdělování akutních potřeb a obav
- nabízení praktické pomoci a důležitých informací
- poskytování postižené osobě sociální oporu – zprostředkování kontaktu s přáteli, sousedy, známými
- poskytování informací, vedoucí k účinnému vypořádání s psychickými dopady události (SNIDER, 2011), (ŠPATENKOVÁ, 2017)

K poskytování psychologické první pomoci je kompetentní i laik, který přijde do kontaktu s pacientem a má zájem mu pomoci. Základní znalosti psychologické první pomoci a jejích pravidel pomáhají člověku, jež tuto pomoc poskytuje, redukovat míru nejistoty a bezmoci (ŠPATENKOVÁ, 2017).

2.1 Psychologická první pomoc v systému Critical Incident Stress Management podle Everlyho a Parkerové

Jedná se o strukturovaný přístup, jež byl vytvořen pro záchranáře, hasiče a policisty v USA. Je definován jako soucitný a podporující přístup, zaměřený na redukcí distresu a vyhledávání potřeb zajištění péče o psychické zdraví člověka. Tato psychologická první pomoc bývá vnímána jako prevence rozvoje posttraumatické stresové poruchy, ale nemusí tomu tak být. Přestože je v dané chvíli člověku v krizi tato podpora poskytnuta, neznamená to, že u něj nemůže dojít k rozvoji posttraumatické stresové poruchy (EVERLY, 2017), (ŠPATENKOVÁ, 2017).

Jednotlivé kroky psychologické první pomoci jsou vyjádřeny anglickou zkratkou RAPID, která v překladu do českého jazyka znamená rychlý.

- R – Reflective listening – reflektující naslouchání
- A – Assesment of needs – analýza potřeb
- P – Prioritize attending – prvořadé zaopatření
- I – Intervention - intervence
- D – Discharge or refer for continued care – dát dál (propustit nebo předat do odborné péče)

Tyto kroky není nutné provádět v předem daném pořadí, pouze D je vždy na konci (EVERLY, 2017).

2.1.1 R – Reflektující naslouchání

Je to základní dovednost, kterou používáme při poskytování jakékoli podpory druhým. Reflektována je

- Událost – Vidím, že máte v ruce telefon, asi jste někomu volala. - Člověku v krizi tato věta pomáhá navrátit se do reality.
- Reakce – Sedíte tady na posteli už nějakou dobu a díváte se z okna. - Pomáhá navázat kontakt interventa s jedincem v krizi.
- Obsah, parafrázování a shrnování – Říkal jste, že... ; Jestli tomu dobře rozumím, tak... - Těmito větami ukazujeme pacientovi, že ho vnímáme, že jej posloucháme, čímž mu dokazujeme, že o něj máme zájem a na nastalou situaci není sám.

- Emoce – No, tak to je hustý! Aha. Vidím, že vás to vzalo, asi bych byl taky naštvaný, kdyby mi toto někdo řekl – Reflektovat emoce napomáhá k uvolnění psychického napětí pacienta. Zlaté pravidlo psychologické první pomoci je, že když nevíš, tak reflektuj.

Reflektující naslouchání pomáhá budovat důvěru a respekt v těžkých životních situacích, kdy se člověk může cítit osamělý, zranitelný nebo ohrožený. Tyto obavy jsou díky naslouchání značně redukovány. Zasažené osoby cítí respekt ke své situaci a ke svým potřebám. Dále pomáhá vyjádřit emoce, což ale nemusí být nezbytně nutné. Pro určité typy lidí může být složité ventilovat své emoce před cizími lidmi. K tomuto kroku by tedy neměli být nuceni. Musíme myslet na to, že ventilace emocí vede k snižování tenze a tedy k subjektivnímu pocitu uvolnění (EVERLY, 2017), (GOULSTON, 2018)

Pacient v emočně vypjaté krizové situaci není schopen vnímat informace, které jsou mu sdělovány. Reflektivní naslouchání v tomto případě dává prostor pro koncentraci pozornosti a schopnost racionálně uvažovat (EVERLY, 2017), (GOULSTON, 2018).

Doporučené postupy pro reflektivní naslouchání:

- Snažte se pozorně a pečlivě naslouchat informacím, které vám člověk v krizi sděluje, a snažte se jim porozumět.
- Všimněte si také toho, co vám sděluje neverbálně
- Ptejte se otevřenými otázkami již od začátku rozhovoru, doporučuje se použít pouze jednu otázku a čekat na odpověď.
- Vyhýbejte se uzavřeným otázkám (otázky, na které lze odpovědět pouze jednoslovně, a které nerozvíjejí další komunikaci. Mohou vyvolávat dojem výslechu.)
- Poskytujte zpětnou vazbu – odezvu na to, co jste slyšeli. Tím dokazujete intervenovanému, že mu nasloucháte a že ho vnímáte. Slyšet totiž ještě neznamená poslouchat. Důležité je vnímat obsah sdělení a reflektovat jej.
- Použijte neverbální techniky k tomu, abyste utvrdili intervenovaného, že skutečně nasloucháte např. přikývnutí hlavy, přitakávání (EVERLY, 2017), (GOULSTON, 2018).

2.1.2 A – Analýza a zajištění základních potřeb

Identifikace základních potřeb se odvíjí od Maslowovy pyramidy základních potřeb, viz příloha D. Postupujte od základny až k vrcholům pyramidy. Potřeby jsou seřazeny v pořadí, v jakém by měly být zajišťovány (RAUDENSKÁ a kol, 2011), (ŠPATENKOVÁ, 2017).

- Zdravotní péče
 - zjišťujeme zdravotní problémy somatického charakteru s tím, že ihned řešíme ošetření či zajištění zdravotní péče.
- Fyzické potřeby
 - Intervenovaného se ptáme, jestli jsou naplněny základní potřeby (hlad, žízeň, močení). V těchto situacích je vhodné nabídnout nápoj.
- Potřeba bezpečí
 - Zajištění bezpečí jak přímého (např. odvedení pacienta z místa rizika pádu), tak nepřímého (např. odvedení intervenovaného do osobního prostředí mimo ostatní, aby mohl dát průchod svým emocím – pláč, smutek...)
- Potřeba fungovat
 - Zásadní je zajištění možnosti podílet se na své vlastní stabilizaci, neboť lidé v krizových situacích jsou schopni si mnoho věcí zajistit sami. Naším úkolem tedy není dělat věci za intervenovaného, které si je schopen zajistit sám, neboť jej tímto způsobem uvádíme do pasivnějšího stavu a hlubší deprese. Naopak, my musíme intervenovaného podporovat v jeho schopnostech (ŠPATENKOVÁ, 2017).

2.1.3 P – Prvořadé zaopatření

Jedná se o zhodnocení, zda je chování daného člověka vzhledem k situaci funkční či dysfunkční. Důležité je zjistit, zda je chování pacienta ovlivňováno jeho duševním onemocněním. V případě, že se jedná o projev duševního onemocnění, není možné pacienta stabilizovat na místě a je naprosto nezbytné jej předat do odborné péče. Sledujeme projevy dysfunkce. V tomto případě dysfunkce znamená neschopnost použít přirozené vyrovnávací mechanismy na stres (ŠPATENKOVÁ, 2017).

- Disociace – člověk má pocit netečnosti k dané situaci, jako by se vše odehrávalo za sklem. Necítí emoce. Může být emočně otupělý či necitlivý.

- Depresivní stav – pacient je plačtivý, má pocit, že stresová situace nikdy neskončí.
- Psychosomatické potíže – velmi častý výskyt. Často jsou jediným projevem, který nemusí být nutně spojován s těžkou životní situací. Pacient může trpět bolestmi hlavy, zad, hyperventilace, vyrážkami a velmi častým jevem bývají poruchy spánku či vyčerpání z nejasné příčiny, což dále snižuje schopnost pacienta odolat stresu.
- Vina – je velmi rizikovým příznakem dysfunkce, neboť je pacient ohrožen suicidiálními tendencemi, eventuálně dokonaným suicidiem.
- Tendence k násilí – Pacient v akutní krizi má v rámci zvýšení hladiny adrenalinu sklon k agresi, bývá více senzitivní a může mít výrazně snížené sebeovládací schopnosti. Je nutné brát na zřetel, že projevy agrese bývají v případě prožívání krize velmi časté.
- Spoléhání na medikaci – příliš časně podávání medikamentů může významným způsobem ovlivnit a prodloužit zotavovací dobu, která je nutná k zvládnutí krize a následkům v rámci prožitého psychického traumatu.
- Nedostatek sociální podpory – může být reálný, ale častěji lidé v krizi nejsou schopni vnímat sociální podporu svého okolí, bez ohledu na to, že se jim jejich nejbližší snaží pomoci (ŠPATENKOVÁ, 2017)

2.1.4 I – Intervence – uvažování a chování

- Získání pozornosti – zjistěte jméno pacienta, ptejte se na to, co se stalo, zaměřte se na aktuální situaci a snažte se budovat vztah nutný ke komunikaci s pacientem.
- Dýchejte – snažte se hlídat si vlastní mechaniku dýchání, váš klid působí pozitivně na chování pacienta
- Změňte myšlení – snažte se pacienta vyvést z nelogického a katastrofického myšlení. Nikoliv však za každou cenu. Je-li to možné a vhodné můžeme zmínit něco pozitivního na celé situaci.
- Dodej naději – Dát naději pacientovi, že se mu pokusíte s problémem pomoci, že ho můžete společně zvládnout. Důležitou zásadou je neslibovat nic, co nemůžete splnit, a je důležité se vyvarovat vyvolání falešné naděje.
- Hlavně neubližovat – Základním gró psychologické pomoci je neubližovat intervenovanému, tudíž nementorovat, nesnažit se mu něco vyčítat (EVERLY, 2017), (GOULSTON, 2018).

2.1.5 D - Dát dál

Pokud je jedinec dostatečně kompenzovaný, není nutné ho předávat k další odborné pomoci. V rámci první psychologické pomoci je vhodná identifikace a aktivizace přirozených zdrojů opory, mezi které patří: rodina, přátelé, společnost nebo komunita, která je pacientovi blízká (ŠPATENKOVÁ, 2017).

CAVE: V případě, že je evidentní, že intervenovaný i přes první psychologickou pomoc situaci nezvládá a nebude si nadále schopen poradit sám, je nutné ho směřovat k další odborné péči (ŠPATENKOVÁ, 2017).

Doporučení - čeho se vyvarovat při komunikaci s pacientem:

- Nevyslýchat – Konverzace by měla být vedena tak, aby nepřipomínala výslech. Příimou úměrou k tomuto patří tón hlasu a obecně intonace, kterou při komunikaci používáme.
- Nepokládat zbytečně často uzavřené otázky – Tyto otázky nepřispívají k rozvoji komunikace, mohou být i obtěžující a snadno se vám stane, že se v konverzaci zacyklíte.
- Nekritizovat, nesoudit – U pacienta v akutní krizi kritika a odsuzování způsobí prohloubení již tak špatného psychického stavu.
- Nebýt netrpělivý, nespěchat – Pacient v akutní krizi často zpomaleně myslí, trvá mu delší dobu, než si otázku zpracuje, než je na ní schopný odpovědět. Když nechce odpovídat, není vhodné na něj naléhat a dát mu čas, až se rozhodne odpovědět.
- Nezlehčovat situaci – Snažit se vcítit do situace pacienta a uměle ho nepřesvědčovat o tom, že to bude dobré, že se to určitě spraví a podobně.
- Nepomáhejte, když se na to necítíte – Pokud se necítíte kompetentní poskytnout psychologickou pomoc, snažte se zajistit pomoc někoho jiného (BROŽ, 2015), (HOSÁK, 2016), (ŠPATENKOVÁ, 2011).

2.2 Psychologická první pomoc podle Světové zdravotnické organizace – World Human Organization - WHO

Světová zdravotnická organizace, popisuje psychologickou první pomoc jako lidskou, vstřícnou podporu lidem, kteří trpí a potřebují pomoc (ŠPATENKOVÁ, 2011).

Zahrnuje tato témata:

- Poskytovat praktickou podporu, která není rušivá.
- Posuzovat potřeby a zájmy.
- Pomáhat lidem řešit základní potřeby, jídlo, pití a informace.
- Naslouchat lidem, ale nenutit je k hovoru.
- Uklidňovat a pomáhat ke klidu.
- Pomáhat lidem k informacím, službám a sociální opoře.
- Ochránit před dalším poškozením.

Psychologická první pomoc je podle WHO určena primárně lidem, kteří v poslední době prožili vážnou krizovou situaci. Je důležité zohlednit, že ne každý, kdo prožil krizovou situaci, nutně potřebuje psychologickou pomoc. Je nutné dodržovat zásadu, že psychologická pomoc nesmí být nikomu vnucována a má být poskytována primárně lidem, kteří ji potřebují a kteří ji jsou ochotni přijmout (ŠPATENKOVÁ, 2017).

Zodpovědná pomoc podle WHO zahrnuje především:

1. Respekt k bezpečnosti, důstojnosti a právům

Intervent by měl ze zásady jednat takovým způsobem, který respektuje bezpečnost, důstojnost a práva lidí, kterým je pomoc poskytována (ŠPATENKOVÁ, 2017).

2. Respekt vůči kultuře

Respektovat kulturní zvyklosti, uvědomit si rozdíly v komunikaci jiných kultur a respektovat jejich zvyklosti. Respektovat kulturní zvyklosti, uvědomit si rozdíly v komunikaci jiných kultur (ŠPATENKOVÁ, 2017).

3. Vědomí dalších opatření

Může nastat mimořádná krizová situace, kdy psychologickou první pomoc potřebuje větší množství lidí. Brát na zřetel současně probíhající opatření jako jsou například záchranné a pátrací akce, pátrání po rodinných příslušnících. Snažit se vstřebat informace z různých zdrojů a následně je v co nejucelenější formě předávat těm, kterým pomáháme (ŠPATENKOVÁ, 2017).

4. Schopnost starat se sám o sebe

V tomto případě je myšleno, že máme-li poskytovat pomoc účelně a kvalitně, je nutné pečovat také o svou pohodu (ŠPATENKOVÁ, 2017).

Poskytování psychologické první pomoci podle WHO:

- **Dobrá komunikace.** Je základem efektivní podpory. Lidé v akutní krizi bývají rozrušení, nervózní, nesoustředění až desorientovaní. Klid a empatie intervenanta napomáhá k pocitu bezpečí a respektování intervenovaného (ŠPATENKOVÁ, 2017).
- **Příprava na pomoc.** Je důležitým prvkem. Vhodné je již před započítím intervence zjistit maximální množství informací o situaci. To interventovi následně napomáhá se rychle zorientovat a snadněji pochopit nastalou situaci a efektivněji poskytovat psychologickou pomoc (ŠPATENKOVÁ, 2017).

Principy poskytování psychologické první pomoci:

- **Dívat se:**
 - Zajistěte bezpečí – pokud se intervent necítí bezpečně, nemůže psychologickou pomoc efektivně poskytovat.
 - Sledujte urgentní potřeby lidí – je potřeba kromě psychologické pomoci také zajistit uspokojení základních životních potřeb.
 - Sledujte závažné stresové reakce – v případě, že se nejedná o jednu osobu, které má být poskytnuta psychologická pomoc, vyhodnocujeme, komu by měla být poskytnuta prioritně, typicky v případě kdy zasáhne krizová situace více osob najednou (ŠPATENKOVÁ, 2017).
- **Poslouchat:**
 - Kontaktujte lidi, kteří potřebují pomoci – s pokorou a úctou, aktivně nabízíme pomoc osobám, které zřejmě psychologickou pomoc potřebují.
 - Ptejte se lidí na jejich potřeby a zájmy – potřeby mohou být zřejmé, ale je důležité se i ptát. Tím dáváme pacientovi najevo zájem o jeho potřeby nebo třeba i obavy.
 - Naslouchejte lidem a pomáhejte jim cítit se v bezpečí – to znamená být intervenovanému stále na blízku. Být mu hned k dispozici, když chce mluvit. Nenavozovat nuceně hovor, respektovat chvíle, kdy pacient nechce mluvit (ŠPATENKOVÁ, 2017).

- Odkazovat:
 - Pomáhejte lidem řešit základní potřeby a umožňujte přístup ke službám – zjišťujeme, které potřeby jsou potřeba uspokojit, odkazujeme pacienty na jednotlivé odborné služby.
 - Pomozte lidem vyrovnat se s problémy – identifikujeme přirozené zdroje, které pacientovi pomáhají. Nejčastější oporou bývá blízká rodina, přátelé nebo i pracovní kolektiv. Plánujeme jednotlivé kroky k zefektivnění pomoci. Zda pacientovi v minulosti již někdo pomohl v podobné situaci, a jakým způsobem. Obecně pátráme po zdrojích toho, co pacientovi pomáhá.
 - Poskytujte informace – základní potřebou člověka je informovanost. Poskytujeme pacientovi informace o události, o rodině, o jeho blízkých. Informujeme o další možné pomoci a o právech, která může v dané situaci využít.
 - Spojte lidi – kontaktujeme pacientovi blízké jako možnou sociální podporu. Aktivně podporujeme sociální interakci mezi pacientem a jeho blízkými (ŠPATENKOVÁ, 2017).
- Ukončení pomoci. Je důležité informovat intervenované, co bude následovat po ukončení psychologické pomoci (ŠPATENKOVÁ, 2017).

3 Krizová intervence

Krizová intervence jako formální pomoc v krizi se dostává ke slovu zpravidla až tehdy, když neformální zdroje pomoci selhávají, jsou nedostatečné nebo z různých důvodů nedostupné (JANOŮŠEK, 2015).

Pro někoho může být také mnohem jednodušší hovořit o problémech, které ohrožují jeho integritu, sebeúctu a sebepojetí, s lidmi stojícími mimo rodinný systém. Každá rodina má vlastní hierarchii, prvky rivality a konkurence mnohdy naruší přirozené vyjadřování emocí, pomoci a podpory. V některých rodinách také není možné dát otevřený průchod intenzivním emocím. Proto osoby v krizi zpravidla vděčně přijímají prostředí profesionální interakce či intervence, kde je jim to nejen umožněno, ale dokonce vyžadováno. Pomáhající profesionálové by měli umět lidem v krizi naslouchat, akceptovat je, rezonovat s nimi a taktéž účinně intervenovat (JANOŮŠEK, 2015), (ŠPATENKOVÁ, 2017).

Základy krizové intervence, respektive základy první psychologické pomoci, by měli bezesporu ovládat všichni pracovníci v pomáhajících profesích. Specialisté na krizovou pomoc by pak měli rozhodně disponovat také příslušným výcvikem v krizové intervenci (ŠPATENKOVÁ, 2017, s 42).

3.1 Znaky krizové intervence

Krizová intervence (dále jen KI) se dá formulovat jako odborný zásah, kdy poskytujeme specializovanou pomoc osobám postiženým akutní krizí. Intervence znamená, že k jedinci v krizi přistupuje krizový intervent, který plní funkci prostředníka mezi intervenovaným a spouštěčem jeho akutního stavu. KI musí být poskytována co možná v nejkratším časovém sledu od jejího spouštěče. Neměla by být zprostředkovávána, měla by být poskytnuta primárně přímo odborníkem. Osoba postižena krizovou situací by neměla překonávat žádné další a zbytečné překážky. Je zcela nevhodné poskytovat KI po zprostředkovávání třetí či čtvrtou osobou či jinou institucí, která teprve nasměruje pacienta k finální péči. (PETR, 2014), (PTÁČEK, 2011), (ŠPATENKOVÁ, 2017).

KI by měla být poskytnuta:

- Ihned
- V blízkosti a dosahu
- Kompetentně
- Bezpečně
- Jednoduše a srozumitelně

3.2 Etapy krizové intervence

V případě KI hovoříme o procesu interakce krizového intervenanta a pacienta. Tento proces zahrnuje několik fází (ŠPATENKOVÁ, 2017).

3.2.1 Zahájení krizové intervence

Základem KI je rychlost v navázání kontaktu s pacientem, na kterém se následně buduje dobrý vztah, který je k poskytnutí kvalitní KI zcela klíčový (ŠPATENKOVÁ, 2017).

Pacient v krizové situaci často zažívá stavy jako je strach, bezradnost může se cítit úzkostný nebo pociťovat beznaděj. Zcela běžné bývá neadekvátní chování. Typická pro akutní krizi je zmatenost, můžeme pozorovat popudlivost a není neobvyklá agrese. Důležitou technikou je v těchto situacích maximální snaha o pochopení pacienta a jeho úplná akceptace. Doporučením je přijmout všechny jeho projevy, dovolit mu, aby se choval tak, jak on chce s respektem k limitům, které taková situace vnáší do chování pacienta v dané situaci (IMRIŠ, 2014), (ŠPATENKOVÁ, 2017).

Nedílná součást KI v této fázi je zajištění bezpečí. Pacient se nesmí cítit nijak ohrožen, aby byl schopen v intervenci navázat dostatečný kontakt pro další úspěšné poskytování KI. V tomto případě se jedná zejména o pocit bezpečí po psychické stránce. Intervenovaný musí cítit v poskytovateli pomoci naprostou důvěru. Musí vědět, že intervenant je na místě proto, aby mu pomohl. Musí být ubezpečen, že vše, co intervenant uslyší, je důvěrné, že informace, které zazní, nebudou nijak zneužity, a že nebudou žádným způsobem použity, aby mu bylo více ublíženo (ŠPATENKOVÁ, 2017).

Zásadou pro tuto fázi je i bezpečnost intervenanta. Osoba poskytující KI musí být dostatečně erudovaná a zkušená, aby byla schopna posoudit, zda není klient nebezpečný,

a že za daných okolností nehrozí, že by mohl pacient sám sobě ublížit nebo napadnout intervenanta (ŠPATENKOVÁ, 2017).

Po zajištění předchozích bodů, přistupujeme k mapování celé situace. Zjišťujeme, co se stalo a to, jakým způsobem se dá klientovi pomoci. Obecně se posuzuje jeho emoční stav. Intervent se snaží reagovat na témata, o kterých pacient hovoří nebo naopak sám aktivně hledá téma, na kterém se dá stavět další komunikace. Toto činí zejména, když není intervenovaný sám schopný adekvátně rozvinout v hovoru podstatu jeho potíží. Teprve po dostatečném zmapování problému a navázání komunikace přecházíme k dalším fázím KI (KELNAROVÁ, 2014), (ŠPATENKOVÁ, 2017).

3.2.2 Realizace krizové intervence

Pro efektivní KI jsou nezbytně nutné relevantní informace. Krizový intervent musí mít zjištěno: CO, KDY, KDE a JAK. Tudiž základ na podstatě, kterého vznikla u pacienta akutní krize. Zvláštní pozornost věnujeme zejména:

- spouštěči události
- vnímání dané situace, zda se pro klienta jeví jako ohrožující
- selhávání obvyklých copingových strategií (MLČÁK, 2011)

Po získání těchto důležitých informací můžeme změnit vnímání situace jako ohrožující. Nejde však tímto vyřešit situaci jako celek. V této fázi pokračujeme tím, že se u pacienta zaměřujeme na:

- aktuální psychický stav
- podobnost současné krize s minulými zážitky
- úroveň adaptace před vznikem krize
- aktuální fungování
- jeho vztah k lidem
- jeho ochotu přijmout pomoc
- současnou adaptaci na krizi (ŠPATENKOVÁ, 2017)

Ze získaných informací posuzujeme rozsah a závažnost krizové reakce. Hodnotíme, jak klient chápe příčinu krize. Jak subjektivně vnímá závažnost krize. Zda již v minulosti pacient zažil krizovou situaci, a jakým způsobem byla řešena. Tím si ucelujeme, jaké jsou možnosti zvládnutí celého stavu a jaké jsou limity pro následující péči. Vzniká jakýsi plán, jak krizi řešit (ŠPATENKOVÁ, 2017).

Důležitým faktorem je průzkum sociální opory intervenovaného - zda má rodinu, přátele nebo jiné osoby, které mu mohou pomoci nebo které už mu v minulosti byly v těžkých situacích oporou. Toto je rozhodující pro další vývoj stavu, jeho hloubku a dobu trvání (ŠPATENKOVÁ, 2017).

Osoba v krizi se může nacházet v situaci, kterou můžeme zařadit do jedné ze tří šablon:

1. Má k dispozici systém sociální opory – má rodinu, přátele, obecně osoby, které jsou schopny a ochotny mu pomoci.
2. Má systém sociální opory – není ale funkční, či z jakéhokoliv důvodu aktivní. Zde musíme provést tzv. mobilizaci sociální opory. To znamená ve spolupráci s intervenovaným najít způsob, jak propojit pacienta s lidmi, kteří mu mohou dále pomoci.
3. Neexistující systém sociální opory – zde by měla být tato opora nahrazena tzv. náhradním poskytovatelem. Minimálně do dob, než se podaří aktivizovat nebo vybudovat funkční systém, který bude pro pacienta dostatečný a bude pro něj přirozený (KVĚTENSKÁ, 2014).

V této fázi již můžeme klienta pomalu směřovat k získávání schopnosti samostatně se rozhodovat. Ucelujeme mu pohled na celou situaci. Nezřídka se stává, že pouhé pojmenování problému může být řešením celé krize. Někdy je nutná pomoc při realizaci plánu. To znamená, že pomáháme pacientovi se zorientovat v aktivitách, které mohou směřovat ke změně, a které přispívají k řešení krize. Na plánu se podílejí všichni zúčastnění, jak klient, tak intervent nebo všechny zainteresované osoby, společně. Chystáme pacienta na to, že se intervence blíží k závěru (CIMRMANNOVÁ, 2013), (BAŠTECKÁ, 2013).

Může však nastat situace, kdy stav pacienta není z psychologického hlediska stabilizovaný. Není možné ho vrátit do přirozeného prostředí a je nutná následná péče ve zdravotnickém zařízení. Řešením je hospitalizace, ideálně na lůžku krizového centra a v nejzávažnějších případech akutní péče psychiatrické nemocnice (MLČÁK, 2011).

3.2.3 Ukončení krizové intervence

Jakmile je to možné a stav klienta to dovoluje, protože je dostatečně stabilizovaný, může být KI ukončena. Přihlíží se zde zejména k tomu, že si klient uvědomuje, co vedlo

ke spuštění krize. Uvědomuje si mechanismy zvládání krizové situace, má na ní náhled a vše dostatečně chápe. (MLČÁK, 2011).

K ukončení KI by měla být doložena dostatečně srozumitelně vedená dokumentace pro případný následný kontakt s pacientem. To pro případ, aby bylo možné volně navázat na již prováděnou KI, a aby nebylo nutné provádět opakovaně všechny předchozí body (ŠPATENKOVÁ, 2017).

V dokumentaci intervent klade důraz zejména na následující okolnosti:

- Počáteční psychický stav
- Délka krizového stavu a příčina
- Druh provedené intervence
- Spolupracující instituce a výsledky jejich spolupráce
- Jaká byla přijata společná rozhodnutí na konci KI
- Psychický stav klienta při ukončení nebo přerušení KI
- Dohodnuté plány spolupráce na následné péči

(MLČÁK, 2011), (ŠPATENKOVÁ, 2017).

Krizová intervence v sobě nese důležité poselství: krizi je možné překonat, zvládnout. Tuto naději může klient zcela zahlcený krizí pomalu, ale jistě ztrácet. Proto je nezbytné v rámci krizové intervence u klienta podpořit, obnovit jeho naději na změnu a zprostředkovaně tak posílit jeho kompetenci krizi vyřešit (ŠPATENKOVÁ, 2017, s 51).

3.3 Formy krizové intervence

Formy pomoci v krizi klasifikujeme podle různých kritérií. Jedna z klasifikací je podle typu kontaktu krizového intervenanta s pacientem.

3.3.1 Prezenční pomoc

Zakládá se na osobní účasti jednotlivých aktérů KI, jak intervenanta tak intervenovaného. Tato pomoc zahrnuje terénní, ambulantní nebo pobytové služby, tedy všechny druhy pomoci, kdy jsou aktéři tzv. tváří v tvář (KVĚTENSKÁ, 2014), (ŠPATENKOVÁ, 2017).

- Terénní služby - KI se přenáší na místo, kde se nachází osoba nebo osoby v krizi, které vyžadují psychologickou pomoc (ŠPATENKOVÁ, 2017).

- Ambulantní služby – se poskytují pacientům, kteří jsou transportováni nebo sami vyhledají pomoc specializovaného centra, které je primárně zaměřené na pomoc osobám v krizi. Mezi ambulantní služby patří i ambulance specialistů, psychologů nebo psychiatrů (ŠPATENKOVÁ, 2017).
- Pobytové služby – jedná se o specializovaná pracoviště, která mají lůžkové kapacity na krátkodobou hospitalizaci. Využití těchto center je primárně určeno osobám v krizi, u nichž je potřebná intenzivní spolupráce, kterou nelze zabezpečit v domácí péči nebo v ambulantním sektoru (ŠPATENKOVÁ, 2017).

3.3.2 Distanční forma pomoci

Jedná se o pomoc zprostředkovanou na dálku, hlavně formou telefonickou nebo pomocí internetové komunikace (BAŠTECKÁ, 2013).

- Telefonická pomoc – jedná se o různé krizové linky, linky důvěry, které zprostředkovávají pacientům odbornou pomoc po telefonu (BAŠTECKÁ, 2013).
- Internetová pomoc – je realizována přes internetovou komunikaci. Může být poskytována formou chatu, e-mailové komunikace nebo například přes komunikátory, které přenášejí text i obraz, Skype, Facebook atd (BAŠTECKÁ, 2013).

3.4 Organizace poskytující pomoc osobám v akutní krizi

Organizací poskytující pomoc osobám v akutní krizi je v celé republice velké množství. V Praze poskytují tuto odbornou službu následující organizace.

3.4.1 Krizová centra

- KC RIAPS - Krizové centrum akutních psychosociálních služeb, zprostředkovává komplexní služby pro pacienty v obtížných životních situacích. Poskytuje pomoc psychologa nebo psychiatra v nepřetržitém režimu. KC disponuje několika lůžky pro případ, kdy je nutné péči poskytovat kontinuálně. Doba hospitalizace je maximálně do pěti dnů.

Kontakt: 222 586 768, web: www.csspraha.cz

- Centrum krizové intervence PNB - Poskytuje akutní psychiatrickou a psychoterapeutickou pomoc s možností krátkodobé hospitalizace s eventuální návaznou péčí v rámci PNB. Centrum poskytuje služby v nepřetržitém provozu.

Kontakt: 284 016 666 web: www.bohnice.cz

- SOS centrum diakonie Českobratrské církve evangelické - Zprostředkovává služby psychologické, sociální. Toto centrum nefunguje v režimu nepřetržitého provozu! Provozní doba je od 9.00 – 20.00 hod. Péče je určena každému od 16 let a není nutné se objednávat. Lze využít i telefonickou nebo chatovou komunikaci.

Kontakt: 222 521 912, 777 734 173 web: www.soscentrum.cz

3.4.2 Telefonní linky pro krizovou komunikaci

- Pražská linka důvěry – Telefonická pomoc v krizi fungující v nepřetržitém provozu. Je určena pro každého, anonymně pro případ akutní krize jakékoliv náročné životní situace

Kontakt: 222 580 697 web: www.csspraha.cz

- Linka první psychické pomoci – Určena pro lidi v krizi a jejich blízké. Linka je pro volání z ČR bezplatná, funguje celý týden s omezenou pracovní dobou:
Po – Ne 8.00 – 18.00

Kontakt: 116 123 web: www.linkapsychickepomoci.cz

- Linka pomoci obětem – Nonstop bezplatná linka určená pro oběti trestných činů a obětem domácího násilí. Poskytuje prostor pro sdílení emocí. Nabízí praktické rady a informace.

Kontakt: 116 005 web: www.116006.cz

3.4.3 Specializované organizace pomáhající lidem v nouzi

- Bílý kruh bezpečí – Pomoc obětem trestných činů, svědkům a pozůstalým. Bezplatné odborné poradenství.

Kontakt: 257 317 110, 116 006 web: www.domacinasili.cz

- Cesta domů – Odborná pomoc nevléčitelně nemocným pacientům a jejich rodinám, které o ně pečují. Kromě terénní služby funguje také telefonická a internetová poradna.

Kontakt: 283 850 949, 775 166 863 web: www.cestadomu.cz

3.5 Pracovník krizové intervence

Je možné, aby první psychologickou pomoc osobám v krizi poskytl kdokoli. Není rozhodující, zda laik nebo profesionál. V této situaci se kromě profesionálů, jako jsou záchranáři, lékaři, hasiči, policisté nebo kdokoliv z pomáhajících profesí, mohou stejně vyskytnout laici, jako jsou například příbuzní, náhodní svědci apod. (ŠPATENKOVÁ, 2013).

Pro krizovou intervenci by měly být nároky na intervenanta vyšší. Osoba poskytující krizovou intervenci by měla být teoreticky i prakticky připravená. Intervent by měl být odborně proškolený nebo přímo vzdělaný v problematice krizové komunikace. Důležité jsou zejména následující faktory: (ŠPATENKOVÁ, 2017).

- Umět – měl by být dostatečně prakticky kompetentní
- Znat – měl by být dostatečně teoreticky připravený
- Být – zde je myšleno, že by měl BÝT hlavně osobnostně kompetentní (ŠPATENKOVÁ, 2017).

Krizový intervent by měl vytvářet pro osoby zasažené krizí bezpečný prostor. Bezpečný prostor v tomto případě znamená, ukázat intervenovanému, že může naprosto bezpečně a důvěrně mluvit o všem bez pocitu studu, viny. Intervent musí ukázat pacientovi, že vše je důvěrné a že nic ze společné komunikace nebude zneužito. V rámci krizové komunikace musí odborník umět zvládat široké spektrum reakcí. Jeho povinností je vysvětlit pacientovi, co se s ním děje, že jeho reakce je adekvátní nastalé situaci. Intervent poskytuje pacientovi informace o tom proč má takové obtíže a jak se psychický stav v těchto situacích vyvíjí. Měl by pacienta povzbudit, vysvětlit mu co vlastně krizová intervence obnáší. Jakým způsobem se bude následující pomoc provádět. Jakým způsobem bude pokračovat život po prožití krizové situace. Za důležitý faktor považujeme schopnost intervenanta rozpoznat závažnost stavu pacienta a eventuálně včas pacienta nasměrovat k profesionální, odborné pomoci v tomto případě lékaře/psychiatra nebo psychologa (ŠPATENKOVÁ, 2017).

3.5.1 Důležité faktory pro osobu krizového intervenanta

Odborná literatura opakovaně zmiňuje, že jedním z nejdůležitějších faktorů pro odborného intervenanta je jeho osobnost. Neméně významné faktory jsou shrnuty následovně (ŠPATENKOVÁ, 2013):

- Orientovat se a plánovat – musí se umět zorientovat v potřebách klienta a umět si vymezit jasný plán spolupráce s intervenovaným.
- Podporovat soběstačnost a pomáhat k ní – rozpoznat silné stránky klienta a pomoc směřovat tak aby jich byl intervenovaný schopný využít pro zvládnání krize.
- Znalost poskytovaných služeb – znalost systému, služeb a všech možností pro kvalitní poskytnutí pomoci. Snažit se znalosti systému využít ve prospěch klienta. (ŠPATENKOVÁ, 2017).

Krizový intervent bývá zpravidla profesionál, psycholog nebo lékař – psychiatr. Poskytující krizovou intervenci nemusí být bezpodmínečně profesionál. Krizová intervence může být efektivně poskytnuta i neprofesionálem. Předpokladem je však absolvování odborného kurzu. Předpokladem je průběžné proškolení, protože absolvování poměrně krátkého kurzu by samo o sobě nebylo z dlouhodobého hlediska dostatečné (ŠPATENKOVÁ, 2017).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Kvalitativní průzkum

4.1 Metodika kvalitativního průzkumu

Praktická část byla zpracována kvalitativním průzkumem formou strukturovaných rozhovorů. Tato metoda byla vybrána jako nejlepší metoda naslouchání respondentům citlivým způsobem, vzhledem k tomu, že mnohdy mluvili o situacích, které u nich mohly vyvolat traumatizující zkušenost. Vzhledem k osobní pracovní zkušenosti autora s tímto tématem na pozici zdravotnického záchranáře, byli vybráni respondenty průzkumu zdravotničtí záchranáři a záchranářky. Jednotlivé rozhovory o šesti otázkách trvaly v průměru dvacet minut. Rozhovory probíhaly se zaměstnanci ZZSHMP na základě schváleného protokolu k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce ze dne 19. 2. 2019 podepsaného náměstkem NLZP ZZSHMP Mgr. Zdeňkem Křivánkem, DiS. Všechny rozhovory byly vedeny anonymně.

4.2 Cíle kvalitativního průzkumu

Cíle praktické části jsou následující:

Cíl 1: Zjistit, jak samotní současní zdravotničtí záchranáři a zdravotnické záchranářky vnímají svou odbornou připravenost v problematice krizové intervence?

Cíl 2: Zjistit, jakou zkušenost mají dotazovaní zdravotničtí záchranáři a zdravotnické záchranářky s komunikací s pacienty v akutní krizi.

Cíl 3: Zjistit, jakou podporu by dotazovaní zdravotničtí záchranáři a záchranářky uvítali při práci s pacienty v akutní krizi?

4.3 Průzkumné otázky

V rámci rozhovorů kvalitativního průzkumu bylo respondentům položeno 6 následujících výzkumných otázek:

1. Máte pocit, že je příprava na krizovou komunikaci v rámci studia na VOŠZ a VŠZ pro použití v praxi dostatečná?
2. Vzdělával vás zaměstnavatel v komunikačních postupech krizové intervence v rámci celoživotního vzdělávání?

3. Zajímal jste se někdy z vlastní iniciativy o sebevzdělávání v oblasti krizové komunikace?
4. Cítíte se jistý v situacích při komunikaci s pacienty s akutní stresovou reakcí nebo v akutní krizi?
5. Zažil jste někdy situaci, při komunikaci s pacientem v akutní krizi, která vám utkvěla v paměti?
6. Přivítal byste možnost přivolat si k pacientovi v akutní krizi odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra?

4.4 Výběr respondentů pro rozhovory

Kvalitativní průzkum, formou rozhovorů, probíhal v období leden až únor roku 2019 s deseti respondenty, kterými byli zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy. V rámci bazální identifikace respondentů byly zkoumány následující demografické faktory - věk, pohlaví, dále výše dosaženého vzdělání, doba pracovní praxe u ZZSHMP na pracovní pozici zdravotnického záchranáře nebo zdravotnické záchranářky. Před začátkem samotného rozhovoru bylo u každého z respondentů ověřeno, zda rozumí pojmům krizová intervence a krizová komunikace.

Vzorek deseti respondentů byl tvořen 80 % mužů a 20 % žen, ve věku od 24 do 52let, s průměrným věkem 34let, s délkou praxe u ZZSHMP od 1,5 roku do 32let, s průměrnou praxí 11let. Polovina respondentů dosáhla nejvyššího vzdělání na VOŠZ a druhá polovina respondentů úspěšně absolvovala VŠZ, z toho 3 v rámci bakalářského studia a 2 v rámci magisterského studia.

4.5 Kódování rozhovorů

Kódování rozhovorů bylo provedeno pozorným pročítáním rozhovorů a jednotlivým jeho částem např. slovo, věta, řádek apod. byly přiřazeny kódy. Kódování proběhlo dle zvoleného tématu rozhovorů, kladených otázek a odpovědí respondentů. Dle četnosti slov a slovních spojení vzniklo kódovací schéma k jednotlivým okruhům otázek.

Náš průzkum se zabýval, jakou mají zkušenost záchranáři v komunikaci s pacientem v krizi a jak moc velkou připravenost a podporu cítí. Podporu směrem od systému vzdělávání, který postupně tvoří systém školního vzdělávání a přípravy na povolání záchranáře, systémem vzdělávání poskytovaným zaměstnavatelem

záchranářů, vlastní aktivitou, sebevzděláváním samotných záchranářů, a pak samotnou podporou současného krizového zabezpečovacího systému během krizové události. Proto se naše kódovací schéma zabývá dvěma hlavními faktory záchranářem a systémem. Schéma se zaměřuje na faktory, které dle průzkumu ovlivňují připravenost záchranáře či záchranářky na práci s pacientem v akutní krizi. Pro hodnocení jsme použili pohled samotného záchranáře či záchranářky na sebe samého a také jak vnímá systém podpory, který mu je či není poskytován jednotlivými podpůrnými složkami, např. systémem školního vzdělávání, vzděláváním ze strany zaměstnavatele, sebevzděláváním, samotným systémem péče o pacienta v akutní krizi.

Kódovací znak pro charakteristiku (záchranář) zohledňuje pohlaví, věk, vzdělání, délku praxe (dle toho se může lišit míra připravenosti a odborné vzdělanosti). Kódovací znak pro charakteristiku (systém) zohledňuje školní vzdělávání a přípravu na pozici záchranář, vyučovanou teorii a její použití v praxi (nedostatečná, nepoužitelná v praxi).

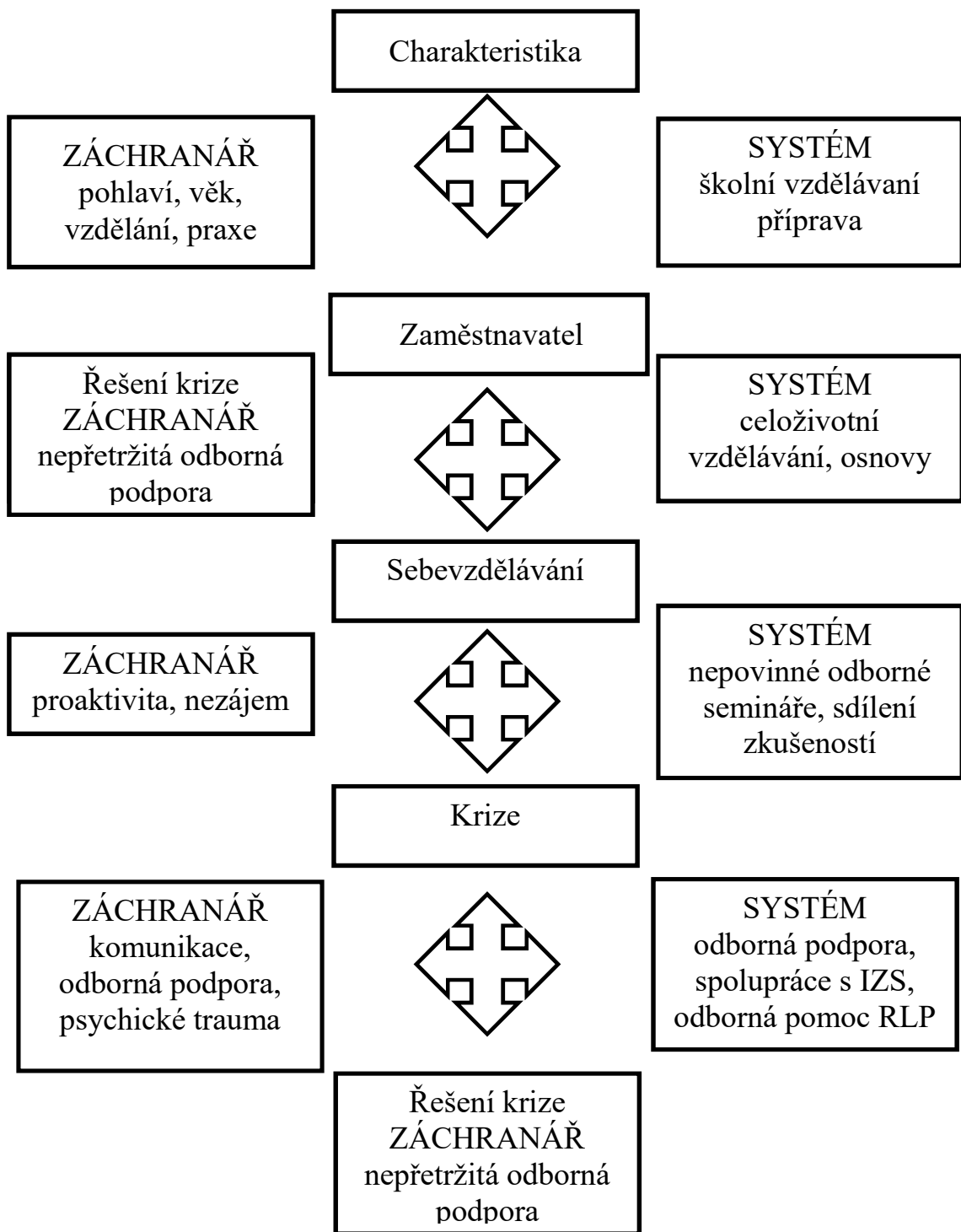
Kódovacími znaky pro zaměstnavatel (záchranář) jsou úroveň, frekvence a povinnost vzdělávání (dostatečná/nedostatečná, pravidelná/nepřavidelná, povinná/nepovinná). Kódovací znak pro zaměstnavatel (systém) obsahuje vzdělávání ze strany zaměstnavatele, čím je celoživotní vzdělávání záchranářů zaměstnavatelem, osnovy (povinné/nepovinné, adekvátní/neadekvátní).

Kódovací znaky pro sebevzdělávání (záchranář) proaktivita/nezájem (např. samostudium, odborná literatura, internetové zdroje), a dále kódovací znak pro sebevzdělávání (systém) nepovinné odborné semináře (dostupné/nedostupné), sdílení zkušeností (s odborníky/ s kolegy).

V rámci krize (záchranář) se zmiňují kódy komunikace (jistá/nejistá, intuitivní/odborná), podpora (dostatečná/nedostatečná), psychické trauma (osobní/sdílené), dalšími kódy krize (systém) jsou podpora (dostatečná/nedostatečná), spolupráce s IZS (intervent/psycholog HZS a PČR, dostupná/nedostupná), odborná pomoc RLP (dostatečná/nedostatečná).

Kódovacím znakem pro řešení krize (záchranář) odborná podpora (permanentní, adekvátní, časově dostupná), který jasně vyjadřuje jednoznačný souhlas s možností permanentní dostupnosti odborné pomoci (intervent/psycholog).

4.6 Kódovací schéma k strukturovaným rozhovorům



Zdroj: modifikováno (Pekara,2015).

4.7. Strukturované rozhovory s respondenty

4.7.1 Respondent 1

Muž 39 let, 11 praxe let na pozici zdravotnický záchranář ZZSHMP, dosažené vzdělání VOŠZ. Nyní zařazen na pozici zdravotnického záchranáře ve výjezdové skupině RZP v posádce s řidičem.

K první otázce se respondent vyjadřuje, že si ze studia vyšší odborné školy pamatuje na přednášky z psychologie a psychiatrie. Každý z uvedených předmětů byl v rozsahu cca deset hodin. Přednášky byly obecné bez zaměření na praktický nácvik určitých situací. Pro použití v praxi udává respondent tedy minimální užitečnost.

Ke druhé otázce udává, že v průběhu profesního života proběhla jen jedna povinná přednáška zprostředkovaná zaměstnavatelem, která byla zaměřena na komunikaci s agresivním pacientem. Jinak další povinné vzdělávání na dané téma zaměstnavatel neposkytl.

Na třetí otázku dotázaný odpovídá, že se aktivně snaží sebevzdělávat v diskutované tématice, formou studia odborné literatury nebo pročítáním internetových portálů nebo sledováním odborných pořadů v televizi.

K otázce číslo se vyjádřil, že v oblasti komunikace s pacienty v krizi se jistý necítí i přes zmiňované samostudium dané problematiky. Popisuje situace, které byly velmi nepříjemné, špatně se intervence o pacienta vyvíjela, nebo se sám dostával, až do patové situace, kdy si nevěděl rady jak dále komunikovat.

K páté otázce, respondent odpovídá, že si pamatuje velmi emotivní výjezd k matce, které její šestnáctiletý syn spáchal sebevraždu skokem z okna. RZP byla přivolána hlídkou PČR, která přišla tuto skutečnost matce zemřelého sdělit. *„Jednalo se o situaci, která byla velmi vypjatá, na místo bylo nutné přivolat posádku RLP, což na stavu komunikace nic neměnilo. Ta žena byla ve stavu, kdy nebylo možné najít cestu jak jí pomoci. Nabízené léky odmítala stejně tak jako transport k odbornému ošetření na krizové centrum. K tomu opakovala, že bez syna nebude žít, že se raději zabije. Nakonec přišlo řešení v osobě policejního psychologa, kterého přivolala na místo hlídka PČR, ještě před naším příjezdem. Přivolaný psycholog si převzal postiženou do péče s tím, že když bude potřeba naše pomoc, že budeme přivoláni zpět.“*

Na poslední šestou otázku respondent odpovídá, že určitě ano, pomoc odborníka na místě událostí, jež zmiňuje ve své vzpomínce, by byla rozhodně vhodná.

4.7.2 Respondent 2

Muž 52 let, 32 let praxe na pozici zdravotnický záchranář u ZZSHMP, dosažené vzdělání VŠZ Nyní zařazen do pozice zdravotnického záchranáře ve výjezdové skupině RZP s řidičem.

K první otázce se profesionál vyjadřuje velmi radikálně ve smyslu „Příprava na krizovou komunikaci je u studentů nedostatečná. Záchranáři se setkávají se širokým spektrem krizových situací, kdy je nutné být připraven na všechny úrovně komunikace včetně krizové intervence.“ Po é ještě opakuje, že škola rozhodně budoucí záchranáře na tyto situace vhodně nepřipravuje.

Na druhou otázku odpovídá *„Zaměstnavatel mě příliš nevzdělával, zřejmě ho tato problematika nezajímá, ale měla by.“* Dle názoru respondenta je přístup ke vzdělávání záchranářů v krizové komunikaci v rámci VVS ZZSHMP insuficientní.

K otázce číslo tři respondent uvádí, že vzhledem k tomu, že školou na tuto komunikaci nebyl nijak připraven, věnoval se samostudiu a k velkému množství informací se dostal až při své činnosti pro MZČR.

Ke čtvrté otázce profesionál uvádí „Cítím se jistý, jsem z vlastní iniciativy řádně proškolen. Považuji se za jednoho z mála na ZZSHMP. Díky tomu, že ZZSHMP tuto oblast zanedbává, chodí na adresy výjezdových skupin časté stížnosti ohledně jejich komunikace. Výjezdové skupiny neumí komunikovat s pacienty v akutní krizi, nebo při akutní stresové reakci.“

Na otázku číslo pět odpovídá, že si nepamatuje na situaci, která by mu utkvěla v paměti a která by jej jakkoliv ovlivnila.

K otázce číslo šest se respondent vyjadřuje pozitivně. Udává, že by bylo rozhodně vhodné, aby měla ZZSHMP svého krizového interventa nebo ideálně psychologa. Také uvádí, že ví o možnosti přivolat si psychologa z Psychologické služby PČR nebo psychologa z GRH HZS. *„ZZS toto stále nepochopila! Neuchopila možnost přípravy pracovní pozice psychologa v této organizaci. Ten neustálý boj s pacienty jejich rodinnými příslušníky, personálem v nemocnici při předání, zaměstnanci mezi sebou na VZ je velmi psychicky vyčerpávající.“*

4.7.3 Respondent 3

Muž 36 let, 13 let praxe na pozici zdravotnický záchranář u ZZSHMP. dosažené vzdělání VOŠZ, Aktuální zařazení do dvojice se zdravotnickým záchranářem ve výjezdové skupině RZP.

Na otázku číslo jedna respondent odpovídá rezolutně, že ne. Více se k otázce nevyjadřuje.

Ke druhé otázce profesionál odpovídá, že si zcela nepamatuje, ale určitě v rámci běžných povinných školení nic takového neproběhlo.

K otázce třetí udává, že se sám aktivně o dané téma zajímal. Četl si odbornou literaturu na téma krizové komunikace. Komunikoval s profesionály a odborníky na krizovou komunikaci z občanského sdružení Cesta domů.

Na čtvrtou otázku odpovídá, že se cítí víceméně jistý. Doplnuje si své vzdělávání a přidává, že mu určitě praxe na ZZS přinesla dostatek zkušeností jak s pacienty v akutní krizi komunikovat.

K otázce číslo pět popisuje situaci, kdy byl přivolán k resuscitaci devítiletého dítěte, které vypadlo z okna. „Snažili jsme se rodinu z místa tragédie alespoň částečně odsunout, minimálně na dobu nutnou k resuscitaci dítěte. Situace se vyhrotila. Otec dítěte na nás začal křičet, proč jsme na ně zlí? Celá situace byla velmi vypjatá a veškeré naše pokusy o komunikaci selhávaly. Celé se to nakonec vyřešilo příjezdem policejního psychologa, který byl přivolán přítomnou hlídkou PČR. Nerad na tuto událost vzpomínám.“

Na poslední otázku odpovídá, že by přivítal možnost přivolat si odbornou pomoc pro pacienta v krizi. Domnívá se však, že by nebylo vhodné řešení přijímat krizového interventa jako stálého zaměstnance, ale že by bylo vhodnější nasmlouvat pro ZZS zkušené externisty, kteří by pracovali v režimu pohotovosti a byli k dispozici na volání KZOS ZZS. Další varianta, která by z pohledu respondenta byla vhodná, by bylo zlepšení spolupráce s psychologickou službou PČR nebo HZS.

4.7.4 Respondent 4

Muž 31 let, 9 let praxe na pozici zdravotnický záchranář u ZZSHMP, dosažené vzdělání VOŠZ, a VŠZ Aktuální zařazení do dvojice se zdravotnickým záchranářem ve výjezdové skupině RZP.

Na první otázku odpovídá rezolutně, že ne! Vzdělávání ze zdravotnické školy považuje za nedostatečné. „Nijak si ani nevybavuji přednášky z předmětů psychologie nebo psychiatrie. Připouštím, že to může být i dobou, která již utekla od ukončení studia.“

K druhé otázce popisuje, že si vybavuje jedno povinné školení v rámci, kterého proběhl nácvik komunikace formou modelové situace. Jednalo se však o specifickou komunikaci s nevidomou. Jinak si další vzdělávací akce od zaměstnavatele nevybavuje.

Na třetí otázku odpovídá ne. Dodává, že ani nevím kam se obrátit, kdyby si chtěl rozšířit znalosti v oblasti krizové komunikace.

Otázka čtvrtá. „Při formulaci této otázky musím říci, že ne. Respektive nejistotu pocítuji ze začátku konverzace, než se zorientuji v problému, který musím s pacientem řešit. Stav, který pocítuji, je více než nejistota, tréma. Většinou se mi však daří následně situaci vyřešit, někdy lépe někdy hůře.“

Na pátou otázku odpovídá, že zažil velice nepříjemnou událost. „Zažil jsem předčasný porod dítěte přímo v sanitě. Dítě jsme za kontinuální resuscitace transportovali do již nedaleké nemocnice. Resuscitace se nezdařila. Mám pocit, že jsem v komunikaci s rodičkou a zároveň s její matkou, která jí doprovázela, naprosto selhal. Nenacházel jsem vhodná slova. Nevěděl, jsem jak komunikovat. Zda rodičku utěšovat nebo co bych měl říkat. Matka rodičky mi dokonce děkovala za to, jak jsem se snažil. Nezmohl jsem se na nic, jen jsem koukal, pokynul hlavou a z mého pohledu zbaběle odešel pryč. Prostě jsem nevěděl, co mám dál říct.“

K poslední otázce říká, že by pomoc odborníka určitě uvítal. Není si zcela jistý, jak by tato varianta měla vypadat, ale rozhodně to považuje za dobrý nápad.

4.7.5 Respondent 5

Muž 26 let, 1,5 roku praxe na pozici zdravotnický záchranář u ZZSHMP dosažené vzdělání VOŠZ. aktuálně student VŠZ. Aktuální zařazení do dvojice s řidičem ve výjezdové skupině RZP.

Na první otázku odpovídá, že rozhodně ne. Nepamatuje si, že by byla výuka na VOŠ a ani teď na VŠ směřována k trénování krizové komunikace. V rámci výuky probíhá vše velmi stručně.

Ke druhé otázce odpovídá, že proběhl hodinový blok zaměřený na komunikaci s pacientem v rámci inovačního kurzu, který je u ZZSHMP periodicky povinný. *„Mohli jsme si zvolit jakékoliv téma z oblasti krizové komunikace. Nakonec jsme se shodli na tématu jak komunikovat s pozůstalými například na místě neúspěšné resuscitace. Bylo to však krátké a dost stručné.“*

K třetí otázce se vyjadřuje, že se sám v dané oblasti nikdy nevzdělával. Pouze jednou navštívil krátký seminář na téma komunikace s pozůstalými, který byl pro ZZSHMP zprostředkován sdružením Cesta domů. Dodává, že kdyby byla možnost navštívit nějaký odborný seminář na téma krizové komunikace, že by se ho určitě rád zúčastnil.

Na čtvrtou otázku odpovídá rezolutním ne. Není si v této komunikaci jistý, neví, jaké může očekávat reakce od lidí, a jak by měl reagovat on, co by měl vlastně říkat, aby situaci zvládl. Snaží se používat empatický přístup, vcítit se do stavu pacienta, ale dodává, že komunikace je více intuitivní než odborná.

Na pátou otázku odpovídá, že paradoxně nepříjemnou situaci zažil při předávání pacientky na KC. *„Asi dvacetiletá dívka se zhroutila po úmrtí svého dědečka. Byla trochu zhyperventilovaná, ale i přes to jsem jí vezl na KC Bohnice. Před KC stál lékař, který při zběžném pohledu na pacientku řekl, že to určitě nebude k nim a ať tedy jedeme na centrální příjem PNB. S čímž jsem nesouhlasil, dívka si potřebovala s někým popovídat o čemž i sama mluvila, somaticky se necítila tak špatně. Lékař KC však trval na tom, že by měla být hospitalizovaná, když má somatické potíže. Celé se to odehrávalo před pacientkou, což mi bylo velmi nepříjemné. Nakonec jsem byl donucen dívku předat místo na KC na centrální příjem PNB, kde byla hospitalizována. Z mého pohledu zcela zbytečně, byl jsem z toho velmi rozmrzelý. Jsem přesvědčený, že se s dívkou mělo pracovat ambulantně a ne ji zavřít na psychiatrické lůžkové oddělení.“*

K poslední otázce se vyjadřuje, že by na sto procent uvítal možnost přivolat si odborníka již namísto zásahu. Dodává, že by takovou možnost využil zhruba jednou za měsíc.

4.7.6 Respondent 6

Muž 40 let, 19 let praxe na pozici zdravotnický záchranář u ZZSHMP, dosažené vzdělání VŠZ. Aktuální zařazení do dvojice se zdravotnickým záchranářem ve výjezdové skupině RZP a na pozici zastupujícího řidiče RLP.

K první otázce se dotázaný vyjádřil velmi stručně a to, že příprava ze zdravotnických škol není dostatečná.

Na druhou otázku odpovídá, že ho zaměstnavatel nijak neškolil, tedy až do letošního roku kdy byl poprvé v rámci inovačního povinného kurzu zařazen krátký hodinový blok věnovaný komunikaci s pacientem a příbuznými. *„No nebylo to vlastně ani školení, ale spíš jsme si jen tak povídali, diskutovalo se, probíraly se zkušenosti. Krátce jsme se věnovali komunikaci s pozůstalými, ale žádné vědomosti mi to nepřineslo.“*

Na třetí otázku odpovídá, že se nikdy sám nesnažil v komunikaci s pacientem v akutní krizi vzdělávat.

Čtvrtá otázka. Respondent udává, že vzhledem k jeho letité praxi na ZZSHMP, se v komunikaci cítí jistý. Přiznává však, že pracuje v posádce RV, kde s pacienty komunikuje převážně lékař.

K páté otázce udává, že zažil za svoji kariéru spoustu nepříjemných situací, ale neumí z nich vyčlenit, jestli mu některá vyloženě utkvěla v paměti. Popisuje, že nemá rád situaci, kdy musí jednat třeba s etnickou menšinou, ale opět dodává, že si vyloženě na určitou událost nevzpomíná.

Na poslední šestou otázku odpovídá, že si myslí, že by bylo dobré, kdyby měla ZZSHMP svého intervenanta ideálně psychologa stejně jako HZS či PČR.

4.7.7 Respondent 7

Muž 26 let, 2,5 roku praxe na pozici zdravotnický záchranář u ZZSHMP, dosažené vzdělání VOŠZ, Aktuálně zařazen do posádky RZP ve dvojici s řidičem.

Na první otázku odpovídá, že se domnívá, že příprava není dostatečná. Dodává, že se vůbec netrénovala komunikace v konkrétních situacích. Pamatuje si, že studenty přednášející na jisté specifické situace upozorňovala, ale spíše jen okrajově.

Otázka druhá. Pamatuje si, že byla přednáška v rámci adaptačního procesu, když nastoupil na ZZSHMP, ale dodává, že si zcela nevybavuje, o čem přesně přednáška byla. Dodává, že zaměstnavatel občas zprostředkovává externí přednášky a semináře, ale na nich je účast dobrovolná.

Na třetí otázku odpovídá, že byl přítomen přednášce na téma komunikace s pacientem, jednalo se však o komunikaci agresivním pacientem. Tuto přednášku však shlédl náhodně, ne cíleně, v rámci kongresu pro záchranáře. Zevrubně se o danou problematiku nezajímá, pouze okrajově, když pročítá odbornou literaturu zabývající se přednemocniční neodkladnou péčí.

Ke čtvrté otázce odpovídá. *„Já se tedy rozhodně jistý necítím, já nevím, co těm lidem mám říct. Hláška, vím, jak se cítíte, mi přijde vyloženě zabijácká. Jsem příliš mladý, abych mohl předávat zkušenosti nebo rozdávat rady lidem mnohem starším než jsem já nebo jim dokonce říkat, že vím, jak se oni cítí. Tyto situace jsou mi krajně nepříjemné.“*

Otázka číslo pět. Dotazovaný udává, že má čerstvou zkušenost asi tři měsíce starou, kdy vyjížděl k pacientovi s akutní stresovou reakcí na úmrtí partnera. Pacient opakovaně prohlašoval, že se zabije, obtížně spolupracoval. Vzhledem k tomu, že profesionál nevěděl, jak má dále postupovat, přivolal si na místo posádku RV. Lékař situaci vyřešil tím, že vysvětlil pacientovi, že už nebude říkat, že se chce zabít a nechal ho v domácí péči na negativní revers. Dotazovaný doplňuje, že neměl pocit, že by tohle řešení bylo ideální a zapochyboval, zda bylo lege artis.

Na poslední pátou otázku respondent odpovídá, že by tuto pomoc rozhodně přivítal. Dle jeho názoru by měla, ale tato pomoc být jasně metodicky určená, kdy jí smí záchranáři využít, aby nedocházelo k zneužívání. Dotázaný vyjádřil obavu, že by mohla být pomoc psychologa záchranáři nadužívána za účelem ušetření si práce.

4.7.8 Respondent 8

Žena 29 let, 2 roky praxe u ZZSHMP, dosažené vzdělání VŠZ, 5 let praxe na oddělení KARIM. Aktuální zařazení do dvojice se zdravotnickým záchranářem ve výjezdové skupině RZP.

Na první otázku odpovídá, že nemá zcela pocit, že by příprava na zdravotnických školách byla pro použití v praxi dostatečná.

K druhé otázce velmi váhavě odpovídá, že byla na nějakém semináři od zaměstnavatele, přednášel Mgr. Pekara, PhD., ale přesně si nevybavuje, jak byl seminář tematicky laděný. Uvědomuje si, že seminář byl veden na téma komunikace s pacientem. Doplnuje, že to byl seminář povinný při nástupu nového zaměstnance v rámci adaptačního procesu. V průběhu rozhovoru si vzpomíná, že byl seminář tematicky laděný na komunikaci s agresivním pacientem.

Na třetí otázku odpovídá, že se o problematiku komunikace s pacienty snaží zajímat. Se zájmem si pročítá články, které najde na internetu, ale nevyhledává je aktivně. Dodává, že jí velmi toto téma zaujalo, když se dozvěděla o tvorbě této bakalářské práce a se zájmem si pročítala publikace, které měl autor s sebou na stanovišti.

Na otázku číslo čtyři odpovídá, že s lidmi, kteří jsou v akutní krizi, ale vyloženě neohrožují sebe a okolí, snaží komunikovat a nemá pocit, že by tuto komunikaci považovala za problémovou. Připomíná však, že pacienta, který by vyhrožoval sebevraždou, nebo který by byl svým iracionálním jednáním nebezpečný sobě či svému okolí, ještě nezažila, a že se komunikace s takovým člověkem bojí. Přiznává, že by nevěděla jak správně postupovat a jak odborně komunikovat.

Na pátou otázku odpovídá: *„Pamatuji si velmi nepříjemnou situaci, když muž objevil ráno svoji manželku oběšenou. Primárně byl výjezd k resuscitaci postižené. KPR nebyla zahájena pro jasné známky smrti. To manžel velmi špatně nesl. Po sepsání náležité dokumentace jsme odjeli zpět na základnu. Poté, zhruba o hodinu později, jsme vyjžděli na stejnou adresu, nyní na akutní stresovou reakci manžela zemřelého. Muž, když nás opět viděl, začal strašně vyvádět, byl vůči nám agresivní, vyhrožoval, že se zabije. Vyčítal nám, že jsme manželce nepomohli a ať vypadneme. Přes snahu s ním nějak citlivě komunikovat se to dále nedařilo. Celé mě to moc zasáhlo a nerada na to vzpomínám.“*

Na poslední otázku odpovídá, že by možnost přivolat si odbornou pomoc ve formě interventa přivítala. Dodává však, že neví, co by dělala do doby, než odborník na místo zásahu dojde, a že by komunikaci stejně do té doby musela vést ona. Navrhuje, že by měli být vedoucí výjezdových skupin doškoleni na tuto komunikaci.

4.7.9 Respondent 9

Muž 38 let, 16 let praxe u ZZSHMP, dosažené vzdělání VOŠZ. Aktuální zařazení do dvojice se zdravotnickým záchranářem ve výjezdové skupině RZP.

Na první otázku odpovídá, že si moc přednášky nevybavuje. Ví, že přednášky probíhaly, ale pouze teoreticky a myslí si, že v tomto případě je nejdůležitější praxe.

Ke druhé otázce odpovídá, že si pamatuje povinnou přednášku od zaměstnavatele, ale že byla zaměřena na komunikaci s agresivním pacientem. Na seminář nebo přednášku jak zvládat komunikaci s pacientem v akutní krizi si nepamatuje.

Ke třetí otázce udává, že se sám nikdy v této tématice nevzdělával, ani se o ní nijak více nezajímal.

Na čtvrtou otázku odpovídá. *„Tak co se týče práce a komunikace tak si nejsem vždycky jistý, ale spoléhám se na léta praxe, které mám za sebou, a nijak mi nevdá tyto situace řešit.“*

Na otázku číslo pět odpovídá, že si pár nepříjemných situací vybavuje, ale udává, že nemá pocit, že by si z toho nesl nějaký nepříjemné vzpomínky. *„Šrámy na duši z toho rozhodně nemám.“*

K šesté otázce odpovídá: *„Máme vždycky možnost si přivolat RV a nemusíme komunikaci řešit sami. Občas to není zcela ideální volba a asi by nebylo špatné mít možnost si přivolat na místo psychologa.“*

4. 7. 10 Respondent 10

Žena 24 let, 1,5 roku praxe u ZZSHMP, dosažené vzdělání VŠZ Aktuálně na pozici zdravotnické záchranářky bez stálého zařazení do posádky.

Na první otázku udává, že si myslí, že vzdělávání na zdravotnických školách v tomto tématu není dostatečné a nijak absolventa nepřipravuje na situace, které ho potkávají při jeho následné práci.

Na otázku druhou odpovídá. *„Ne, nepamatuji si, že by mě zaměstnavatel za moji krátkou praxi nějak povinně vzdělával v komunikačních postupech a schopnostech komunikovat.“*

Ke třetí otázce udává, že se v dané tématice nesnažila sama vzdělávat a zatím o tom ani neuvažuje.

Na čtvrtou otázku odpovídá, že si není jistá, ale zároveň dodává, že jí tato komunikace baví. Zkouší, zda jí vedená komunikace působí na pacienta dobře a uklidňujícím dojmem. Udává však, že někdy se jí daří více a někdy méně.

K páté otázce popisuje situaci, kdy byla přivolána ke KPR, kde příbuzná resuscitované hystericky narušovala celé jejich snažení. Musela být na místo přivolána PČR, která příbuznou odvedla a věnovala se jí po dobu snažení našich posádek. KPR se nezdařila, příbuzná zemřelé se nakonec sama částečně uklidnila i přesto byla dále velmi rozrušená a psychicky dekompenzovaná. Lékař nabídl pacientce léky na uklidnění nebo transport na krizové centrum. To pacientka odmítla a nakonec lékař rozhodl, že nebude příbuzná zemřelé nikam transportována a ponechal jí v domácí péči. *„To asi úplně efekt nemělo, protože ani ne za hodinu na paní vyjížděla jiná posádka na akutní stresovou reakci. Strašné bylo, že ani zemřelá ani její příbuzná nebyly pojištěny, tudíž za to ponechání na místě jsme jí museli naučtovat výjezd RLP + RZP což je 30000,- v režimu ZZSHMP. To bylo strašné a za hodinu tam jely obě posádky znovu, takže je to vyšlo na 45 000,-“*

Na šestou otázku odpovídá, že by tato varianta určitě byla dobrá. *„ Určitě by to pomohl v těch situacích, kdy nám pacient v afektu řekne, že se chce zabít a mě pak nezbyvá nic jiného než toho člověka odvézt do nemocnice. Psycholog na místě by mohl situaci erudovaně posoudit a rozhodnout zda je transport takového člověka nutný. Bývá časté, že někdo řekne, že se radši zabije, ale zároveň odmítá transport. Často to končí asistencí policie a nedobrovolným transportem do ZZ, víceméně jen alibisticky.“*

5 Diskuze

Výběr tématu bakalářské práce byl ovlivněn osobní zkušeností autora s praxí u ZZSHMP, kde pracuje již 11 let. Během své praxe autor u sebe i u svých kolegů vysledoval, že při komunikaci s pacientem v akutní krizi on sám ani jeho kolegové, se kterými měl možnost spolupracovat, si nejsou jisti, zda vedou komunikaci dle odborných doporučení. Tento svůj předpoklad se rozhodl potvrdit či vyvrátit formou rozhovorů s jednotlivými zaměstnanci ZZS HMP v rámci praktické části bakalářské práce.

Snažili jsme se zachytit široké spektrum zaměstnanců. Struktura dotazovaných byla vyvážená při výběru respondentů mezi absolventy VŠZ a VOŠZ, v tomto případě v poměru 50 % ku 50 % a velmi rozmanitá, co se týče věku a délky jejich zaměstnání u ZZSHMP.

První tři průzkumné otázky hledající odpověď na cíl 1 byly zaměřeny na to, jak vnímají současní zdravotničtí záchranáři svou odbornou připravenost v problematice krizové intervence, zda byli v rámci celoživotního vzdělávání na krizovou komunikaci připravováni zaměstnavatelem a zda se z vlastní iniciativy v dané problematice sebevzdělávali.

Na první otázku všichni respondenti, 100 % z deseti dotázaných, shodně odpověděli, že přípravu na krizovou komunikaci v rámci vzdělávání na VOŠZ či VŠZ vnímají jako nedostatečnou pro použití v praxi. Bylo by tedy vhodné studenty VOŠZ a VŠZ v rámci hodin psychologie, seznamovat s postupy pro krizovou komunikaci a také tyto postupy, společně s odborně vyškoleným pracovníkem/přednášejícím, prakticky cvičit. Záchranáři tedy mohou poskytovat první psychologickou pomoc, jak popisují ve svých publikacích Everly nebo Špatenková (EVERLY, 2017), (ŠPATENKOVÁ, 2017). Je však otázkou zda by profesionální záchranáři neměli mít znalosti větší než běžný laik. Jistě by bylo zajímavé se této problematice hlouběji věnovat a podrobně jí prozkoumat v rámci samostatného průzkumu. Zjistit, zda se jedná o nedostatek vzdělávacího systému nebo zda se jedná o náhodný výsledek u vzorku dotázaných respondentů.

Dále z analýzy výsledků rozhovorů v otázce číslo 2 vyplynulo, že se tématu krizové komunikace zaměstnavatel aktivně nevěnuje. Šest dotázaných, to znamená 60% z celkového počtu respondentů, odpovědělo, že si pamatují jednu povinnou vzdělávací akci, kterou jim zaměstnavatel poskytl v rámci celoživotního vzdělávání, avšak nejednalo se o přednášku o komunikaci s pacientem v akutní krizi ve smyslu akutní stresové reakce, ale o postupech, jak komunikovat a postupovat u agresivního pacienta. Dva dotázaní, tedy 20 % respondentů, si vzpomnělo na hodinový blok, který byl nově zařazen do inovačního kurzu, což je povinné periodické školení ZZSHMP, zaměřené na téma komunikace s pozůstalými. Oba shodně tvrdí, že se spíše jednalo o stručnou diskuzi, než o doporučení a předem dané postupy pro tyto situace. Ostatních osm dotázaných tedy 80 % respondentů si na žádnou vzdělávací akci v oblasti krizové komunikace pořádanou zaměstnavatelem nepamatují. V podmínkách ZZSHMP jsou převážně nacvičovány a trénovány postupy zdraví a život zachraňujících úkonů. Komunikační postupy použitelné pro aplikaci při situacích, kdy se pacient nachází v akutní krizi, jsou v tomto směru školeny okrajově a zpravidla nepovinně, jak je zřejmé z druhé otázky z rozhovorů s respondenty 5 a 6. Dle zjištění v teoretické části, může první psychologickou pomoc poskytovat i laik. Předpokladem však je absolvování odborného kurzu (ŠPATENKOVÁ, 2017). Je tedy zřejmé, že by měl zaměstnavatel proškolení posádek v tématicke krizové komunikace zprostředkovávat. Jak je patrné z výsledků analýzy provedeného průzkumu, sami zaměstnanci se necítí dostatečně vzděláni v postupech krizové komunikace.

Na 3. otázku čtyři respondenti, 40% dotázaných, se snažili aktivně věnovat problematice krizové komunikace ve svém volném čase. Všechny tyto aktivity byly provedeny formou samostudia, žádný z respondentů nenavštívil odborný kurz.

Průzkumem a analýzou rozhovorů v rámci 1. cíle bylo tedy zjištěno následující: tázaní zdravotničtí záchranáři a záchranářky se necítí dostatečně odborně připraveni na krizovou komunikaci po absolvování studia na VOŠZ a VŠZ, vzdělávacím systémem zaměstnavatele či sebevzděláváním.

Cíli č. 2 byly věnovány průzkumné otázky číslo 4 a 5. Hledali jsme odpověď na to, jakou zkušenost mají respondenti s pacienty v akutní krizi. Hodnotícími kritérii bylo, zda tuto situaci ve své praxi již zažili a zda se cítili jisti v komunikaci s těmito pacienty.

Sedm respondentů, 70 % z dotázaných, zažilo stresovou situaci, na kterou neradi vzpomínají, a u které si pamatují, že komunikace selhala či byla neadekvátní, ať už z jejich strany či ze strany vedoucího výjezdové složky, tím je myšlen například lékař.

Je zajímavostí, že ačkoli se v komunikaci s pacientem cítí jistí pouze tři dotázaní, 30% dotázaných, tak se dle průzkumu v rámci cíle č. 1 v této problematice aktivně vzdělávají pouze čtyři dotázaní z deseti, 40% respondentů. Pouze jeden respondent, 10% našeho vzorku, se aktivně vzdělává a zároveň si je v komunikaci jistý.

Z výše uvedeného nám analýzou rozhovorů vyplynulo zjištění, že 7 z 10 zdravotnických záchranářů zažilo nepříjemnou zkušenost s pacientem v akutní krizi, a to z důvodů, že se necítí v krizové komunikaci jistí.

Cíli č. 3 odpovídala otázka číslo 6, která zjišťovala, jakou podporu by dotazovaní uvítali v problematice krizové komunikace.

Shodně všech deset dotázaných respondentů, tedy 100 % dotazovaného vzorku, odpovědělo, že by uvítali možnost si na místo zásahu zavolat psychointerventa, který by přebral péči o pacienta, čímž by byla posádka uvolněna k dalšímu výjezdu a intervent by se mohl v adekvátně dlouhém časovém úseku pacientovi plně věnovat.

V teoretické části bakalářské práce autor zpracoval stručný výtah z odborné literatury, který byl zaměřen na seznámení se s doporučenými postupy pro krizovou komunikaci. Po prostudování dostupných materiálů a zpracování tří vzorových postupů bylo zjištěno, že by krizová intervence, poskytována posádkou ZZS, trvala neúměrně dlouho. Dle odborných doporučení, jak je zřejmé z teoretické části dle Andršové, Everlyho, a Špatenkové (ANDRŠOVÁ, 2012), (EVERLY, 2017), (ŠPATENKOVÁ, 2017) a našeho zjištění v teoretické části, je nutné věnovat při komunikaci pacientovi dostatek času a to dle jeho aktuálních potřeb. Tato intervence může trvat řádově několik desítek minut nebo i hodin. Z toho vyplývá, že by tímto vozy ZZS mohly být blokovány pro další výjezdy k závažným, život a zdraví ohrožujícím, stavům. Toto je v rozporu se

současnou koncepcí ZZS, která má za úkol poskytovat odbornou péči co nejefektivněji a pokud možno v co nejkratším čase.

Dle doporučení odborné literatury však pacient v akutní krizi vyžaduje časově náročnější terapii, kterou ZZS ze své podstaty není schopna kvalitně poskytnout. Pacient v akutní krizi má být vyslechnut, má mít dostatek času na to, aby mohl vypovědět všechny své útrapy. Pokud chce mluvit, má se mu naslouchat po dobu, dokud on sám chce, pokud chce mlčet, může mu být intervent jen tichou podporou (ŠPATENKOVÁ, 2013). Toto tvrzení jsme se snažili podpořit v otázce číslo šest naší praktické části, kdy shodně všech deset dotázaných respondentů, tedy 100 % dotazovaného vzorku odpovědělo, že by uvítali možnost si na místo zásahu zavolat psychointerventa, který by přebral péči o pacienta, čímž by byla posádka uvolněna k dalšímu výjezdu a intervent by se mohl v adekvátně dlouhém časovém úseku pacientovi plně věnovat.

Aktuálně v praxi ZZHMP je jednou z možností řešení této situace zavolat si na místo zásahu interventa Psychologické služby PČR. V tomto případě se ovšem nejedná o psychologa, ale o člověka, který absolvoval specializovaný kurz. Tato služba je však velmi obtížně dostupná. Její poskytování taktéž není časově neomezené, neboť je přednostně používána PČR, nikoli pro potřeby záchranné služby.

Další možností je psychologická služba HZS. Tato je však dostupná pouze v případě spolupráce s HZS, zejména v případech hromadného postižení osob nebo osob postižených požárem či jinou tragédií, u které je HZS přítomen.

Samotná ZZHMP chystá zavedení SPIS – Systému psychosociální intervenční služby do provozu od roku 2021. V současné době, březen 2020, probíhá výzva, kdy se mohou zájemci na pozici interventa přihlašovat. Následovat bude výběrové řízení, odborné proškolení a uvedení do provozu. Aktuálně, v březnu 2020, tedy služba není ještě dostupná a platí výše uvedené alternativy.

5.1 Doporučení pro praxi

Doporučení pro Vzdělávací a výcvikové středisko ZZSHMP:

- Zvážit provedení průzkumu znalostí v krizové komunikaci v rámci ZZSHMP u všech zaměstnanců ve výjezdových skupinách podílejících se na PNP.
- Dle výsledků eventuálně zařadit vzdělávání v problematice komunikace s pacienty v akutní krizi do povinného celoživotního vzdělávání poskytovaného zaměstnavatelem formou modelových situací, jejich následných rozborů se supervizí specialisty na krizovou komunikaci s nastíněním modelového řešení dané krizové situace.
- Po zřízení a aktivizaci služby SPIS doplnit tuto službu o možnost odborné konzultace, např. telefonické, a to tedy buď s psychologem, nebo lékařem psychiatrem, ideálně kdykoliv během nepřetržitého 24hodinového provozu.

6 Závěr

Prvním cílem teoretické části bakalářské práce bylo seznámit čtenáře ve stručnosti s vybranými postupy pro krizovou intervenci a první psychologickou pomoc. Z první psychologické pomoci byly vybrány dvě varianty. Varianta dle Everlyho a Parkerové z roku 2006 byla vytvořena speciálně pro hasiče, záchranáře a policisty v USA. Pro porovnání byla použita z našeho pohledu jako druhá nejrelevantnější doporučená metodika poskytování první psychologické pomoci podle WHO z roku 2011. Dále byla ve stručnosti představena metodika poskytování krizové intervence, její náležitosti a zásady. Čtenář zde byl navíc seznámen s krizovými centry, linkami krizové pomoci, jejich dostupností, s odkazy na webové stránky a telefonickými kontakty na jednotlivé poskytovatele

Druhým cílem teoretické části bylo diskutovat možnosti ZZS s doporučenými postupy dle odborné literatury. Zde bylo zjištěno na základě prostudování odborné literatury, že v případě poskytování první psychologické pomoci nebo krizové intervence dle odborných doporučení by docházelo k neúměrnému časovému zatížení posádky na místě zásahu. Dle těchto zjištění cíle teoretické části byly splněny.

V praktické části byly vytyčeny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak dotazovaní záchranáři a záchranářky vnímají vlastní vzdělanost v tématu krizové intervence a krizové komunikace. Všech deset dotázaných shodně uvedlo, že se necítí na tento druh komunikace dostatečně připraveni, a to ať z vysokých škol zdravotnických nebo vyšších odborných škol zdravotnických. Stejně tak respondenti shodně potvrdili nedostatečnou přípravu v rámci povinného celoživotního vzdělávání poskytovaného zaměstnavatelem. Vyhodnocením odpovědí v rozhovorech bylo tedy zjištěno, že erudici v dané problematice považují za nedostatečnou, cíl byl tedy splněn.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké mají dotázaní zkušenosti s komunikací s pacienty v akutní krizi. Zde sedm respondentů udává, že se v komunikaci s pacientem v akutní krizi jistí necítí. Z deseti dotázaných mělo osm respondentů dokonce vlastní velmi nepříjemnou až traumatizující zkušenost z krizové komunikace, kdy popisují, že nevěděli jak správně komunikovat nebo že při této komunikaci selhali. Zkoumáním a

vyhodnocením rozhovorů jsme došli k závěru, že se dotázaní většinou necítí při komunikaci s pacientem v akutní krizi jistí. Cíl byl splněn.

Třetím cílem bylo zjistit, jakou podporu by dotázaní uvítali při komunikaci s pacienty v akutní krizi. Vyhodnocením odpovědí z průzkumných rozhovorů bylo zjištěno, že shodně všech deset dotázaných odpovědělo, že by bylo vhodné zřídit pozici psychointerventa nebo psychologa, kterého by měli možnost si přivolat na místo události ke komunikaci s pacientem v akutní krizi. Cíl byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANDRŠOVÁ, Alena, 2012, *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
- BAŠTECKÁ, Bohumila, 2013, *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4195-6.
- BERAN, Jiří a kol., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Psyché. ISBN 978-80247-1125-6
- BROŽ, Filip a Daniela VODÁČKOVÁ, 2015. *Krizová intervence v kazuistikách*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0811-2.
- CIMRMANNOVÁ, Tereza, 2013, *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Praha: Karolinum ISBN 978-80-246-2205-7.
- EVERLY, George S. a Jeffrey M. LATING, 2017, *The Johns Hopkins guide to psychological first aid*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, ISBN 9781421422718.
- GOULSTON, Mar, 2018, „*Domluvit se dá s každým: techniky úspěšné komunikace*“. Přeložil Barbora LATEČKOVÁ. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-1399-4.
- GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ, 2017, *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing,. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5796-4.
- HENDL, Jan, 2016, *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0982-9
- HENDL, Jan a Jiří REMR, 2017 *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-1192-1
- HOSÁK, Ladislav a Michal HRDLIČKA, 2016, *Psychiatry and pedopsychiatry*. Přeložil Štěpánka BERANOVÁ, přeložil Veronika HUBLOVÁ, přeložil Xavier FUNG, Prague: Charles University, Karolinum Press,. ISBN 978-80-246-3378-7.
- IRMIŠ, Felix, 2014. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: příklady, příčiny, psychosomatika, etika*. 1. vyd. Praha: Galén,. ISBN 978-80-7492-130-8.
- JANOUŠEK, Jaromír, 2015. *Psychologické základy verbální komunikace*. Vydání 1. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4295-3.

JEDLIČKA, Richard, 2015, *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5447-5

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2014, *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.

KVĚTENSKÁ, Daniela, 2014, *Krizová intervence v kontextu sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-435-9.

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO, 2015, *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9.

MILLER, Rory Kane a Jan KADLEC, 2018, *Komunikace v konfliktu*. Praha: Mladá fronta, ISBN 978-80-204-4815-6.

MLČÁK, Zdeněk, 2011. *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, ISBN 978-80-7368-950-6.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015, *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

PEKARA, Jaroslav, 2015. Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky. Disertační práce. České Budějovice. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014, *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PTÁČEK, Petr a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 97880-247-3976-2

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011, *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.

REJZEK, Jiří. *Český etymologický slovník*. Třetí vydání (druhé přepracované a rozšířené vydání). Praha: Leda, 2015. ISBN 978-80-7335-393-3.

SNIDER, Leslie, Mark VAN OMMEREN a Alison SCHAFER, 2011 *Psychological first aid: guide for field workers*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, ISBN 9789241548205.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR, 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře: v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4434-6

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

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2011, *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha:Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.

VÁCLAVÍK, Karel, 2011, *Praktický slovník cizích slov*. V Praze: XYZ, 2011. ISBN 978-80-7388-543-4.

VODÁČKOVÁ, Daniela, 2012. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0212-7.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015, *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

Přílohy

Příloha A – Otázky ke kvalitativnímu průzkumu.....	I
Příloha B – Rozhovory 1-10.....	II
Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	XV
Příloha D – Maslovova pyramida potřeb.....	XVI
Příloha E – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu.....	XVII
Příloha F – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	XVIII
Příloha G – Průvodní list k rešerši.....	XIX

Příloha A – Otázky ke kvalitativnímu průzkumu

Pohlaví, věk, praxe na ZZS a dosažené vzdělání.

1. Máte pocit, že je příprava na krizovou komunikaci v rámci studia na VOŠZ a VŠZ pro použití v praxi dostatečná?
2. Vzdělával vás zaměstnavatel v komunikačních postupech v rámci celoživotního vzdělávání?
3. Zajímali jste se někdy z vlastní iniciativy o sebevzdělávání v oblasti krizové komunikace?
4. Cítíte se jistý v situacích při komunikaci s pacienty s akutní stresovou reakcí nebo v akutní krizi?
5. Zažil jste někdy situaci, při komunikaci s pacientem v akutní krizi, která vám utkvěla v paměti?
6. Přivítali byste možnost, přivolat si k pacientovi s akutní krizí odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra?

Příloha B – rozhovory 1 – 10

Rozhovor 1

Muž 39 let, 11 praxe let na pozici zdravotnický záchranář ZZSHMP, dosažené vzdělání VOŠZ.

Máte pocit, že je příprava na krizovou komunikaci v rámci studia na VOŠZ a VŠZ pro použití v praxi dostatečná?

„Ze studia vyšší odborné školy si pamatuji na přednášky z psychologie a psychiatrie. Každý z uvedených předmětů byl v rozsahu cca deset hodin. Přednášky byly obecné bez zaměření na praktický nácvik určitých situací. Pro použití v praxi si myslím, že to má minimální užítost.“

Vzdělával vás zaměstnavatel v komunikačních postupech krizové intervence v rámci celoživotního vzdělávání?

„Pamatuji si, že proběhla jen jedna povinná přednáška zprostředkovaná zaměstnavatelem, která byla zaměřena na komunikaci s agresivním pacientem. Jinak další povinné vzdělávání na dané téma zaměstnavatel neposkytl.“

Zajímali jste se někdy z vlastní iniciativy o sebevzdělávání v oblasti krizové komunikace?

Zajímali jste se někdy z vlastní iniciativy o sebevzdělávání v oblasti krizové komunikace? *„Když to trochu jde tak se snažím sebevzdělávat v diskutované tématice, formou studia odborné literatury nebo pročitáním internetových portálů nebo sledováním odborných pořadů v televizi.“*

Cítíte se jistý v situacích při komunikaci s pacienty s akutní stresovou reakcí nebo v akutní krizi?

„V oblasti komunikace s pacienty v krizi se jistý necítím i přes zmiňované samostudium dané problematiky. Byly situace, které mi byly velmi nepříjemné, intervence u pacienta se špatně vyvíjela nebo jsem se dostával až do patové situace, kdy jsem si nevěděl rady jak dále komunikovat.“

Zažil jste někdy situaci při komunikaci s pacientem v akutní krizi, která vám utkvěla v paměti?

„Pamatuji si velmi dobře jeden emotivní výjezd k matce, které její šestnáctiletý syn spáchal sebevraždu skokem z okna. RZP byla přivolána hlídkou PČR, která přišla tuto

skutečnost matce zemřelého sdělit. Jednalo se o situaci, která byla velmi vypjatá, na místo bylo nutné přivolat posádku RLP, což na stavu komunikace nic neměnilo. Ta žena byla ve stavu, kdy nebylo možné najít cestu jak jí pomoci. Nabízené léky odmítala stejně tak jako transport k odbornému ošetření na krizové centrum. K tomu opakovala, že bez syna nebude žít, že se raději zabije. Nakonec přišlo řešení v osobě policejního psychologa, kterého přivolala na místo hlídka PČR, ještě před naším příjezdem. Přivolaný psycholog si převzal postiženou do péče s tím, že když bude potřeba naše pomoc, že budeme přivoláni zpět.“

Přivítal byste možnost přivolat si k pacientovi v akutní krizi odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra?

„Určitě ano, pomoc odborníka na místě událostí jakou zmiňuji třeba ve své vzpomínce, by byla rozhodně vhodná.“

Rozhovor 2

Muž 52 let, 32 let praxe na pozici zdravotnický záchranář u ZZSHMP, dosažené vzdělání VŠZ

Máte pocit, že je příprava na krizovou komunikaci v rámci studia na VOŠZ a VŠZ pro použití v praxi dostatečná?

„Příprava na krizovou komunikaci je u studentů nedostatečná. Záchranáři se setkávají se širokým spektrem krizových situací, kdy je nutné být připraven na všechny úrovně komunikace včetně krizové intervence.“ Poté ještě opakuje, že škola rozhodně budoucí záchranáře na tyto situace vhodně nepřipravuje.

Vzdělával vás zaměstnavatel v komunikačních postupech krizové intervence v rámci celoživotního vzdělávání?

„Zaměstnavatel mě příliš nevzdělával, zřejmě ho tato problematika nezajímá, ale měla by. Přístup ke vzdělávání záchranářů v krizové komunikaci je v rámci VVS ZZSHMP insuficientní.“

Zajímal jste se někdy z vlastní iniciativy o sebevzdělávání v oblasti krizové komunikace?

„Vzhledem k tomu, že škola mě na tuto komunikaci nijak nepřipravila, věnoval jsem se samostudiu a k velkému množství informací jsem se dostal až při své činnosti pro MZČR.“

Cítíte se jistý v situacích při komunikaci s pacienty s akutní stresovou reakcí nebo v akutní krizi?

„Cítím se jistý, jsem z vlastní iniciativy řádně proškolen. Považuji se za jednoho z mála na ZZSHMP. Díky tomu, že ZZSHMP tuto oblast zanedbává, chodí na adresy výjezdových skupin časté stížnosti ohledně jejich komunikace. Výjezdové skupiny neumí komunikovat s pacienty v akutní krizi nebo při akutní stresové reakci.“

Zažil jste někdy situaci, při komunikaci s pacientem v akutní krizi, která vám utkvěla v paměti?

„Nepamatuji si na situaci, která by mi utkvěla v paměti, a která by mě jakkoliv ovlivnila.“

Přivítal byste možnost přivolat si k pacientovi v akutní krizi odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra?

„Rozhodně by bylo vhodné, aby měla ZZSHMP svého krizového intervenanta nebo ideálně psychologa. Vím o možnosti přivolat si psychologa z Psychologické služby PČR nebo psychologa z GŘ HZS. Nepovažuji to, ale za ideální řešení. ZZS toto stále nepochopila! Neuchopila možnost přípravy pracovní pozice psychologa v této organizaci. Ten neustálý boj s pacienty, jejich rodinnými příslušníky, personálem v nemocnici při předání, zaměstnanci mezi sebou na VZ, je velmi psychicky vyčerpávající.“

Rozhovor 3

Muž 36 let, 13 let praxe na pozici zdravotnický záchranář u ZZSHMP. dosažené vzdělání VOŠZ, Rozhovor trval 10 minut, přepis rozhovoru 15 minut.

Máte pocit, že je příprava na krizovou komunikaci v rámci studia na VOŠZ a VŠZ pro použití v praxi dostatečná?

„Rozhodně ne! Nevím co k tomu říct víc.“

Vzdělával vás zaměstnavatel v komunikačních postupech krizové intervence v rámci celoživotního vzdělávání?

„Úplně si nepamatuji, ale určitě v rámci běžných povinných školení nic takového neproběhlo.“

Zajímal jste se někdy z vlastní iniciativy o sebevzdělávání v oblasti krizové komunikace?

„Ano sám jsem se aktivně o dané téma zajímal. Četl jsem si odbornou literaturu na téma krizové komunikace. Komunikoval s profesionály a odborníky na krizovou komunikaci z občanského sdružení Cesta domů.“

Cítíte se jistý v situacích při komunikaci s pacienty s akutní stresovou reakcí nebo v akutní krizi?

„Cítím se víceméně jistý. Jak jsem říkal, doplňuji si své vzdělávání a určitě praxe na ZZS přinesla dostatek zkušeností, jak s pacienty v akutní krizi komunikovat.“

Zažil jste někdy situaci, při komunikaci s pacientem v akutní krizi, která vám utkvěla v paměti?

„Pamatuji. Resuscitace devítiletého dítěte, které vypadlo z okna. Snažili jsme se rodinu z místa tragédie alespoň částečně odsunout, minimálně na dobu nutnou k resuscitaci dítěte. Situace se vyhrtila. Otec dítěte na nás začal křičet, proč jsme na ně zlí? Celá situace byla velmi vypjatá a veškeré naše pokusy o komunikaci selhávaly. Celé se to nakonec vyřešilo příjezdem policejního psychologa, který byl přivolán přítomnou hlídkou PČR. Nerad na tuto událost vzpomínám.“

Přivítal byste možnost přivolat si k pacientovi v akutní krizi odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra?

„To bych přivítal takovou možnost přivolat si odbornou pomoc pro pacienta v krizi. Domnívám se však, že by nebylo vhodné řešení přijímat krizového intervenanta jako stálého zaměstnance, ale že by bylo vhodnější nasmlouvat pro ZZS zkušené externisty, kteří by pracovali v režimu pohotovosti a byli k dispozici na volání ZOS ZZS. Další varianta, která by byla vhodná, by bylo zlepšení spolupráce s psychologickou službou PČR nebo HZS.“

Rozhovor 4

Muž 31 let, 9 let praxe na pozici zdravotnický záchranář u ZZSHMP, dosažené vzdělání VOŠZ

a VŠZ Rozhovor trval 20 minut, přepis rozhovoru 33minut.

Máte pocit, že je příprava na krizovou komunikaci v rámci studia na VOŠZ a VŠZ pro použití v praxi dostatečná?

„Rozhodně ne! Vzdělávání ze zdravotnické školy považuji za nedostatečné. Nijak si ani nevybavuji přednášky z předmětů psychologie nebo psychiatrie. Připouštím, že to může být i dobou, která již utekla od ukončení studia.“

Vzdělával vás zaměstnavatel v komunikačních postupech krizové intervence v rámci celoživotního vzdělávání?

„Vybavuji si jedno povinné školení v rámci, kterého proběhl nácvik komunikace formou modelové situace. Jednalo se však o specifickou komunikaci s nevidomou. Jinak si další vzdělávací akce od zaměstnavatele nevybavuji.“

Zajímali jste se někdy z vlastní iniciativy o sebevzdělávání v oblasti krizové komunikace?

„Ne, ani nevím kam se obrátit, kdybych si chtěl rozšířit znalosti v oblasti krizové komunikace.“

Cítíte se jistý v situacích při komunikaci s pacienty s akutní stresovou reakcí nebo v akutní krizi?

„Při formulaci této otázky musím říci, že ne. Respektive nejistotu pociťuji ze začátku konverzace, než se zorientuji v problému, který musím s pacientem řešit. Stav, který pociťuji, je více než nejistota, tréma. Většinou se mi však daří následně situaci vyřešit, někdy lépe někdy hůře.“

Zažil jste někdy situaci, při komunikaci s pacientem v akutní krizi, která vám utkvěla v paměti?

„Zažil jsem předčasný porod dítěte přímo v sanitě. Dítě jsme za kontinuální resuscitace transportovali do již nedaleké nemocnice. Resuscitace se nezdařila. Mám pocit, že jsem v komunikaci s rodičkou a zároveň s její matkou, která jí doprovázela, naprosto selhal. Nenacházel jsem vhodná slova. Nevěděl jsem jak komunikovat. Zda rodičku utěšovat nebo co bych měl říkat. Matka rodičky mi dokonce děkovala za to, jak jsem se snažil. Nezmohl jsem se na nic, jen jsem koukal, pokynul hlavou a z mého pohledu zbaběle odešel pryč. Prostě jsem nevěděl, co mám dál říct.“

Přivítal byste možnost přivolat si k pacientovi v akutní krizi odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra?

„To bych určitě uvítal. Nejsem si jen jistý, jak by tato varianta měla vypadat, ale rozhodně to považuji za dobrý nápad.“

Rozhovor 5

Muž 26 let, 1,5 roku praxe na pozici zdravotnický záchranář u ZZSHMP dosažené vzdělání VOŠZ. aktuálně student VŠZ. Rozhovor trval 19 minut, přepis rozhovoru 28 minut.

Máte pocit, že je příprava na krizovou komunikaci v rámci studia na VOŠZ a VŠZ pro použití v praxi dostatečná?

„Určitě ne. Nepamatuji si, že by byla výuka na VOŠZ a ani teď na VŠZ směřována k trénování krizové komunikace. V rámci výuky probíhá vše velmi stručně.“

Vzdělával vás zaměstnavatel v komunikačních postupech krizové intervence v rámci celoživotního vzdělávání?

„Při každoroční vzdělávací akci proběhl hodinový blok zaměřený na komunikaci s pacientem v rámci inovačního kurzu, který je u ZZSHMP periodicky povinný. Mohli jsme si zvolit jakékoliv téma z oblasti krizové komunikace. Nakonec jsme se shodli na tématu jak komunikovat s pozůstalými například na místě neúspěšné resuscitace. Bylo to však krátké a dost stručné.“

Zajímal jste se někdy z vlastní iniciativy o sebevzdělávání v oblasti krizové komunikace?

„Sám jsem se v dané oblasti nikdy nevzdělával. Pouze jednou jsem navštívil krátký seminář na téma komunikace s pozůstalými, který byl pro ZZSHMP zprostředkován sdružením Cesta domů. Dodává, že kdyby byla možnost navštívit nějaký odborný seminář na téma krizové komunikace, že by se ho určitě rád zúčastnil.“

Cítíte se jistý v situacích při komunikaci s pacienty s akutní stresovou reakcí nebo v akutní krizi?

„Fakt ne. Nejsem si v této komunikaci jistý, nevím, jaké můžu očekávat reakce od lidí a jak bych měl reagovat, co bych měl vlastně říkat, abych situaci zvládl. Snažím se používat empatický přístup, vcítit se do stavu pacienta, ale ta komunikace je více intuitivní než odborná.“

Zažil jste někdy situaci, při komunikaci s pacientem v akutní krizi, která vám utkvěla v paměti?

„To si tedy pamatuji a paradoxně jsem nepříjemnou situaci zažil při předávání pacientky na KC. Asi dvacetiletá dívka se zhroutila po úmrtí svého dědečka. Byla trochu zhyperventilovaná, ale i přes to jsem jí vezl na KC Bohnice. Před KC stál lékař, který při

zběžném pohledu na pacientku řekl, že to určitě nebude k nim a at' tedy jedeme na centrální příjem PNB. S čímž jsem nesouhlasil, dívka si potřebovala s někým popovídat o čemž i sama mluvila, somaticky se necítila tak špatně. Lékař KC však trval na tom, že by měla být hospitalizovaná, když má somatické potíže. Celé se to odehrávalo před pacientkou, což mi bylo velmi nepříjemné. Nakonec jsem byl donucen dívku předat místo na KC na centrální příjem PNB, kde byla hospitalizována. Z mého pohledu zcela zbytečně, byl jsem z toho velmi rozmrzelý. Jsem přesvědčený, že se s dívkou mělo pracovat ambulantně a ne ji zavřít na psychiatrické lůžkové oddělení.

Privítal byste možnost přivolat si k pacientovi v akutní krizi odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra?

„To bych na sto procent uvítal tuto možnost přivolat si odborníka již na místo zásahu. Troufám si říct, že bych takovou možnost využil zhruba jednou za měsíc.“

Rozhovor 6

Muž 40 let, 19 let praxe na pozici zdravotnický záchranář u ZZSHMP, dosažené vzdělání VŠZ. Rozhovor trval 16 minut, přepis 22 minut.

Máte pocit, že je příprava na krizovou komunikaci v rámci studia na VOŠZ a VŠZ pro použití v praxi dostatečná?

„Tak ve stručnosti. Nemám pocit, že je příprava ze zdravotnických škol dostatečná.“

Vzdělával vás zaměstnavatel v komunikačních postupech krizové intervence v rámci celoživotního vzdělávání?

„Zaměstnavatel mě nijak neškolil, tedy až do letošního roku, kdy byl poprvé v rámci inovačního povinného kurzu zařazen krátký hodinový blok věnovaný komunikaci s pacientem a příbuznými. No nebylo to vlastně ani školení, ale spíš jsme si jen tak povídali, diskutovalo se, probíraly se zkušenosti. Krátce jsme se věnovali komunikaci s pozůstalými, ale žádné vědomosti mi to nepřineslo.“

Zajímali jste se někdy z vlastní iniciativy o sebevzdělávání v oblasti krizové komunikace?

„Nikdy jsem se sám nesnažil v komunikaci s pacientem akutní krizi vzdělávat.“

Cítíte se jistý v situacích při komunikaci s pacienty s akutní stresovou reakcí nebo v akutní krizi?

„Tak vzhledem k mé letité praxi na ZZSHMP, se v komunikaci cítím jistý. Je tedy fakt, že na RV, většinou s pacienty komunikuje převážně lékař.“

Zažil jste někdy situaci, při komunikaci s pacientem v akutní krizi, která vám utkvěla v paměti?

„Zažil jsem spoustu nepříjemných situací, ale upřímně z nich vyčlenit, jestli mi některá vyloženě utkvěla v paměti, asi nedokážu. Nemám rád situaci, kdy musím jednat třeba s etnickou menšinou, ale vyloženě na určitou traumatizující událost si nevzpomínám.“

Přivítal byste možnost přivolat si k pacientovi v akutní krizi odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra?

„To by bylo určitě dobré, kdyby měla ZZSHMP svého intervenanta ideálně psychologa stejně jako HZS či PČR.“

Rozhovor 7

Muž 26 let, 2,5 roku praxe na pozici zdravotnický záchranář u ZZSHMP, dosažené vzdělání VOŠZ, Rozhovor trval 18 minut, přepis trval 24 minut.

Máte pocit, že je příprava na krizovou komunikaci v rámci studia na VOŠZ a VŠZ pro použití v praxi dostatečná?

„Domnívám se, že příprava není dostatečná. Na škole se vůbec netrénovala komunikace v konkrétních situacích. Pamatuji si, že nás přednášející na jisté specifické situace upozorňovala, ale spíše jen okrajově.“

Vzdělával vás zaměstnavatel v komunikačních postupech krizové intervence v rámci celoživotního vzdělávání?

„Pamatuji si, že byla přednáška v rámci adaptačního procesu, když jsem nastoupil na ZZSHMP, ale už si úplně nevybavuji, o čem přesně přednáška byla. Zaměstnavatel občas zprostředkovává externí přednášky a semináře, ale na nich je účast dobrovolná.“

Zajímali jste se někdy z vlastní iniciativy o sebevzdělávání v oblasti krizové komunikace?

„Byl jsem jednou na přednášce na téma komunikace s pacientem, jednalo se však o komunikaci s agresivním pacientem. Byla to vlastně ale náhoda. Nešel jsem na tu přednášku cíleně, byla v rámci kongresu pro záchranáře, kterého jsem se zúčastnil. Jinak

se o tuhle problematiku nezajímám, pouze okrajově, když si něco přečtu v odborné literatuře zabývající se přednemocniční neodkladnou péčí.“

Cítíte se jistý v situacích při komunikaci s pacienty s akutní stresovou reakcí nebo v akutní krizi?

„Já se tedy rozhodně jistý necítím, já nevím, co těm lidem mám říct. Hláška, vím, jak se cítíte, mi přijde vyloženě zabijácká. Jsem příliš mladý, abych mohl předávat zkušenosti nebo rozdávat rady lidem mnohem starším, než jsem já nebo jim dokonce říkat, že vím, jak se oni cítí. Tyto situace jsou mi krajně nepříjemné.“

Zažil jste někdy situaci, při komunikaci s pacientem v akutní krizi, která vám utkvěla v paměti?

„Mám zrovna čerstvou zkušenost asi tři měsíce starou, vyjžděli jsme k pacientovi s akutní stresovou reakcí na úmrtí partnera. Pacient opakovaně prohlašoval, že se zabije, obtížně spolupracoval. Vzhledem k tomu, že jsem nevěděl, jak mám dále postupovat, přivolal jsem si na místo posádku RV. Lékař situaci vyřešil tím, že vysvětlil pacientovi, že už nebude říkat, že se chce zabít a nechal ho v domácí péči na negativní revers. Z toho jsem fakt neměl pocit, že by tohle řešení bylo ideální a vůbec zda to bylo lege artis.“

Přivítal byste možnost přivolat si k pacientovi v akutní krizi odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra?

„Takovou pomoc bych rozhodně přivítal. Měla by, ale, být jasně metodicky určená, kdy jí smí záchranáři využít, aby nedocházelo k zneužívání. Mám trochu obavu, že by mohla být pomoc psychologa záchranáři nadužívána za účelem ušetření si práce.“

Rozhovor 8

Žena 29 let, 2 roky praxe u ZZSHMP, dosažené vzdělání VŠZ, 5 let praxe na oddělení KARIM. Rozhovor trval 19 minut, přepis rozhovoru 31 minut.

Máte pocit, že je příprava na krizovou komunikaci v rámci studia na VOŠZ a VŠZ pro použití v praxi dostatečná?

„Upřímně nemám zcela pocit, že by příprava na zdravotnických školách byla pro použití v praxi dostatečná.“

Vzdělával vás zaměstnavatel v komunikačních postupech krizové intervence v rámci celoživotního vzdělávání?

„Byla jsem na nějakém semináři od zaměstnavatele, přednášel Mgr. Pekara PhD., ale přesně si nevybavuji, jak byl seminář tematicky laděný. Uvědomuji si, že seminář byl veden na téma komunikace s pacientem. Byl to seminář povinný při nástupu nového zaměstnance v rámci adaptačního procesu. Teď si vybavuji, že to byl seminář tematicky laděný na komunikaci s agresivním pacientem.“

Zajímali jste se někdy z vlastní iniciativy o sebevzdělávání v oblasti krizové komunikace?

„O problematiku komunikace s pacienty se snažím zajímat. Se zájmem si čtu články, které najdu na internetu, ale nevyhledávám je vyloženě aktivně.“

Cítíte se jistý v situacích při komunikaci s pacienty s akutní stresovou reakcí nebo v akutní krizi?

„S lidmi, kteří jsou v akutní krizi, ale vyloženě neohrožují sebe a okolí, se snažím komunikovat a nemám pocit, že by tato komunikace byla nějak problémová. Musím, ale přiznat, že pacienta, který by vyhrožoval sebevraždou, nebo který by byl svým iracionálním jednáním nebezpečný sobě či svému okolí, jsem ještě nezažila a komunikace s takovým člověkem se bojím. To bych opravdu nevěděla jak správně postupovat a jak odborně komunikovat.“

Zažili jste někdy situaci, při komunikaci s pacientem v akutní krizi, která vám utkvěla v paměti?

„Pamatuji si velmi nepříjemnou situaci, když muž objevil ráno svoji manželku oběšenou. Primárně byl výjezd k resuscitaci postižené. KPR nebyla zahájena pro jasné známky smrti. To manžel velmi špatně nesl. Po sepsání náležité dokumentace jsme odjeli zpět na základnu. Poté, zhruba o hodinu později, jsme vyjžděli na stejnou adresu, nyní na akutní stresovou reakci manžela zemřelé. Muž když nás opět viděl, začal strašně vyvádět, byl vůči nám agresivní, vyhrožoval, že se zabije. Vyčítal nám, že jsme manželce nepomohli a ať vypadneme. Přes snahu s ním nějak citlivě komunikovat se to dále nedařilo. Celé mě to moc zasáhlo a nerada na to vzpomínám.“

Přivítal byste možnost přivolat si k pacientovi v akutní krizi odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra?

„Možnost přivolat si odbornou pomoc ve formě interventa bych přivítala. Akorát nevím, co bych dělala do doby, než by odborník na místo zásahu dojel. Stejně bych do té doby musela vést komunikaci já. Možná by bylo vhodnější, kdyby byli vedoucí výjezdových skupin doškoleni na tuto komunikaci.“

Rozhovor 9

Muž 38 let, 16 let praxe u ZZSHMP, dosažené vzdělání VOŠZ. Rozhovor trval 12 minut přepis rozhovoru 22 minut.

Máte pocit, že je příprava na krizovou komunikaci v rámci studia na VOŠZ a VŠZ pro použití v praxi dostatečná?

„Přednášky k dané tématice si moc nevybavuji. Pamatuji si, že přednášky probíhaly, ale pouze teoreticky a v tomto případě je nejdůležitější praxe.“

Vzdělával vás zaměstnavatel v komunikačních postupech krizové intervence v rámci celoživotního vzdělávání?

„Pamatuji povinnou přednášku od zaměstnavatele, ale že byla zaměřena na komunikaci s agresivním pacientem. Na seminář nebo přednášku jak zvládat komunikaci s pacientem v akutní krizi si nepamatuji.“

Zajímal jste se někdy z vlastní iniciativy o sebevzdělávání v oblasti krizové komunikace?

„Nikdy jsem se v této tématice nevzdělával, ani se o ní nijak více nezajímám“

Cítíte se jistý v situacích při komunikaci s pacienty s akutní stresovou reakcí nebo v akutní krizi?

„Tak co se týče práce a komunikace tak si nejsem vždycky jistý, ale spoléhám se na léta praxe, které mám za sebou, a nijak mi nevedí tyto situace řešit.“

Zažil jste někdy situaci, při komunikaci s pacientem v akutní krizi, která vám utkvěla v paměti?

„Pár nepříjemných situací si vybavuji, ale nemám pocit, že bych si z toho nesl nějaké nepříjemné vzpomínky. Šrámy na duši z toho rozhodně nemám.“

Přivítal byste možnost přivolat si k pacientovi v akutní krizi odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra?

„Máme vždycky možnost si přivolat RV a nemusíme komunikaci řešit sami. Občas to není zcela ideální volba a asi by nebylo špatné mít možnost si přivolat na místo psychologa.“

Rozhovor 10

Žena 24 let, 1,5 roku praxe u ZZSHMP, dosažené vzdělání VŠZ Rozhovor trval 13 minut přepis rozhovoru 22 minut.

Máte pocit, že je příprava na krizovou komunikaci v rámci studia na VOŠZ a VŠZ pro použití v praxi dostatečná?

„Myslím si, že vzdělávání na zdravotnických školách v tomto tématu není dostatečné a nijak absolventa nepřipravuje na situace, které ho potkávají při jeho následné práci.“

Vzdělával vás zaměstnavatel v komunikačních postupech krizové intervence v rámci celoživotního vzdělávání?

„Ne, nepamatuji si, že by mě zaměstnavatel za mou krátkou praxi nějak povinně vzdělával v komunikačních postupech a schopnostech komunikovat.“

Zajímali jste se někdy z vlastní iniciativy o sebevzdělávání v oblasti krizové komunikace?

„V dané tématice jsem se nesnažila sama vzdělávat a zatím o tom ani neuvažuji.“

Cítíte se jistý v situacích při komunikaci s pacienty s akutní stresovou reakcí nebo v akutní krizi?

„Nejsem si jistá, ale tato komunikace mě baví. Zkousím, jak mnou vedená komunikace působí na pacienta, zda dobře a uklidňujícím dojmem. Někdy se mi daří více a někdy méně.“

Zažili jste někdy situaci, při komunikaci s pacientem v akutní krizi, která vám utkvěla v paměti?

„Zažila jsem situaci kdy, jsme byli přivoláni ke KPR, kde příbuzná resuscitované hystericky narušovala celé naše snažení. Musela být na místo přivolána PČR, která příbuznou odvedla a věnovala se jí po dobu našeho snažení. KPR se nezdařila, příbuzná zemřelá se nakonec sama částečně uklidnila i přesto byla dále velmi rozrušená a

psychicky dekompenzovaná. Lékař nabídl pacientce léky na uklidnění nebo transport na krizové centrum. To pacientka odmítla a nakonec lékař rozhodl, že nebude příbuzná zemřelé nikam transportována a ponechal ji v domácí péči. To asi úplně efekt nemělo, protože ani ne za hodinu na paní vyjžděla jiná posádka na akutní stresovou reakci. Strašné bylo, že ani zemřelá ani její příbuzná nebyly pojištěny, tudíž za to ponechání na místě a KPR její příbuzné jsme jí museli naučtovat výjezd RLP + RZP, což je 30000,- v režimu ZZSHMP. To bylo strašné a za hodinu tam jely obě posádky znovu, takže je to vyšlo na 45 000,-“

Přivítal byste možnost přivolat si k pacientovi v akutní krizi odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra?

„Určitě by to pomohl v těch situacích, kdy nám pacient v afektu řekne, že se chce zabít a mě pak nezbyvá nic jiného než toho člověka odvézt do nemocnice. Psycholog na místě by mohl situaci erudovaně posoudit a rozhodnout zda je transport takového člověka nutný. Bývá časté, že někdo řekne, že se radši zabije, ale zároveň odmítá transport. Často to končí asistencí policie a nedobrovolným transportem do ZZ, víceméně jen alibisticky.“

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

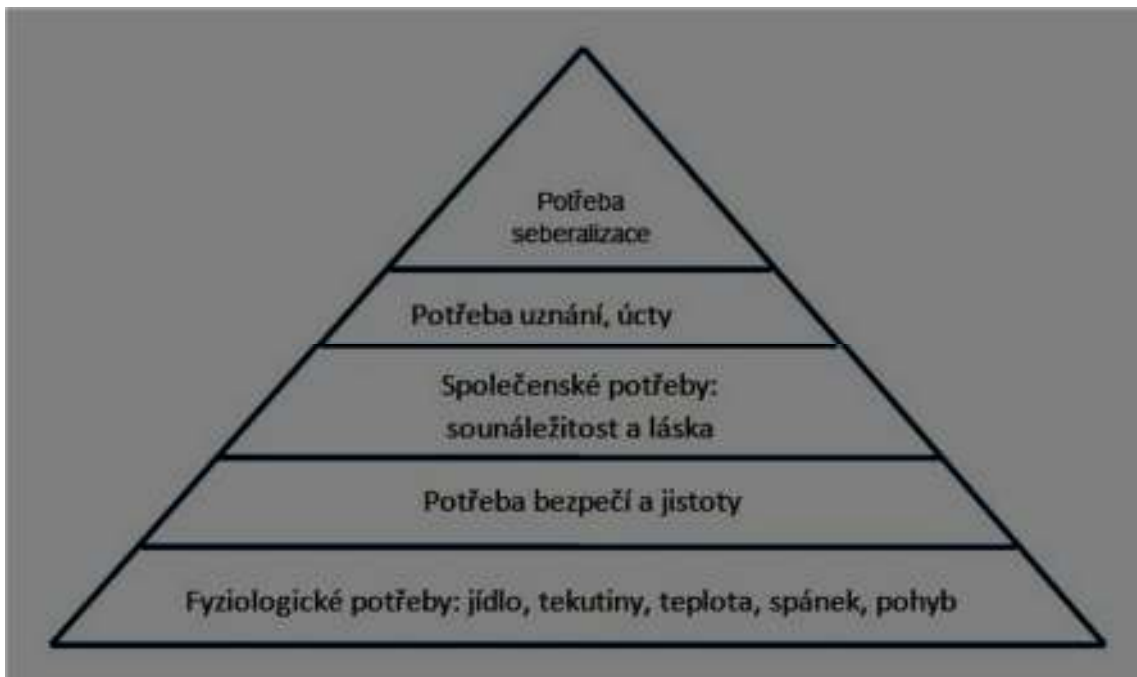
Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Krizová intervence v PNP z pohledu zdravotnického záchranáře v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha D – Maslowova pyramida potřeb



<http://www.hotely-hotelum.cz/wp-content/uploads/2015/05/Maslowova-pyramida-pot%C5%99eb.jpg>

Příloha E – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu

Potvrzení o vyhotovení překladu z českého do anglického jazyka

Jméno překladatele: Ing. Markéta Pivcová

Bydliště: Nám. Na stráži 520/2, Praha 8, PSČ 180 00
Tel.: 608 31 71 12

Potvrzuji tímto vyhotovení překladu abstraktu bakalářské práce na téma
„Krizová intervence v PNP z pohledu zdravotnického záchranáře“
z českého do anglického jazyka (autor práce Miloš Andrt Král, DiS.).

Překlad byl dokončen a předán dne 15. 4. 2019

V Praze dne 15. 4. 2019



Příloha F – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
 Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
 PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie písemného znění dotazníku,
 který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Andrj Keřl Miloš	
Studijní obor	Zdravotnický záchranář	Ročník 3.CZZ
Téma práce	Krizová intervence v PNP z pohledu zdravotnického záchranáře	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Zdravotnická záchraná služba hl.m. Prahy	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Mgr. Martin Duka	
Vyřazení vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas náměsíkyvě pro ošefovatelškou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	

V Praze dne 19.2.2019

podpis studenta

Příloha G – Průvodní list k rešerši

Jméno: Miloš Andrt Král

Název práce: Krizová intervence v PNP z pohledu zdravotnického záchranáře

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina

Vyhledávané termíny:

Krizová intervence, první psychologické pomoc, zdravotnický záchranář, přednemocniční neodkladná péče

Časové vymezení: 2005 - 2018

Druhy dokumentů:

Knihy

Počet záznamů:

84

Použitý citační styl:

Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů.

Základní prameny:

Katalog Národní lékařské knihovny Medvik – knihy

Theses – registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Městská knihovna v Praze