

Univerzita Palackého v Olomouci

Přírodovědecká fakulta

Katedra rozvojových a environmentálních studií

Diplomová práce

**Psychologická podpora během humanitárních
katastrof: Role krizových interventů**

Bc. Jan Motal



Vedoucí práce: Mgr. Jiří Chovaneček, Ph.D.

Studijní program: Globální udržitelný rozvoj: specializace mezinárodní rozvoj

Olomouc 2026

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Přírodovědecká fakulta

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Bc. Jan MOTAL
Osobní číslo: R240537
Studijní program: N0588A330005 Globální udržitelný rozvoj
Specializace: Globální udržitelný rozvoj – specializace Mezinárodní rozvoj
Téma práce: Psychologická podpora během humanitárních katastrof: Role krizových intervencí
Zadávající katedra: Katedra rozvojových a environmentálních studií

Zásady pro vypracování

Diplomová práce se zaměřuje na analýzu krizových intervencí při poskytování psychologické podpory v průběhu humanitárních katastrof. Cílem práce je zkoumat metody a výzvy, kterým tyto odborníci čelí, a navrhnout doporučení pro zlepšení této klíčové oblasti humanitární pomoci.

Rozsah pracovní zprávy: 10 – 15 tisíc slov
Rozsah grafických prací: dle potřeby
Forma zpracování diplomové práce: tištěná

Seznam doporučené literatury:

BROWN, R., WITT, A., FEGERT, J., KELLER, F., RASSENHOFER, M. 2017. Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. Online. *Psychological Medicine*. Roč. 47(11), s. 1893-1905. [cit. 2025-03-04].
DUAN, L., ZHU, G. 2020. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. Online. *The Lancet Psychiatry*. Roč. 7, Issue 4, s. p300-302. [cit. 2025-03-04].
KARIM, K., VOSTANIS, P., a THABET, A. 2005. Group crisis intervention for children during ongoing war conflict. Online. ORIGINAL CONTRIBUTION. Roč. 14, s. 262-26. [cit. 2025-03-04].
WATSON, P., BRYMER, M., BONNANO, G. 2011. Postdisaster psychological intervention since 9/11. Online. *American Psychologist*. roč. 66, s. 482-494. [cit. 2025-03-04].
ZHENGKUI, L., YUE, L., RICHU, W. 2017. Crisis Intervention and Psychological Assistance after Sudden Man-made Disasters. Online. *Bulletin of Chinese Academy of Sciences*. s. 166-174. [cit. 2025-03-04].

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jiří Chovaneček, Ph.D.
Katedra rozvojových a environmentálních studií

Datum zadání diplomové práce: 10. března 2025
Termín odevzdání diplomové práce: 10. dubna 2026

LS.

doc. RNDr. Martin Kubala, Ph.D.
děkan

doc. Mgr. Zdeněk Opršal, Ph.D.
vedoucí katedry

V Olomouci dne 20. března 2025

Čestně prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Psychologická podpora během humanitárních katastrof: Role krizových interventů vypracoval samostatně s využitím v práci uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 9. 4. 2026

.....

Podpis

Poděkování

Chtěl bych poděkovat vedoucímu diplomové práce panu Mgr. Jiřímu Chovanečkovi, Ph.D., za jeho rady, trpělivost, vstřícnost a čas strávený nad touto prací. Dále bych chtěl poděkovat své rodině, kolegům a blízkým přátelům za obrovskou podporu.

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá problematikou psychologické podpory a krizové intervence v kontextu humanitárních katastrof. Pozornost je primárně věnována reálnému nasazení během ničivých povodní, které v září 2024 zasáhly oblast Jesenicka a Opavska. Cílem práce je analyzovat roli krizových interventů při poskytování psychosociální pomoci, zmapovat praktické výzvy v terénu a zhodnotit etické i psychologické dopady těchto zásahů na zasažené komunity i samotné pomáhající profesionály a dobrovolníky.

Klíčová slova: krizová intervence, psychologická první pomoc, psychosociální podpora, humanitární katastrofy, duševní zdraví, peer podpora

Abstract

This master's thesis addresses the issue of psychological support and crisis intervention in the context of humanitarian disasters. Primary attention is devoted to real-world deployment during the devastating floods that struck the Jeseník and Opava regions in September 2024. The aim of the thesis is to analyze the role of crisis interveners in providing psychosocial assistance, to map the practical challenges encountered in the field, and to evaluate the ethical and psychological impacts of these interventions on affected communities as well as on the assisting professionals and volunteers themselves.

Keywords: crisis intervention, psychological first aid, psychosocial support, humanitarian disasters, mental health, peer support

Obsah

Seznam obrázků	9
Seznam zkratk	10
Úvod	12
1 Cíle a metody práce	15
2 Typologie humanitárních katastrof a jejich dopady na společnost	16
3 Historie a definice krizové intervence	20
4 Potřeba a význam psychologické podpory v humanitárních katastrofách	25
4.1 Psychologická první pomoc jako základní nástroj krizové intervence	27
4.2 Teoretické ukotvení dynamiky krize: Modely ABC-X a Double ABC-X	29
4.3 Psychologická zátěž pracovníků první linie	32
5 Povodně v Moravskoslezském a Olomouckém kraji v roce 2024	37
5.1 Průběh povodně a organizace psychosociální pomoci v zasažených regionech	38
6 Metodologie výzkumu	41
7 Profesní vymezení krizového intervenanta a vztah mezi psychologickou první pomocí a krizovou intervencí	44
8 Poskytování psychosociální podpory v Moravskoslezském a Olomouckém kraji	51
9 Výsledky	57
9.1 Systémové a praktické implikace: implementace služeb, podpora pracovníků a doporučení	60
10 Diskuse	65
Závěr	68
Seznam literatury	70
Přílohy	88

Seznam obrázků

Obr. 1: Základní principy psychologické první pomoci	28
Obr. 2: Model ABC-X. Ballard a kol. (2020)	29
Obr. 3: Mapa zasažených oblastí povodní 2024 (Centrum pro regionální rozvoj, 2026)	38

Seznam zkratek

ACT – Assessment, Connecting, Trauma (Posouzení, navázání kontaktu, trauma)

ACT – Attitude, Communication, Treatment (Postoj, komunikace, péče), používaná policií

CBPFA – Community-Based Psychological First Aid (Komunitně založená psychologická první pomoc)

COVID-19 – Coronavirus Disease 2019

ČČK – Český červený kříž

DMH – Disaster Mental Health (Duševní zdraví v kontextu katastrof)

HZS – Hasičský záchranný sbor

IASC – Inter-Agency Standing Committee (Meziagenturní stálý výbor)

IFRC – International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

IZS – Integrovaný záchranný systém

KI – Krizová intervence

MHPSS – Mental Health and Psychosocial Support (Duševní zdraví a psychosociální podpora)

MSK – Moravskoslezský kraj

OLK – Olomoucký kraj

OSN – Organizace spojených národů

PFA – Psychological First Aid (Psychologická první pomoc)

PSP – Psychosociální podpora

PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder (Posttraumatická stresová porucha)

R1–R13 – Označení respondentů (krizových interventů) ve výzkumném souboru

SMI – Severe Mental Illness (Závažné duševní onemocnění)

SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

TCI – Therapeutic Crisis Intervention (Terapeutická krizová intervence)

UNDRR – United Nations Office for Disaster Risk Reduction

UNICEF – United Nations Children's Fund

WHO – World Health Organization

Úvod

Humanitární katastrofy, ať už jde o přírodní živly, technologické havárie nebo války, jsou jednou z nejtěžších zkoušek, kterým dnešní svět čelí. V jejich důsledku dochází nejen k fyzické devastaci prostředí a infrastruktury, ale především k sociálním, psychologickým a kulturním dopadům, které zanechávají dlouhodobé stopy v životech jednotlivců i celých komunit. Katastrofy narušují základní struktury společnosti, oslabují sociální soudržnost, destabilizují ekonomické systémy a zpochybňují důvěru v instituce, které by měly poskytovat ochranu a jistotu. Kromě ztráty domova, blízkých osob či základních životních jistot přinášejí také trauma, bezmoc, úzkost a existenciální nejistotu, které zasahují nejen přímé oběti, ale i širší sociální okolí.

Četnost a síla humanitárních katastrof v dnešní době dramaticky rostou. Na vině není jen klimatická změna, ale i rychlý růst populace, geopolitické napětí a postupující globalizace. Extrémní výkyvy počasí, jako jsou sucha, záplavy či zemětřesení, se spolu s pandemiemi a ozbrojenými konflikty stávají stále běžnější součástí života v mnoha regionech. Tyto události měly drtivý dopad na životy stovek milionů lidí. Za tímto trendem přitom nestojí jen přírodní vlivy, ale velkou roli hrají i socioekonomické rozdíly, rychlá urbanizace, války a nefunkční státní aparáty.

Humanitární pomoc proto není jen o logistice a technickém zajištění, ale především o etice a lidech. Vyžaduje to koordinovaný přístup, který myslí i na budoucnost. Úspěch se sice často měří hlavně podle toho, jak rychle dorazí jídlo, voda a léky nebo jak rychle se opraví domy, ale to ke skutečné obnově nestačí. Fyzické bezpečí je totiž jen začátek. Aby se život vrátil do normálu, musí být lidé i komunity psychicky stabilní a schopní se přizpůsobit nové realitě. Bez toho hrozí, že se následky katastrofy přelijí do vleklé společenské krize, která bude dlouhodobě ničit mezilidské vztahy, vzdělávání i pracovní výkonnost.

Psychologická podpora je proto naprosto klíčovou, i když bohužel často přehlíženou součástí humanitární pomoci. Nejde v ní jen o to, abychom zmírnili prvotní šok nebo stres. Hlavním cílem je pomoci lidem mobilizovat jejich vlastní síly a vrátit je zpět do běžného života. Díky kvalitní intervenci mohou zasažení lidé znovu získat pocit, že mají věci pod kontrolou, a najít ztracenou naději. Odborné studie navíc potvrzují, že včasná pomoc funguje jako účinná prevence, která snižuje riziko vzniku PTSD, depresí či úzkosti a brání tomu, aby se člověk propadl do sociální izolace.

Tato diplomová práce se zaměřuje na psychologickou první pomoc (Psychological First Aid – PFA), která představuje klíčový nástroj krizové intervence v humanitárních kontextech. PFA je definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO, 2011) jako *„empatická a praktická podpora poskytovaná osobám, které trpí a potřebují pomoc, přičemž důraz je kladen na respekt, důstojnost a lidskost“*. Tento přístup spojuje prvky psychologie, krizového managementu a sociální práce a je navržen tak, aby jej mohli efektivně aplikovat nejen odborníci, ale i vyškolení laici, členové komunit či pracovníci první linie.

Jádrem diplomové práce je snaha pochopit, jakou roli hraje psychologická první pomoc (PFA) v různých typech humanitárních katastrof, jak je účinná a zda dokáže respektovat kulturní odlišnosti. Hlavní pozornost je přitom věnována krizovým interventům a pracovníkům první linie, kteří poskytují psychologickou první pomoc. Právě oni jsou totiž v přímém kontaktu s těmi, které katastrofa zasáhla, a stávají se pro ně nejen zdrojem pomoci, ale často i symbolem naděje a klidu. Tito pracovníci jsou však sami vystaveni obrovskému tlaku a emočnímu vypětí, což s sebou nese riziko sekundárního traumatu. To klade vysoké nároky nejen na jejich odborný výcvik, ale hlavně na jejich psychickou odolnost a na to, jakou podporu jim poskytuje systém, ve kterém fungují.

Práce vychází z aktuální odborné literatury, výzkumných studií a mezinárodních doporučení (WHO, IFRC, UNICEF), přičemž propojuje teoretické poznatky s praktickými zkušenostmi z terénu. Cílem je přispět k hlubšímu porozumění tomu, jaké faktory ovlivňují efektivitu psychologické podpory v rámci humanitární odezvy, jak lze zlepšit koordinaci psychosociálních služeb a jak zajistit, aby tato forma pomoci byla nejen odborně účinná, ale i kulturně senzitivní, dlouhodobě udržitelná a eticky zakotvená.

Cílem diplomové práce je také přispět k širší diskusi o tom, že humanitární pomoc nemůže stát jen na materiálním zajištění. Jak se ukázalo i v praxi, dodávky vody nebo jídla sice zajistí fyzické přežití, ale je to právě psychologická podpora, co lidem vrací pevnou půdu pod nohama a smysl jít dál. Snahou této práce je ukázat, že skutečně efektivní pomoc musí propojit obě tyto roviny.

Ačkoliv jsou principy krizové intervence univerzální, jejich aplikace vždy naráží na specifika konkrétního místa a času. Tato diplomová práce proto nezůstává pouze v teoretické rovině, ale zasazuje zkoumanou problematiku do kontextu ničivých povodní, které zasáhly Českou republiku v září 2024. Právě na příkladu této události, která mobilizovala stovky profesionálů i dobrovolníků na Jesenicku a Opavsku, práce analyzuje, jak teorie ob stojí v terénu, a zkoumá, jaké systémové výzvy – od koordinace týmů až po vliv sociálních sítí – formují dnešní podobu psychosociální pomoci.

1 Cíle a metody práce

Cílem této diplomové práce je analyzovat roli krizových interventů při poskytování psychologické podpory během humanitárních katastrof, se zaměřením na praktické aspekty zásahů, etické výzvy a psychologické dopady jak na zasažené osoby, tak na samotné intervenující. Práce si klade za cíl přiblížit, jakým způsobem je krizová intervence v humanitárních situacích organizována, jaké nástroje a přístupy intervenenti využívají a jaké faktory ovlivňují efektivitu psychologické pomoci v terénu. Práce má kompilačně-analytický charakter a opírá se především o odbornou literaturu, akademické studie a oficiální zprávy mezinárodních organizací. Praktická část je založena na kvalitativním výzkumném šetření. Sběr dat probíhal v období od října 2025 do února 2026 a byl realizován formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo celkem 13 respondentů. Základním kritériem pro jejich výběr byla přímá účast na poskytování pomoci v zasaženém terénu během povodní v oblasti Jesenicka a Opavska. Vzorek byl sestaven z certifikovaných krizových interventů a pracovníků psychosociální podpory, kteří působili ve složkách integrovaného záchranného systému (IZS) a v humanitárních či neziskových organizacích (např. Český červený kříž, Člověk v tísni či Charita ČR). Tento zvolený postup umožnil získat detailní vhled do reálné praxe, identifikovat hlavní systémové výzvy v terénu a formulovat podložená doporučení pro budoucí krizové zásahy.

Výzkumné otázky:

- 1) Jaké jsou hlavní role a odpovědnosti krizových interventů v krizových oblastech?
- 2) Jakým výzvám čelí krizoví intervenenti v terénu?
- 3) Jaké změny nebo zlepšení by krizoví intervenenti doporučili pro budoucí zásahy?

2 Typologie humanitárních katastrof a jejich dopady na společnost

Humanitární katastrofy se dělí do tří základních typů: způsobené člověkem, přírodní a hybridní (Shaluf, 2007). Katastrofy způsobené člověkem jsou náhlé události, jejichž původ spočívá v lidské činnosti nebo opomenutí, přičemž představují závažnou hrozbu pro lidské životy i majetek. Významným příkladem je výbuch v přístavu v Bejrútu, ke kterému došlo 4. srpna 2020. Tato událost byla způsobena náhodnou detonací 2 750 tun dusičnanu amonného a vedla k masivním ztrátám na životech, mnoha zraněným a tisícům vysídlených osob (Zheng a kol., 2021). Katastrofy tohoto typu bývají často důsledkem dlouhodobého zanedbávání bezpečnostních opatření a představují závažné selhání krizového řízení.

Přírodní katastrofy, které patří k nejčastějším typům humanitárních krizí, se podle Hidalgo a Baez (2019) dělí do čtyř kategorií: geofyzikální, hydrologické, meteorologické a klimatologické. Každá z těchto kategorií má specifické příčiny a charakteristiky. Geofyzikální katastrofy mají svůj původ v pohybu litosférických desek a zahrnují jevy jako zemětřesení, která mohou dále vyvolat sekundární efekty, například tsunami nebo sopečné erupce. Nejvíce ohrožené jsou oblasti, kde se zemské desky stýkají, což vytváří podmínky pro výraznou seizmickou a vulkanickou aktivitu (Chaudhary a Piracha, 2021).

Hydrologické katastrofy označují závažné narušení přirozeného koloběhu vody, a to jak v podobě jejího pohybu, tak distribuce či kvality, ať už na povrchu, v podzemí nebo v atmosféře (Unacademy, 2025). Vznikají v důsledku extrémních meteorologických jevů, mezi něž patří například sucha, intenzivní srážky vedoucí k povodním, sesuvy půdy nebo bouřkové větry. Studie autorů Messengera a Lianga (2018) uvádějí, že tyto události mohou mít zničující dopad na infrastrukturu a zvyšují riziko sekundárních epidemiologických problémů.

Meteorologické a klimatologické katastrofy bývají často nesprávně zaměňovány, přestože mezi nimi existují podstatné rozdíly. Wu a kol. (2015) popisují meteorologické katastrofy jako akutní události spojené s extrémním počasím a bouřlivými stavy atmosféry – například tajfuny, tedy tropické cyklóny charakterizované extrémně silným větrem a prudkými nárazy. Naproti tomu klimatologické katastrofy, jak je definují Çelik a kol. (2018), vznikají v důsledku dlouhodobých extrémních klimatických jevů. Typickými příklady jsou rozsáhlé požáry, mimořádně silné zimy nebo laviny. Tyto jevy mají obvykle pomalejší nástup, avšak jejich důsledky mohou být trvalé a rozsáhlé.

Hybridní katastrofy představují složité události vznikající kombinací přírodních sil a lidského vlivu nebo specifických společenských okolností. Typickým příkladem takové komplexní události je katastrofa v Tōhoku v Japonsku, kde v roce 2011 došlo k silnému zemětřesení, které vyvolalo vlnu tsunami a následně vedlo k těžkému poškození jaderné elektrárny Fukušima (Ahn a kol., 2017). Tato událost ukazuje, jak může souběh přírodních a technologických faktorů vyústit v rozsáhlou humanitární krizi.

Humanitární krize způsobené přírodními silami či lidskou činností představují komplexní rizika, která postihují jednotlivce i celé populace na fyzické, psychické, sociální a ekonomické úrovni. Jejich následky jsou mnohostranné a proměnlivé v závislosti na typu katastrofy, stavu poškozené infrastruktury, připravenosti, odolnosti společnosti a socioekonomických podmínkách postižených skupin.

Zatímco veřejná debata často chápe katastrofu jako náhlou a jednorázovou událost, odborné přístupy ji vnímají spíše jako dynamický a dlouhodobý proces narušení běžného fungování. Tento proces se může rozvinout v průběhu měsíců až let, přičemž jeho důsledky zasahují nejen aktuálně postižené, ale i budoucí generace. Právě tato prodloužená časová perspektiva komplikovaně zasahuje do plánování obnovy, distribuce pomoci a dlouhodobé psychosociální podpory (Shaluf, 2007).

Výrazným příkladem komplexních dopadů jsou přírodní katastrofy, které způsobují rozsáhlé narušení každodenního života. Zemětřesení, hurikány, povodně nebo sopečné erupce nejenže ničí infrastrukturu, ale rovněž vyžadují oběti na životech, způsobují těžká zranění a kladou enormní nároky na zdravotnický systém. Hidalgo a Baez (2019) upozorňují, že v bezprostředním důsledku těchto událostí často selhávají i nejlépe vybavené jednotky intenzivní péče, neboť jejich kapacity nestačí čelit náhlému přílivu pacientů vyžadujících urgentní ošetření.

Obzvláště rizikovou kategorií jsou hydrologické katastrofy, jako jsou záplavy nebo tsunami, které jsou úzce propojeny s epidemiologickými hrozbami. Studie autorů Messengera a Lianga (2018) ukazují, že tyto události zásadně zvyšují výskyt kožních infekcí, onemocnění trávicího traktu, respiračních problémů a nemocí přenášených hmyzem a hlodavci. Kritickým bodem jsou přeplněná evakuační centra, která obvykle trpí nedostatkem čisté vody, hygienických prostředků a základní zdravotnické péče (Messenger a Liang, 2018).

Vedle těchto okamžitých zdravotních hrozeb je však nutné věnovat pozornost i dlouhodobým či mezigeneračním dopadům, které sahají daleko za rámec přímého ohrožení života. Obzvláště výrazné jsou v případě technologických a hybridních katastrof. Jaderná havárie v Černobylu nebo chemický únik v Bhopálu nejsou jen tragickými momenty dějin, ale představují systematické narušení zdraví, vzdělání a sociálního postavení zasažených populací. Důsledky v podobě chronických onemocnění, reprodukčních problémů či psychické stigmatizace přetrvávají u přímých obětí i jejich potomků, čímž podtrhují potřebu mezigenerační podpory a zdravotního monitoringu (Shaluf, 2007).

Katastrofy nezasahují pouze tělesné zdraví jednotlivců, ale významně ovlivňují i kvalitu společenského života. Dochází k narušení každodenních rytmtů, oslabování důvěry v instituce, erozi sociální koheze a v některých případech až k nucené migraci. Komunitní soudržnost však může sehrát klíčovou roli v procesu zotavování, neboť funguje jako ochranný faktor vůči dlouhodobým psychosociálním dopadům.

Jak uvádějí Corey a kol. (2021), cílené skupinové intervence napomáhají obnově kolektivní identity, snižují pocity osamělosti a podporují normalizaci traumatických prožitků. Sdílení zkušeností v bezpečném a strukturovaném prostoru tak neplní pouze podpůrnou funkci, ale stává se nedílnou součástí širšího psychosociálního uzdravení celé komunity (viz dále v kapitole o psychologické první pomoci).

3 Historie a definice krizové intervence

Historie a vývoj krizové intervence (KI) představují komplexní proces, který je neoddělitelně spjat s transformací psychiatrické péče a s úsilím poskytovat dostupnou a adekvátní podporu lidem procházejícím akutní fází závažného duševního onemocnění (SMI) (Murphy a kol., 2015). Vývoj krizové intervence (KI) však nelze chápat výhradně v rámci klinické psychiatrie, je třeba ji zasadit do širšího společenského a historického kontextu, který zahrnuje i reakce na mimořádné události a katastrofy. Postupně se totiž stala nedílnou součástí rozvíjejícího se oboru duševního zdraví v katastrofách (Disaster Mental Health), jehož kořeny sahají až do poloviny 20. století a který reflektuje potřebu systémové a organizované reakce na rozsáhlé traumatické události zasahující nejen jednotlivce, ale celé komunity i profesionály v první linii (Everly, 2022).

Základní principy krizové intervence (KI) se však formovaly již dříve, a to v kontextu vojenské medicíny během světových válek, kdy lékaři a psychologové začali zkoumat reakce člověka na extrémní stresové podmínky (Everly, 2022). V průběhu první světové války byl poprvé popsán syndrom tzv. „shell shock“, který se používal především pro označení psychických obtíží vojáků, které byly spojovány s přímou zkušeností s bojovými situacemi. Posttraumatická stresová porucha (PTSD) představuje duševní onemocnění, jež se může rozvinout v důsledku prožití závažně traumatických událostí, mezi něž patří například válečné konflikty či různé formy násilí a zneužívání (Fletcher, 2024).

Tyto poznatky vedly k rozvoji nových přístupů, které kladly důraz na rychlou, jednoduchou a praktickou psychologickou pomoc poskytovanou co nejbližší místu události. Vytvořil se tak přístup, který se stal základem moderní krizové intervence (Everly, 2022).

Další významný rozvoj krizové intervence (KI) nastal během druhé světové války a krátce po jejím skončení. V této době vznikaly první modely okamžitě dostupné pomoci osobám v akutní duševní tísní, které usilovaly o rychlou stabilizaci psychického stavu mimo institucionální prostředí. Průkopnickým příkladem byly služby v Amsterdamu, jež zavedly nepřetržitou „psychiatrickou první pomoc“ poskytovanou přímo v domácím prostředí pacientů, čímž položily základy komunitního přístupu v péči o duševní zdraví (Murphy a kol., 2015). Teoretické ukotvení krizové intervence se formovalo ve 40. letech 20. století, zejména v reakci na válečné zkušenosti a velké civilní tragédie, jako byl požár v nočním klubu Cocoanut Grove (Puleo a McGlothlin, 2009).

Tento obor reflektuje potřebu koordinované reakce na rozsáhlé traumatické události, které nezasahují pouze jednotlivce, ale celé komunity a profesionály v první linii. K zásadní institucionalizaci tohoto přístupu došlo po roce 1992, kdy Americký červený kříž nasadil specializované týmy psychosociální pomoci v reakci na hurikán Andrew, což je často označováno za počátek moderní éry krizové intervence v humanitárním a civilním kontextu (Everly, 2022). V dalším vývoji krizové intervence sehrála klíčovou roli Psychologická první pomoc (Psychological First Aid, PFA), která se postupně stala mezinárodně uznávaným a standardizovaným přístupem k poskytování včasné psychosociální podpory po traumatických událostech. PFA staví na principech bezpečí, stabilizace, podpory základních potřeb a posilování přirozených zvládacích mechanismů. Díky své jednoduchosti, praktičnosti a kulturní přizpůsobitelnosti je dnes využívána v humanitárních, zdravotnických i komunitních kontextech po celém světě (Wang a kol., 2022).

Krizová intervence (KI) představuje specifickou formu krátkodobé, cílené a akčně orientované pomoci, jejímž primárním cílem je stabilizovat jedince, který se ocitl v situaci přesahující jeho běžné psychické a sociální zdroje zvládání (Tripathi a kol., 2023). Historicky se krizová intervence vyvinula v rámci komunitní psychiatrické péče jako alternativa k dlouhodobé hospitalizaci, přičemž jejím účelem bylo poskytnout intenzivní, časově omezenou podporu v akutních stavech psychické destabilizace (Murphy a kol., 2015).

V současném pojetí je krizová intervence chápána jako multidisciplinární nástroj využívaný napříč sociální prací, zdravotnictvím i bezpečnostními složkami.

Pro porozumění krizové intervenci je zásadní nejprve definovat samotný pojem krize. Krize nepředstavuje běžnou emoční nepohodu či přechodnou špatnou náladu, ale stav akutního zahlcení, kdy obvyklé copingové strategie (strategie zvládání stresu) jedince selhávají a nejsou schopny situaci efektivně zvládnout (Tripathi a kol., 2023). Jedinec v krizi ztrácí pocit kontroly nad situací a často i nad vlastním jednáním. V kontextu duševního zdraví se krize často manifestuje jako akutní zhoršení závažného duševního onemocnění (SMI), které může být spuštěno vnějšími stresory, jako jsou ztráta blízké osoby, traumatická událost, sociální izolace či ekonomická nejistota. Tyto stavy se typicky projevují intenzivní úzkostí, zmatením, pocity beznaděje a výraznou emoční nestabilitou (Farchi a kol., 2024). Krizový stav je zároveň spojen s vysokou mírou subjektivně prožívané tísně, paniky, emoční otupělosti nebo depresivních symptomů, které mohou zásadně narušit každodenní fungování jedince (Nizum a kol., 2020).

Krizová intervence je definována jako krátkodobá reakce zaměřená na konkrétní situaci, jejímž cílem je obnovení základních dovedností zvládání, poskytnutí okamžité podpory a posílení pocitu kontroly a vlastní účinnosti (self-efficacy). Zároveň usiluje o návrat jedince k úrovni fungování, která odpovídá stavu před vznikem krize, případně o vytvoření základních podmínek pro další odbornou péči (Nizum a kol., 2020). Efektivní intervence by měla probíhat v bezprostředním časovém horizontu, ideálně v řádu hodin či dnů od krizové události, kdy je zasažený jedinec nejvíce otevřený pomoci (Everly a Lating, 2017). Obvykle se uvádí kritické období do čtyř až šesti týdnů, během něhož je riziko rozvoje maladaptivních reakcí a dlouhodobých následků nejvyšší (James a Gilliland, 2012). Hlavním cílem této intervence je okamžitá stabilizace osoby a snížení vnímané bezmoci, která je pro krizový stav charakteristická (Roberts a Ottens, 2005).

Proces se dále zaměřuje na obnovení pocitu kontroly a na spoluvytváření nových nebo oživení dřívějších copingových strategií, které klientovi umožní situaci zvládnout (Cacciatore a kol., 2011).

Důležitým aspektem je také podpora přirozených sociálních vazeb a propojení s rodinou či komunitou, což funguje jako významný protektivní faktor (Hobfoll a kol., 2007). Pokud se však ukáže, že obtíže přetrvávají nebo přesahují rámec krizové intervence, je nezbytnou součástí procesu zajištění bezpečného propojení klienta s vyšší úrovní specializované péče, jako je psychoterapie nebo psychiatrie (Everly, 2000).

Současné pojetí krizové intervence přesahuje úzce psychologický rámec a reflektuje širší psychosociální determinanty duševního zdraví. Zkušenosti z humanitárních krizí a ozbrojených konfliktů ukazují, že účinná intervence musí zahrnovat nejen řešení psychických obtíží, ale také podporu ekonomického zabezpečení, rodičovských kompetencí a sociální stability, které zásadně ovlivňují schopnost jedince zvládat zátěžové situace (Corley a kol., 2022). Významným ochranným faktorem je sociální a organizační podpora. Studie realizovaná během pandemie COVID-19 prokázala, že vnímaná podpora ze strany rodiny, přátel a zaměstnavatele je spojena se snížením stresu a vyšší úrovní well-beingu. Naopak nedostatek podpory a pocit profesní či rodičovské nekompetence vedou ke zvýšenému konfliktu mezi pracovními a rodinnými rolemi. Efektivní krizová intervence by proto měla systematicky posilovat sociální oporu a vlastní účinnost klientů v jejich životních rolích (Göksün a kol., 2025).

V oblasti sociální práce a při domácích návštěvách se jako efektivní strategie osvědčuje včasná identifikace rizik a následné doporučení odborné pomoci, které umožňuje zachytit problémy, jako jsou deprese, užívání návykových látek nebo domácí násilí. Vzhledem k existujícím bariérám v přístupu ke službám je vhodné integrovat psychosociální a zdravotní podporu přímo do intervenčních programů (Dauber a kol., 2017).

Moderní krizová intervence je založena na několika klíčových principech, které se uplatňují napříč profesemi. Zásadní roli hraje trauma-informovaný přístup, který vychází z uznání vysoké prevalence traumatu a jeho dopadu na prožívání i chování jedince. Tento přístup klade důraz na fyzické a psychické bezpečí, transparentnost, spolupráci, posilování autonomie, možnost volby a respekt ke kulturním a historickým souvislostem.

Cílem není detailní mapování traumatické anamnézy, ale citlivá reakce na aktuální potřeby osoby v krizi a prevence retraumatizace (Nizum a kol., 2020).

Pro strukturování krizové intervence je často využíván model ACT, který zahrnuje tři základní kroky: posouzení situace (Assessment), propojení klienta s dostupnou podporou a službami (Connecting) a management traumatu a stresu (Trauma) (Cacciatore a kol., 2011). V policejním vyjednávání je zkratka ACT používána pro označení klíčových oblastí intervence, konkrétně postoje intervenujícího pracovníka (Attitude), efektivní komunikace založené na aktivním naslouchání (Communication) a systematického řešení problému orientovaného na potřeby klienta (Treatment) (McMains a Lanceley, 2003).

Zajištění bezpečnosti představuje základní prioritu krizové intervence. Intervence může zahrnovat verbální deeskalační techniky zaměřené na snížení emočního napětí a obnovení kontroly a v krajních případech i fyzické omezení, pokud hrozí bezprostřední nebezpečí. Nedostatečný výcvik v deeskalačních technikách je přitom identifikován jako významný rizikový faktor zranění během krizových situací (Couvillon a kol., 2018). Krizová intervence musí zároveň respektovat dynamiku jednotlivých fází krize. McMains a Lanceley (2003) rozlišují předkrizovou fázi, krizovou fázi charakterizovanou emoční dezorganizací, adaptační fázi s postupnou stabilizací emocí a fázi řešení zaměřenou na plánování konkrétních kroků. Úkolem krizové intervence je co nejrychleji a nej kvalifikovaněji přerušit sestupnou spirálu maladaptivního chování a obnovit funkční úroveň jedince.

4 Potřeba a význam psychologické podpory v humanitárních katastrofách

Psychologická podpora představuje soubor odborných i laických intervencí, jejichž cílem je posílení psychické odolnosti, snížení akutního stresu a podpora přirozeného zotavení jednotlivců zasažených krizovou situací. V prostředí humanitárních katastrof, které dramaticky narušují běžné fungování komunit, nabývá tato forma pomoci na zásadním významu. Právě v těchto kontextech se ukazuje potřeba rychlých, efektivních a zároveň kulturně senzitivních intervencí, které mohou zabránit rozvoji závažných psychických obtíží, jako jsou posttraumatická stresová porucha, úzkostné poruchy či deprese (O'Toole a kol., 2022).

Psychologická pomoc hraje v humanitárních krizích zcela zásadní roli. Tyto situace často vystavují jednotlivce extrémnímu stresu a nečekaným ztrátám, které překračují jejich běžné adaptační mechanismy. Nedostatečná psychologická podpora může vést k prohloubení traumatického prožitku, rozvoji posttraumatické stresové poruchy (PTSD), depresím, narušení sociálních vztahů, a v krajních případech i k sebevražedným tendencím (Islam a kol., 2022). Typické reakce přeživších zahrnují šok, dezorientaci, bezmoc, hluboký zármutek či ztrátu důvěry v okolní svět i vlastní schopnosti. Přestože tyto reakce nejsou patologické, vyžadují citlivé a strukturované vedení, které napomáhá návratu k rovnováze a posiluje vnitřní zdroje jedince (Uhernik a Husson, 2009).

Jedním z významných faktorů, které ovlivňují úspěšnost psychologické pomoci, je její dosažitelnost v rámci přirozeného sociálního prostředí zasažených osob. O'Toole a kol. (2022) upozorňují na klíčovou úlohu rodinných příslušníků a blízkých osob, kteří často představují první „bod kontaktu“ při poskytování pomoci. Tito lidé mohou sehrát zásadní roli při včasném rozpoznávání příznaků traumatu, destigmatizaci duševních potíží a podpoře přirozeného zotavení. Z výzkumu O'Toole a kol. (2022) vyplývá, že zapojení sociálního okolí je efektivním nástrojem podpory pracovníků v první linii i široké populace v krizových zónách.

Tento předpoklad úzce koresponduje se zjištěním dalších odborných studií, které potvrzují, že jedinci s fungující sociální oporou se v traumatických situacích zotavují podstatně rychleji a snadněji překonávají nepříznivé psychologické následky katastrof (Kılıç a Şimşek, 2018). Obnova a posilování těchto přirozených sociálních vazeb je proto v odborné literatuře definováno jako jeden z pěti naprosto stěžejních prvků úspěšné krizové intervence a psychologické první pomoci (Hobfoll a kol., 2007). Praxe ukazuje, že aktivní napojení klienta na jeho primární podpůrný systém (rodinu, přátele či komunitu) musí být prioritou a je spojováno s pozitivními sociálními, psychologickými i behaviorálními výsledky v procesu zotavení (Pettus-Davis, 2014).

Nicméně, efektivita psychologické podpory není determinována pouze metodologií zásahu, ale zásadním způsobem ji ovlivňuje i kulturní kontext. Jak zdůrazňují Corey a kol. (2021), úspěšná intervence musí reflektovat kulturní normy, náboženské rámce, jazykové bariéry a sociální dynamiku zasažené komunity. Tyto faktory totiž formují nejen samotnou reakci na trauma, ale také ochotu jednotlivců zapojit se do terapeutických procesů či přijímat pomoc. Jak uvádějí Cardozo a kol. (2005), z tohoto důvodu je v humanitárních intervencích považována za klíčovou kulturní příbuznost mezi poskytovatelem a příjemcem pomoci. Místní pracovníci, kteří sdílejí jazyk, zvyklosti a hodnotový rámec s komunitou, disponují zpravidla vyšší schopností empatie a hlubším porozuměním potřebám obětí. Tento kulturní vhled však přichází za cenu výrazně vyšší psychické zátěže. Autoři studie upozorňují, že místní pomáhající osoby bývají více ohroženy sekundární traumatizací, a to zejména v důsledku vlastní angažovanosti, emocionální blízkosti k postiženým a opakovaného vystavení krizovým situacím.

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že psychologická podpora v humanitárních krizích musí být nejen odborně vedená a rychle dostupná, ale především kulturně senzitivní a strukturálně zakotvená v místních realitách. Jen tak lze zajistit, že intervence bude skutečně účinná, udržitelná a přijímaná komunitami, jimž má sloužit.

4.1 Psychologická první pomoc jako základní nástroj krizové intervence

Jednou z nejvíce využívaných a doporučovaných forem psychologické intervence v krizových situacích je psychologická první pomoc (Psychological First Aid, PFA). Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) jde o „*empatickou a podpůrnou reakci na jedince prožívající utrpení a potřebující pomoc*“ (WHO, 2011, s. 2), která staví na principech aktivního naslouchání, poskytování praktických informací, emoční stabilizace a zajištění základních potřeb (WHO, 2011). Tato intervence je koncipována jako krátkodobá, neinvazivní a flexibilní, což umožňuje její aplikaci nejen odborníky, ale také proškolenými laiky či členy místních komunit (Shultz a Forbes, 2014).

Důležitou součástí je možnost poskytování podpory jak na individuální, tak na skupinové úrovni, přičemž nezbytným předpokladem je respektování důstojnosti, lidskosti a autonomie zasažených osob. Kim a Han (2021) dále konkretizují strukturu PFA do pěti základních kroků: navázání komunikace a zajištění bezpečí, stabilizaci psychického stavu, sběr informací o aktuálních potřebách, řešení bezprostředních problémů a podporu v procesu zotavení. Velkou výhodou tohoto přístupu je jeho přístupnost – při odpovídajícím zaškolení jej mohou aplikovat i laici, což je v prostředí s omezenou dostupností profesionálů zásadní. PFA se tak stává nejen efektivním nástrojem pomoci, ale i prostředkem k posílení lidskosti, empatie a normalizace přirozených reakcí na trauma.

1. Sleduj (Look)		Zkontroluj bezpečí Věnuj pozornost osobám
2. Naslouchej (Listen)		Navázání kontaktu Zjištění potřeb a obav Pomoc při zklidnění
3. Propoj (Link)		Řešení základních potřeb Zajištění přístupu ke službám Poskytnutí sociální opory
4. Limity (Limits)		Rozpoznání situace, kdy je nutná odborná péče

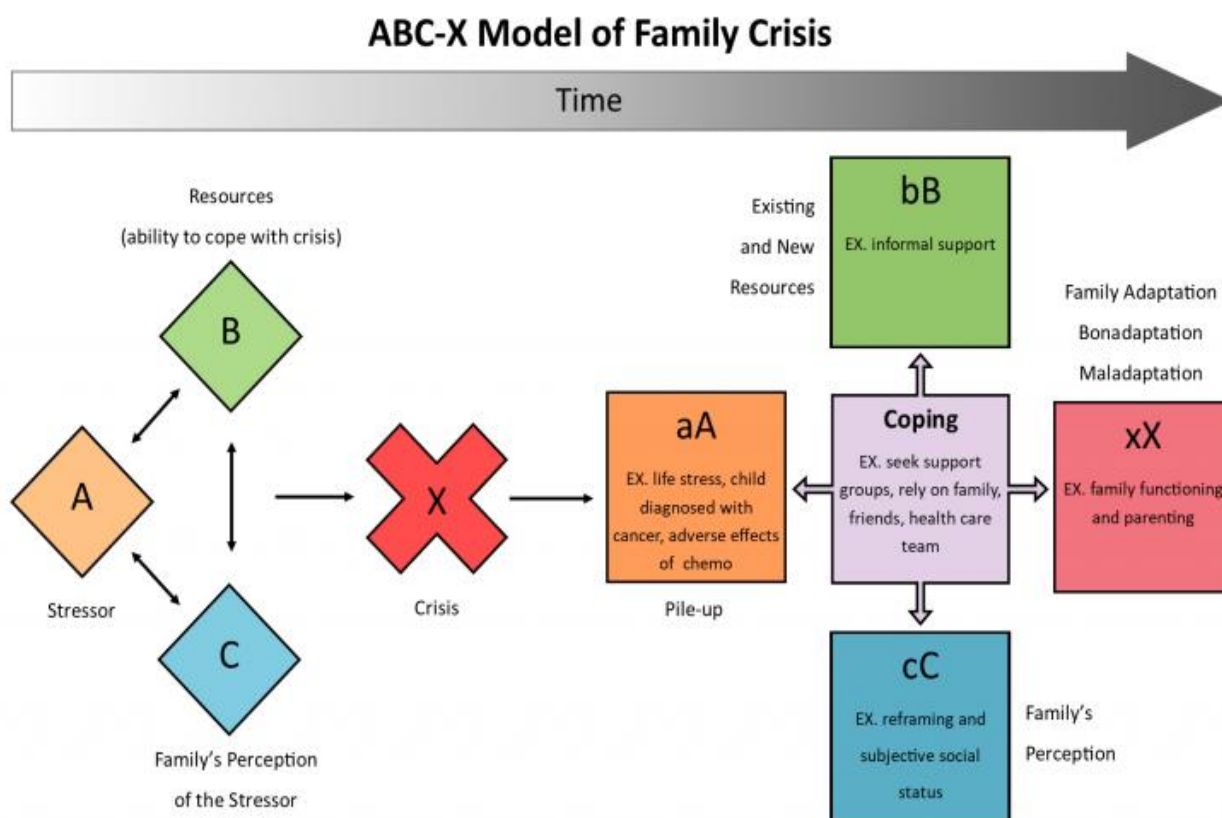
Obr. 1: Základní principy psychologické první pomoci. Vlastní zpracování. Zdroj: (Gispen a Wu, 2018)

Psychologická první pomoc (PFA) dnes představuje jeden z nejrozšířenějších nástrojů psychosociální intervence v krizových oblastech (Hermosilla a kol., 2023). Přestože její účinnost je nadále předmětem vědeckého zkoumání, již nyní se ukazuje jako nepostradatelná zejména v práci s přeživšími, dětmi, uprchlíky a pracovníky první linie. V současnosti je vnímána jako tzv. „zlatý standard“ počáteční psychosociální pomoci a je doporučována klíčovými humanitárními aktéry, jako jsou WHO, UNICEF či Mezinárodní federace Červeného kříže (WHO, 2011).

V situacích, kdy běžné adaptační mechanismy selhávají, nabývá zásadního významu krizová intervence. Ta představuje specifickou odpověď na extrémní události, které narušují psychickou rovnováhu jednotlivce a vedou k akutnímu prožívání napětí, dezorientace či tzv. „bodu zlomu“ (Boscarato a kol., 2014). V kontextu humanitárních krizí je proto nezbytné zajistit dostupnou, systematickou a odborně vedenou psychosociální pomoc, která může představovat nejen záchranný mechanismus, ale i základ budoucí obnovy duševního zdraví a resilience komunit (Hermosilla a kol., 2023).

Psychologická první pomoc se ukazuje jako obzvláště účinný nástroj v prostředí válečných konfliktů, přírodních katastrof či epidemií. Její jednoduchost, flexibilita a široké možnosti uplatnění jí propůjčují značný praktický potenciál. Nicméně, jak upozorňují Hermosilla a kol. (2023), navzdory širokému rozšíření této metody je malé množství důkazů o její dlouhodobé účinnosti. Tato skutečnost podtrhuje naléhavost dalšího výzkumu a systematického hodnocení dopadů PFA, aby mohl být její potenciál v oblasti podpory duševního zdraví v krizových situacích plně využit.

4.2 Teoretické ukotvení dynamiky krize: Modely ABC-X a Double ABC-X



Obr. 2: Model ABC-X. Ballard a kol. (2020)

Základním kamenem krizové intervence je model ABC-X, který zformuloval Reuben Hill (1949). Hill vycházel z dat od rodin zasažených válečným odloučením a ukázal, že samotná událost ještě neznamena krizi. Krize je spíš výsledkem složitější rovnice, kde do hry vstupuje více proměnných (Hill, 1958; Wilmoth a Smyser, 2009; Fan a kol., 2023).

Tento model překonává staré, ploché vnímání stresu a ukazuje krizi jako živý proces. Její průběh a dopady totiž stojí a padají na tom, jaké má člověk zdroje a jak si situaci interpretuje (Puleo a McGlothlin, 2009; Rootes a kol., 2018).

Základní Hillův model stojí na třech pilířích, které dohromady určují, jestli dojde ke krizi (X). Těmito pilíři jsou samotná událost (A), zdroje, které máme k dispozici (B), a to, jak si celou situaci interpretujeme (C). Faktor A je ten spouštěč – stresor, na který jedinec není připraven a který nutí jedince něco změnit. Může to být cokoli, od přírodní katastrofy po ztrátu práce, ale samotný stresor ještě automaticky neznamena krizi (Wilmoth a Smyser, 2009; Rootes a kol., 2018).

Rozhoduje totiž faktor B, tedy dostupné zdroje jedince – peníze, osobnost nebo podpora okolí. Ty fungují jako nárazník a můžou dopad stresoru výrazně zmírnit (Fan a kol., 2023). Stejně důležitý je ale i faktor C, tedy vnímání jedince. Záleží na tom, jak si rodina nebo jedinec situaci vysvětlí a jestli věří, že ji zvládnou. Právě to často rozhoduje mezi úspěšnou adaptací a totálním rozvratem systému (Puleo a McGlothlin, 2009; Shen a kol., 2025).

Krize, tedy faktor X, je stav, kdy už to člověk nezvládá. Požadavky jsou vyšší než dostupné zdroje jedince a staré strategie zvládání nefungují. Nejde jen o intenzivní stres, ale o paralýzu. Systém se kvalitativně změní – najednou jedinec není schopen plnit své role a cítí se bezmocně (Rootes a kol., 2018; Kahl a kol., 2007).

S ohledem na to, že krizové situace nejsou jednorázové, ale rozvíjejí se v čase, vznikl rozšířený model Double ABC-X. Ten zavádí časovou osu a umožňuje nám sledovat proces adaptace. Základním prvkem je koncept hromadění stresorů (aA). Ten upozorňuje na fakt, že po prvotní události se často nabalují další problémy a sekundární dopady. Jedinec nebo rodina tak nestojí před jednou izolovanou potíží, ale před komplexním souborem zátěží (Wilmoth a Smyser, 2009; Rootes a kol., 2018).

Podobně se to má se zdroji (bB). Nejde už jen o původní kapacity, ale zahrnujeme sem i nové prostředky, které jedinec zmobilizoval během krize. Může to být cokoliv od odborné pomoci přes nové copingové strategie až po silnější sociální vazby (Shen a kol., 2025; Kahl a kol., 2007). Posouvá se i vnímání (cC) – systém už nepřehodnocuje jen původní spouštěč, ale celkový kontext včetně všech nakupených stresorů. Důležitou roli hraje také coping (BC), který funguje jako mechanismus pro regulaci napětí a hledání nové stability (Rootes a kol., 2018; Fan a kol., 2023).

Výsledkem je faktor xX neboli adaptace, která má dvě tváře: bonadaptaci a maladaptaci. Bonadaptace je ten ideální stav, kdy rodina krizi „vstřebá“, uklidní se a často vyjde z celé situace odolnější. Naopak maladaptace znamená, že se to nepovedlo – je to dlouhodobý propad, kdy jsou zdroje vyčerpané a psychosociální fungování se zhoršuje (Wilmoth a Smyser, 2009; Shen a kol., 2025).

Double ABC-X model v humanitární praxi zdůrazňuje, že cílem není návrat do minulosti, který je často nemožný, ale podpora adaptace na novou realitu. Je nutné zaměřit se na posilování zdrojů (bB) a na to, jak lidé situaci chápou (cC). Tím se zvyšuje pravděpodobnost, že krizi zvládnou úspěšně (bonadaptace) a nepropadnou se do dlouhodobých problémů (Omranifard a kol., 2023).

Psychologická první pomoc (PFA) je dnes považována za základní rámec pomoci, hlavně proto, že je flexibilní a funguje v různých prostředích. Podle odborníků není smyslem této metody léčba, ale „uzemnění“ člověka.

Jde o to jedince stabilizovat, ujistit ho, že jeho reakce jsou normální, a posílit v něm pocit bezpečí a naděje bezprostředně po události (WHO, 2011; Shultz a Forbes, 2014; Hermosilla a kol., 2023). Odborná komunita v oblasti veřejného zdraví v současnosti masivně propaguje psychologickou první pomoc (PFA) jako „zlatý standard“ pro ranou intervenci po katastrofách. Navzdory této celosvětové popularitě však dodnes chybí dostatečné důkazy, které by prokazovaly její přímý vliv na prevenci posttraumatické stresové poruchy (PTSD) či jiných duševních onemocnění v delším časovém horizontu (Hermosilla a kol., 2023).

Metoda PFA by proto neměla být chápána jako univerzální řešení psychosociálních dopadů katastrof, ale spíše jako bezpečný vstupní bod do širšího a navazujícího systému podpory duševního zdraví (Dieljtens a kol., 2014).

Z pohledu humanitární praxe tato zjištění znamenají, že PFA je mimořádně vhodným nástrojem pro první fázi reakce, zejména v prostředích s omezenou dostupností specializované péče.

Její efektivita je však podmíněna správným výcvikem poskytovatelů, kulturní citlivostí a existencí funkční návaznosti na další formy psychosociální či klinické pomoci. Bez těchto podmínek hrozí riziko přeceňování jejích možností a přenášení odpovědnosti za dlouhodobé zotavení na nástroj, který je koncipován jako krátkodobý a podpůrný.

4.3 Psychologická zátěž pracovníků první linie

Práce v první linii během humanitárních krizí představuje dlouhodobou a mimořádně intenzivní psychickou zátěž, která má prokazatelně negativní dopad na duševní zdraví zasahujících humanitárních pracovníků. Cameron a kol. (2024) analyzovali data od 3 619 humanitárních pracovníků. Výsledky jejich systematické rešerše a metaanalýzy poukázaly na vysoký výskyt depresivních symptomů a úzkosti u těchto pracovníků. Stejně trendy potvrzuje i longitudinální sledování mezinárodních humanitárních pracovníků, u nichž se v důsledku nasazení v krizovém terénu prokazatelně zvyšuje výskyt depresí, úzkostí a syndromu vyhoření (Cardozo a kol., 2012).

Přestože tito zasahující profesionálové vykazují vysokou míru osobního nasazení a motivace, nejsou vůči negativním důsledkům chronického stresu imunní, což se ve výsledku může promítnout až do prokazatelně snížené schopnosti efektivně plnit své pracovní úkoly přímo v terénu (Mugisha a kol., 2025). U části pracovníků byly navíc identifikovány takzvané maladaptivní copingové strategie, které sice mohou krátkodobě snížit vnímaný stres, ale z dlouhodobého hlediska vedou k zhoršení psychického i fyzického zdraví (Lopez, 2014).

Na rozdíl od adaptivních strategií, které zahrnují aktivní řešení problémů či kognitivní přerámování, jsou maladaptivní strategie definovány jako neefektivní reakce na stresor spojené s únikovým chováním (Cortez a kol., 2023). Tyto reakce často zahrnují vyhýbání se problému nebo rezignaci, což z dlouhodobého hlediska vede k horším zdravotním výsledkům a nižší kvalitě života (Lopez, 2014).

Na základě psychometrických nástrojů pro měření zvládání stresu, jako je *Brief COPE*, lze mezi tyto strategie zařadit například popření, kdy jedinec odmítá přijmout realitu stresové události (Carver, 1997). Další významnou strategií je behaviorální odpoutání, které se projevuje vzdáním se snahy dosáhnout cíle, s nímž stresor koliduje (Wadsworth, 2015).

Často se objevuje také sebeobviňování, při kterém jedinec kritizuje sám sebe za vzniklou situaci, což je spojováno s vyšší mírou psychické nepohody (Lopez, 2014). Problematická může být i pouhá ventilace negativních emocí, pokud není doprovázena snahou o konstruktivní řešení situace (Cortez a kol., 2023). Alarmující míra rizikového užívání alkoholu u humanitárních pracovníků se pohybuje v rozmezí 16,2–50,0 %, což často funguje jako forma disociace od prožitých traumatických zážitků (Cameron a kol., 2024). Ačkoliv mohou tyto strategie v prostředí chronického a nekontrolovatelného stresu fungovat jako dočasná „funkční adaptace“ chránící jedince před zhroucením, jejich rigidní používání v běžném životě vede k rozvoji psychopatologie (Wadsworth, 2015). Dlouhodobé spoléhání se na tyto mechanismy je pak silným prediktorem rozvoje syndromu vyhoření, úzkostných poruch a depresí u pomáhajících profesí (Busch a kol., 2021).

Negativní dopad emoční tísně se přitom přímo promítá do pracovního výkonu a může vést až k chybnému rozhodování v krizových situacích (Cameron a kol., 2024). Empirická data z humanitárního prostředí, například z výzkumu realizovaného v Ugandě, potvrzují, že čím vyšší emoční zátěží je pracovník vystaven, tím nižší je jeho schopnost efektivně plnit pracovní úkoly (Mugisha a kol., 2025). Pracovníci, kteří zažívali intenzivní pocity úzkosti, smutku či strachu o bezpečnost osob v jejich péči, vykazovali prokazatelně sníženou pracovní výkonnost.

Tato zjištění podtrhují, že podpora duševního zdraví není pouze etickou či humánní otázkou, ale zároveň klíčovým předpokladem pro zachování funkčnosti a produktivity humanitárních organizací (Cardozo a kol., 2012).

Specifickým psychologickým mechanismem, který se u pracovníků v první linii často objevuje, jsou kognitivní zkreslení spojená s nereálnými očekáváními od vlastního výkonu, která Cherepanov (2022) označuje jako „fantazie zachránce“ či „komplex Supermana“. Tato přesvědčení o vlastní nepostradatelnosti a všemocnosti často vedou k přehlížení osobních limitů, což je u zdravotníků v krizových stavech silným prediktorem pro rozvoj syndromu vyhoření (Busch a kol., 2021).

Emoce, které tyto situace doprovázejí, jako je například hněv nebo cynismus, přitom často fungují pouze jako maladaptivní obranný mechanismus zakrývající hlubší pocity bezmoci a strachu (Lopez, 2014). Pokud nejsou tyto stavy včas reflektovány, vedou nejen k psychickému vyčerpání jednotlivce, ale prokazatelně snižují efektivitu rozhodování a kvalitu poskytované péče v terénu (Cameron a kol., 2024).

Zranitelnost vůči těmto stresorům je dále ovlivněna řadou demografických a osobnostních faktorů. Vyšší riziko rozvoje úzkostných a depresivních poruch či PTSD bylo opakovaně identifikováno u žen, mladších pracovníků a osob s nižší mírou profesních zkušeností. Významným prediktorem horšího duševního zdraví je rovněž předchozí anamnéza psychických obtíží. Negativní vliv má také stigmatizace ze strany okolí a nedostatečná podpora ze strany organizace či rodiny, což se opakovaně ukazuje jako zásadní faktor zhoršující psychický stav pracovníků v první linii (Froessler a Abdeen, 2021).

Longitudinální studie navíc ukazují, že psychické důsledky krizového nasazení mohou přetrvávat nebo se dokonce zhoršovat i po návratu do běžného života. Výzkumy mezi mezinárodními humanitárními pracovníky prokázaly, že výskyt depresivních symptomů se po návratu z mise významně zvyšuje a zůstává zvýšený i několik měsíců po ukončení nasazení. Fáze návratu, tzv. *re-entry*, je často psychologicky náročnější než samotná práce v terénu, neboť pracovníci čelí pocitům odcizení (anhedonii, tedy psychickému stavu, který je charakterizován neschopností prožívat potěšení, radost nebo zájem o činnosti, jež byly dříve oblíbené; Apollo Hospitals, 2026) a narušeným mezilidským vztahům (Cherepanov, 2022).

Jedním z nejvýznamnějších ochranných faktorů proti rozvoji dlouhodobých psychických obtíží je sociální opora. Pracovníci se silnými sociálními vazbami a adekvátní organizační podporou vykazují nižší míru depresí a vyhoření. Naopak maladaptivní copingové strategie, jako je sebeobviňování či vyhýbavé chování, jsou spojeny s vyšším rizikem psychických obtíží. Systematické zajištění psychosociální podpory, včetně peer programů, supervize a tréninku adaptivních copingových strategií, je proto nezbytnou součástí prevence (Foo a kol., 2021). V kontextu humanitárních krizí se psychologická podpora opírá o poznatky ze studia zvládání traumatických událostí a je koncipována jako strukturovaný a preventivní nástroj.

Jejím klíčovým přínosem je nejen zmírnění akutního psychického strádání, ale také prevence rozvoje dlouhodobých duševních onemocnění, jako jsou úzkostné poruchy, deprese či PTSD (Hermosilla a kol., 2023).

Efektivní intervence tak může mít zásadní pozitivní dopad nejen na jednotlivce, ale i na širší komunitu. Jak uvádějí Hermosilla a kol. (2023), tento přístup je systematicky strukturovaný a zaměřený na rychlou identifikaci potřeb, vytvoření bezpečného a empatického kontaktu, posílení pocitů bezpečí, klidu, kompetence a naděje a případné nasměrování k dalším odborným službám.

Sociální opora zde funguje jako klíčový protektivní faktor podporující resilienci a pozitivní adaptaci po traumatu, což je mimořádně důležité zejména v prostředích poznamenaných konfliktem či humanitární katastrofou. Zkušenosti zdravotníků působících v Jemenu během válečného konfliktu a pandemie COVID-19 ukazují, že kombinace materiálního nedostatku a extrémní psychické zátěže vedla k výraznému nárůstu syndromu vyhoření a dalších psychických obtíží, čímž se význam sociální a organizační podpory dále potvrzuje (Islam a kol., 2022).

Analýza odborné literatury ukazuje, že psychologická zátěž pracovníků první linie představuje systematický a dlouhodobý problém humanitárních i zdravotnických intervencí. Autoři se shodují v tom, že opakovaná expozice traumatickým událostem, vysoká míra odpovědnosti a chronický pracovní stres významně zvyšují riziko rozvoje úzkostných poruch, depresí, syndromu vyhoření a sekundární traumatizace (Busch a kol., 2021; Cameron a kol., 2024).

Tyto negativní dopady přitom nejsou omezeny pouze na dobu samotného nasazení, ale často přetrvávají i po návratu do běžného života, zejména v tzv. re-entry fázi. Zároveň se však jednotlivé studie liší v interpretaci ochranných faktorů. Zatímco některé kladou důraz především na individuální resilienci a osobnostní charakteristiky pracovníků, jiné zdůrazňují klíčovou roli organizační podpory, supervize a týmové kultury (Foo a kol., 2021; Mugisha a kol., 2025). Tento rozdíl v přístupech naznačuje, že zaměření výhradně na individuální odolnost může vést k neúměrnému přenášení odpovědnosti za zvládání zátěže na samotné pracovníky, zatímco systémové faktory zůstávají opomíjeny.

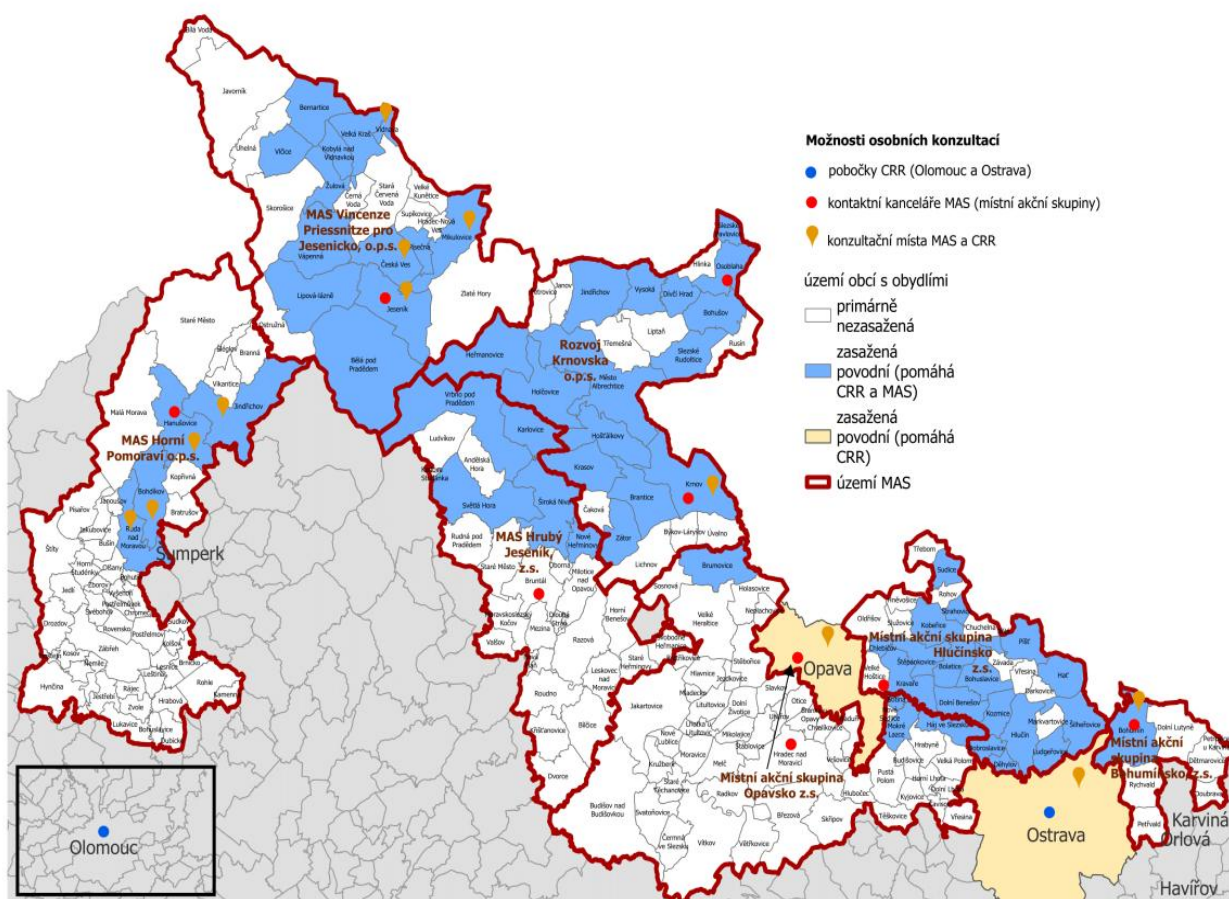
Z pohledu humanitární praxe je proto nezbytné chápat duševní zdraví pracovníků první linie nejen jako individuální otázku, ale jako strukturální a organizační problém. Nedostatečná psychosociální podpora zasahujících se totiž neprojevuje pouze na jejich osobní pohodě, ale přímo ovlivňuje kvalitu poskytované pomoci, rozhodovací procesy a udržitelnost humanitárních intervencí jako celku. Efektivní péče o duševní zdraví pracovníků by proto měla být považována za integrální součást krizového řízení, nikoli za doplňkový nebo volitelný prvek.

5 Povodně v Moravskoslezském a Olomouckém kraji v roce 2024

Tato kapitola analyzuje průběh a dopady povodňové situace, která v září 2024 zasáhla území České republiky, se specifickým zaměřením na nejkritičtější postižené oblasti, Jesenicko (Olomoucký kraj) a Opavsko (Moravskoslezský kraj). Extrémní hydrometeorologická situace v těchto regionech vytvořila specifické podmínky pro nasazení složek integrovaného záchranného systému (IZS) i následné poskytování humanitární a psychosociální pomoci.

Povodňové situaci v září 2024 předcházelo období nadprůměrných teplot, které bylo ukončeno přechodem zvlněné studené fronty a následným vlivem tlakové níže (mezinárodně označené jako Boris), která se udržovala nad střední Evropou (Český hydrometeorologický ústav, 2024). Tato synoptická situace je definována Českým hydrometeorologickým ústavem (2026) jako okamžité rozložení tlakových útvarů, vzduchových hmot a frontálních systémů nad rozsáhlým územím, obvykle nad celou Evropou a Atlantikem. To vedlo k trvalým a extrémně vydatným srážkám, které byly zesíleny návětrným efektem horských masivů (Langr a Žbánek, 2024). Zejména v oblasti Jeseníků tak dosáhly srážkové úhrny historických maxim (Český hydrometeorologický ústav, 2024). Podle dat Českého hydrometeorologického ústavu spadlo v období od 12. do 16. září v nejexponovanějších lokalitách přes 500 mm srážek, přičemž na stanici Rejvíc byl zaznamenán úhrn 517,4 mm a na stanici v Lipové-lázních dokonce 558,4 mm (Český hydrometeorologický ústav, 2024).

Tato extrémní saturace půdy v kombinaci s orografií terénu vedla k bleskovému odtoku a vzniku ničivých povodňových vln na tocích Bělé, Vidnávky a následně na řece Opavě (Český hydrometeorologický ústav, 2024). Situace na Jesenicku a Opavsku se vyvíjela s vysokou dynamikou, což kladlo extrémní nároky na krizové řízení a evakuaci ohroženého obyvatelstva (Ministerstvo vnitra, 2025).



Obr. 3: Mapa zasažených oblastí povodní 2024 (Centrum pro regionální rozvoj, 2026)

5.1 Průběh povodně a organizace psychosociální pomoci v zasažených regionech

Na Jesenícku měla povodeň charakter dravé horské bleskové povodně (tzv. flash flood), kdy rozvodněná řeka Bělá a její přítoky způsobily v noci ze 14. na 15. září rozsáhlou devastaci infrastruktury v obcích Bělá pod Pradědem, Jeseník, Česká Ves, Mikulovice a Písečná, přičemž voda zde svou obrovskou kinetickou energií nejen zaplavovala obytné domy, ale zcela ničila komunikace, mosty a inženýrské sítě (Bacho a Hlavatá, 2024).

Specifikem této horské oblasti se stala totální izolace některých sídel, zejména na Vidnavsku a Javornicku, kam bylo možné v prvních fázích proniknout pouze těžkou technikou nebo letecky, což podle dat zdravotnické záchranné služby vedlo k extrémním logistickým problémům při transportu pacientů přes neprůjezdné úseky a zkolabované sítě mobilních operátorů (Český červený kříž, 2024).

Povodňová vlna se z Jeseníků následně přesunula do nižších poloh povodí řeky Opavy, kde v Krnově a samotné Opavě kulminovala na úrovni extrémní povodně, způsobila rozsáhlé záplavy zastavěných částí měst a vedla k masivní evakuaci obyvatel z postižených sídlišť, jako jsou opavské Kateřinky (Ministerstvo pro místní rozvoj, 2024). Na rozdíl od horských oblastí zde sice měla voda menší unášecí sílu, avšak plošným zaplavením obytných prostor zasáhla mnohem větší počet obyvatel a způsobila katastrofální škody na majetku (Ministerstvo pro místní rozvoj, 2024). Vládní strategie obnovy území vyčíslila v obou regionech poškození tisíců domácností, z nichž přes 5 200 registrovaly humanitární organizace jako zaplavené přímo v obytných prostorách, a mnohé domy na Jesenicku musely být kvůli narušené statice dokonce určeny k demolici (Bacho a Hlavatá, 2024). Vedle přímých materiálních škod a dlouhodobých výpadků dodávek pitné vody, elektřiny a plynu navíc povodeň tvrdě dopadla na zranitelné skupiny obyvatel a sociálně vyloučené lokality, kde akcentovala již existující problémy včetně dluhových pastí, jež nyní kriticky komplikují následnou obnovu bydlení (Diakonie, 2024).

Organizace psychosociální podpory (PSP) představovala během zářijových povodní v roce 2024 jednu z klíčových a zároveň nejnáročnějších součástí krizového řízení. Vzhledem k plošnému rozsahu katastrofy, která postihla několik krajů současně, bylo nutné okamžitě mobilizovat kapacity psychologické služby integrovaného záchranného systému (především HZS a Policie ČR), a masivně je doplnit o síly humanitárních a neziskových organizací (Bacho a Hlavatá, 2024). Základním pilířem záchranných prací v první fázi bezprostředního ohrožení se stala evakuační střediska, z nichž jedenáct zřídil a provozoval přímo Český červený kříž za účelem poskytování nezbytné zdravotnické a psychosociální péče. S opadnutím vody se těžiště pomoci plynule přesunulo přímo do zasažených obcí, kde se klíčové humanitární organizace (Český červený kříž, Člověk v tísni, ADRA, Diakonie a Charita ČR) v zájmu prevence duplicit strategicky dohodly na geografickém rozdělení území a sjednocení pracovní metodiky (Bacho a Hlavatá, 2024).

O bezprecedentním rozsahu tohoto terénního nasazení svědčí fakt, že jen týmy zmíněných organizací uskutečnily během prvních měsíců více než 3 500 krizových intervencí pro akutně zasažené osoby, zajistily komplexní psychosociální podporu pro dalších 3 700 obyvatel a odbavily přes 6 000 hovorů na krizových linkách (Český červený kříž, 2024).

Ačkoliv byla do zasažených oblastí alokována obrovská personální a materiální síla, reálné operativní řízení těchto kapacit naráželo na řadu logistických a koordinačních překážek. Detailní reflexe těchto diametrálních regionálních rozdílů a úskalí terénní praxe vycházejí z přímých výpovědí nasazených interventů.

6 Metodologie výzkumu

Praktická část této diplomové práce je založena na kvalitativním výzkumném šetření, jehož cílem bylo zmapovat a analyzovat zkušenosti krizových interventů a pracovníků psychosociální podpory nasazených během humanitárních katastrof. Výzkum se konkrétně zaměřil na povodně v Olomouckém a Moravskoslezském kraji v roce 2024 a usiloval o hlubší porozumění rolím jednotlivých aktérů, klíčovým výzvám, jimž v terénu čelili, a jejich reflexi systémových nedostatků v organizaci psychosociální podpory.

Výzkumný design

Pro naplnění stanovených cílů byl zvolen kvalitativní výzkumný design, který umožňuje zachytit subjektivní zkušenosti aktérů a porozumět komplexním procesům, jež se odehrávají v kontextu krizových situací. Tento přístup je vhodný zejména v případech, kdy je cílem identifikovat významy, interpretace a vzorce jednání z perspektivy samotných účastníků výzkumu. Vzhledem k povaze získaných informací, tvořených textovými přepisy rozhovorů, a zaměřením práce na identifikaci klíčových témat byla jako hlavní analytická metoda zvolena tematická analýza.

Výzkumný soubor a výběr respondentů

Výzkumný soubor tvořilo celkem třináct respondentů (označených R1–R13), kteří se aktivně podíleli na poskytování psychosociální podpory nebo krizové intervence v zasažených oblastech. Výběr respondentů probíhal prostřednictvím účelového výběru (purposive sampling) s využitím techniky sněhové koule (snowball sampling). Nejprve byli osloveni klíčoví odborníci z organizací zapojených do záchranných a humanitárních prací (např. Český červený kříž, složky integrovaného záchranného systému a neziskové organizace), kteří následně doporučili další vhodné účastníky výzkumu.

Kritéria pro zařazení do výzkumu byla stanovena následovně:

1. Přímá účast na zásahu v krizové oblasti, ať už formou terénní práce nebo koordinační činnosti.
2. Role spojená s poskytováním psychosociální podpory (např. krizový intervent, peer pracovník, člen psychosociální podpory, koordinátor).
3. Ochota sdílet vlastní zkušenosti v rámci nahrávaného rozhovoru.

Respondenti pocházeli z různých profesních prostředí, zahrnujících zdravotnické záchranáře, sociální pracovníky, psychology i vyškolené dobrovolníky humanitárních jednotek. Tato profesní diverzita přispěla k názorové pluralitě a umožnila komplexnější pohled na zkoumanou problematiku.

Metody sběru dat

Sběr dat probíhal v období od října 2025 do února 2026 formou polostrukturovaných rozhovorů. Tento formát umožnil zachovat základní tematickou strukturu vycházející z výzkumných otázek a současně poskytl respondentům prostor pro otevření nových, neočekávaných témat, jako byl například vliv sociálních sítí na průběh zásahu či specifika koordinace mezi jednotlivými kraji.

Scénář rozhovorů se zaměřoval na tři hlavní oblasti, které korespondovaly s výzkumnými otázkami práce:

1. Role a kompetence, tedy konkrétní náplň práce respondentů a využívané metody (např. psychologická první pomoc, krizová intervence).
2. Výzvy a limity, s nimiž se respondenti v terénu setkávali, včetně organizačních, etických a osobních aspektů.
3. Reflexe a doporučení, zaměřené na návrhy změn a zlepšení budoucích zásahů na základě získaných zkušeností.

Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány a následně přepsány s využitím transkripčního softwaru TurboScribe.ai. Přepisy byly následně manuálně zkontrolovány a anonymizovány. Kódování probíhalo v softwaru Atlas.ti.

Metody analýzy dat

Získaná data byla analyzována metodou tematické analýzy. Analytický proces probíhal v několika na sebe navazujících fázích. Nejprve došlo k opakovanému čtení prepisů s cílem seznámit se s datovým souborem a zaznamenat prvotní analytické postřehy. Následovalo otevřené kódování, během něhož byly systematicky označovány významové jednotky v textu (např. kódy „chaos v koordinaci“, „únava“, „peer podpora“, „improvizace“).

V další fázi byly jednotlivé kódy seskupovány do širších tematických celků, například do tématu „Systémové limity“, které zahrnovalo kódy vztahující se k nedostatečné komunikaci či absenci aktuálních dat. Následně proběhla revize identifikovaných témat s cílem ověřit jejich soudržnost a vztah k celému datovému souboru, včetně rozlišení mezi rozdílnými organizačními přístupy v jednotlivých regionech. V závěrečné fázi byla témata definována, pojmenována a strukturována.

Etické aspekty výzkumu

Výzkum byl realizován v souladu s etickými standardy výzkumu. Všichni respondenti byli seznámeni s účelem práce a poskytli informovaný souhlas s účastí ve výzkumu i s nahráváním rozhovorů. Byla zajištěna plná anonymita respondentů, přičemž jejich jména byla nahrazena kódy (R1–R13) a všechny potenciálně identifikovatelné údaje byly odstraněny nebo zobecněny.

Limity výzkumu

Předkládaný výzkum má své limity. Využití techniky sněhové koule mohlo vést k určité homogenitě názorů v rámci jedné sociální sítě. Data jsou založena na subjektivních výpovědích respondentů a jejich retrospektivním hodnocení, které může být ovlivněno časovým odstupem od událostí a paměťovým zkreslením. Závěry práce se vztahují ke specifickému kontextu zkoumaných humanitárních katastrof a nelze je bez dalšího zobecňovat na všechny typy krizových situací.

7 Profesní vymezení krizového intervenanta a vztah mezi psychologickou první pomocí a krizovou intervencí

Profesionální role krizového intervenanta představuje náročnou mezioborovou disciplínu, jejíž současné pojetí dalece přesahuje rámec pouhé krátkodobé stabilizace jedince v akutním ohrožení (Myer a kol., 2014). Moderní praxe vychází z premisy, že krize nezasahuje člověka izolovaně, nýbrž kriticky destabilizuje rovnováhu a fungování celého jeho rodinného a sociálního systému (Myer a Moore, 2006). Efektivní intervence proto musí bezpodmínečně zohledňovat širší kontext a vztahovou dynamiku, neboť zasažení jednoho člena rodiny dopadá specifickým způsobem na všechny ostatní a neřešená krize může vést k úplnému rozpadu rodinného fungování (DeWolfe, 2000). Práce intervenanta tak nespočívá v pouhém mechanickém hašení bezprostředních symptomů, ale v hlubokém porozumění podmínkám, které situaci klienta dlouhodobě formují (Sýkorová, 2025).

Jelikož je krize definována jako stav, kdy environmentální požadavky fatálně převyšují dostupné zdroje jedince, stává se hlavním cílem intervence vedle okamžité úlevy především cílená mobilizace kapacit pro úspěšnou dlouhodobou adaptaci (Boss, 2002; Cacciatore a kol., 2011).

Ačkoliv je pro úspěšnou intervenci u osob s duševním onemocněním či kriminální anamnézou naprosto stěžejní navázání důvěrného vztahu, samotná individuální klinická práce v terénu zcela selhává bez robustní mezioborové koordinace (Leenaars, 1994; Angell a kol., 2014). Praxe ukazuje, že se krizová péče často odehrává na exponovaném pomezí trestní justice a systému duševního zdraví, kde roli pomyslných „pouličních psychologů“ a hlavní vstupní brány do systému pomoci plní zasahující policisté (Lord a kol., 2011). Pokud však nedojde k jejich efektivnímu propojení s následnou péčí a k důslednému celosystémovému sdílení dat, krizové stavy klientů se cyklicky opakují a dochází ke zbytečné kriminalizaci zranitelných osob (Cacciatore a kol., 2011; Epperson a kol., 2014b; Wood a Beierschmitt, 2014; Marcus a Stergiopoulos, 2022).

Tento navázaný mezioborový přístup je kriticky důležitý zejména při práci s traumatem u osob ve výkonu trestu, u nichž se devastační dopady neléčených zkušeností často manifestují formou impulzivity a emoční dysregulace (neschopnosti efektivně řídit nebo kontrolovat intenzivní emoce), což bývá bez znalosti kontextu mylně redukováno pouze na kriminální chování (Ruzich a kol., 2014; Epperson a kol., 2014b). Úkolem pomáhajících profesionálů je tak nejprve vytvořit striktně bezpečné klima zamezující další retraumatizaci (Ruzich a kol., 2014), avšak úspěšná dlouhodobá stabilizace a reintegrace jedince do společnosti ve výsledku nestojí pouze na formální intervenci, ale především na kvalitě sociální opory, neboť právě funkční vztahy představují nejsilnější ochranný faktor proti stresu a kriminální recidivě (Pettus-Davis, 2014).

Specifickou výzvu terénní praxe představuje práce s rizikovým chováním pod tlakem takzvaného „krizového času“, který zcela vylučuje pomalou racionální analýzu (Smith, 2014). V těchto exponovaných situacích je absolutní prioritou včasná deeskalace počátečního neklidu a saturace pocitu bezpečí, neboť snaha o předčasné konstruktivní řešení či dokonce aplikace fyzických omezovacích prostředků může u traumatizovaných osob paradoxně vyvolat masivní nárůst agrese (McMains a Lanceley, 2003; Couvillon a kol., 2018; Stevenson a kol., 2019). Úspěšná intervence tak striktně závisí na správném situačním načasování – k pragmatickému řešení klientových problémů lze bezpečně přistoupit až po jeho úplném emočním zklidnění (McMains a Lanceley, 2003).

Globální katastrofy typu pandemie COVID-19 vyžadují transformaci krizové intervence do flexibilních, víceúrovňových systémů integrujících telekomunikační nástroje (Zhang a kol., 2020). Role intervenanta v rozvráceném prostředí dalece přesahuje běžnou psychickou oporu; stává se z něj komplexní koordinátor péče a manažer rizik, který stabilizuje klienta a brání chronifikaci jeho problémů (tj. jejich přechodu do dlouhodobé, chronické podoby) (Epperson a kol., 2014a; Myer a kol., 2014).

Terénní praxe přitom dokazuje, že rigidní lpění na teoretických postupech je v krizových situacích kontraproduktivní (Jacobs a kol., 2016). Skutečná efektivita zásahu tak nestojí na dogmatickém uplatňování manuálů, ale bezpodmínečně vyžaduje emoční zralost, bleskovou situační orientaci a kreativní flexibilitu pro adaptaci na nepředvídatelné podmínky (James a Gilliland, 2007; Jacobs a kol., 2016).

Specifickou a mimořádně psychicky náročnou dimenzi terénní praxe představuje práce s vinou a přímá intervence u původců krizových událostí (R5, R8, R9, R11). Zatímco kontakt s obětí přirozeně evokuje empatii, podpora viníka vyžaduje od krizového intervenanta absolutní profesionalitu, striktně nehodnotící postoj a schopnost důsledně oddělit spáchaný čin od samotné lidské bytosti. Tento vysoce exponovaný kontakt klade enormní nároky na etickou integritu pracovníka, který v terénu nemůže fungovat pouze jako mechanický „technik na krize“, ale musí být schopen hluboké sebereflexe, respektování kulturního kontextu a včasného přiznání vlastních limitů. Kritická náročnost těchto intervencí tak znovu jasně prokazuje, že bez systematické péče o duševní zdraví samotných zasahujících nevyhnutelně narůstá riziko sekundární traumatizace a syndromu vyhoření, což ve výsledku fatálně snižuje celkovou kvalitu a bezpečnost poskytované pomoci.

Profesní profil krizového intervenanta postrádá v odborné literatuře jednotnou definici, neboť jeho reálné kompetence a náplň práce jsou primárně determinovány povahou a rozsahem konkrétní události. Ačkoliv normativní teoretické modely často striktně oddělují specializovanou péči expertů (DMH) od základní komunitní psychologické první pomoci (CBPFA), terénní praxe u hromadných katastrof tyto umělé hranice zcela stírá a nutí pracovníky k dynamickému přebírání komplexnějších a koordinačních rolí (Jacobs a kol., 2016; R1–R7). Fundamentálním východiskem tohoto přístupu je přitom důsledné odlišení od klasické psychoterapie – cílem zásahu totiž není hloubková osobnostní změna, ale výhradně okamžitá stabilizace klienta a pragmatické řešení problému „tady a teď“ (Leenaars, 1994; Kılıç a Şimşek, 2018). V extrémních situacích s vysokou mírou letality, jakými jsou například akutní suicidální stavy, se tento cíl radikálně redukuje na naprostý základ, kterým je holé udržení člověka naživu (Leenaars, 1994).

Vzhledem ke kritickému časovému tlaku se tak nejúčinnějším nástrojem intervenanta stává schopnost bleskové saturace základního pocitu bezpečí, rychlé navázání podpůrného kontaktu a okamžitá redukce vnímaného ohrožení (Hobfoll a kol., 2007; Ramirez a kol., 2013).

Data z terénu potvrzují, že k dosažení této okamžité stabilizace není primárně určující dogmatická aplikace strukturovaných metodických technik, nýbrž schopnost rychlého navázání bezpečného a důvěrného vztahu, takzvaného rapportu (R1–R13). Klíčem k efektivní práci se zasaženými je projevení autentické lidské blízkosti a aktivní, striktně nesoudící naslouchání, přičemž v krizové komunikaci nesmí existovat absolutně žádný prostor pro hostilitu, sarkasmus či jakýkoliv hodnotící přístup (Leenaars, 1994; McMains a Lanceley, 2003). Samotná terénní praxe totiž jednoznačně dokládá, že už jen pouhé poskytnutí bezpečného prostoru pro sdílení traumatického prožitku, spojené s plnou pozorností a validací emocí ze strany intervenanta, vede k okamžitému a viditelnému snížení klientského napětí, a to zcela bez nutnosti nasazení dalších složitých intervenčních nástrojů (Tetterton a Farnsworth, 2011; Gudde a kol., 2013; R1–R13).

Dzik (1976) upozorňuje, že intervent by neměl vystupovat z pozice „kritického rodiče“, který klienta kritizuje či hodnotí, ale měl by být schopen reagovat na „vystrašené dítě“ v klientovi uklidněním a následně podporovat aktivaci jeho dospělé, racionální složky. Praktické zkušenosti respondentů tuto perspektivu potvrzují. Opakovaně se objevuje snaha vyhnout se direktivnímu či moralizujícímu přístupu, který byl vnímán jako kontraproduktivní a vedoucí k uzavření klienta. Naopak respektující a uklidňující přístup, jenž umožnil klientovi postupně převzít kontrolu nad situací, byl považován za efektivnější (R1 – R8).

Zcela primárním úkolem tvořícím profesní profil krizového intervenanta je přitom zajištění bezprostředního fyzického i emocionálního bezpečí a následná stabilizace klienta (Brymer a kol., 2006; Hobfoll a kol., 2007). Tohoto cíle, spočívajícího v základní orientaci a snížení akutního stresu, je v praxi dosahováno prostřednictvím klidné komunikace, jasného strukturování rozhovoru a normalizace prožívaných reakcí (Kılıç a Şimşek, 2018; R1–R13).

Hned se stabilizací, a často souběžně s ní, probíhá sběr informací a rychlá diagnostika. V podmínkách časového tlaku a akutního stresu není prostor pro složité rozbor, ale jde o to, rychle poznat rozdíl mezi tím, když je člověk „jen“ subjektivně vyděšený, a kdy mu hrozí reálné nebezpečí. Je to přesně ta pragmatická diagnostika, o které píše Leenaars (1994) – je nutné umět okamžitě vyhodnotit riziko a situaci. Respondenti (R2, R3 a R6) potvrdili, že se rozhodovali hlavně situačně a prakticky.

Nedílnou součástí krizové intervence je aktivní propojení klienta s jeho přirozeným sociálním prostředím. Intervent zde plní roli průvodce, který zasažené osoby cíleně napojuje na rodinu, komunitu či další odborné služby, neboť efektivní stabilizace musí plynule přecházet v zajištění návazné péče (Hobfoll a kol., 2007; Ramirez a kol., 2013; R1, R2, R5). Současná krizová intervence se významně zaměřuje na resilienci. Respondenti popisovali, jak se snaží lidem vrátit víru ve vlastní schopnosti, aby se necítili tak bezmocní. Často stačí málo – třeba je zapojit do rozhodování i o drobnostech nebo jim připomenout, co těžkého už v životě zvládli. I tyto malé kroky je dokážou výrazně uklidnit a stabilizovat. To přesně odpovídá moderním modelům, které staví na pocitu bezpečí a naději (Shultz a Forbes, 2014; Frankova a kol., 2022).

Profesní profil krizového intervenanta představuje vysoce dynamický konstrukt, který nezbytně kombinuje expertní dovednosti s lidskou empatií a schopností bleskového situačního rozhodování (Smith, 2014). Na rozdíl od základní psychologické první pomoci, kterou mohou po adekvátním zácviku poskytovat i laici, vyžaduje profesionální krizová intervence systematické vzdělávání, neboť izolované krátkodobé kurzy jsou pro náročnou praxi zcela nedostačující (Dieljtens a kol., 2014; Shultz a Forbes, 2014). Profesionalizace oboru a prevence vyhoření se proto neobejdou bez kontinuálního výcviku a nezastupitelného systému peer podpory, jenž v terénu funguje jako primární nástroj péče o zasahující profesionály (Everly, 2020; Jacobs a kol., 2016; Cameron a kol., 2024; R1–R13). Význam této podpory navíc kriticky narůstá s vlivem moderních stresorů, zejména sociálních sítí, jejichž dezinformační tlak enormně zvyšuje psychickou zátěž všech zúčastněných a komplikuje dynamiku zásahu (Taylor a kol., 2012; R3, R4, R6, R7).

Efektivní terénní působení tak ve výsledku nestojí pouze na formální odbornosti, ale především na flexibilitě, schopnosti okamžité adaptace na proměnlivé podmínky „tady a teď“ a na důsledném respektování vlastních psychofyzických limitů (Smith, 2014; R1–R13).

V současné humanitární praxi i odborném diskurzu dochází k terminologickému a kompetenčnímu prolínání pojmů Psychologické první pomoci (PFA) nebo také někdy Psychosociální podpory (PSP) a Krizové intervence (KI). Ačkoliv tyto přístupy směřují ke stabilizaci jedince zasaženého mimořádnou událostí, literatura i data z terénu poukazují na rozdíly v jejich struktuře, hloubce intervence a požadované kvalifikaci (Shultz a Forbes, 2014).

Psychologická první pomoc (PFA) je mezinárodními organizacemi definována jako podpůrná a praktická reakce na člověka v utrpení (WHO, 2011). Její pojetí vychází z pěti teoretických rámců, které podporují zotavení po traumatu, pocit bezpečí, uklidnění, sounáležitost, vlastní účinnost a naději (Hobfoll a kol., 2007). PFA není formou terapie ani diagnostiky, ale souborem dovedností zaměřených na snížení prvotního distresu a zajištění základních potřeb (Vernberg a kol., 2008). Jak uvádí Everly a kol. (2014), vztah PFA k psychoterapii lze přirovnat ke vztahu fyzické první pomoci – jde o okamžité „ošetření“, které nevyžaduje dlouholeté odborné vzdělání, a které mohou po adekvátním zaškolení poskytovat i laici, dobrovolníci či pracovníci první linie (Dieltsjens a kol., 2014).

Krizová intervence (KI) představuje specifickou odbornou metodu určenou pro práci s jedinci, jejichž obranné mechanismy a copingové strategie zcela selhaly (James a Gilliland, 2012). Jejím cílem není pouhý podpůrný rozhovor, nýbrž vysoce strukturovaný proces směřující k okamžitému obnovení psychické rovnováhy, snížení kognitivní a emoční dezorganizace a prevenci maladaptivního chování (Roberts a Ottens, 2005). Odborná praxe nicméně čelí nebezpečnému trendu záměny tohoto přístupu s psychologickou první pomocí (PFA), kdy jsou pracovníci vybaveni pouze základním kurzem plošně označovani za „krizové interventy“ (R10; R12).

Tato terminologická a kompetenční nepřesnost prokazatelně vede k situacím, kdy nedostatečně kvalifikovaný personál vstupuje do hloubkové práce s traumatem, čímž enormně zvyšuje riziko poškození klienta i vlastní sekundární traumatizace (Bisson a Lewis, 2009; R12). Zatímco PFA je koncipována jako laicky i komunitně využitelná metoda zaměřená na fázi bezprostředně po události s využitím základních principů „Look, Listen, Link“ (WHO, 2011; Everly a kol., 2014), odborná krizová intervence řeší mnohem komplexnější psychopatologické fenomény, jakými jsou akutní suicidální tendence či hluboká práce s pocitem viny (Leenaars, 1994; Sýkorová, 2025; R10).

Efektivní systém psychosociální podpory proto musí obě roviny péče striktně rozlišovat, přičemž PFA plní roli široce dostupné „první linie“ pomoci, zatímco krizová intervence zůstává vysoce specializovanou péčí vyhrazenou pro úzce indikované a nejzávažnější případy (IASC, 2007; Blevins a kol., 2014).

8 Poskytování psychosociální podpory v Moravskoslezském a Olomouckém kraji

Práce krizových interventů v terénu se odehrává v dynamickém a často nepředvídatelném prostředí, které klade mimořádné nároky na profesionalitu, adaptabilitu a psychickou odolnost pracovníků. Analýza odborné literatury v kombinaci s informacemi z polostrukturovaných rozhovorů s krizovými interventy ukazuje, že limity této práce nelze chápat izolovaně, ale jako vzájemně provázaný systém strukturálních, metodologických a individuálních faktorů. Respondenti přitom zdůrazňují, že práce v terénu je charakterizována vysokou mírou nejistoty, kterou nelze zcela eliminovat ani při kvalitní přípravě (R5 a R6).

Povodně v září 2024, způsobené tlakovou níží Boris, zasáhly s mimořádnou intenzitou především Olomoucký kraj (OLK) a Moravskoslezský kraj (MSK). Ačkoliv byl v obou krajích vyhlášen stav nebezpečí a aktivován krizový řídicí systém, kvalitativní analýza rozhovorů s aktéry pomoci i oficiálních zpráv odhaluje odlišné přístupy ke koordinaci, nasazení sil a organizaci psychosociální podpory. Tato kapitola analyzuje klíčové rozdíly v řízení humanitární a intervenční pomoci v těchto dvou regionech.

Zásadní rozdíl v počáteční reakci na krizovou situaci vycházel z odlišné kapacity a připravenosti místních složek v „mírových dobách“. Moravskoslezský kraj těžil z historicky silnější institucionální základny. V Moravskoslezském kraji existuje etablovaná síť spolupráce mezi Hasičským záchranným sborem (HZS), neziskovými organizacemi (ADRA, Charita, Český červený kříž) a Krizovým centrem Ostrava, které funguje v nepřetržitém režimu. Tato síť aktérů se v kraji pravidelně schází a zná, což usnadnilo komunikaci na strategické úrovni (R6).

Do tohoto fungujícího ekosystému však vnášely specifickou dynamiku organizace, které v regionu nejsou trvale ukotveny. R6 explicitně upozorňuje na problematiku zapojení organizace Člověk v tísni v Moravskoslezském kraji. Ačkoliv jde o renomovanou organizaci, v kontextu Moravskoslezského kraje docházelo v koordinaci k určitým třecím plochám.

Důvodem nebyly nedostatečné kompetence, ale fakt, že Člověk v tísni není v tomto kraji historicky etablovaný, neúčastní se pravidelných krajských cvičení a setkání IZS a neziskového sektoru, na rozdíl například od severozápadních Čech, kde má silnou pozici. Jeho pracovníci tak vstupovali do prostředí, kde neměli vybudované osobní vazby, což v krizovém řízení, které je v Moravskoslezském kraji postaveno na znalosti místních poměrů a lidí, představovalo bariéru (R6).

Naproti tomu v Olomouckém kraji, specificky v oblasti Jesenicka, byla místní kapacita humanitárních organizací, jako je Český červený kříž (ČČK), limitovaná. Zatímco Moravskoslezský kraj disponuje pěti oblastními spolky ČČK, z nichž tři jsou vysoce aktivní, Olomoucký kraj měl v době krize k dispozici fakticky pouze kapacity spolku v Olomouci, neboť druhý spolek nebyl v té době dostatečně aktivní. To vedlo k přetížení olomoucké centrály a nutnosti povolávat posily z jiných krajů (R10).

Koordinace v Olomouckém kraji, zejména na Jesenicku, byla respondenty hodnocena jako vysoce strukturovaná. Řízení zásahu bylo charakterizováno jasně definovanou hierarchií velení, často pod vedením vojenských psychologů nebo složek Hasičského záchranného sboru. Koordinaci psychosociální podpory na místě přebírali vojenští psychologové a psychologové z HZS, kteří nastavili jasný systém a veleli i týmům ČČK (R1; R4). Interventi byli pravidelně seznamováni s konkrétními úkoly a lokalitami již na začátku dne, což jim umožňovalo cílenou a efektivní práci v terénu.

Systém práce byl založen na datech. Humanitární pracovníci (Člověk v Tísni, ADRA, Charita, ČČK) prováděli v první linii sběr dat a monitorování potřeb. Na základě těchto dat vznikaly seznamy nejvíce zasažených osob, ke kterým byli následně cíleně vysíláni krizoví interveni. Tento postup umožnil provádět hloubkovou krizovou intervenci v rozsahu desítek minut až hodin u konkrétních osob (R4). Spolupráce mezi složkami byla v prvním týdnu hodnocena jako nadstandardní, s jasným vymezením rolí a respektem k odbornosti interventů (R2, R3, R4). Nedílnou součástí tohoto modelu byla systematická zpětná vazba v podobě povinných debriefingů či defusingů po návratu z terénu, které sloužily jak k profesní reflexi, tak k ochraně duševního zdraví zasahujících pracovníků.

Zároveň byl v tomto prostředí patrný respekt k odborné roli krizových interventů, kteří byli využíváni primárně k poskytování specializované psychosociální podpory. Tento přístup R4 hodnotil velmi pozitivně slovy: „*V Olomouci to bylo nadstandardní, věděli jsme, kdo nás povolává, co se od nás čeká. Každý den byl debriefing*“. Nicméně pohled z vyšší úrovně řízení R11 tento „ideální stav“ zasazuje do kontextu fungování Českého červeného kříže v oblasti. V Olomouckém kraji jsou pouze dva spolky ČČK, z toho jeden méně aktivní. To vedlo k tomu, že se muselo čekat na externí posily z řad ČČK z celé republiky. R11 kriticky podotkl, že oblastní spolek Olomouc „*přecenil své síly*“ a o pomoc si mohl říct dříve. To, co řadoví interveni vnímali jako skvělou koordinaci, bylo tedy vykoupeno pomalejším rozjezdem a závislostí na externích zdrojích.

Při interpretaci rozdílů mezi koordinací v Olomouckém kraji a v Moravskoslezském kraji je nutné zohlednit i faktor, který zmínil R12 – a to geografický rozsah katastrofy. Zatímco Jesenicko představovalo koncentrovanou oblast s masivní devastací na malém území, což přirozeně centralizuje i pomoc, Moravskoslezský kraj čelil problému „*prostorové roztříštěnosti*“. Týmy zde musely pokrývat obrovské území, což v praxi znamenalo, že interveni trávili i hodinu a půl na cestě k místu zásahu. R12 upozornil, že právě tato rozlehlost a difuznost postižení vedla k tomu, že některé obce zůstaly i deset dní bez psychosociální podpory, protože v tom „*velkém prostoru*“ prostě propadly sítím. To, co bylo vnímáno jako „*organizační chaos*“, tak bylo do značné míry způsobeno extrémní logistickou náročností koordinace tak velkého a geograficky členitého území.

V Moravskoslezském kraji, ačkoliv strategická komunikace mezi složkami IZS na krajské úrovni fungovala dobře, byla koordinace dobrovolnických a psychosociálních týmů v terénu některými aktéry vnímána jako chaotická. Někteří respondenti tento styl řízení označovali za selhání (R4, R10). Tento model byl charakteristický vysokou mírou improvizace a přetížením koordinačních kapacit, kdy řízení zásahu často spočívalo na jediné osobě bez adekvátního zastoupení, což vedlo k informačním prodlevám a vzniku tzv. úzkých hrdel v toku informací. V některých fázích chyběla zpětná vazba (debriefing) pro zasahující týmy (R4, R2, R5).

Na rozdíl od Olomouckého kraje, kde se jezdilo „na jistotu“ za indikovanými případy, byly týmy v Moravskoslezském kraji často vysílány do oblastí bez předchozích dat. Významným problémem byla rovněž nejasnost rolí, kdy kvalifikovaní krizoví intervenenti byli opakovaně využíváni převážně k sociálnímu monitoringu namísto odborné krizové intervence, což u nich vyvolávalo frustraci a pocit neefektivního využití odborných kompetencí. Tuto zkušenost R4 shrnul následovně: „*V podstatě to byl takový ostravský punk, nemělo to hlavu a patu a měl jsem pocit, že v 90 % dělám sociální monitoring, a nikoliv krizovou intervencí*“. Tento chaos měl však podle R11 strukturální příčinu. Moravskoslezský kraj měl na rozdíl od Olomouckého kraje k dispozici pět silných a aktivních místních spolků. Do terénu se tak okamžitě vrhlo obrovské množství místních lidí a dobrovolníků.

Koordinace takového množství autonomních týmů byla logisticky mnohem náročnější než řízení několika externích jednotek na Jesenicku. R11 vysvětluje, že „*chaos*“ v koordinaci nebyl nutně selháním systému, ale spíše důsledkem živelného a masivního nasazení vlastních kapacit, které jeden koordinátor nemohl stíhat efektivně řídit. Zároveň se zde projevila odlišná strategie HZS v tomto kraji, která kladla důraz na rychlé plošné pokrytí území, což vedlo ke zmíněnému využívání interventů na monitoring. Na druhou stranu, systém psychosociální intervenční služby (SPIS) koordinovaný garantem pro tuto oblast fungoval efektivně ve spolupráci s profesionálními složkami, kde byla role interventů jasněji ukotvena (R9). Podle oficiálních dat se v Moravskoslezském kraji do pomoci zapojilo 13 krizových interventů SPIS a proběhlo zde také 21 skupinových ošetření pro zasahující pracovníky a dobrovolníky (Systém psychosociální intervenční služby, 2024).

Pohled na problematickou koordinaci v Moravskoslezském kraji však není jednoznačný. Zatímco řadoví intervenenti vnímali situaci jako selhání řízení, z perspektivy R10 byly příčiny tohoto stavu komplexnější a spočívaly i v nekázní samotných aktérů v terénu. R10 identifikoval jako zásadní destabilizační prvek výskyt tzv. „*kvazi-interventů*“. Jednalo se o jednotlivce bez jasného institucionálního ukotvení a ověřitelné kvalifikace, kteří vstupovali do zasažených obcí nekoordinovaně a „poskytovali pomoc“ bez vědomí velení, což znemožňovalo efektivní řízení sil a prostředků.

Další komplikaci představoval nesoulad v očekáváních mezi velením a některými neziskovými organizacemi. R10 uvedl, že zatímco složky IZS (hasiči, policie) plnily zadání přesně, u některých neziskových týmů docházelo k svévolnému měnění úkolů. Ačkoliv byl strategickým cílem rychlý plošný monitoring potřeb v určených ulicích, tyto týmy se často „zasekly“ u poskytování dlouhých individuálních intervencí, čímž nesplnily zadaný úkol zmapovat území. Tento rozpor mezi strategickou potřebou (data) a terénní praxí (terapie) tak výrazně přispíval k celkovému dojmu chaosu a neefektivity.

Zásadním rozdílem mezi kraji byla metodika nasazení interventů. V Olomouckém kraji byl nedostatek místních specialistů, který byl kompenzován masivním povoláním posil z jiných krajů a centrálním řízením (R3). Intervence byly cílené a reagovaly na akutní stresové reakce a ztrátu domova. Díky jasnému velení ze strany HZS a armády měli interveni pocit bezpečí a jasného zadání (R4). V Moravskoslezském kraji docházelo k situacím, kdy se v terénu objevovalo množství nelegitimních poskytovatelů krizové intervence bez příslušnosti k organizacím, což komplikovalo koordinaci. R9 upozornil na nutnost centralizace, protože neziskové organizace posílaly do terénu každý den jiné týmy s rozdílnou úrovní výcviku, což ztěžovalo kontinuitu péče. V Moravskoslezském kraji převládaly spíše podpůrné hovory a informační servis než hloubková krizová intervence, částečně i proto, že koordinace dobrovolníků ČČK a dalších organizací nebyla v první fázi dostatečně propojena s potřebami v terénu tak, jako tomu bylo v Olomouckém kraji (R4).

Ačkoliv Moravskoslezský kraj zpočátku těžil z robustní sítě místních organizací, koordinace masivního množství dobrovolníků na rozlehlém území zde v kritické fázi selhávala, což vyústilo v nepřehledné terénní řízení (R4, R11, R12). Olomoucký kraj sice disponoval podstatně menšími vlastními kapacitami, avšak díky striktně centralizovanému velení armády a hasičů dokázal efektivně a cíleně integrovat externí zdroje (R3, R4, R11). Závažným celosystémovým problémem se napříč oběma regiony stalo duplicitní povolávání pracovníků, jež v praxi vedlo k takzvanému „vykrádání“ kapacit a organizačním zmatkům.

Zamezení tohoto jevu vyžaduje důsledné uplatňování principu subsidiarity, kdy se podpora z centrální úrovně eskaluje výhradně až po absolutním vyčerpání lokálních sil (R13). Terénní praxe tak jednoznačně demonstruje nutnost užšího strategického propojení neziskového sektoru se složkami integrovaného záchranného systému a bezpodmínečnou potřebu standardizace přípravy interventů. Pouze tento jednotný přístup dokáže zabránit výskytu neřízených kvazi-interventů a kritickým rozdílům v kvalitě poskytované péče (R3, R9, R10, R12).

9 Výsledky

Zásadní systémovou bariéru terénní krizové péče představuje nestabilní grantové financování, jež prokazatelně narušuje důvěru komunit, generuje chronický nedostatek kvalifikovaných interventů, vynucuje zkracování klientského času a vede k neudržitelnému přetěžování dobrovolníků s vysokým rizikem vyhoření (Silove a kol., 2017; Nemiro a kol., 2022; Cameron a kol., 2024; R2, R6). Vedle těchto personálně-finančních deficitů determinuje úspěch zásahu především samotná úroveň terénní organizace. Empirická data dokládají, že absence strukturovaného velení otevírá prostor pro nebezpečnou improvizaci, výskyt nekoordinovaných kvazi-interventů se spásitelským komplexem i svévolné nedodržování zadaných monitorovacích úkolů ze strany některých neziskových organizací (Tol a kol., 2023; Cherepanov, 2022; R9). Úspěšnost celého nasazení tak nestojí pouze na teoretických plánech či delegování úkolů, ale bezpodmínečně vyžaduje striktní dodržování kompetencí a pevnou terénní disciplínu všech zúčastněných aktérů (Alemi a kol., 2023; Bou-Orm a kol., 2023; R9).

Kritickým strukturálním limitem snižujícím celkovou efektivitu humanitárních zásahů je chronická mezisektorová roztříštěnost a slabé institucionální propojení krizové intervence se zdravotními a sociálními systémy (Tol a kol., 2023; Dauber a kol., 2017). V podmínkách plošných katastrof vede tato fragmentace k nejasnému vymezení kompetencí napříč organizacemi, což u zasahujících pracovníků prokazatelně generuje silnou profesní frustraci a zapříčiňuje neefektivní alokaci omezených lidských zdrojů (Kirst a kol., 2015; R4). Na tuto institucionální bariéru přímo navazuje dysfunkční správa terénních dat. Kvůli naprosté nepropojenosti informačních systémů jednotlivých aktérů je plošný sběr citlivých údajů často redukován na pouhou administrativní zátěž bez reálného přesahu do dlouhodobé péče (Blevins a kol., 2014). V praxi tak dochází k silně demotivujícím situacím, kdy humanitární týmy sice zmapují kritické potřeby zasažených domácností, avšak pro absenci centrálního analytického aparátu zůstávají tyto cenné informace nevyužity, čímž dochází k hrubému narušení kontinuity péče (R1).

Eliminace tohoto informačního deficitu a zajištění plynulé trajektorie klienta systémem tak bezpodmínečně vyžaduje zavedení jednotných sdílených monitorovacích nástrojů napříč celým neziskovým a záchranným sektorem (R3).

Vzhledem k všudypřítomné časové kompresi a nepředvídatelnosti krizového terénu se pro zasahující interveny stává zcela zásadní kompetencí schopnost okamžité situační triáže. Pracovník musí umět bleskově a správně vyhodnotit, kdy k bezpečnému ukotvení klienta plně postačuje poskytnutí základní psychologické první pomoci, a kdy již závažnost stavu nekompromisně vyžaduje hloubkovou intervenci či předání do specializované odborné péče (R3). Pokud v takto dynamickém prostředí definitivně selhávají zavedené standardní protokoly a nelze se o ně dále opřít, terénní praxe jednoznačně legitimizuje využití cílené improvizace. Ta za těchto extrémních okolností nepředstavuje selhání profesionality, nýbrž naopak slouží jako nezbytný, vysoce funkční a expertní nástroj krizového řízení, který nastupuje přesně v okamžiku, kdy teoretické poučky narážejí na své limity (R6).

Efektivita krizové intervence je úzce podmíněna respektováním specifík jednotlivých cílových skupin a důslednou kulturní i kontextuální adaptací poskytované péče (Schwartz a kol., 2022; Alemi a kol., 2023; Tol a kol., 2011). Závažnost krizové situace totiž nelze objektivizovat vnější optikou zasahujícího profesionála, neboť její dopad je vždy striktně determinován subjektivním prožíváním konkrétního klienta (R6). Stejně tak je nezbytné aplikovat vývojovou perspektivu a flexibilně modifikovat komunikační strategie při práci s odlišnými demografickými skupinami, ať už jde o děti, seniory či osoby ve specifických manažerských pozicích (Pynoos a Nader, 1988; R3; R5).

Vysoká intenzita terénní práce s sebou zároveň nese enormní riziko pro duševní zdraví samotných interventů, kteří jsou bez adekvátní ochrany vystaveni hrozbě sekundární traumatizace, únavy ze soucitu (compassion fatigue) a syndromu vyhoření (Figley, 2002; Diop a kol., 2022; Cameron a kol., 2024).

Specifickým, avšak v literatuře často opomíjeným stresorem je samotná manažerská odpovědnost za vedení zasahujících týmů, která prokazatelně generuje masivní psychické i fyzické vyčerpání (Mugisha a kol., 2025; R4). Kritickým a vysoce rizikovým momentem se navíc stává samotné ukončení mise, kdy pracovníci po opadnutí akutního adrenalinu čelí fenoménu náhlé prázdnoty a pocitům odcizení v rámci takzvané re-entry fáze (Cherepanov, 2022; R6). Eliminace těchto dopadů a bezpečný návrat do běžného života proto nevyžaduje pouze jednorázový odpočinek, ale bezpodmínečně závisí na funkčním systému peer podpory, systematickém debriefingu a postupné, nikoliv skokové reintegraci (Brooks a kol., 2015; R3; R5).

Ačkoliv moderní digitální nástroje a online platformy vykazují značný potenciál pro plošné zvýšení dostupnosti psychosociální podpory, empirická data jednoznačně dokládají, že primární překážky efektivní krizové intervence nespočívají v technologických limitech ani v individuálních selháních samotných pracovníků, nýbrž ve strukturálním a organizačním nastavení celého systému (Andersson a Titov, 2014; Frankova a kol., 2022). Identifikované terénní bariéry nelze dlouhodobě kompenzovat pouze osobním nasazením a heroickými výkony jednotlivců, neboť takový přístup vede k nevyhnutelnému vyčerpání lidských kapacit (Cameron a kol., 2024).

Reálná praxe naopak prokazuje, že negativní dopady těchto systémových nedostatků lze efektivně zmírňovat výhradně prostřednictvím vysoce kvalitní institucionální přípravy, důrazu na budování autentického vztahu a systematického kontinuálního vzdělávání (Bemme a Kirmayer, 2020; Tol a kol., 2023). Naprostou a bezpodmínečnou nutností pro udržení dlouhodobé akceschopnosti humanitární sítě se tak stává důsledná organizační péče o duševní zdraví samotných zasahujících, jež musí tvořit pevnou a integrální součást krizového řízení (Aldamman a kol., 2019; R1–R13).

9.1 Systémové a praktické implikace: implementace služeb, podpora pracovníků a doporučení

Klíčovým předpokladem pro zefektivnění terénní krizové intervence a psychosociální podpory je schopnost kriticky reflektovat dosavadní praxi a systematicky transformovat empirická zjištění do budoucích strategických rámců. Syntéza odborné literatury a kvalitativních dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů se zasahujícími profesionály a dobrovolníky (R1–R13) odhaluje hluboký rozpor mezi ideálními teoretickými modely a syrovou realitou humanitárních krizí (Tol a kol., 2011). Tento implementační deficit ukazuje na zásadní strukturální a organizační limity stávajícího systému, jež mají prokazatelně devastující dopad ve dvou provázaných rovinách: radikálně snižují kvalitu a dostupnost péče pro zasažené obyvatelstvo a současně extrémním způsobem ohrožují duševní zdraví samotných pomáhajících (Brooks a kol., 2015; Cameron a kol., 2024).

Následující kapitola propojuje teoretická východiska s reálnými výpověďmi z terénu a formuluje konkrétní doporučení pro optimalizaci budoucích krizových zásahů. Terénní praxe prokazatelně naráží na limity rigidních modelů, neboť v akutní fázi katastrofy zcela chybí prostor pro racionální aplikaci naučených manuálů a efektivní reakce vychází spíše z automatizované „svalové paměti“, což striktně vyžaduje výcvik postavený na intenzivních simulacích (Smith, 2014; R2, R4, R7). Omezená efektivita teoretických konceptů se projevuje i u psychologické první pomoci (PFA), jež sice slouží k počáteční stabilizaci klienta, avšak empirická data i rozsáhlé systematické přehledy kriticky upozorňují na alarmující nedostatek důkazů o jejím dlouhodobém klinickém efektu (Dieljtens a kol., 2014; Hermosilla a kol., 2023; R1). Vedle limitů samotných intervenčních metod představuje zcela kritický systémový problém také vyhasínání dovedností (skill fade) u zasahujících dobrovolníků v obdobích klidu. Aby formálně kvalifikované týmy při ostrém nasazení fatálně neselhaly, nesmí vzdělávací systém končit pouhou certifikací, ale musí bezpodmínečně zahrnovat pravidelné udržovací výcviky (Everly a kol., 2014; R12, R13).

Ačkoliv strategie přenosu kompetencí (task-shifting) efektivně rozšiřuje dostupnost psychosociální péče (Alemi a kol., 2023; Bou-Orm a kol., 2023), její úspěch bezpodmínečně vyžaduje transparentní vymezení rolí a robustní organizační oporu (Cohen a Yaeger, 2021). Empirická data totiž dokládají, že primárním spouštěčem vyhoření není samotná expozice traumatu, nýbrž strukturální selhání a rolová nejasnost, zatímco adekvátní peer podpora a supervize prokazatelně brání sekundární traumatizaci (Cardozo a kol., 2012; Thormar a kol., 2013; Jachens a Houdmont, 2019; R2, R4, R5, R7). Neudržitelnost izolovaných a chaoticky řízených zásahů tak jednoznačně prokazuje nutnost paradigmatického posunu. Organizace krizové intervence musí opustit fragmentované ad hoc projekty a transformovat se do datově řízeného systému se silnou institucionální koordinací, která zajistí udržitelnost personálních kapacit (Tol a kol., 2011; Aldamman a kol., 2019; Diop a kol., 2022; Schwartz a kol., 2022). Pro úspěšné formování trvalé individuální i komunitní resilience je pak naprosto kritické, aby podpora nekončila izolovanou akutní fází katastrofy, nýbrž plynule přecházela do fáze dlouhodobé a systematické obnovy (Ungar a Theron, 2020).

Velkou, i když v literatuře často opomíjenou výzvou, je zajištění fyzické bezpečnosti interventů, kteří vstupují do sociálně vyloučených nebo jinak vysoce rizikových lokalit (R12). Ačkoliv si pod psychosociální pomocí většinou představíme takzvané „měkké dovednosti“, v reálném terénu narážejí pracovníci na tvrdé bezpečnostní hrozby, které vyžadují přísná pravidla a jasné krizové řízení (Bickley, 2010; Stoddard a kol., 2021). Pokud jsou týmy nasazovány do míst, kde panuje silné napětí, nebo k rodinám se sklony ke konfliktům, je naprosto nezbytné je pečlivě skládat s ohledem na to, zda je tvoří muži, nebo ženy (R12). Praxe totiž ukazuje, že vysílat do takto vyhroceného prostředí čistě ženské dvojice je vysoce rizikové (R12). Tento problém vůbec nesouvisí s tím, že by ženy měly menší odborné kompetence. Jde o základní psychologii agrese – přítomnost muže v týmu totiž prokazatelně funguje jako preventivní prvek.

Díky své přirozené autoritě dokáže muž účinně zabránit tomu, aby u zasažených lidí přerostl stres a vztek ve fyzické napadení (R12). Bezpečnostní pravidla humanitárních organizací proto musí s těmito psychologickými a taktickými detaily počítat a pevně je začlenit do svých běžných postupů pro práci v terénu (Khatri a kol., 2019; R12).

Z analýzy rozhovorů vyplynulo několik zásadních doporučení, která jsou shrnuta do desatera pro praxi. Tyto body vycházejí přímo z chyb a úspěchů, které se ukázaly během povodní 2024.

1. Kvalitní data: Posílat týmy do terénu bez informací je chyba. Koordinace musí stát na sdílených datech, aby došlo k vyhnutí se duplicitám a chaosu.

2. Zastupitelnost koordinace: Systém nesmí zkolabovat, když vypadne jeden člověk. Zkušenost z Moravskoslezského kraje ukázala, že přetížený koordinátor znamená informační blok.

3. Respekt k odbornosti: Krizoví intervenenti nejsou administrativní pracovníci. Pokud dělají rutinní administrativu místo své práce, je to neefektivní a demotivující.

4. Přirozenost: Lidé v krizi poznají, když s nimi mluvíte naučeně. Důležitější než přesné dodržení postupu je lidský přístup a přirozenost.

5. Vhodný výběr dobrovolníků: Ne každý, kdo chce pomoci, je vhodný do terénu. Je nutné filtrovat lidi, kteří neudělají ještě více škody.

6. Digitální hygiena: Pracovníci musí být připraveni na tlak ze sociálních sítí a umět oddělit dezinformace od reality v terénu.

7. Pravidelný debriefing: Zpětná vazba a „očistění“ musí probíhat denně. Je to nutná prevence vyhoření.

8. Re-entry (Návrat): Organizace musí myslet na to, co se s pracovníkem děje po návratu domů. Právě tam často přichází psychický propad.

9. Osobní vazby: Spolupráce funguje nejlépe tam, kde se lidé z různých složek znají už z dřívějšíka. Networking v době míru je k nezaplacení.

10. Podpora odolnosti: Intervence nemá vodit lidi za ruku, ale aktivovat jejich vlastní síly. Cílem je podpořit přirozené zvládání krize v rodině a komunitě.

V závěrečné části rozhovorů byli respondenti vyzváni k reflexi vlastní praxe a k formulaci vzkazů či doporučení pro začínající krizové interveny, kteří se chystají na své první nasazení v terénu. Přestože odpovědi vycházely z rozdílných profesních rolí a individuálních zkušeností, v řadě klíčových témat se výrazně shodovaly. Respondenti opakovaně zdůrazňovali význam pokory, schopnosti pracovat s vlastními limity, důrazu na sebepěči a zachování autenticity v kontaktu s lidmi zasaženými krizovou situací.

Závěrečná reflexe terénní praxe jednoznačně potvrdila teoretická východiska ohledně rizik spojených se spásitelským komplexem (viz kap. 4.3). Respondenti se shodují, že nerealistická snaha začátečníků zachránit všechny zasažené představuje přímou cestu k rychlému profesnímu vyhoření (Cherepanov, 2022). Tuto absenci sebereflexe a nerespektování vlastních psychofyzických limitů označují přímo z terénu jako nebezpečný „syndrom superhrdinů“. Vyčerpaný pracovník v takovém stavu přenáší vlastní zátěž do samotné intervence, čímž kriticky ohrožuje celý proces stabilizace klienta (Busch a kol., 2021; James a Gilliland, 2007; R4, R6). Vedle nezbytné psychické stability je pak druhým určujícím faktorem úspěšné pomoci lidská autenticita. Slepé a mechanické dodržování metodických postupů působí v praxi vysoce kontraproduktivně, neboť pracovník se mění v „robota“ recitujícího univerzální fráze, čímž okamžitě ztrácí důvěru zasažené osoby (R9). Terénní zkušenosti tak dokládají, že dogmaticky naučené teoretické poučky bez přirozeného, empatického a autentického napojení na klienta zcela postrádají smysl (Leenaars, 1994; R1).

Kromě psychické odolnosti a autentické komunikace je nezbytným předpokladem úspěšného nasazení také důsledná praktická příprava a zajištění funkčního osobního i profesního zázemí (O'Toole a kol., 2022). Jak zdůrazňují empirická data, zasahující pracovník si musí ještě před odjezdem do terénu vyjasnit základní logistické otázky, zaručit si podporu rodiny a přesně vědět, na koho se v organizaci může obrátit v případě vlastního vyčerpání (O'Toole a kol., 2022; R4).

Odborná praxe rovněž jednoznačně akcentuje význam úzké týmové spolupráce, zejména pak nasazování do dvojic se zkušenějšími kolegy, což nováčkům umožňuje nejen bezpečnější adaptaci na krizové prostředí, ale i přímé osvojení funkčních strategií zvládání zátěže (Brooks a kol., 2015; R2).

Celková reflexe terénních zásahů tak dokládá, že efektivita krizové intervence nepramení z bezchybné znalosti teoretických manuálů či z izolovaných heroických výkonů, nýbrž stojí na schopnosti reálně odhadnout vlastní kapacity, udržet si lidskost a včas si říct o adekvátní pomoc (Aldamman a kol., 2019). Tento realistický a dlouhodobě udržitelný přístup k profesi výstižně shrnuje R6, podle něhož smysluplnost krizové práce nespočívá ve spáse všech zasažených, ale v pouhém uvědomění si faktu, že *„stačí pomoci jedinému člověku a změníš svět – jeho svět“* (R6).

Reálná podoba terénní práce se diametrálně odlišuje od akčních představ nováčků, neboť krizový zásah spočívá především v tiché, zdánlivě pasivní přítomnosti a hodinách aktivního naslouchání (Leenaars, 1994; R12). Přestože tato činnost postrádá vnější dynamiku, terapeutické „bytí s klientem“ a absorpce jeho koncentrovaného utrpení představují enormní psychofyzickou zátěž. Extrémním příkladem je práce s kumulativním traumatem, kdy klienti například po útěku před válkou přijdou o nové zázemí kvůli přírodní katastrofě (Wilmoth a Smyser, 2009; Schwartz a kol., 2022). Nutnost unést takto těžké emoce generuje hluboké vyčerpání, jež přímo koreluje s rizikem syndromu vyhoření u pomáhajících profesionálů (Cameron a kol., 2024). Pro profesní zrání začínajících pracovníků je proto klíčové opustit filmové iluze a akceptovat, že nejvyšší hodnota jejich práce nespočívá v záchrannářské akci, nýbrž v nehodnotící lidské blízkosti a schopnosti unést tíhu cizího traumatu (R12).

10 Diskuse

Výsledky kvalitativního výzkumu z povodní 2024, jenž analyzoval roli a výzvy krizových interventů, sice potvrzují teoretická východiska, avšak odhalují i zásadní systémové nedostatky v terénní praxi. Ačkoliv teorie striktně odděluje odbornou krizovou intervenci od komunitní psychologické první pomoci (Shultz a Forbes, 2014), v podmínkách hromadných katastrof se tyto formální hranice často stírají (R4). Nepochopení specifické role intervenanta ze strany řídicích složek tak mnohdy vedlo k degradaci kvalifikovaných pracovníků na provádění rutinního sociálního monitoringu, což u nich generovalo hlubokou frustraci (R4, R6).

Samotná empirická data z terénu navíc jednoznačně dokládají, že pro úspěšnou stabilizaci zasažených osob není určující mechanické a „učebnicové“ dodržování metodických pouček, které klienti v akutní tísni snadno prokouknou, nýbrž lidská autenticita, nesoudící aktivní naslouchání a schopnost navázat pevný důvěrný vztah (Leenaars, 1994; R5, R9).

Specifickým rizikovým faktorem, který se v rozhovorech opakovaně objevoval, je fenomén označovaný v odborné literatuře jako toxické fantazie či mesiášský komplex (Cherepanov, 2022). V terénní praxi jej respondenti běžně nazývali syndromem superhrdinů (R13). Jedná se o nebezpečné situace, kdy dobrovolníci v silné touze pomoci vyrazí do terénu nekoordinovaně, nenechají se vystřídat a neúměrně přeceňují své síly (R13). Takové chování nejenže ohrožuje bezpečnost samotného pracovníka, ale narušuje i plynulost a celkovou efektivitu záchranného systému (R6). Výzkum tak potvrzuje předpoklad, že alfou a omegou kvalitní krizové intervence je schopnost sebereflexe a vědomí vlastních limitů (R8).

Kromě osobních limitů přinesl výzkum srovnání koordinačních modelů ve dvou zasažených regionech. V Moravskoslezském kraji se projevil silný nedostatek centralizovaného řízení, který jeden z respondentů přímo označil jako „chaos“ (R4). Řízení zde stálo primárně na přetížených jednotlivcích, což v praxi vedlo k informačním šumům a neefektivnímu nasazování odborníků (R4). Zásadní negativní roli zde sehrála především absence efektivního a včasného sdílení dat (R2).

Jak přitom upozorňují odborné studie, právě celosystémové sdílení informací je naprosto nezbytným předpokladem pro rychlou identifikaci a podporu zranitelných osob (Wood a Beierschmitt, 2014). Naopak model uplatněný v Olomouckém kraji, kde probíhala jasná delegace úkolů pod pevným vedením hasičů a armády, byl respondenty hodnocen výrazně pozitivněji (R4). Zde zafungovala takzvaná terénní triáž, kdy základní monitoring zajišťovaly humanitární organizace, které krizové interventy volaly až ke konkrétním a vysoce zasaženým případům (R4). Tato zjištění jasně potvrzují, že úspěšná krizová intervence při hromadných katastrofách není myslitelná bez spolehlivě fungující mezioborové spolupráce a jasně definovaných rolí jednotlivých aktérů (Blevins a kol., 2014).

Významnou částí diskuse je také dopad krizových zásahů na duševní zdraví samotných pomáhajících pracovníků. Odborné studie potvrzují, že prožívaná podpora ze strany organizace a nadřízených přímo koreluje s nižšími obavami pracovníků o jejich vlastní duševní zdraví (Diop a kol., 2022). Získané rozhovory toto zjištění plně reflektují, neboť největší psychickou zátěž pro interventy paradoxně nepředstavovaly těžké životní příběhy zasažených, ale organizační chaos a silný pocit, že nemají oporu v systému (R4).

Pokud jde o nástroje aplikované psychohygieny, respondent jednoznačně preferoval méně formální metody následné péče (R2). Místo strukturovaných psychologických supervizí se nejvíce osvědčil systém takzvané peer podpory od lidí, kteří mají s náročnou terénní prací vlastní zkušenost (R8). Možnost okamžitého odventilování potlačovaných emocí formou defusingu nebo debriefingu bezprostředně po návratu ze zasažené oblasti se navíc ukázala jako zcela klíčová pro účinnou prevenci sekundární traumatizace (R4).

V souvislosti s narůstajícím počtem přírodních a environmentálních krizí se jasně ukazuje, že stávající kapacity profesionálních krizových interventů nebudou do budoucna objektivně dostačovat (Alemi a kol., 2023). Jak napovídají moderní modely rodinného stresu a adaptace (Double ABC-X model), krize je fundamentálně definována nepoměrem mezi působícími stresory a reálně dostupnými zdroji (Shen a kol., 2025).

Krizová intervence by z tohoto důvodu neměla fungovat pouze jako akutní náplast na problém, ale měla by systematicky směřovat k aktivaci vnitřních zdrojů komunity a rodiny. Tento strategický předpoklad podporují i sami respondenti, kteří aktivně navrhuji posílení plošné edukace veřejnosti v této oblasti (R7). Zajímavým a inovativním konceptem, který z výzkumu vzešel, je zavedení preventivní výuky základů psychologické první pomoci pro pedagogické pracovníky na školách, analogicky k běžné výuce laické zdravotnické první pomoci (R13). Tento systémový krok by podle zjištění mohl dlouhodobě zvýšit psychickou odolnost nastupující generace a zásadně snížit budoucí tlak na přetížené specializované služby.

Závěr

Tato diplomová práce si kladla za cíl komplexně zmapovat a analyzovat roli krizových interventů při poskytování psychosociální podpory během mimořádných humanitárních katastrof. Skrze teoretické ukotvení a následné kvalitativní výzkumné šetření, které bylo zaměřeno na ničivé povodně v Olomouckém a Moravskoslezském kraji v září roku 2024, práce odhalila realitu terénních zásahů. Tato realita v mnoha ohledech přesahuje běžné příručkové definice a klade na pomáhající profesionály i dobrovolníky zcela nové a specifické nároky.

Jedním z nejvýraznějších zjištění této práce je propastný rozdíl mezi krizovou intervencí prováděnou v chráněném a kontrolovaném prostředí (například na krizových linkách či v centrech) a intervencí v epicentru humanitární katastrofy. Výzkum ukázal, že v terénu se formální hranice rolí často stírají. Interventi jsou nuceni pracovat v podmínkách extrémního informačního deficitu, logistického chaosu a fyzického diskomfortu. Ukázalo se, že striktní dodržování naučených metodických postupů ustupuje do pozadí před nutností obrovské flexibility, autenticity a schopnosti lidsky „být s klientem“. Schopnost navázat rychlý a bezpečný vztah v nebezpečném prostředí se ukázala jako nejcennější nástroj, který pomáhající pracovník k dispozici má.

Zásadní část práce byla věnována komparaci koordinačních modelů ve dvou zasažených regionech, která přinesla zcela jednoznačné závěry o nezbytnosti systémového řízení. Zkušenosti z Olomouckého kraje potvrdily, že pokud je uplatněn systém terénní triáže – kdy základní monitoring a první psychologickou pomoc zajišťují humanitární organizace a krizoví intervenenti jsou vysíláni až k cíleným a indikovaným případům – je pomoc vysoce efektivní. Naopak model z Moravskoslezského kraje odhalil slabiny systému závislého na přetížených jednotlivcích bez funkčního sdílení dat. Absence mezioborové koordinace zde vedla k plýtvání potenciálem vysoce kvalifikovaných interventů, kteří místo své odborné práce suplovali rutinní sociální monitoring, což vedlo k jejich frustraci a rychlému vyčerpání.

Výzkum dále jasně upozornil na palčivý problém terminologické a kompetenční nejasnosti v rámci České republiky. V praxi opakovaně dochází k nežádoucímu zaměňování poskytovatelů psychologické první pomoci (PFA), absolventů krátkodobých kurzů, s certifikovanými krizovými interventy. Tento stav vnáší do integrovaného záchranného systému zmatky a falešná očekávání. Práce proto silně apeluje na nutnost jasného normativního ukotvení těchto rolí a na zavedení standardizovaných postupů pro jejich nasazování do terénu.

Samostatnou a kriticky důležitou kapitolou, kterou práce otevírá, je péče o duševní zdraví samotných zasahujících. Extrémní emoční zátěž, tlak na výkon a všudypřítomná lidská tragédie vytvářejí podhoubí pro sekundární traumatizaci a syndrom vyhoření. Výpovědi respondentů poukázaly na vysoce rizikový fenomén takzvaného „syndromu superhrdiny“, kdy dobrovolníci v touze pomoci za každou cenu ignorují vlastní limity a ohrožují tím nejen sebe, ale i fungování celého týmu. Zjištění z praxe jednoznačně dokazují, že organizace vysílající lidi do krizových oblastí musí mít striktně nastavená pravidla psychohygieny. Neformální peer podpora, defusing bezprostředně po návratu z terénu a bezpečné prostředí pro sdílení prožitků se ukázaly jako mnohem efektivnější a žádanější nástroje než formální a povinné supervize.

Závěrem lze s jistotou konstatovat, že s ohledem na narůstající frekvenci, rozsah a závažnost environmentálních i celospolečenských krizí nebude do budoucna kapacita úzkého kruhu profesionálních krizových interventů objektivně dostačovat. Zjištění plynoucí z této diplomové práce proto apelují nejen na zlepšení vnitřních procesů uvnitř záchranného systému, ale představují především výzvu pro celou společnost. Dlouhodobým a strategickým cílem by se mělo stát systematické budování psychické imunity, komunitní odolnosti (resilience) a plošná edukace veřejnosti. Zavádění základů psychologické první pomoci do školních osnov či širší vzdělávání pedagogů a lokálních komunit může vytvořit pevnou záchrannou síť.

Krizová intervence pak již nebude muset fungovat jako plošná náplast na veškerý stres, ale stane se tím, čím skutečně má být – vysoce specializovanou pomocí pro ty nejzranitelnější a nejvíce zasažené jednotlivce v době, kdy všechny ostatní přirozené mechanismy zvládání zátěže selžou.

Seznam literatury

AHN, J., GUARNIERI, F., FURUTA, K. 2017. Resilience: A New Paradigm of Nuclear Safety. Online. Springer Nature Link. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-58768-4>

ALDAMMAN, K., TAMRAKAR, T., DINESEN, C., WIEDEMANN, N., MURPHY, J., HANSEN, M., VALLIÈRES, F. 2019. Caring for the mental health of humanitarian volunteers in traumatic contexts: The importance of organisational support. *European Journal of Psychotraumatology*. 10(1), 1694811. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1694811>

ALEMI, Q., PANTER-BRICK, C., ORIYA, S., AHMADY, M., ALIM, A. Q., FAIZ, H., HAKIM, N., HASHEMI, S. A. S., MANALY, M. A., NASERI, R., PARWIZ, K., SADAT, S. J., SHARIFI, M. Z., SHINWARI, Z., AHMADI, S. J., AMIN, R., AZIMI, S., HEWAD, A., MUSAVI, Z., SIDDIQI, A. M., BRAGIN, M., KASHINO, W., LAVDAS, M., MILLER, K. E., MISSMAHL, I., OMIDIAN, P. A., TRANI, J.-F., VAN DER WALT, S. K., SILOVE, D., VENTEOGEL, P. 2023. Afghan mental health and psychosocial well-being: thematic review of four decades of research and interventions. *BJPsych Open*. 9(3), e74. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.502>

ANDERSSON, G., TITOV, N. 2014. Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*. 13(1), 4–11. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/wps.20083>

ANGELL, B., MATTHEWS, E., BARRENGER, S., WATSON, A. C., DRAINE, J. 2014. Engagement processes in model programs for community re-entry from prison for people with serious mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*. 37, 490–500. ISSN 0160-2527. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.022>

APOLLO HOSPITALS. 2026. Anhedonie – příčiny, příznaky, léčba a další. *ApolloHospitals.com*. Online. Dostupné z: <https://www.apollohospitals.com/cs/symptoms/anhedonia>

BACHO, D., HLAVATÁ, L. 2024. Český červený kříž. Tisková zpráva. Online. Dostupné z: <https://www.cervenykriz.eu/files/files/cz/tz/540.pdf>

- BEMME, D., KIRMAYER, L. J. 2020. Global Mental Health: Interdisciplinary challenges for a field in motion. *Transcultural Psychiatry*. 57(1), 3–18. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32106797/>
- BICKLEY, S. 2010. Safety first revised: a safety and security handbook for aid workers. International Save the Children Alliance. Online. Dostupné z: <https://www.humanitarianlibrary.org/sites/default/files/2022/04/0645-bickley-2010-safety-first-a-safety-and-security-handbook-for-aid-workers.pdf>
- BISSON, J. I., LEWIS, C. 2009. Systematic review of psychological first aid. Commissioned by the World Health Organization. Online. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Catrin-Lewis/publication/265069490_Systematic_Review_of_Psychological_First_Aid/links/5450d15f0cf24e8f7375a73c/Systematic-Review-of-Psychological-First-Aid.pdf
- BLEVINS, K. R., LORD, V., BJERREGAARD, B. 2014. Evaluating Crisis Intervention Teams: possible impediments and recommendations. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*. 484-500. Online. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1108/PIJPSM-08-2012-0083>
- BOSCARATO, K., LEE, S., KROSCHER, J., HOLLANDER, Y., BRENNAN, A. 2014. Consumer experience of formal crisis-response services and preferred methods of crisis intervention. *Int J Ment Health Nurs*. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24575860/>
- BOSS, P. 2002. Family stress management: A contextual approach. 2. vyd. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. Online. Dostupné z: <https://sk.sagepub.com/book/mono/family-stress-management-2e/toc>
- BOU-ORM, I. R., MOUSSALLEM, M., KARAM, J., DELARA, M., VARMA, V., DIACONU, K., APAYDIN, M. C. B., VAN DEN BERGH, R., AGER, A., WITTER, S. 2023. Provision of mental health and psychosocial support services to health workers and community members in conflict-affected Northwest Syria: a mixed-methods study. *Conflict and Health*. 17(46). Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13031-023-00547-4>

- BROOKS, S. K., DUNN, R., SAGE, C. A. M., AMLÔT, R., GREENBERG, N., RUBIN, G. J. 2015. Risk and resilience factors affecting the psychological wellbeing of individuals deployed in humanitarian relief roles after a disaster. *Journal of Mental Health*. 24(6), 385–413. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057334>
- BRYMER, M., JACOBS, A., LAYNE, C., PYNOOS, R., RUZEK, J., STEINBERG, A., VERNBERG, E., WATSON, P. 2006. *Psychological First Aid: Field Operations Guide*. 2. vyd. Los Angeles: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. Online. Dostupné z: <https://eric.ed.gov/?id=ED542874>
- BUSCH, I., MORETTI, F., MAZZI, M., WU, A., RIMONDINI, M. 2021. What We Have Learned from Two Decades of Epidemics and Pandemics: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Psychological Burden of Frontline Healthcare Workers. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 90(3), 178–190. ISSN 0033-3190. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33524983/>
- CACCIATORE, J., CARLSON, B., MICHAELIS, E., KLIMEK, B., STEFFAN, S. 2011. Crisis Intervention by Social Workers in Fire Departments: An Innovative Role for Social Workers. *Social Work*. 56(1), 81–90. ISSN 0037-8046. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/sw/56.1.81>
- CAMERON, L., MCCAULEY, M., VAN DEN BROEK, N., MCCAULEY, H. 2024. The occurrence of and factors associated with mental ill-health amongst humanitarian aid workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 19(5), e0292107. ISSN 1932-6203. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292107>
- CARDOZO, B., GOTWAY CRAWFORD, C., ERIKSSON, C., ZHU, J., SABIN, M., AGER, A., FOY, D., SNIDER, L., SCHOLTE, W., KAISER, R., OLFF, M., RIJNEN, B., SIMON, W. 2012. Psychological Distress, Depression, Anxiety, and Burnout among International Humanitarian Aid Workers: A Longitudinal Study. *PLoS ONE*. 7(9), e44948. ISSN 1932-6203. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044948>

- CARDOZO, B., HOLTZ, T., KAISER, R., GOTWAY, C., GHITIS, F. 2005. The mental health of expatriate and Kosovar Albanian humanitarian aid workers. *Disasters*. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15910647/>
- CARVER, C. S. 1997. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*. 4, 92–100. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16250744/>
- ÇELİK, M., BAYRAM, H., ÖZÜPEKÇE, S. 2018. An assessment on climatological, meteorological and hydrological disasters that occurred in Turkey in the last 30 years (1987-2017). *DergiPark akademik*. 38, 295-310. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.32003/iggei.424675>
- COHEN, F., YAEGER, L. 2021. Task-shifting for refugee mental health and psychosocial support: A scoping review of services in humanitarian settings through the lens of RE-AIM. *Implementation Research and Practice*. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/2633489521998790>
- COREY, J., VALLIÈRES, F., FRAWLEY, T., DE BRÚN, A., DAVIDSON, S. 2021. A Rapid Realist Review of Group Psychological First Aid for Humanitarian Workers and Volunteers. *Int J Environ Res Public Health*. Online Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33557186/>
- CORLEY, A., GEIGER, K., GLASS, N. 2022. Caregiver and family-focused interventions for early adolescents affected by armed conflict: A narrative review. *Children and Youth Services Review*. 134, 106361. ISSN 0190-7409. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106361>
- CORTEZ, P., VEIGA, H., STELKO-PEREIRA, A., LESSA, J., MARTINS, J., FERNANDES, S., PRIOLO-FILHO, S., QUELUZ, F., TROMBINI-FRICK, L., PERES, R. 2023. Brief Assessment of Adaptive and Maladaptive Coping Strategies During Pandemic. *Trends in Psychology*. 33, 325–339. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s43076-023-00274-y>

COUVILLON, M., KANE, E., PETERSON, R., RYAN, R., SCHEUERMANN, B. 2018. Policy and Program Considerations for Choosing Crisis Intervention Programs. *Journal of Disability Policy Studies*. 1–11. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1044207318793158>

ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ. 2024. Povodně 2024: Pomoc Červeného kříže v číslech. *Noviny Červeného kříže*. 31(5), 3. Online. Dostupné z: https://www.cervenyriz.eu/files/files/cz/noviny/NovinyCck_2024_5.pdf

ČESKÝ HYDROMETEOROLOGICKÝ ÚSTAV. 2024. Informace ČHMÚ o hydrometeorologických aspektech povodně v září 2024. Praha: ČHMÚ. Online. Dostupné z: <https://www.chmi.cz>

ČESKÝ HYDROMETEOROLOGICKÝ ÚSTAV. 2026. Synoptická situace. Online. Dostupné z: <https://www.chmi.cz/predpoved-pocasi/synopticka-situace>

DAUBER, S., JOHN, T., HOGUE, A., NUGENT, J., HERNANDEZ, G. 2017. Development and implementation of a screen-and-refer approach to addressing maternal depression, substance use, and intimate partner violence in home visiting clients. *Children and Youth Services Review*. 81, 157–167. ISSN 0190-7409. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.07.021>

DEWOLFE, D. J. 2000. Training manual for mental health and human service workers in major disasters (DHHS Publication No. ADM 90-538). Washington DC: Center for Mental Health Services. Online. Dostupné z: <https://eric.ed.gov/?id=ED459383>

DIAKONIE. 2024. Povodně září 2024: Pomoc lidem zasaženým povodněmi. Praha: Diakonie ČCE. Online. Dostupné z: <https://spolu.diakonie.cz>

DIELTJENS, T., MOONENS, I., VAN PRAET, K., DE BUCK, E., VANDEKERCKHOVE, P. 2014. A Systematic Literature Search on Psychological First Aid: Lack of Evidence to Develop Guidelines. *PLoS ONE*. 9(12), e114714. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114714>

- DIOP, N. M., ANDERSEN, I., GWEZERA, B., FIHN, J. J., GOHAR, F., MORGOS, D., BAINGANA, F. 2022. Mental health and psychosocial support concerns among frontline workers within the Eastern and Southern Africa COVID-19 response. *Pan African Medical Journal*. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.11604/pamj.supp.2022.41.2.29032>
- DZIK, R. S. 1976. Transactional Analysis in Crisis Intervention. *JOGN Nursing*. 31– 34. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1044840/>
- EPPERSON, M. W., CANADA, K. E., THOMPSON, J., LURIGIO, A. 2014a. Walking the line: Specialized and standard probation officer perspectives on supervising probationers with serious mental illnesses. *International Journal of Law and Psychiatry*. 37(5), 473–483. ISSN 0160-2527. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.020>
- EPPERSON, M., WOLFF, N., MORGAN, R., FISHER, W., FRUEH, B., HUENING, J. 2014b. Envisioning the next generation of behavioral health and criminal justice interventions. *International Journal of Law and Psychiatry*. 37(5), 427–438. ISSN 0160-2527. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.015>
- EVERLY, G. 2022. Disaster mental health: remembering the past, shaping the future. *International Review of Psychiatry*. 663-667. Online. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540261.2022.2031633>
- EVERLY, G. 2000. Five principles of crisis intervention: Reducing the risk of premature crisis intervention. *International Journal of Emergency Mental Health*. 2(1), 1–4. Online. Dostupné z: <https://pure.johnshopkins.edu/en/publications/five-principles-of-crisis-intervention-reducing-the-risk-of-prema-4/>
- EVERLY, G. 2020. Psychological first aid to support healthcare professionals. *Journal of Patient Safety and Risk Management*. 25(4), 159–162. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/2516043520944637>

- EVERLY, G., MCCABE, O. L., SEMON, N. L., THOMPSON, C. B., LINKS, J. 2014. The development of a model of psychological first aid for non-mental health trained public health personnel: the Johns Hopkins RAPID-PFA. *Journal of Public Health Management and Practice*. 20(Suppl 5), S24-S29. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25072485/>
- EVERLY, G., LATING, J. M. 2017. *The Johns Hopkins guide to psychological first aid*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Online. Dostupné z: https://catalog.nlm.nih.gov/discovery/fulldisplay/alma9917069483406676/01NLM_INST:01NLM_INST
- FAN, L., GREEN, L. E., PARK, N. 2023. Financial stressors and alternative financial service use: Extending the ABC-X model of family stress. *International Journal of Consumer Studies*. Online. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijcs.13002>
- FARCHI, M., PERÉZ-GONZÁLEZ, A., AZZOLLINI, S., GIDRON, Y. 2024. Editorial: Promoting and exploring the effectiveness of the psychological first aid approach. *Frontiers in Public Health*. Online. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1475151/full>
- FIGLEY, C. R. 2002. *Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care*. New York: Brunner-Routledge. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12412153/>
- FLETCHER, J. 2024. Shell shock and PTSD: History, causes, diagnosis, and more. *Medical News Today*. Online. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/shell-shock-ptsd#summary>
- FOO, C. Y. S., VERDELI, H., TAY, A. K. 2021. Humanizing Work: Occupational Mental Health of Humanitarian Aid Workers. In: *The SAGE Handbook of Organizational Wellbeing*. Kap. 21, 318–338. Online. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/350836542_Humanizing_Work_Occupational_Mental_Health_of_Humanitarian_Aid_Workers

- FRANKOVA, I., VERMETTEN, E., SHALEV, A. Y., SIJBRANDIJ, M., HOLMES, E. A., URSANO, R., SCHMIDT, U., ZOHAR, J. 2022. Digital psychological first aid for Ukraine. *The Lancet Psychiatry*. 9(7), 33. Online. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00147-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00147-X)
- FROESSL, L. J., ABDEEN, Y. 2021. The Silent Pandemic: The Psychological Burden on Frontline Healthcare Workers during COVID-19. *Psychiatry Journal*. Article ID 2906785. ISSN 2314-4320. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2021/2906785>
- GÖKSÜN, D., SUNAR, A. S., RABIN, E. 2025. Work-family conflict among Turkish teachers during lockdown. *Social Sciences & Humanities Open*. 11, 101358. ISSN 2590-2911. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2025.101358>
- GUDDE, C. B., OLSO, T. M., ANTONSEN, D. O., RO, M., ERIKSEN, L., VATNE, S. 2013. Experiences and preferences of users with major mental disorders regarding helpful care in situations of mental crisis. *Scandinavian Journal of Public Health*. 41, 185–190. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23296158/>
- HERMOSILLA, S., FORTHAL, S., SADOWSKA, K., MAGILL, E. B., WATSON, P., PIKE, K. M. 2023. We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. *Journal of Traumatic Stress*. 36(1), 5-16. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/jts.22888>
- HIDALGO, J., BAEZ, A. 2019. Natural Disasters. *Crit Care Clin*. 35(4), 591-607. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2019.05.001>
- HILL, R. 1949. *Families under stress*. New York: Harper & Row. Online. Dostupné z: <https://archive.org/details/dli.ernet.18276>
- HILL, R. 1958. Generic features of families under stress. *Social Casework*. 39(2-3), 139–150. Online. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1044389458039002-318>

- HOBFOLL, S., WATSON, P., RUZEK, J., BRYANT, R., BRYMER, M., PYNOOS, R., STEINBERG, A., FRIEDMAN, M., GERSON, B., DE JONG, J., LAYNE, C., MAGEN, S., NERIA, Y., REISSMAN, D., SHALEV, A., SOLOMON, Z., URSANO, R. 2007. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. 70(4), 283–315. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
- CHAUDHARY, M., PIRACHA, A. 2021. Natural Disasters—Origins, Impacts, Management. *Encyclopedia*. 1101-1131. Online. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2673-8392/1/4/84>
- CHEREPANOV, E. 2022. Responding to the Psychological Needs of Health Workers During Pandemic: Ten Lessons From Humanitarian Work. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 16(2), 734–740. ISSN 1935-7893. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.407>
- INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). 2007. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC. Online. Dostupné z: https://pscentre.org/wp-content/uploads/2021/07/iasc_rcrc_pyramid-2.pdf
- ISLAM, Z., RIJA, A., MOHANAN, P., QAMAR, K., JAHANGIR, K. 2022. Afghanistan's humanitarian crisis and its impacts on the mental health of healthcare workers during COVID-19. *Glob Ment Health (Camb)*. 61-64. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36567725/>
- JACOBS, G., GRAY, B., ERICKSON, S., GONZALEZ, E., QUEVILLON, R. 2016. Disaster Mental Health and Community-Based Psychological First Aid: Concepts and Education/Training. *Journal of Clinical Psychology*. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/jclp.22316>
- JACHENS, L., HOUDMONT, J. 2019. Effort-Reward Imbalance and Job Strain: A Composite Indicator Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(21). Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31671748/>

JAMES, R. K., GILLILAND, B. E. 2007. Crisis Intervention Strategies. 6th ed. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole. ISBN-10 0495100269, ISBN-13 978-0495100263

JAMES, R. K., GILLILAND, B. E. 2012. Crisis intervention strategies. 7th ed. Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage. ISBN-10 1111186774, ISBN-13 978-1111186777

KAHL, S., STEELMAN, L., MULKEY, L., KOCH, P., DOUGAN, W., CATSAMBIS, S. 2007. Revisiting Reuben Hill's Theory of Familial Response to Stressors: The Mediating Role of Mental Outlook for Offspring of Divorce. Family and Consumer Sciences Research Journal. 36(1), 5–21. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1077727X07303494>

KHATRI, J., FITZGERALD, G., POUDYAL CHHETRI, M. B. 2019. Health Risks in Disaster Responders: A Conceptual Framework. Prehospital and Disaster Medicine. 34(2), 209–216. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1049023X19000141>

KILIÇ, N., ŞİMŞEK, N. 2018. Psychological first aid and nursing. Journal of Psychiatric Nursing / Psikiyatri Hemsireleri Dernegi. 9(3), 212–218. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.14744/phd.2017.76376>

KIM, E., HAN, S. 2021. Development of Psychological First Aid Guidelines for People Who Have Experienced Disasters. Int J Environ Res Public Health. 13-18. Online. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8535812/>

KIRST, M., FRANCOMBE PRIDHAM, K., NARRANDES, R., MATHESON, F., YOUNG, L., NIEDRA, K., STERGIOPOULOS, V. 2015. Examining implementation of mobile, police-mental health crisis intervention teams in a large urban center. Journal of Mental Health. 24(6), 369–374. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1036970>

LANGR, J., ŽBÁNEK, M. 2024. Statutární město Olomouc – odbor ochrany. Souhrnná zpráva o povodni září 2024. Online. Dostupné z: https://olomouc.eu/administrace/repository/gallery/articles/29_/29715/souhrnn-zprava-o-povodni-zari-2024.cs.pdf

- LEENAARS, A. A. 1994. Crisis intervention with highly lethal suicidal people. *Death Studies*. 341-360. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/07481189408252682>
- LOPEZ, J. 2014. Healthy and Maladaptive Coping Strategies Among Master of Social Work Students. Online. Dostupné z: <https://scholarworks.lib.csusb.edu/etd/23/>
- LORD, V. B., BJERREGAARD, B., BLEVINS, K. R., WHISMAN, H. 2011. Factors influencing the responses of crisis intervention team-certified law enforcement officers. *Police Quarterly*. 14(4), 388–406. Online. Dostupné z: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/factors-influencing-responses-crisis-intervention-team-certified>
- MARCUS, N., STERGIOPOULOS, V. 2022. Re-examining mental health crisis intervention: A rapid review comparing outcomes across police, co-responder and non-police models. *Health & Social Care in the Community*. 30, 1665–1679. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35103364/>
- MCMAINS, M. J., LANCELEY, F. J. 2003. The Use of Crisis Intervention Principles by Police Negotiators. *Journal of Police Crisis Negotiations*. 3(1), 3–30. ISSN 1533-2586. Online. Dostupné z: https://doi.org/10.1300/J173v03n01_02
- MESSENGER, N., LIANG, S. 2018. Infectious Diseases After Hydrologic Disasters. *Emerg Med Clin North Am*. 835-851. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30297008/>
- MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ. 2024. Strategie obnovy území po povodních v září 2024. Praha: MMR ČR. Online. Dostupné z: <https://mmr.gov.cz/getmedia/79e7b05a-c55f-4d47-a45a-4a4b8b208795/Strategie-obnovy-uzemi-Povodne-2024.pdf.aspx?ext=.pdf>
- MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. 2025. Povodně 2024: Vyhodnocení reakce na krizovou situaci. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky. Online. Dostupné z: <https://mv.gov.cz/clanek/vlada-projednala-vyhodnoceni-reakce-statu-behem-zarijovych-povodni-a-vyrocní-zpravu-o-migraci-za-lonsky-rok.aspx>

MUGISHA, S., ASHIBI, J. E., OLADUNMOYE, E. 2025. Effects of emotional distress on job performance among humanitarian workers in Southwest Uganda. *KIU Interdisciplinary Journal of Humanities and Social Sciences*. 6(1), 235–243. Online. Dostupné z: <https://kijhus.kiu.ac.ug/article-view.php?i=292&t=effects-of-emotional-distress-on-job-performance-among-humanitarian-workers-in-southwest-uganda>

MURPHY, S., IRVING, C., ADAMS, C., WAQAR, M. 2015. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Online. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001087.pub5/full>

MYER, R. A., MOORE, H. B. 2006. Crisis in context theory: An ecological model. *Journal of Counseling & Development*. 139-147. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00389.x>

MYER, R. A., WILLIAMS, R. C., HALEY, M., BROWNFIELD, J. N., MCNICOLS, K. B., PRIBOZIE, N. 2014. Crisis Intervention With Families: Assessing Changes in Family Characteristics. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 22(2), 179–185. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1066480713513551>

NEMIRO, A., HIJAZI, Z., O'CONNELL, R., COETZEE, A., SNIDER, L. 2022. Mental Health and Psychosocial Wellbeing in Education: The Case to Integrate Core Actions and Interventions into Learning Environments. *Intervention*. 20(1), 36–45. Online. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/intv.intv_20_21

NIZUM, N., YOON, R., FERREIRA-LEGERE, L., POOLE, N., LULAT, Z. 2020. Nursing interventions for adults following a mental health crisis: A systematic review guided by trauma-informed principles. *International Journal of Mental Health Nursing*. 29(5), 1–16. ISSN 1447-0349. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/inm.12691>

- OMRANIFARD, V., TOUDESHKCHUIE, G., NIKFARJAM, N., GHARAVINIA, A. 2023. Anxiety and Depressive Symptomatology among Iranian Patients Hospitalized for COVID-19 in January 2020. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal*. 13(1), 59-71. Online. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/369043495_Anxiety_and_Depressive_Symptomatology_among_Iranian_Patients_Hospitalized_for_COVID-19_in_January_2020
- O'TOOLE, M., MULHALL, C., EPPICH, W. 2022. Breaking down barriers to help-seeking: preparing first responders' families for psychological first aid. *European Journal of Psychotraumatology*. 13(1). Online. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2022.2065430>
- PETTUS-DAVIS, C. 2014. Social support among releasing men prisoners with lifetime trauma experiences. *International Journal of Law and Psychiatry*. 37(5), 512–523. ISSN 0160-2527. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.024>
- PULEO, S., MCGLOTHLIN, J. 2009. Overview of Crisis Intervention. In: *Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 1–24. Online. Dostupné z: https://ptgmedia.pearsoncmg.com/images/9780132431774/downloads/Jackson_Ch1_OverviewofCrisisIntervention.pdf
- PYNOOS, R. S., NADER, K. 1988. Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of Traumatic Stress*. 1(4), 445–473. Online. Dostupné z: <https://www.semanticscholar.org/paper/Psychological-first-aid-and-treatment-approach-to-Pynoos-Nader/760e4283ba847ac2c4dd167b0fe4892000cfdae8>
- RAMIREZ, M., HARLAND, K., FREDERICK, M., SHEPHERD, R., WONG, M., CAVANAUGH, J. E. 2013. Listen protect connect for traumatized schoolchildren: A pilot study of psychological first aid. *BMC Psychology*. 1(1), 26. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/2050-7283-1-26>

- ROBERTS, A. R., OTTENS, A. J. 2005. The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 329-339. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhi030>
- ROOTES, K., WIEGAND, A., BONO, D. 2018. Sexual Minority Adults: A National Survey on Depression, Religious Fundamentalism, Parent Relationship Quality & Acceptance. Saint Louis University. Online. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/323221335_Sexual_Minority_Adults_A_National_Survey_on_Depression_Religious_Fundamentalism_Parent_Relationship_Quality_Acceptance
- RUZICH, D., REICHERT, J., LURIGIO, A. 2014. Probable posttraumatic stress disorder in a sample of pretrial detainees. *International Journal of Law and Psychiatry*. 37(5), 456–463. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24629565/>
- SCHWARTZ, L., NAKONECHNA, M., CAMPBELL, G., BRUNNER, D., STADLER, C., SCHMID, M., FEGERT, J. M., BÜRGIN, D. 2022. Addressing the mental health needs and burdens of children fleeing war: a field update from ongoing mental health and psychosocial support efforts at the Ukrainian border. *European Journal of Psychotraumatology*. 13(2), 2101759. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2101759>
- SHALUF, M. 2007. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*. Emerald Group Publishing Limited. 16(5), 704-717. Online. Dostupné z: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09653560710837019/full/html>
- SHEN, Z., FANG, Y., LI, C., LUO, X., CUI, J., LIU, Y., HONG, J. 2025. Family Resilience and Its Influencing Factors Among Patients With Lung Cancer Based on the Double ABC-X Model. *Cancer Medicine*. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/cam4.70868>
- SHULTZ, J. M., FORBES, D. 2014. Psychological first aid: rapid proliferation and the search for evidence. *Disaster Health*. 2(1), 3–12. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.4161/dish.26006>

- SILOVE, D., VENTEVOGEL, P., REES, S. 2017. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*. 16(2), 130–139. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/wps.20438>
- SMITH, Y. 2014. Rethinking Decision Making: An Ethnographic Study of Worker Agency in Crisis Intervention. *Social Service Review*. 88(3), 405–442. Online. Dostupné z: <https://awsptest.apa.org/record/2014-35692-002>
- STEVENSON, B. S., WOOD, C. L., IANNELLO, A. C. 2019. Effects of Function-Based Crisis Intervention on the Severe Challenging Behavior of Students with Autism. *Education and Treatment of Children*. 42(3), 321–343. ISSN 0748-8491. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1353/etc.2019.0015>
- STODDARD, A., HARVEY, P., CZWARNO, M., BRENCKENBRIDGE, M. J. 2021. Aid Worker Security Report 2021: Crime risks and responses in humanitarian operations. *Humanitarian Outcomes*. Online. Dostupné z: <https://humanitarianoutcomes.org/AWSR2021>
- SÝKOROVÁ, E. 2025. Krizová intervence u dlouhodobě opakovaně volajících klientů s psychotickými poruchami na krizové lince. *E-psychologie*. 19(1), 18–30. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.29364/epsy.517>
- SYSTÉM PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY. 2024. Zpráva o činnosti SPIS za rok 2024. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2025/02/Zprava-o-cinnosti-SPIS-za-rok-2024.pdf>
- TAYLOR, M., WELLS, G., HOWELL, G., RAPHAEL, B. 2012. The role of social media as psychological first aid as a support to community resilience building. A Facebook study from 'Cyclone Yasi Update'. *Australian Journal of Emergency Management*. Online. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/291314739_The_role_of_social_media_as_psychological_first_aid_as_a_support_to_community_resilience_building_A_Facebook_study_from_'Cyclone_Yasi_Update'
- TETTERTON, S., FARNSWORTH, E. 2011. Older women and intimate partner violence: Effective interventions. *Journal of Interpersonal Violence*. 26, 2929–2942. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21156690/>

- THORMAR, S. B., GERSONS, B. P. R., JUEN, B., DJAKABABA, M. N., KARLSSON, T., OLFF, M. 2013. Organizational factors and mental health in community volunteers. The role of exposure, preparation, training, tasks assigned, and support. *Anxiety, Stress & Coping*. 26(6), 624-642. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10615806.2012.743021>
- TOL, W., BARBUI, C., GALAPPATTI, A., SILOVE, D., BETANCOURT, T., SOUZA, R., VAN OMMEREN, M. 2011. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Linking practice and research. *The Lancet*. 378(9802), 1581–1591. Online. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61094-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61094-5)
- TOL, W., LE, P., HARRISON, S., GALAPPATTI, A., ANNAN, J., BAINGANA, F., BETANCOURT, T., BIZOUERNE, C., EATON, J., ENGELS, M., HIJAZI, Z., HORN, R., JORDANS, M., KOHRT, B., KOYIET, P., PANTER-BRICK, C., PLUESS, M., RAHMAN, A., SILOVE, D., TOMLINSON, M., URIBE-RESTREPO, J., VENTEOGEL, P., WEISSBECKER, I., AGER, A., VAN OMMEREN, M. 2023. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: research priorities for 2021–30. *The Lancet Global Health*. 11, e969–e975. Online. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00128-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00128-6)
- TRIPATHI, A., BRAHMA, A., MALHOTRA, S., AKULA, V. 2023. Clinical Practice Guidelines for Assessment and Management of Patients Presenting with Psychosocial Crisis. *Indian J Psychiatry*. 212–220. Online. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10096203/>
- UHERNIK, J., HUSSON, M. 2009. Psychological First Aid: An Evidence Informed Approach for Acute Disaster Behavioral Health Response. *American Counseling Association Annual Conference and Exposition*. 200, 271-280. Online. Dostupné z: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=acba44a18e1a9981751da82161a84307ac91774b>
- UNACADEMY. 2025. Hydrological disasters. *Unacademy*. Online. Dostupné z: <https://unacademy.com/content/kerala-psc/study-material/geography/hydrological-disasters-2/>

- UNGAR, M., THERON, L. 2020. Resilience and mental health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry*. 7(5), 441-448. Online. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30434-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30434-1)
- VERNBERG, E., STEINBERG, A., JACOBS, A., BRYMER, M., WATSON, P., OSOFSKY, J., LAYNE, C., PYNOOS, R., RUZEK, J. 2008. Innovations in disaster mental health: Psychological first aid. *Professional Psychology: Research and Practice*. 39(4), 381–388. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/a0012663>
- WADSWORTH, M. E. 2015. Development of maladaptive coping: A functional adaptation to chronic, uncontrollable stress. *Child Development Perspectives*. 96-100. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/cdep.12112>
- WANG, L., NORMAN, I., XIAO, T., LI, Y., LI, X. 2022. Evaluating a Psychological First Aid Training Intervention (Preparing Me) to Support the Mental Health and Wellbeing of Chinese Healthcare Workers During Healthcare Emergencies: Protocol for a Randomized Controlled Feasibility Trial. *Frontiers in Psychiatry*. Online. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.809679/full>
- WHO. 2011. War Trauma Foundation, World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva: World Health Organization. Online. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44615/9789241548205_eng.pdf
- WILMOTH, J., SMYSER, S. 2009. The ABC-X Model of Family Stress in the Book of Philippians. *Journal of Psychology and Theology*. 37(3), 155-166. Online. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/232478423_The_ABC-X_Model_of_Family_Stress_in_the_Book_of_Philippians
- WOOD, J., BEIERSCHMITT, L. 2014. Beyond police crisis intervention: Moving “upstream” to manage cases and places of behavioral health vulnerability. *International Journal of Law and Psychiatry*. 37, 439–447. ISSN 0160-2527. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.016>

WU, M., CHEN, Y., WANG, H., SUN, G. 2015. Characteristics of meteorological disasters and their impacts on the agricultural ecosystems in the northwest of China: a case study in Xinjiang. *Geoenvironmental Disasters*. 3. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s40677-015-0015-8>

ZHANG, J., WU, W., ZHAO, X., ZHANG, W. 2020. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*. 3(1), 3–8. ISSN 2096-5303. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>

ZHENG, Z., ZHONG, Y., WANG, J., MA, A., ZHANG, L. 2021. Building damage assessment for rapid disaster response with a deep object-based semantic change detection framework: From natural disasters to man-made disasters. *Remote Sensing of Environment*. 265. Online. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034425721003564?via%3Dihub>

Obrázky:

BALLARD, J., WIELING, E., SOLHEIM, C., LANG, D. 2020. The Double ABC-X Model of Family Stress. *Parenting and Family Diversity Issues*, Iowa State University Pressbooks. Online. Dostupné z: <https://iastate.pressbooks.pub/parentingfamilydiversity/chapter/the-double-abcx-model-of-family-stress/>

CENTRUM PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ ČESKÉ REPUBLIKY. 2026. Povodně 2024. Online. Dostupné z: <https://crr.gov.cz/povodne-2024/>

GISPEN, F., WU, A. 2018. Psychological first aid: CPR for mental health crises in healthcare. *Journal of Patient Safety and Risk Management*. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/2516043518762826>

Přílohy

Otázky do polostrukturovaného rozhovoru

1. Jaké je vaše profesní vzdělání?
2. Jak dlouho pracujete v oblasti krizové intervence či psychosociální podpory?
3. Jak byste popsal/a hlavní náplň vaší práce v krizových oblastech? (práce s jednotlivci / komunitami / záchranáři, poskytování PFA, zprostředkování kontaktů, podpora koordinace týmu...)
4. Jaké jsou podle vás klíčové profesní a etické zásady, které musí krizový intervenent dodržovat?
5. Jak se vaše role liší při různých typech katastrof? (povodně vs. ozbrojený konflikt, přírodní katastrofa vs. technogenní havárie)
6. Jaký byl rozdíl v koordinaci a poskytování psychosociální podpory v Moravskoslezském a Olomouckém kraji během povodní v roce 2024?
7. S jakými největšími výzvami jste se v terénu setkal/a? (může se jednat o organizační, emocionální, kulturní, logistické, bezpečnostní aspekty...)
8. Setkal/a jste se někdy s nedostatkem zdrojů, špatnou koordinací nebo jinou systémovou překážkou během zásahu? Jak se s tím dá pracovat?
9. Jakým způsobem zvládáte stresové a emocionálně náročné situace? Je vám poskytována nějaká psychologická podpora nebo supervize?
10. Kdybyste měl/a možnost něco změnit v organizaci nebo způsobu, jakým probíhají psychologické intervence v krizových oblastech, co by to bylo?
11. Co by podle vás pomohlo zlepšit kvalitu psychologické pomoci pro lidi zasažené katastrofou? (další školení, větší finanční podpora, lepší koordinace, inovace v metodách...)
12. Jak vidíte budoucnost krizové intervence v kontextu rostoucích globálních problémů, jako jsou klimatická změna nebo migrace?

13. Chtěl/a byste něco vzkázat lidem, kteří se chystají působit v oblasti krizové intervence?

14. Je něco, co bys chtěl/a dodat, co považujete za důležité, ale nebylo zmíněno?