

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Zajištění psychologické pomoci a krizové intervence civilnímu obyvatelstvu při
mimořádné události**

Diplomová práce

Autor: Bc. Nikola Ščerbová

Vedoucí práce: MUDr. Josef Štorek Ph.D.

Datum odevzdání práce: 16. 8. 2010

Abstract

This diploma thesis bears the title: Providing psychological aid and crisis intervention for the civilian population during an emergency situation.

The theoretical part aims to survey the development and present state of psychosocial aid system in the Czech Republic, including individual subjects and organisations that provide help in places affected.

The research is based on qualitative and quantitative surveys. The qualitative part was realised by means of a non-structured interview with a defined clinical psychologist and the main psychologist of the Fire Rescue Service of the Region of Karlovy Vary. I have fulfilled the objectives of my thesis in the following way: 1. to describe the structure and functionality of the psychological intervention system, 2. to assess experts' readiness to provide aid to victims of an emergency situation. The quantitative survey method included collecting data from the randomly chosen samples of 150 citizens who thus expressed their opinions of the questions of crisis intervention and psychological aid, from their own point of view. The research was conducted in the Region of Karlovy Vary.

The structure of the psychosocial aid system came into being in 1997, when these questions started to be given more attention both from state authorities and non-profit-organisations, and commercial institutions. The fundamental state body that manages and coordinates the psychosocial aid system is the Interior Ministry, which has a post-traumatic intervention care system, elaborated in relation to citizens affected and in relation to intervening units, and that cooperates with the Integrated Rescue System (IZS) and foreign subjects.

The results of the questionnaire survey are an integral part of my research. The civilian population has basic information about psychological aid, which they assess as an important factor for mastering mentally demanding situations. This diploma thesis is structured in such a way that provides the reader with a complex overview of the current state of psychosocial aid. I also aim, by means of my thesis, to point out the fact that there is no professional post-traumatic care in our health care system.

Prohlášení

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

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

Datum

Podpis studenta

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu práce MUDr. Josefu Štorkovi Ph.D. za odborné vedení, poskytnutí rad, informací a připomínek při zpracovávání této práce. Mé poděkování patří i všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumu, zvláště Mgr. Iloně Váchové a Mgr. Michalu Černíkovi, kteří mi byli ochotni poskytnout interview.

Obsah

Seznam použitých zkratk	9
Úvod	10
1. Současný stav	12
1.1. Typy neštěstí	12
1.1.2. Mimořádná událost	12
1.1.3. Mimořádná situace	12
1.1.4. Hromadné neštěstí	13
1.1.4.1. Hromadné neštěstí rozsáhlé	13
1.1.4.2. Hromadné neštěstí omezené	13
1.1.5. Katastrofa	13
1.1.5.1. Přírodně klimatické katastrofy	14
1.2 Krizová intervence	14
1.2.1 Formy krizové intervence	15
1.2.1.1 Prezenční formy pomoci	16
1.2.1.2 Distanční forma pomoci	17
1.2.2 Pracovník psychosociální intervence	19
1.2.2.1 Rozdělení pracovníků podle odbornosti a ohodnocení	20
1.3 Rozvoj psychosociální pomoci v České republice	20
1.3.1 Státní organizace koordinující a poskytující terénní krizovou pomoc při hromadných neštěstích	20
1.3.1.1 Systém posttraumatické intervenční péče v rámci Ministerstva vnitra	20
1.3.1.1.1 Psychologická služba Hasičského záchranného sboru České republiky	21
1.3.1.1.2 Psychologická služba u Policie České republiky	22
1.3.1.2 Ministerstvo zdravotnictví	23
1.3.1.3 Ministerstvo zahraničí	23
1.3.1.4 Ministerstvo obrany	23
1.3.2 Neziskové organizace poskytující terénní krizovou pomoc při hromadných neštěstích	23
1.3.2.1 Psychosociální intervenční tým České republiky	23

1.3.2.1.1 Psychosociální intervenční týmy.....	24
1.3.2.2 Komunitní krizový intervenční psychosociální tým	25
1.3.2.3 České sdružení obětí dopravních nehod	25
1.3.2.4 Terénní krizová služba	26
1.3.2.5 Český červený kříž.....	26
1.3.2.6 Občanské sdružení RAFAE	27
1.3.3 Komerční organizace poskytující terénní krizovou pomoc při HN	27
1.3.3.1 Krizové týmy Českých aerolinií	27
1.3.4 Spolupráce v rámci Integrovaného záchranného systému	27
1.4 Psychologie chování člověka při mimořádných událostech	28
1.4.1 Stresová reakce	29
1.4.1.1 Fáze stresové reakce	29
1.4.1.2 Typické projevy stresových reakcí	30
1.4.1.3 Trvání příznaků	31
1.4.2 Hromadné psychické reakce při a bezprostředně po mimořádné události	32
1.4.2.1 Chování lidí v davu	32
1.4.2.2 Panika	32
1.5 Psychická pomoc a krizová intervence na místě mimořádné události.....	33
1.5.1 Techniky krizové intervence na místě mimořádné události	34
1.5.2 Zásady první psychické pomoci	34
1.5.3 První pomoc psychická.....	35
1.5.3.1 Poskytnutí první psychické pomoci laiky	35
1.5.3.2 První psychická pomoc pro oběti přímé	35
1.5.3.3 První psychická pomoc pro rodinné příslušníky	36
1.5.3.4 První psychická pomoci u dětí.....	36
1.5.4 Porozumění události pro vytvoření přiměřeného návrhu střednědobé a dlouhodobé pomoci.....	37
1.5.5 Psychosociální pomoc	37
1.5.5.1 Fáze psychosociální pomoci.....	38
1.5.5.2 Psychosociální pomoc obětem povodní	38

<i>1.5.5.3 Historický výskyt povodní na našem území</i>	39
<i>1.5.5.4 Povodně z perspektivy zasažených</i>	39
1.6 Poradenské dovednosti při mimořádných událostech	40
1.6.1 Vytvoření pomáhajícího vztahu	40
<i>1.6.2 Aktivní naslouchání</i>	41
1.6.3 Řešení problému	42
1.6.4 Varování	42
1.6.5 Kdy odkázat na odborníky	42
1.6.6 Pomoc duchovního při mimořádných událostech	43
1.7 Psychologické následky mimořádných událostí	43
1.7.1 Psychická zátěž zdravotníků	44
1.7.2 Prevence následků psychické zátěže u záchránců v rámci CISM	45
<i>1.7.2.1 Demobilizace</i>	45
<i>1.7.2.2 Defusing</i>	45
<i>1.7.2.3 Debriefing</i>	46
1.7.3 Psychické poruchy a jiná onemocnění	47
<i>1.7.3.1 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)</i>	47
<i>1.7.3.2 Další poruchy a onemocnění</i>	48
2. Cíl práce a hypotéza	50
2.1 Cíle práce	50
2.2 Hypotéza	50
2.3 Výzkumné otázky pro kvalitativní výzkum	50
3. Metodika	51
4. Výsledky	52
4.1 Výsledky kvalitativní část výzkumu - interview	52
4.1.1 Interview s Mgr. Ilonou Váchovou, klinickou psycholožkou psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov	52
4.1.2 Interview s hlavním psychologem HZS Karlovarského kraje Mgr. Michalem Černíkem	54
4.2 Výsledky kvantitativní části výzkumu	59

5. Diskuze	69
6. Závěr	75
7. Klíčová slova	77
8. Seznam použitých zdrojů	78
9. Přílohy	85

Seznam použitých zkratek

AČR	Armáda České republiky
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
AV ČR	Akademie věd České republiky
CISM	Critical Incident Stress management
č.	číslo
ČČK	Český červený kříž
ČSA	České aerolinie
ČSODN	České sdružení obětí dopravních nehod
FVZ UO	Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany
GŘ HZS ČR	Generální ředitelství HZS České republiky
HZS ČR	Hasičský záchranný sbor České republiky
HZS	Hasičský záchranný sbor
IZS	Integrovaný záchranný systém
JIP	Jednotka intenzivní péče
KIP	Komunitní krizový intervenční psychosociální tým
MU	mimořádná událost
MV	Ministerstvo vnitra
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
např.	například
PČR	Policie České republiky
PIT	Psychosociální intervenční tým
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
START	metoda třídění raněných při MU- (Snadné Třídění A Rychlá Terapie)
tj.	to je
TPP	Tým posttraumatické intervenční péče
tzn.	to znamená
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Úvod

Náhle vzniklé tragické události jsou nevyhnutelnou součástí lidského života, nepřinášejí s sebou jen fyzická zranění, oběti na životech, či hmotné škody na majetku. Zkušenosti záchranných jednotek z míst zasažených mimořádnými událostmi stále jednoznačně poukazují na skutečnost, že je zapotřebí umět se adekvátně postarat o potřeby zasažených nejen z hlediska zdravotní péče, ale i z hlediska psychických, sociálních a duchovních potřeb. Zranění duševního charakteru mohou být velmi závažná a mnohdy přetrvávají i po zhojení fyzických následků. Základní psychická podpora a pomoc se v současné době řadí k prioritám stejně jako podpora základních životních funkcí.

Zdrojem inspirace pro volbu tématu byla jeho aktuálnost. V poslední době se nárůst výskytu různých typů mimořádných událostí nevyhýbá ani České republice, typickým příkladem je obávaný zvyšující se počet rozsáhlých povodní, které několikrát udeřily i během zpracovávání této práce.

Začátek práce je koncipován tak, aby nastínil problematiku mimořádných událostí. V následující části je podrobněji rozebrána struktura systému krizové intervence v ČR a začlenění terénních služeb krizové intervence do tohoto systému. Hlavní část je zaměřena na zmapování rozvoje psychosociální pomoci v ČR, včetně jednotlivých subjektů a organizací, které poskytují pomoc na zasažených místech, a s tím související psychologie chování, krizová intervence a psychická pomoc. Teoretickou část uzavírá problematika psychických následků, které mohou mimořádné události způsobit.

Výzkum je založen na podkladě kvalitativního a kvantitativního šetření. Kvalitativní část byla realizována prostřednictvím interview s definovanou klinickou psycholožkou a hlavním psychologem HZS Karlovarského kraje. Touto formou jsem zjišťovala strukturu a funkčnost systému krizové intervence a psychické pomoci, která je poskytována občanům při mimořádných událostech v Karlovarském kraji. Metoda kvantitativního šetření zahrnovala sběr dat od náhodného vzorku 150 občanů

Karlovarského kraje, kteří se touto formou vyjadřovali k dané problematice krizové intervence a psychické pomoci z vlastního úhlu pohledu.

1. Současný stav

1.1 Typy neštěstí

Víme, že se neštěstí dějí, ale nepředpokládáme, že by mohli postihnout právě nás. Tento obranný mechanismus nazýváme popření reality. Lidé se pomocí tohoto mechanismu lépe psychicky vyrovnávají s katastrofami (33). Neštěstí můžeme rozdělit do dvou základních skupin. První skupinou je neštěstí individuální, jehož přímou obětí se stal jednatel. Radíme sem zkušenosti obětí se znásilněním, mučením, přepadením a mnoho dalších. Druhou skupinou jsou hromadná neštěstí a katastrofy, mluvíme o nich tehdy, pokud je zasažena skupina nebo větší celky obyvatelstva (3). Jednotlivá záchranářská třídění se mohou v některých podrobnostech lišit, obecně se vztahují k pojmu mimořádná událost (4).

1.1.2 Mimořádná událost

Mimořádnou událostí rozumíme škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací (70). Z psychologického hlediska se jedná o událost, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost, je nepředvídatelná, náhlá, neovladatelná (33).

1.1.3 Mimořádná situace

Pod tímto pojmem rozumíme situaci, která vzniká v důsledku nastalé mimořádné události. Lze tedy říci, že nastalá mimořádná událost vyvolává mimořádnou situaci, kterou je zapotřebí řešit. Mimořádnou situaci můžeme s hlediska jejího trvání rozdělit na krátkodobou, trvá dny až týdny, dalším typem je střednědobá, trvajících měsíce až roky, posledním typem je dlouhodobá, která trvá roky až desítky let (56).

1.1.4 Hromadné neštěstí

Je mimořádná událost s větším počtem raněných. Příčinou vzniku je lidský nebo přírodní faktor. Při zásahu profesionálních jednotek je nutné stanovení priorit, rychlé zhodnocení situace a především včasné třídění raněných (18).

1.1.4.1 Hromadné neštěstí rozsáhlé

Hromadné neštěstí rozsáhlé definujeme jako mimořádnou událost, která má za následek náhlý vznik většího počtu než deset zraněných nebo zasažených, tento stav nejsou kapacitně schopny v daném čase řešit zdravotnická zařízení příslušné záchranné služby. Počet zasažených obětí nepřekračuje padesát. Pro likvidaci následků rozsáhlého hromadného neštěstí musí být aktivovány poplachové, havarijní a traumatologické plány (59).

1.1.4.2 Hromadné neštěstí omezené

Hromadné neštěstí omezené znamená také mimořádnou událost postihující nejvíce deset zraněných, nebo zasažených, z nichž je minimálně jeden v kritickém stavu. Likvidace následků je řešena v spolupráci několika výjezdových skupin a posilových prostředků okresu pro transport zasažených. Traumatologické plány nejsou aktivovány (59).

1.1.5 Katastrofa

Je dalším možným typem mimořádné události, definujeme ji jako náhle vzniklou událost velkého rozsahu, která má za následek více než padesát postižených bez rozdílu počtu mrtvých, lehce či těžce zraněných. Důležitým znakem je náhlý a nečekaný vznik, kdy nebývá dostatek času na rozhodování a řízení záchranných prací, personálu a prostředků, je zde velké riziko vzniku epidemií (3). Dalším znakem je panika a emoční

stres postižených i záchranných týmů, prodlení v zahájení léčby a odsunu, nedostatek personálu, techniky a léků (59). Katastrofy třídíme podle vyvolávající příčiny. Pokud je příčinou vzniku katastrofy lidský faktor v souvislosti s provozem lidmi vyrobených zařízení hovoříme o havárii. Jsou-li příčinou vzniku ničivé přírodní síly, jedná se o živelnou pohromu. Podrobněji můžeme rozčlenit katastrofy z hlediska působení ničivých vlivů přírody a člověka na přírodně klimatické katastrofy a sociálně-ekonomické katastrofy (3).

1.1.5.1 Přírodně klimatické katastrofy

Přírodně klimatickými katastrofami rozumíme zemětřesení a jeho následky, sesuvy, požáry, epidemie a hladomor. Dále je to sopečná činnost, sopečné povodně, žhavá sopečná mračna, bahnotok. Následujícím typem přírodně klimatické katastrofy jsou pohyby vodstva či zeminy, hlavně laviny, povodně a sesuvy půdy. Posledním typem jsou povětrnostní vlivy, například nadměrná sucha a mrazy, větrné smrště, krupobití, přívalové deště a jejich následky (3).

1.1.5.2 Sociálně-ekonomické katastrofy

Sociálně-ekonomické katastrofy zahrnují všechny typy válečných konfliktů a mimořádných situací vojensko-politického charakteru v době míru, například teroristické útoky, nacionalistické konflikty, migrační vlny. Dále civilizační katastrofy například dopravní a průmyslové havárie, havárie v oblasti jedovatých odpadů, jaderné energie, požáry (3).

1.2 Krizová intervence

Baštecká uvádí: „Krizová intervence znamená zásah v krizi.” (str. 339, 1). Metoda krizové intervence je definována jako způsob jednání a chování pracovníka, který v klientovi navozuje pocit úlevy a vede ho k řešení situace (4). Je tvořena různými

formami pomoci, které mají za cíl vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu, která je narušena kritickou životní událostí. Krizová intervence zahrnuje především pomoc psychologickou, lékařskou, právní a sociální. Psychologická pomoc spočívá v časově omezeném terapeutickém kontaktu zaměřeném na problém, který krizi způsobil. Jedinec je s krizí vyrovnán a dochází k jejímu řešení. Odstranění příznaků krize a znovuoobnovení psychické rovnováhy zabraňuje dalšímu rozvoji dezorganizace. Lékařská pomoc zahrnuje hlavně intervenci psychiatrickou a v případě potřeby také medikaci a krátkodobou hospitalizaci. V rámci sociální pomoci je krizová intervence chápána jako činnost, která směřuje k okamžitému sociálnímu zásahu zaměřenému na osoby, které se dostaly do akutní krizové situace. Zahrnuje služby sociální intervence poskytované osobám žijícím v mimořádně obtížných podmínkách. Právní pomoc může být v určitém omezeném rozsahu poskytnuta sociálním pracovníkem, zejména v oblasti sociálně-právní, ale spadá z větší části do kompetence právníků. Krizová intervence představuje komplexní intenzivní pomoc (58).

1.2.1 Formy krizové intervence

Formy odborné pomoci v krizi můžeme třídit podle různých kritérií. Nejčastější je kritérium podle typu kontaktu krizového intervenanta s klientem, hovoříme takto buď o prezenční, nebo distanční formě pomoci (viz příloha 2). Do prezenční formy zahrnujeme ambulantní formu pomoci v krizi, hospitalizaci a terénní a mobilní služby. Distanční forma pomoci znamená proces krizové intervence, kdy je intervenant prostorově vzdálen od klienta, zahrnuje hlavně telefonický a internetový kontakt s klientem (58). Pomoc v krizi můžeme také rozdělit na formální a neformální. Formální pomoc je poskytována profesionály, poloprofesionály, nebo laiky. Do neformální pomoci řadíme svépomoc a vzájemnou pomoc (57).

1.2.1.1 Prezenční formy pomoci

Nachází se málokdy pod jednou institucí, většinou se různé instituce zaměřují podle svých personálních, finančních a organizačních možností jen na některé formy krizové intervence. Instituce, které poskytují primárně krizovou intervenci nazýváme krizová centra. Tato centra mají k dispozici krizová lůžka, ale obvykle poskytují i ambulantní služby. Mohou také provozovat linku důvěry. Krizové centrum může představovat pro klienta velmi důležitý systém sociální opory, pokud přirozené zdroje sociální opory nefungují, nebo zcela selhaly. Toto je důležité hlavně v případě osamělých klientů a rodin v sociální izolaci. V krizovém centru působí multidisciplinární tým složený z psychologů, sociálních pracovníků, zdravotních sester a lékařů. S tímto týmem velmi úzce spolupracují často také další odborníci, hlavně duchovní a právníci, ale i mnoho dalších, jako jsou dobrovolníci, studenti oborů zaměřených na oblast pomáhajících profesí a školení laici (58).

Ambulantní forma pomoci - Je poskytována klientům, kteří osobně navštíví ambulance, poradny, instituce primárně určené k poskytování pomoci osobám v krizi, mohou to být ambulance krizových center, nebo instituce, které poskytují krizovou intervenci sekundárně, jako jsou ambulance psychoterapeutických pracovišť, psychiatrické ordinace, rodinné poradny, nebo psychiatrické ordinace (58). Tato forma zahrnuje i krizovou pomoc formou stacionáře, klientovi umožňuje docházet domů. Není však vhodná v případech, kdy je klient ohrožován ve svém domácím prostředí (36).

Forma hospitalizace - K hospitalizaci přistupujeme v případě, že klientův stav je natolik závažný, že neumožňuje setrvat v přirozeném prostředí (16). Klient je krátkodobě umístěn na krizovém lůžku v krizovém centru. Hospitalizací se eliminují rizikové faktory, například pokud je nutné sledovat klientův psychický stav v případě suicidální hrozby. Výhody hospitalizace spočívají také ve využití všech možností a zdrojů krizového centra včetně využití multidisciplinárního týmu (62).

Forma terénní a mobilní služby - Spočívají v přenesení celého procesu krizové intervence na místo, kde se nalézají osoby v krizi (58). Pracovník jede do terénu za

lidmi, u nichž se dá předpokládat, že by mohli mít užitek z nabízené pomoci (1). Obecně lze terénní a mobilní služby rozdělit do několika podob:

1. *Výjezd ke klientovi* - Odborník, či odborný tým vyjíždí do terénu, nebo do klientova přirozeného prostředí. Uskutečňuje se tak v situacích, které jsou pro všechny zúčastněné příliš závažné, že nejsou schopni krizové centrum navštívit osobně (36).
2. *Doprovod klienta* - Může se uskutečnit například formou návštěvy klienta a krizového pracovníka na úřadu, klient může být doprovázen na policii, k soudu, nebo k lékaři (36).
3. *Návštěva klienta* - Klient je navštěvován a podporován krizovým pracovníkem v nemocnici, nebo v jiném typu zařízení (36).
4. *Forma terénní služby při mimořádných událostech* - Při mimořádných událostech jsou krizoví pracovníci vysíláni na místo události, aby aktivně pracovali s obyvateli, a to buď plošně, nebo tam, kde lidé zvládají situaci s velkými obtížemi. Mobilní krizové týmy pomáhají zasaženým lidem zvládnout počáteční šok, usnadnit prožívání, dále poskytují informace a pomáhají zprostředkovat další odbornou péči těm, kteří jí potřebují (36).

Forma krizové pomoci a služby v klientově přirozeném prostředí - Spočívá v jednorázové nebo opakované návštěvě krizového pracovníka u klienta v domácím prostředí v případě, kdy nejsou klienti sami schopni navštívit krizové pracoviště. Tuto formu intervence je vhodné uplatnit také v případě, kdy je potřeba pracovat s celou rodinou (72).

1.2.1.2 Distanční forma pomoci

Je proces krizové intervence, kdy je krizový intervent prostorově vzdálený od klienta. Tato forma pomoci zahrnuje hlavně telefonický nebo internetový kontakt s klientem. Velká část pracovníků v pomáhajících profesích se domnívá, že pro poskytování účinné pomoci je nezbytné osobní setkání s klientem. Distanční formy

pomoci mohou být užitečnou příležitostí k poskytnutí pomoci, jsou stejně efektivní, v některých případech mohou být dokonce vhodnější, než osobní setkání pracovníka s klientem tváří v tvář. Tradiční model vyhledávání pomoci mnoha lidem nevyhovuje. Tento model je založen na tom, že se klient musí někde objednat, často musí strpět dlouhé čekací lhůty, které jej mohou odradit. Mnoha klientům nevyhovuje osobní setkání, protože je pro ně tato situace stresující, nebo přímo ponižující. Internet a telefon představují nástroje přibližující pomoc řadě klientů, kteří nejsou schopni si o ni říci jiným způsobem. Často se jedná o klienty v intoxikaci, panice, při započatém suicidálním pokusu, nebo devianty. Distanční formy pomoci jsou vhodné také pro klienty, kteří z nejrůznějších důvodů nemohou do ambulance nebo poradny přijít sami. Jedná se především o malé děti, nemocné, imobilní a starší klienty. Pro ně je internetový nebo telefonický kontakt často jedinou možností pomoci v tísní nebo osamělosti (58).

Telefonická pomoc - Je zajišťována pomocí tzv. linek důvěry. Za její zvyšující se oblibou stojí anonymita a široký výběr druhů poskytovaných linek. Tyto linky mohou být úzce specializovány na určitou skupinu klientů (41). Mezi nejznámější patří Linka důvěry pro děti a mládež, Linka bezpečí, dále linky určené pro nějaký specifický problém například Help line AIDS (58).

Internetová pomoc - Internet nabízí prostor hlavně u témat, pro která lidé volí raději anonymitu, nebo u témat, která mohou být spojena se sociální stigmatizací, například AIDS, násilí, drogy. Toto komunikační médium je nápomocné hlavně pro skupiny, které se potýkají s komunikačními bariérami, například zdravotně postižení, bezdomovci, lidé v duševní krizi. Internet jim do určité míry může pomoci odstranit pocit izolace a zvýšit kvalitu života. Mohou zde najít také potřebné informace, využít chatu a diskuzí ke kontaktu s lidmi z vlastní skupiny i mimo ni. V zahraničí i v České republice začaly internet využívat linky důvěry. Na svých stránkách o sobě zveřejňují základní informace, nabízejí e-mailovou formu krizové intervence. Kromě tradičních linek důvěry existují i v internetové pomoci také specificky zaměřené linky, například křesťanská linka help.vira.cz. E-mailová krizová intervence má podobné nevýhody jako internetové poradenství obecně. Tyto nevýhody se snaží kompenzovat InternetPoradna.cz prostřednictvím E-linky důvěry (58). Komunikace mezi linkou a

klientem probíhá formou chatu, rozhovor vedou ve virtuální místnosti, do které má přístup pouze pracovník linky a klient, který vstupuje anonymně pod přezdívkou a heslem (40). Největší výhodou E-linky je ve srovnání s e-mailovou korespondencí bezprostřední a vzájemná komunikace (58). Aktuální novinkou je psychologická podpora na internetových sociálních sítích, např. na Facebooku byly založeny stránky na podporu lidí postižených povodněmi. Lidé se zde mohou nejen svěřit se svými problémy a připomínkami, ale mohou se také navzájem psychicky podporovat, sdělovat si rady a aktuální informace ze zasažených oblastí, je zde uvedeno i telefonní číslo, na které se mohou v případě potřeby obrátit (42).

1.2.2 Pracovník psychosociální intervence

Pracovník krizové intervence se rekrutuje z řady oborů sociálních, zdravotnických nebo psychosociálních. Kromě těchto odborníků se v praxi krizové intervence vyskytují i další profese jako je psychiatr, lékař, psycholog, terapeut, duchovní, speciální pedagog. Každý z oborů přináší pro krizovou intervenci vlastní specializační pohled. Pro poskytování krizové intervence jsou požadována určitá kvalifikační kritéria, například psychoterapeutický výcvik, který je nezbytnou podmínkou pro vedení krizové intervence. Předpoklady znalostí a dovedností pracovníka poskytujícího krizovou intervenci lze rozdělit na oblast vzdělanostních předpokladů, které zahrnují znalosti týmové komunikace, znalosti z oblasti viktimologie, znalosti právního vědomí, schopnosti efektivního rozhodování a vyhodnocování alternativ, základů poskytování první pomoci, získávání a předávání informací a vedení dokumentace. Další důležitou oblastí jsou sociální předpoklady, do kterých lze zahrnout aktivní naslouchání, empatii, schopnost sebereflexe, schopnost zvládat zátěž a schopnost rozpoznávat vlastní a cizí hranice možností a sil (65).

1.2.2.1 Rozdělení pracovníků podle odbornosti a ohodnocení

Z hlediska odborné přípravy a vzdělání můžeme pracovníky rozdělit na odborníky, dobrovolníky a laiky. Odborníci mají odpovídající vzdělání a výcvik, za poskytování intervence jsou placeni. Dobrovolníci mají odpovídající vzdělání a výcvik, nebo mají pouze odborný výcvik, nejsou však placeni. Laici nemají odborné vzdělání, mají pouze výcvik, ale jsou placeni (65).

1.3 Rozvoj psychosociální pomoci v České republice

Vlivem rostoucího počtu i rozsahu mimořádných událostí, dochází v České republice ke zvyšování požadavků na zajišťování psychosociální pomoci zasaženým lidem. Jedním z hlavních impulsů rozvoje psychosociální sféry pomoci byly povodně v roce 1997 a dalších letech (63), (viz příloha 3).

1.3.1 Státní organizace koordinující a poskytující terénní krizovou pomoc při hromadných neštěstích

1.3.1.1 Systém posttraumatické intervenční péče v rámci Ministerstva vnitra

Psychosociální pomoc se začala systematicky rozvíjet v rezortu Ministerstva vnitra. Od roku 1998 byl vytvářen systém posttraumatické intervenční péče pro policisty, který vstoupil do praxe roku 2001. Stejný model byl aplikován do HZS ČR, kde je funkční od roku 2003 (63). Hasič nebo policista, který se dostal do extrémní situace má právo od svého zaměstnavatele čerpat bezplatně a rychle psychologickou pomoc. Tato skutečnost je zohledněna v § 77 odst. 11, písm. l zákona č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů. Psychologická péče je zde zahrnuta mezi podmínky řádného a bezpečného výkonu služby a povinnosti v oblasti péče o příslušníky (67). Využita je síť rezortních psychologů i vyškolených policistů a hasičů (63). Policejní interventi jsou primárně určeni k pomoci policistům, v případě

HZS ČR plní intervenční úkoly ve vztahu k zasaženým občanům, tak i ve vztahu k hasičům (67). V případě rozsáhlých neštěstí a katastrof v zahraničí je využívána psychologická služba Ministerstva vnitra, tedy PČR a HZS (63).

1.3.1.1.1 Psychologická služba Hasičského záchranného sboru České republiky

Je tvořena dvěma psychology na GŘ HZS ČR a 14 krajskými psychology. Krajské psychology mají za úkol koordinovat pomoc pro zasažené na místě zásahu daného regionu. V této oblasti spolupracují s psychology PČR, nestátními neziskovými organizacemi a dalšími odborníky. Posttraumatickou intervenční péči poskytují také hasičům, tento systém zahrnuje asi 140 interventů-hasičů (63). Psychologická služba HZS obsahuje tři základní pilíře, personální práce s hasiči, péče o hasiče, péče o další oběti (3).

Odborná péče o hasiče a další členy IZS - Hlavním cílem je, aby nenarůstala mentální únava a nedocházelo k předčasnému snížení výkonnosti a následným odchodům. Je zapotřebí rozšiřování vědomostí o traumatu a jeho následcích na lidskou psychiku, učení se nových postojů k sobě samému, učení se nového životního stylu, a hlavně poskytování posttraumatické intervenční péče kvalitně připravenými odborníky na duševní zdraví a pomocníky z řad hasičů k odstraňování pozásahového stresu (3). Pokyn generálního ředitele HZS ČR č. 30 ze dne 25. 7. 2008 zřizuje systém poskytování posttraumatické péče příslušníkům a občanským zaměstnancům HZS ČR, kteří prožili traumatizující událost v souvislosti s plněním služebních nebo pracovních úkolů. Tento systém je postaven na týmech posttraumatické péče (22).

Týmy posttraumatické intervenční péče - Každý kraj má zřízen svůj tým, který je řízen psychologem HZS daného kraje. Členy těchto týmů jsou mimo psychologů i hasiči, kteří se nazývají pečři a prošli odborným 40 hodinovým výcvikem. Členství v tomto týmu je dobrovolné. Do práce TPP patří i péče o oběti mimořádných událostí (22). Toho se využívá hlavně u neštěstí menšího rozsahu, kde je třeba poskytnout péči rychle a bezprostředně. Členové týmu jsou obvykle hasiči, kteří jsou zařazeni ve směnách a jsou tedy často přímo na místě zásahu, nebo je možno okamžitě povolovat (47).

Pomoc obětem mimořádných událostí - Oběti mimořádných událostí byly donedávne doby opomíjenou kategorií z hlediska poskytování psychosociální pomoci. Při zásahu ani bezprostředně po něm nebyl obvykle k dispozici personál kvalifikovaný pro tuto činnost. Psychologická služba v osobě koordinátora-psychologa hasičského záchranného sboru daného kraje se snaží s odborníky zaručit kvalitu a objem poskytování psychologické pomoci obětem mimořádných událostí, podílí se na přípravě zdrojů psychosociální pomoci v regionu a koordinuje její využití při mimořádných událostech většího rozsahu. Samozřejmostí je poskytování psychologické služby rodinám hasičů, kteří byli během zásahu zraněni, nebo zahynuli (3).

Zabezpečování podkladů pro personální práci a výkon služby - Do této oblasti patří výběr hasičů, hlavně zajišťování jejich duševních předpokladů pro službu HZS podle § 15 zákona 361/2003 Sb. O služebním poměru bezpečnostních sborů. Patří sem také vyšetření hasičů z povolání, která jsou stanovena § 37 vyhlášky č. 247/2001 Sb. Při výběrovém řízení zpracovává psycholog podklady k rozhodnutí výběrové komise při zařazování do speciálních a řídicích funkcí (3).

1.3.1.1.2 Psychologická služba u Policie České republiky

Policejní psychologové zajišťují odborné posuzování osobní způsobilosti uchazečů o přijetí do služebního poměru a posuzují vhodnost uchazečů pro výkon speciálních a řídicích funkcí. Poskytují také řadu dalších odborných služeb při řešení mimořádných situací, vyžadujících speciální intervenci. Mezi základní úkoly psychologické služby patří i oblast psychologické péče o policisty. Do psychologické péče spadají preventivní psychologické služby, psychologické poradenství, posttraumatická-intervenční péče, činnost anonymní telefonické linky pomoci v krizi (63). Tato skutečnost je nejnověji aktualizována Závazným pokynem policejního prezidenta ze dne 16. února 2009 o posttraumatické intervenční péči a anonymní telefonní lince pomoci v krizi. Tento pokyn určuje, že klientem může být příslušník PČR, zaměstnanec policie a Ministerstva vnitra, jejich rodinní příslušníci ale i osoby z řad veřejnosti v rámci prevence rozvoje posttraumatických potíží (71).

1.3.1.2 Ministerstvo zdravotnictví

Má vypracovanou Koncepti krizové připravenosti zdravotnictví České republiky Tato koncepce obsahuje také problematiku duševního zdraví. V oblasti krizové připravenosti a duševního zdraví je rozvíjena spolupráce s WHO (27,63).

1.3.1.3 Ministerstvo zahraničí

Zavádí od roku 2006 do předvýjezdové přípravy svých pracovníků povinný kurz Psychologie mimořádných událostí. Hlavním cílem kurzu je osvojit si zásady psychosociální pomoci zasaženým lidem i pracovníkům i pravidla podpory vlastního duševního zdraví (63).

1.3.1.4 Ministerstvo obrany

Zajišťuje pomoc vojákům a jejich rodinám pomocí armádních psychologů a duchovenské služby, psycholog je součástí záchranného praporu AČR (69).

1.3.2 Neziskové organizace poskytující terénní krizovou pomoc při hromadných neštěstích

1.3.2.1 Psychosociální intervenční tým České republiky

Začal se intenzivněji rozvíjet od roku 2002. U jeho zrodu a činnosti stojí Nadace ADRA a spolupráce s Ministerstvem vnitra. Jedná se o mezioborový tým, který je složen z dobrovolníků různých profesí. Tvoří ho duchovní, psychologové, sociální pracovníci, pracovníci neziskových organizací, kteří prošli ročním výcvikem (63). Jeho součástí je i tzv. mobilní bohoslužebný tým (48). Celkově bylo vyškoleny přibližně sto osob, ale aktivních členů je v současnosti okolo dvaceti. Ti mají různé schopnosti a možnosti reagovat na komplex materiálních, duševních a duchovních potřeb lidí,

vzniklých následkem terorismu, katastrof, hromadných a individuálních neštěstí. PIT úzce spolupracuje v některých regionech s psychology HZS ČR. Činnost Psychosociálních intervenčních týmů mívá i nadregionální rozsah (63).

1.3.2.1.1 Psychosociální intervenční týmy

Psychosociální pomoc obětem neštěstí začíná a končí s dovednostmi týmové spolupráce, která je na práci týmu vystavena. Pracovníci psychosociálních intervenčních týmů mají v období při a bezprostředně po katastrofě pět hlavních funkcí, které na sebe navazují v časové posloupnosti. Poskytují a vyhledávají informace a pomoc při prosazování práv a zájmů obětí, debriefing, osvěta pro místní síť lékařů, duchovních a představitelů dané obce, krizové poradenství, vyhledávání potřebných a navazujících odborných služeb. Psychosociální intervenční tým se zaměřuje na okamžité potřeby a požadavky, pracuje preventivně a navštěvuje lidi, o kterých se dá předpokládat, že byli neštěstím zasaženi. Jsou to hlavně lidé zranění, hospitalizovaní pozůstalí, přeživší včetně záchranářů (3).

Pomoc bezprostředně po události - Naplňují členové psychosociálních intervenčních týmů ve spolupráci s místními zdroji pět již uvedených hlavních funkcí jednotlivými konkrétními úkoly. Jedná se o první psychickou pomoc a informace na místě neštěstí, okamžitý kontakt s médii, aby zasažená veřejnost byla informována o dostupné pomoci, dále musí být uvedena do provozu nepřetržitá linka pomoci, která by měla sloužit osmnáct měsíců až dva roky po události, v neposlední řadě také debriefing záchranných týmů, které zasahovaly na místě události (35).

První měsíc po události - Pokračují členové psychosociálních intervenčních týmů v plnění pěti hlavních úkolů jednotlivými kroky. Ve spolupráci s policií vyhotovují databázi lidí zasažených katastrofickou událostí, provádějí debriefing krizových pracovníků, kteří se angažovali v první psychické pomoci, provádějí preventivní návštěvy včetně debriefingu pro přeživší, poskytují krátkodobou praktickou pomoc, například s úředními záležitostmi, podporují při vzpomínkových bohoslužbách (3).

Dlouhodobá pomoc - Dlouhodobou pomoc, přebírají postupně místní organizace a místní lidé. Tato pomoc bývá plánována v rozsahu do dvou let po události. Musí být splněny rovněž konkrétní úkoly například podpora při soudním vyšetřování, individuální protitraumatické poradenství, skupinová práce s pozůstalými, vyváření příležitostí pro uctění a památky. Psychosociální intervenční týmy jsou díky svému složení schopny poskytovat pomoc přímou, koordinační a supervizní. Jejich hlavním posláním je tvorba návrhů pomoci, které odpovídají typu události, potřebám různých skupin obětí a situaci v daném regionu (3).

1.3.2.2 Komunitní krizový intervenční psychosociální tým

Je místní tým, který poskytuje psychosociální podporu komunitě v oblasti zvládnutí dopadů mimořádných událostí. Je budovaný v rámci občanského sdružení ADRA, vznikl na podzim roku 2009 (23). Spolupracuje s ostatními KIP týmy ADRA, Psychosociálním intervenčním týmem ČR a s psychology HZS (24). Tento tým se orientuje na oběti, které nejsou v přímém ohrožení života a nepotřebují pomoc záchranných složek, zaměřuje se hlavně na psychickou podporu a pomoc v sociální oblasti. V současné době funguje na území ČR devět aktivních týmů (23).

1.3.2.3 České sdružení obětí dopravních nehod

Hlavním úkolem této organizace je poskytovat pomoc obětem dopravních nehod, nejen postiženým účastníkům ale i pozůstalým, kteří se dostali do těžké životní situace (11). Sdružení vzniklo z iniciativy obětí dopravních nehod ve spolupráci s několika odborníky, psychology, právníky, sociálními pracovníky. Hlavním cílem je pomoci obětem s řešením praktických problémů, zajišťování pohřbu, jednání na úřadech, soudní jednání, zajištění odborné lékařské nebo sociální péče. Služby jsou poskytovány osobně v kanceláři, telefonicky, nebo návštěvou pracovníků v bydlišti zasažených osob, nemocnicích (63).

1.3.2.4 Terénní krizová služba

Je subjekt, poskytující terénní krizovou pomoc a podporu při hromadných a individuálních neštěstích na celém území Plzeňského kraje (61). Roku 2002 ji zřídila Diecézní charita Plzeň. Služba funguje nepřetržitě, aktivně spolupracuje s hasičským záchranným sborem Plzeňského kraje a policií ve svém regionu. V některých případech spolupracuje také s Psychosociálními intervenčními týmy, Českým sdružením obětí dopravních nehod a s psychologickou službou Ministerstva vnitra (63).

1.3.2.5 Český červený kříž

Je humanitární občanské sdružení působící na celém území České republiky. Působí zejména v oblasti sociální, zdravotní a humanitární (63). Jeho posláním je v souladu s ustanovením Ženevských úmluv chránit zdraví a úctu k lidské bytosti, předcházet a zmírňovat utrpení, podporovat vzájemné porozumění a mír mezi národy (38). Ve smyslu mezinárodního práva je ČČK jedinou státem uznanou národní společností Červeného kříže (63). Postavení ČČK je upraveno zákonem č. 126/1992 Sb. O ochraně znaku a názvu Červeného kříže a o Československém červeném kříži. Podle toho zákona poskytuje tato organizace záchranné, zdravotnické, sociální a humanitární služby, působí v oblasti civilní obrany a ochrany obyvatelstva a poskytuje pomoc při mimořádných událostech, působí jako pomocná organizace vojenské zdravotnické služby (12). Humanitární jednotky jsou hlavním nástrojem programu připravenosti na katastrofy. Základem sociální činnosti této společnosti je dobrovolná práce členů ČČK na úrovni místních skupin a oblastních spolků. Ty organizují dobrovolnou pečovatelskou službu, pomoc pro staré a tělesně postižené občany, pomoc ohroženým skupinám obyvatel, ošacovací střediska a mnoho dalších (63).

1.3.2.6 Občanské sdružení RAFAE

Sdružení se zaměřuje na oblast psychosociální pomoci lidem v situaci individuálních a hromadných neštěstí a krizí podporou občanských i profesionálních aktivit na tomto poli, jejich koordinací, poradenstvím a vzděláváním a vzájemnou informovaností (67). Toto sdružení nabízí pomoc i prostřednictvím internetové poradny (39).

1.3.3 Komerční organizace poskytující terénní krizovou pomoc při hromadných neštěstích

1.3.3.1 Krizové týmy Českých aerolinií

České aerolinie mají zřízený vlastní Tým psychologické asistence, který tvoří pět osob. Tento tým drží pohotovost, v případě potřeby vyjíždí pracovat s klienty a personálem na místo letecké nehody. Dále organizují Tým krizových asistentů, který je složen přibližně ze sta dobrovolníků, kteří jsou zároveň zaměstnanci Českých aerolinií. Tito pracovníci jsou určeni pro pomoc přeživším a rodinám obětí. Poslední jednotkou je Krizový intervenční tým, který je určen pro kolegiální pomoc pilotům a palubního personálu, je tvořen dvanácti dobrovolníky (67).

1.3.4 Spolupráce v rámci Integrovaného záchranného systému

Ze zkušeností z mimořádných událostí většího rozsahu a katastrof v zahraničí se v urgentní fázi neštěstí osvědčuje centrální systém řízení psychosociální pomoci, zajišťovala ho psychologická služba resortu ministerstva vnitra. V případě regionálního neštěstí se osvědčuje spolupráce krajského psychologa HZS ČR s Psychosociálními intervenčními týmy a jinými místními poskytovateli tohoto typu pomoci. V resortu Ministerstva vnitra jsou profesionálové na duševní zdraví školení hlavně v metodách CISM a v krizové intervenci, včetně telefonické. V těchto metodách jsou trénováni také

profesionálové z AČR a zástupci ZZS. V sektoru ZZS proběhl výzkum zátěže zdravotnického personálu a postupně dochází k zavádění preventivních psychologických programů. FVZ UO v Hradci Králové organizuje od roku 2005 mezirezortní konference s názvem Psychosociální aspekty při zásahu záchranných složek, které jsou vhodnou příležitostí pro výměnu zkušeností mezi kolegy z rezortů vnitra, obrany a zdravotnictví. Rezort obrany zajišťuje psychosociální pomoc vojákům a jejich rodinným příslušníkům prostřednictvím duchovenské služby AČR a armádních psychologů. Základy mezinárodní sítě pro spolupráci a výměnu zkušeností byly položeny na bázi stálé komise pro psychologii krizí a neštěstí, pod evropskou federací psychologických asociací, ve které má Česká republika svého zástupce. Tato skupina vytvořila evropské obsahové standardy pro poskytování psychosociální pomoci a návrhy Radě Evropy v dané oblasti. Dalším zdrojem mezinárodní spolupráce je členství v psychosociální pracovní skupině Světové asociace pro urgentní medicínu a medicínu katastrof, dále pak spolupráce s izraelskou trauma Koalicí, která sdružuje přes 40 organizací, které se touto danou problematikou v Izraeli zabývají, nebo také spolupráce s nizozemskou nadací IPMACT (67).

1.4 Psychologie chování člověka při mimořádných událostech

Naše reakce na vnější podněty jsou určovány vnitřními předpoklady, individuálními vlastnostmi a postoji. Na zátěž reagujeme různě v souladu s naším temperamentem. Existují však traumatické události a situace, které zasahují velmi hluboce do života každého člověka. Každá taková situace má svá specifika, na základě kterých lze popsat typické projevy chování a prožívání, které dané situace provázejí. Zážitky vlastního ohrožení boří náš systém jistot a často vedou k přechodným nebo trvalým psychickým změnám. Jde o to, že člověk je vystaven extrémní zátěži v krátkém časovém úseku. Určitá míra stresu je přirozenou součástí života člověka (33). Tělo je vybaveno k řešení krátkých zátěžových epizod, ale hladina stresu nad běžnou normu může být pro duševní zdraví značně škodlivá (51). Do jaké míry bude situace pro člověka stresující, záleží na tom, jak je daný jedinec psychicky odolný, jaký význam

přisuzuje dané situaci a jaké má možnosti sociální opory. Některé situace jsou tak intenzivní a nezvladatelné, že vyvolávají traumatickou odpověď v každém zúčastněném (33).

1.4.1 Stresová reakce

Podstatou stresové reakce jsou hlavně nervové a hormonální mechanismy, které v těle navozují stav pohotovosti, jako přípravu na boj nebo útěk. Tato reakce umožnila přežití pravěkých i novodobých lidí ve stresových situacích. Stresová reakce je poplachová reakce organismu, ve které se mobilizuje energie potřebná pro rychlou soustředěnou akci. Spouští se kdykoliv rozpoznáme, že jsme v nebezpečí. Rychle proběhne kaskáda určitých změn, která připraví organismus k boji nebo úniku. Pokud čelíme fyzickému ohrožení, je mechanismus reakce na stres efektivní. Jestliže čelíme psychologické hrozbě, je mechanismus stresové reakce neúčelný a neúčinný. Dlouhodobý stres může vést k psychickým nebo psychosomatickým obtížím (53).

1.4.1.1 Fáze stresové reakce

Fáze aktivace obranných reakcí a uvědomění zátěže - Reakcí na zátěž je aktivací obranných reakcí, psychických i fyziologických. Z biologického hlediska každý takový podnět vyvolává kromě specifické reakce i nespecifickou odezvu. Tato nespecifická reakce může mít různou intenzitu, ale charakter zůstává stejný bez ohledu na kvalitu zátěže. Aktivace fyziologické reakce probíhá postupně v následujících fázích. První reakce probíhá reflexně, funguje automaticky, bez ohledu na názor a rozhodnutí člověka. Nastává podráždění sympatiku a následně dochází k humorální odezvě, vyplaví se katecholaminy. Katecholaminy jsou neurotransmitery, které regulují oběh ve prospěch vitálně nejdůležitějších orgánů, zvyšují krevní tlak, zrychlují srdeční funkci. Podílejí se také na aktivaci energetických systémů. Následně se aktivuje hypotalamo-hypofyzární osa a vyplavují se hormony hypofýzy a hormony kůry nadledvin. Dále se aktivují energetické zdroje, organismus získává zpočátku energii zejména z cukrů a

bílkovin. Úplně nakonec se aktivují depotní tuky jako energetický zdroj. Vlivem katabolismu vznikají změny vnitřního prostředí. Tento proces má za cíl uvolnit energii, která by mohla být použita při zvládnání zátěže. Naopak dochází k útlumu vylučovacího, trávicího a reprodukčního systému (49). Psychická reakce nastává interpretací určité situace jako stresující. K tomu dochází teprve tehdy, když vyvolává negativní pocity. Způsob hodnocení dané situace závisí na zkušenostech jedince, jeho aktuálním stavu, schopnostech, ale i na podpoře, kterou má. Pokud je přesvědčen o snadném zvládnutí zátěže převládající, nedochází k navození pocitu stresu (53).

Fáze hledání účelných strategií- Jsou strategie, které mohou vést ke zvládnutí nebo zmírnění účinků stresu. Je velice důležité, do jaké míry si člověk uchovává pocit kontrola nad situací, zda si myslí, že ji může nějakým způsobem ovlivnit. Jestliže zátěž zvládne, nebo se situace změní, jeho fyziologické i psychické funkce se vracejí do normálního stavu. Pokud se dlouhodobě nedaří zátěž zvládnout, nastupuje další fáze (53).

Fáze rozvoje stresem podmíněných poruch - Tato fáze nastává jako projev selhání obranných reakcí. Nejde jen o akutní potíže, ale o problémy trvalejšího a závažnějšího charakteru. Typickým příkladem jsou psychosomatické poruchy (53).

1.4.1.2 Typické projevy stresových reakcí

V různé intenzitě se vyskytují tyto projevy: zrychlení tepové frekvence a dechu, třes rukou a celého těla, silné pocení, psychomotorický neklid, nesoustředěnost, zvýrazněné projevy emocí, nárek pláč, křik, agresivita. V extrémně stresujících situacích člověk nevnímá zranění a bolest, má velkou kapacitu energie a sil, je tudíž schopen mimořádných výkonů. Objevují se i emoce, které jsou neadekvátní k prožité situaci, například smích. Charakteristické je také subjektivní zkracování prožívání času, proto je zapotřebí počítat s nepřesnými údaji, pokud je budou zasažené osoby poskytovat (33). Během stresující reakce dochází k typickým změnám v komunikaci, která se stává chaotičtější a výrazněji emocionálně zabarvenou (64). Zhoršují se komunikační schopnosti, lidé mluví rychleji, než myslí a na druhé straně mají zhoršené

schopnosti vnímat verbální řeč. S těmito lidmi je potřeba komunikovat stručně, důležité pokyny opakovat, případně napsat (33).

Někdy reagují zasažení lidé na traumatizující událost pasivní obrannou reakcí. Tato reakce se někdy nazývá tzv. mrtvý brouk. Z fylogenetického hlediska je to starší reakce, kdy se živočich brání před nepřítelem tím, že nabývá znaky mrtvého tvora. Člověk reagující tímto způsobem se podvědomě chrání přívalu neúnosných emocí. Podstatou této reakce je zpomalení fyzických procesů, které se projevují strnulostí, nekoordinovanými nemotornými pohyby, zornice bývají rozšířené, ve tváři je patrná minimální mimika, celkový výraz tváře je strnulý. Dalšími projevy bledost, snížená citlivost celého těla, promodralá ústa, zimnice a studený pot. U tohoto typu reakce dochází k výraznému zpomalení vnímání času, krátký okamžik bývá vnímán jako nekonečně dlouhý. Lidé mívají také prožitky derealizace. Komunikace bývá velmi obtížná, protože lidé s tímto typem reakce špatně reagují na verbální sdělení. Člověk může mít ve stavu paniky a úzkosti pocit, že se zbláznil, o tom se ale bojí mluvit. Lidé reagující pasivním typem reakce mohou uniknout pozornosti záchranářů, protože nebývají nápadní, nemají žádné požadavky, navenek budí dojem, že situaci bez problémů zvládají. Nebezpečí však tkví v tom, že tato primární reakce mívá tendenci zvrátit se do reakce aktivní se všemi průvodními projevy a důsledky. Člověk by si tak eventuálně mohl ublížit nějakou nenadálou aktivitou (33).

1.4.1.3 Trvání příznaků

Trvání příznaků závisí na tom, jak na ně byl postižený připraven, eventuálně trénován. Mohou mizet již během hodiny a to v závislosti na měnící se situaci (akutní nebezpečí odeznělo a postiženému je věnována potřebná péče), nebo naopak ohrožení přetrvává a vyžaduje aktivní činnost, takže se nemocný začne chovat účelně z pudu sebezáchovy. Jindy příznaky přetrvávají po dobu 2 nebo 3 dní a mohou plynule přecházet do symptomatologie posttraumatické stresové poruchy (53).

1.4.2 Hromadné psychické reakce při a bezprostředně po mimořádné události

Jednou z hlavních reakcí vyskytující se při mimořádné události je panika, která se projevuje především zkresleným vnímáním situace, regresí myšlení, agresivitou, dezorganizací myšlení, zvýšenou esencí přenosu psychické infekce, sníženou odolností k manipulaci. Dalšími reakcemi provázející místo mimořádné události jsou abnormální únikové reakce, neaktivní reakce a mnoho dalších (17).

1.4.2.1 Chování lidí v davu

Dav je náhodné shromáždění osob bez ohledu na národnost, věk nebo povolání, které vzniklo dílem náhodné situace. Pro vnímání a pochopení davu je významný jeho psychologický vliv. Davem se stírá odpovědnost a adresnost, nastupuje anonymita, mění se myšlenky a city, které se výrazně liší od těch, kterými by se jedinec projevoval, kdyby byl mimo dav. Dav značně působí na osobnost jedince, na jeho vůli a úsudek. V davu je potlačována individualita a stírají se intelektuální rozdíly. Uvnitř davu se tvoří jeho specifická atmosféra, vznikají zde vlastnosti davu, které ovlivňují chování lidí. Hovoříme tak o duši davu. Mezi vlastnosti davu působící na každého člověka patří sugestibilita a duševní nákaza. Člověk v davu ztrácí vůli a vlastní úsudek, ztrácí se jeho vědomá osobnost, je potlačena jeho vědomá aktivita, myšlenky a city se zaměřují jedním směrem, některé schopnosti jsou zcela vyřazeny, jiné jsou vypjaty do krajnosti. Jedinec je stržen proudem ostatních a podřizuje se davu, proto si neuvědomuje své chování a jeho důsledky (66).

1.4.2.2 Panika

Paniku můžeme definovat jako hromadný strachový afekt, který je nepřiměřený k vyvolávajícím podnětům, je vysoce nakažlivý a rychle se šíří mezi lidmi na základě alarmujících zpráv (37, 66). Panika patří k situacím, které vyvolávají nadlimitní zátěž. Objevuje se v náhle vznikajících situacích neočekávaného ohrožení, kde není možnost

úniku. K takovým situacím patří požáry v uzavřených prostorech, zamoření veřejných podzemních prostor metra škodlivými látkami a plyny, zatopení štol, hromadné automobilové havárie v tunelech. Lidé zasaženi panikou bývají zpravidla nepřipraveni na nečekanou situaci, jsou zoufalí, bezradní, reagují na základě sugesce a nápodoby, dochází k agresi, výbuchům emocí a k projevům mystických stavů. Panika také vzniká za součinnosti mnoha dalších příčin a podnětů. Podněty rozlišujeme na psychologické, například úzkost, pocity ohrožení a sugesce. Dále rozlišujeme podněty fyziologické, jako jsou například hlad, poranění, nemoc, únava. Na základě těchto predisponujících faktorů a účasti spouštěcího impulsu, kterým může být jakékoliv zhoršení situace, vzniká prepanický stav, který rychle přerůstá v paniku. Reakce na paniku se odvíjí od situace, ve které vzniká a v závislosti na informovanosti a připravenosti obyvatelstva, často se jedná o požáry a povodně, při kterých můžeme obyvatelstvo včas varovat. Mezi základní doporučení, které zamezují vzniku paniky, patří pozitivní prognózování, uvolňování tenze vlivem prostředí, komunikace, neutralizace stresorů a podnětů navazujících nejistotu a úzkost, udržování skupinové soudržnosti a pozitivní motivace, pozitivní působení na vůdčí osobnost (66).

Zvládnutí paniky - Úkolem záchranných jednotek je v první řadě shromáždit účastníky neštěstí na jedno místo a poté je rozdělit do menších skupinek, které se posadí, pokud je to možné. Poloha vstojí s možností pohybu bývá větším zdrojem neklidu, než poloha vsedě. Prevencí vzniku hromadné paniky je velet a strukturovat nějakými smysluplnými činnostmi čas a chování skupiny. Povelů využívají tzv. povelového automatizmu, který se může objevit u některých jedinců ve fázi šoku. Tyto povelů by měli být jednoduché a pronášené dostatečně hlasitě (45).

1.5 Psychická pomoc a krizová intervence na místě mimořádné události

Bydžovský uvádí: „Na místě katastrofy bývá 50-70 % osob zmatených, 10-25 % propadá panice, jen 5-25 % bývá relativně klidných. Asi 30 % postižených je možno využít k záchranným pracím pod vedením, 10 % bývá schopno pomoci druhým samostatně, asi 5% je schopno se podílet na organizování prací.” (8). Dalším zajímavým

faktorem je psychická odolnost postižených. Psychická odolnost do 5 minut od události na 20 %, během 30 minut narůstá na 75 %, do 24 hodin opět klesá na 40 % (8).

1.5.1 Techniky krizové intervence na místě mimořádné události

Pokud je člověk, kterému pomáháme příliš neklidný, trpí například akutní reakcí na stres, přistupujeme k postupu pěti T a technikám krizové intervence (3). Neklidného člověka vedeme k tzv. uzemnění-grounding (8). Grounding je součástí terapie, která má za cíl zklidnit klientovi roztěkané emoce, pomocí polohy, kdy se klient posadí a položí nohy na zem (21). Je důležité, aby se opřel plnými chodidly o zem a zády o podložku, aby cítil oporu. Někdy ho můžeme držet na bezpečných místech za ruce, v objetí kolem ramen, lepší je držení větší plochy těla. Pokud uzemnění chybí, člověk doslova ztrácí půdu pod nohama, projevuje se neklidnými pohyby (33). Dále se užívá tzv. centering znamená navrácení do svého psychického středu, cílem je uvědomit si sebe a své potřeby, ptáme se na otázky např. Máte žízeň? (8). Pokud se tak nestane, dojde ke splývání já a okolí, jinými slovy člověk si pustí dovnitř chaos zvenčí. Někdy postačí informace, kde se člověk nachází, co se děje, co se stalo a co se bude dít. Podobně se takto zachází se skupinou v panice. Velmi důležité je dodávat informace, nalézt vůdčí osoby, které jsou schopny spolupracovat a zachovat klid. Dále je vhodné rozdělit dav na jedince, protože jedinec je v kontaktu s druhou osobou schopen lépe vnímat vlastní zodpovědnost, než když je rozpuštěn v davu (3). Lidem zasaženým mimořádnou událostí bychom měli umožnit kontaktovat rodinu a blízké, respektujeme přání vidět zemřelé blízké, ale musíme upozornit na to, co uvidí. Vždy říkáme pravdu, lepší je pravda, než plané naděje (8).

1.5.2 Zásady první psychické pomoci

Řídíme se tzv. BICEPS pravidlem. B-briefness-krátkost, I-instancy-okamžitost, central control-centrální řízení, E-empathy-lidský přístup, P-proximity-blížkost a pospolitost, S-solemnity-zachování lidské důstojnosti (8).

1.5.3 První pomoc psychická

Většina lidí není schopná samostatně zvládnout nával emocí s tím související reakce na šokující událost, proto má každá oběť právo na poskytnutí psychické pomoci (5). První pomoc psychická zahrnuje okamžitou reakci na základní psychosociální potřeby. Mezi tyto potřeby řadíme potřeby přežití, informace a kontakty s blízkými (3). Zásadním úkolem je zajistit bezpečnost, dále je potřeba vyvést postižené z traumatizujícího prostředí, nenechat volně pobíhat a posadit do menších skupinek (8). V první psychické pomoci má hlavní důležitost aktivní, podporující a organizované okolí a jeho vztaženost k oběti (3). V některých případech však psychologický přístup nestačí a přítomný lékař jej může doplnit vhodnými farmaky, které psychicky zklidní příliš úzkostného, nebo dokonce agresivního jedince. Nejčastěji používanými farmaky jsou benzodiazepiny např. Diazepam, Apaurin (31, 29).

1.5.3.1 Poskytnutí první psychické pomoci laiky

První psychickou pomoc by měl zvládnout běžný občan. Jejím hlavním cílem je psychická stabilizace zasaženého člověka. Dokud občan projevům a stavu zasaženého člověka rozumí, chová se většinou spontánně tišivě a konejšivě. Podpořit profesionála i laika zaškolením a výcvikem je potřeba pro situace kdy pomáhající v úzkosti tiší zasaženého tak naléhavě, že znemožňuje jeho přirozenou svépomoc a to například slovy neplač, už o tom nemluv. Stává se, že pomáhající zasaženému nerozumí, neboť se chová jinak, než podle představ pomáhajícího. Hasiči, zdravotníci a policisté by měli umět běžnou první psychickou pomoc i postupy krizové intervence (3).

1.5.3.2 První psychická pomoc pro oběti přímé

V situaci hromadných rozsáhlých neštěstích musí zdravotničtí záchranáři třídit raněné. Umírající se nezachraňují, neboť stejně umřou. Až později se zachraňují lehce zranění, protože snesou odklad. Hlavním předmětem zájmu jsou hned zpočátku těžce

zranění. Pozornosti zdravotnických záchranářů mohou uniknout lidé s lehkými zraněními, kteří z místa neštěstí odejdou a lidé tělesně nezranění. V těchto případech je nutné provést psychologickou triage, která má přesně opačné pojetí, než somatické třídění START. Psychické utrpení nejvíce prožívají lidé při vědomí, kteří jsou neschopní pohybu, zaklínění, v pasti nebezpečného prostoru, ve výšce, nebo lidé, kteří byli konfrontováni s otřesnými výjevy, které se týkali jejich nejbližších (26). Tito lidé si sami obstarávají první pomoc, pokud mohou, kontaktují svoje blízké, potřebují však informace případně i tekutiny. Je vhodné jim být nablízku a pamatovat na jejich potřeby (3).

1.5.3.3 První psychická pomoc pro rodinné příslušníky

Do řízení psychické pomoci patří i zřízení shromažďovacího prostoru pro blízké a rodinné příslušníky, kteří se sjedou na místo neštěstí. Na místnost bývá pamatováno například v krizových plánech letišť. Být s příbuznými, naslouchat jim a vnímat jejich potřeby umí laici lépe než profesionálové. Odborníci by měli být přítomni pro supervizi a podporu doprovázejících laiků, ale i pro vyhodnocení zátěžových situací, například pokud se ve skupině příbuzných začne vzrůstat hněv (3).

1.5.3.4 První psychická pomoci u dětí

Současné statistiky výjezdů HZS k mimořádným událostem, při kterých jde o záchranu života a zdraví vyplývá, že zhruba 1500-2000 obětí tvoří děti (34). K navázání kontaktu s dětmi ve stresových situacích slouží hasičům po celé ČR plyšová hračka dráček Záchranáček (20), (viz příloha 4). Ze zkušeností psychologů a pedagogů je známo, že se dospělí mohou k dětem lépe přiblížit prostřednictvím hračky a jakoby ústy hračky s dětmi komunikovat a zjistit důležité informace, které se děti bojí, nebo stydí říct. Hračka může také pomoci odvést pozornost od nepříjemných a strach nahánějících záchranných úkonů, např. při vyprošťování. (34). Plyšová hračka je pro děti věcí, která je důvěrně známá, může být ostrůvkem bezpečí v situacích, které jsou pro děti

ohrožující. Vystrašené děti se bojí cizích lidí a nechtějí s nimi mluvit, plyšové hračky se většinou nebojí, mohou s ní hovořit, nebo ji k sobě přimknout, což je pro děti velmi uklidňující (20).

1.5.4 Porozumění události pro vytvoření přiměřeného návrhu střednědobé a dlouhodobé pomoci

Místo nešťastné události má svou atmosféru, která se nadlouho stává středobodem vzpomínek pro přímé oběti. Sestává se mimo jiné z podnětů, které lze vidět, slyšet, hmatat, cítit a které procházejí do pocitové paměti například tma, zvuky, pachy, žár. Pomáhající, který chce sestavit plán pomoci, by měl alespoň v představách zažít to, co zažily přímé oběti a co se usídli i v představách jejich blízkých (3). Střednědobá pomoc se uskutečňuje od tří až pěti dnů po události do měsíce až šesti týdnů po události, případně až tří měsíců po události. Spočívá v poradenství, podpoře práv a zájmů zasažených propojování lidí a organizací s obdobnými zkušenostmi. Dlouhodobá pomoc je uskutečňována od šesti týdnů, případně tří měsíců po události až do roka až osmnácti měsíců od události. Dlouhodobá pomoc spočívá v pořádání veřejných shromáždění a vzpomínkových akcí, v podpoře svépomocných aktivit a skupin, vytváření opory při svátcích a výročích, vyhledávání navazujících odborných služeb (2).

1.5.5 Psychosociální pomoc

Obtížné životní situace, do kterých se lidé ocitnou, ohrožují jejich psychické zdraví. Tito lidé potřebují komplexní psychosociální péči (67). Jiruš vymezuje psychosociální pomoc jako: „Souhrn krizové péče při řešení/naplňování duševních a sociálních potřeb vzniklých v důsledku mimořádných událostí (katastrof, hromadných a individuálních neštěstí)” (35). Upozorňuje tak na skutečnost, že do psychosociální pomoci vstupuje celé rozpětí pomoci od první psychické pomoci přes krizovou intervenci až po navazující služby (35). Jinými slovy lze podotknout, že psychosociální

pomoc na místě mimořádné události je komplexní systém počínaje podáním teplého čaje, příkrývek, poskytnutí užitečných informací až po směrování na další odborníky např. lékaře, právníky a poskytování nezbytné materiální a finanční pomoci (9). Při neštěstích jsou potřeby člověka ohroženy náhlou změnou, která často vede ke ztrátě důležitých hodnot. Psychosociální pomoc při neštěstích splývá proto v prvních dnech s pomocí krizovou (35). Psychosociální pomoc musí být také kulturně senzitivní, musí respektovat etnické a kulturní odlišnosti v potřebách zasažených lidí. Dále musí respektovat věk, sociální zázemí a pohlaví zasažených osob. Zvláštní ohled se musí brát na osoby zvláště zranitelné, do této skupiny patří pozůstalí, děti, staří lidé, cizinci, přistěhovalci, lidé s tělesnými nebo duševními poruchami (67). Hlavním cílem psychosociální pomoci je začlenění člověka do společnosti a posílení jeho soběstačnosti v co nejvyšší možné míře. Hlavní cíl je formován čtyřmi dílčími cíli, kterými jsou zvládnutí sebe a života, zpracování zážitku a minulosti, začlenění se a otevření se budoucnosti (35).

1.5.5.1 Fáze psychosociální pomoci

Fáze přípravy: záchranných jednotek a obyvatel na MU (lze uplatnit pouze u událostí s pozvolným začátkem, např. povodeň)

Fáze urgentní: probíhá v období záchranných a evakuačních prací, hlavně u událostí s náhlým začátkem, např. zemětřesení, může trvat hodiny, dny, týdny.

Fáze likvidačních prací a nápravy: probíhá po MU, trvá dny, týdny, měsíce.

Fáze dlouhodobá: zasažení se vyrovnávají s traumatickou zkušeností, trvá měsíce, roky (67).

1.5.5.2 Psychosociální pomoc obětem povodní

Povodně jsou na území České republiky nejnebezpečnějším přírodním jevem, který již od nepaměti ovlivňuje tvář krajiny a život obyvatel. Jsou přirozenou součástí života řeky, vyskytují se s různou četností v závislosti na vývoji klimatu. Lidský život je

příliš krátký na to, aby člověk mohl postihnout výkyvy klimatu a zaznamenat tak i změny v četnostech výskytu povodní, ještě kratší je lidská paměť. V oblastech, kde dochází k pravidelným záplavám, se lidé tomuto jevu přizpůsobují a počítají s ním. V místech, kde delší dobu k žádným povodním nedošlo, si toto riziko nepřipouštějí. Tak tomu bylo až do konce minulého století i u většiny obyvatel České republiky, kteří žili v mylné představě, že jejich země nemůže být zasažena (28). Povodně v roce 1997 byly impulsem pro organizaci záchranných prací a sociálních služeb, byl zřízen IZS, byla zavedena řada forem terénní práce a psychosociální péče (25).

1.5.5.3 Historický výskyt povodní na našem území

Zprávy o povodních lze dohledat již v nejstarších písemných pramenech, hlavně v kronikách a městských knihách. Od konce 11. století jsou zachovány informace o všech povodních, které postihly Prahu, od konce 12. století přibývá písemných podkladů o povodních na ostatních českých a moravských řekách. Povodně byly v oblasti střední Evropy velmi častým jevem, osídlení kolem řek bylo přizpůsobováno jejich možným ničivým následkům. Sídla v blízkosti dolních toků byla vybudována na vyvýšených místech, do oblastí niv byly situovány pouze specializované stavby, jako mlýny, hamry a pily. Ve 20. století zapříčinil rozvoj měst a vesnic postupné rozšiřování výstavby i do povodněmi ohrožených niv. Dlouhé období bez rozsáhlých povodní a neustále zdokonalovaná protipovodňová opatření přispěly k falešnému pocitu bezpečí. Obyčejní lidé i vodohospodáři si riziko vzniku povodní přestali připouštět (28).

1.5.5.4 Povodně z perspektivy zasažených

Na přelomu let 2003 a 2004 probíhal rozsáhlý výzkum ve všech povodní dotčených regionech ČR. Autory jsou pracovníci psychologického ústavu AV ČR, pracovníci Charity a klinická psycholožka Bohumila Baštecká. Jedna z částí tohoto výzkumu mapuje situaci z pohledu zasažených občanů. Výzkum byl koncipován tak, že povodňové události byly v rámci dotazování rozděleny do čtyř fází: 1. fáze před

příchodem povodně, 2. fáze vlastní průběh povodně, 3. fáze po opadnutí vody a návratu (začátek obnovy) 4. fáze dlouhodobé obnovy (perspektiva zhruba jednoho roku po povodni) Zajímavým ukazatelem bylo hodnocení potřeby psychosociální pomoci v průběhu těchto fází. V první fázi před příchodem povodně byla jako nejvýznamnějším zdrojem pomoci hodnocena vzájemná pomoc a pomoc komunity. V druhé fázi vlastního průběhu povodně byla hodnota důležitosti psychosociální pomoci překvapivě nízká, toto zjištění je ve zdánlivém rozporu s intuitivní představou o příchodu vody a průběhu povodně, jako o nejtraumatičtějším momentu povodně. Třetí fáze po opadnutí vody byla hodnocena jako nejvíce zatěžující, z hlediska výskytu stresových příznaků, ale míra důležitosti psychosociální pomoci je v této fázi hodnocena opět překvapivě nízká. Důvodem je rychlá potřeba obnovy obydlí a materiálního zázemí, lidé mají velké množství věcných aktivit a komplikací, nepřemýšlejí nad psychickými dopady. Až ve čtvrté fázi obnovy je patrný nárůst potřeby psychosociální pomoci. Tento fakt je dán tím, že lidé zvládli prvotní obnovy svých domovů, lidé se začínají zabývat více sami sebou, uvědomují si psychické potíže, které nabývají postupem času na intenzitě, nebo jsou dlouhodobé. Dalším zajímavým zjištěním je fakt, že s psychosociální pomocí se pojí nedůvěra či ostych, vyhledání této pomoci může subjektivně působit jako příznání vlastní nekompetentnosti a selhání. V našich podmínkách není často považováno vyhledání profesionální psychosociální pomoci za sociálně žádoucí. Může proto docházet k prodlevě mezi traumatizující událostí a vyhledáním odborníka. Je zapotřebí tuto pomoc organizovat a nabízet tak, aby nepůsobila jako stigmatizující nebo nepřiměřená stavu a situaci zasažených (25).

1.6 Poradenské dovednosti při mimořádných událostech

1.6.1 Vytvoření pomáhajícího vztahu

Přeživší velmi kladně reagují, když jsou pomáhající pracovníci schopni pečujícího očního kontaktu, klidné a tiché přítomnosti a naslouchání. Pomáhající vztah se vyznačuje pocity zájmu a porozumění, které se vyvíjejí, pokud druhému projevujeme

opravdový zájem. Za nezbytné pro vytvoření kvalitního pomáhajícího vztahu považujeme pracovníkovy projevy úcty a jeho nehodnotící postoj (14).

1.6.2 Aktivní naslouchání

Křivohlavý uvádí: „Úkolem naslouchání je vyjít z vlastních představ-o tom, co a jak je-a snažit se vžít do světa toho, komu chceme pomoci.”(str. 21, 46). Nejúčinněji naslouchají pracovníci tehdy, pokud dodržují následující pravidla. Důležité je umožnit ticho, přeživšímu dává čas na to, aby si uvědomil své pocity. Ticho ho může pobídnout k tomu, aby se rozhovořil. Dalším důležitým faktorem je nonverbální kontakt, pokyvování hlavou, oční kontakt a pečující výraz tváře dává přeživšímu znamení, že pracovník je na něj vyladěný. Rozšířené opakování toho, co přeživší řekl je další pravidlo aktivního naslouchání. Pracovník tím dává najevo porozumění, zájem a empatii. Prostřednictvím rozšířeného opakování kontrolujeme přesnost sděleného, objasňujeme nedorozumění a dáváme přeživšímu na vědomí, že ho posloucháme. Vhodná úvodní slova jsou: „Říkáte tedy, že...” Následujícím pravidlem je zrcadlení pocitů. Pokud si pracovník všimne, že tón hlasu nebo gesta přeživšího naznačují smutek, zlost, nebo strach, může na to patřičně reagovat. Například větou: „Slyším, že máte vztek, je to tak?” Takto pomáháme oběti vyjádřit a určit její pocity. Významnou součástí aktivního naslouchání je dovolit přeživšímu vyjádření pocitů. Vyjádření pocitů slzami nebo zlostnými projevy velmi často pomůže oběti, aby se lépe zapojila do řešení problémů. Pomáhající pracovníci by měli zůstat v klidu a dávat oběti na srozuměnou, že mít tyto pocity je pořádku. Je vhodné říkat tyto výroky: „Toto jsou normální reakce na katastrofu” nebo „Je pochopitelné, že se tak to cítíte” Nevhodné jsou tyto výroky: „Mohlo by to být ještě horší” nebo „Vím, jak se teď asi cítíte” Pokud od nás oběť uslyší nevhodné výroky, může si připadat nepochopená, nebo přehlížená. Nejlepší je, pokud pomáhající pracovníci dovolí obětem, aby měli svoje vlastní pocity, prožitky a výhledy (14).

1.6.3 Řešení problému

Velká psychická zátěž často narušuje myšlení a působí potíže při plánování. Někteří přeživší se cítí vlivem událostí zavaleni a reagují ochromením, nebo přílišnou neproduktivní aktivitou. Pomáhající pracovníci by měli vést oběti jednotlivými kroky při řešení problémů a pomáhat jim určit, co bude mít přednost a na co se mají zaměřit. Nejlepší je stanovit nejnaléhavější problém a přednostně ho vyřešit. Je nutné, aby byl tento problém snadno řešitelný, neboť okamžitý úspěch při řešení vrací pocit sebedůvěry a schopnosti zvládat situaci. Důležitou roli hraje také to, aby pomáhající pracovník posoudil schopnosti oběti zvládat zátěž. Na základě tohoto posouzení se pracovník snaží vyzdvihovat silné stránky oběti při zvládání zátěže, doporučuje další služby a usnadňuje kontakt se systémy následné sociální opory. Dále by se oběť měla směřovat na stávající zdroje pomoci a opory, například rodina, církevní společenství, nebo přátele (14).

1.6.4 Varování

Během setkání se zdánlivě nekonečnými potřebami oběti katastrofy mohou pomáhající pracovníci pocítit snahu pomoci jakýmkoli možným způsobem. Začínají se příliš angažovat a snaží se pro oběť dělat příliš mnoho. Takový způsob řešení není pro oběť nejvhodnější. Pokud se oběť sama angažuje při řešení problému, cítí se způsobilější, schopnější a je lépe vybavena pro další střet s překážkou (14).

1.6.5 Kdy odkázat na odborníky

Do péče psychiatrů a ostatních zdravotníků doporučujeme oběti tehdy, pokud se u nich projeví vážné reakce na katastrofickou zátěž. Mezi příznaky těchto závažných reakcí patří dezorientace, deprese, úzkost, duševní nemoc, neschopnost postarat se sám o sebe, sebevražedné a vražedné myšlenky, zneužívání alkoholu a drog, domácí násilí (14).

1.6.6 Pomoc duchovního při mimořádných událostech

Většina duchovních je schopna citlivého přístupu k těm, kteří mají jakýkoli druh problémů. V armádě České republiky má služba duchovních delší tradici, většina velitelů potvrzuje, že samotná přítomnost duchovního má zklidňující vliv. Podobné zkušenosti popisují pomáhající po povodních v roce 2002, kdy mezi pomáhajícími byla celá řada duchovních, kteří prošli výcvikem. Naslouchání, mlčení, ale i vhodné slovo, které přinese uklidnění, je bezprostředně po prožití události důležitým faktorem pro zvládnutí mimořádné události. Účastníci mimořádných událostí tuto pomoc velice oceňují. Existují situace, které vyžadují mimořádně citlivý a empatický přístup. Většina lidí je na mimořádnou událost nepřipravena, zvláště dojde-li k těžkým zraněním nebo dokonce k úmrtí. Právě v těchto případech může být přítomnost duchovního velice cenná. Významným prvkem pomoci je úzká návaznost na křesťanské, charitativní a humanitární organizace, které jsou schopny urychleně zajistit a zorganizovat pomoc. Předností v praktické pomoci je provázanost duchovního se společenstvím farnosti nebo sboru, díky které dochází k rychlému zprostředkování pomoci (46).

1.7 Psychologické následky mimořádných událostí

Dopady mimořádných událostí na psychiku postižených, svědků, pozůstalých, příbuzných, záchranářů, zdravotníků a krizových manažerů jsou logickým důsledkem mimořádných událostí různého charakteru. Dopady těchto situací můžeme obecně rozdělit do dvou skupin. První skupinou jsou psychická postižení účastníků události bezprostředně při a po jejím vzniku, tyto postižení nazýváme hromadné psychické reakce. Do druhé skupiny patří psychické důsledky, které se manifestují s odstupem času, zejména posttraumatická stresová porucha. V současné době rozlišujeme také člověkem připravené a řízené hromadné psychické reakce, jejichž metod využívá mezinárodní terorismus. Vzhledem k aktuálnosti problematiky možných dopadů mimořádných událostí na psychiku jednotlivce a celkovou psychickou zranitelnost populace je této oblasti věnována stále větší pozornost. Tento fakt je důsledkem aktivit

organizací třetího sektoru a profesionálních psychologů, ale dnes již také díky zájmu profesionálních záchranářských subjektů, zdravotnickou záchrannou službu nevyjímaje. První kroky a zkušenosti na poli krizové intervence ve zdravotnictví již byly realizovány i v některých lůžkových zdravotnických zařízeních. Velké pochopení má tato problematika jména u zástupců ošetrovatelského managementu. V souvislosti s ochranou obyvatelstva je nutné zdůraznit nezbytnost plánování odpovědi a součinnosti zdravotnického sektoru při řešení psychických dopadů mimořádných událostí na populaci i na vlastní zdravotnický personál (17).

1.7.1 Psychická zátěž zdravotníků

Pracovníci záchranných služeb a urgentních příjmů jsou při své práci nejen svědky lidského utrpení, ale často jsou navíc pod značným časovým tlakem. Jsou konfrontováni se zoufalstvím okolí, se syrovostí samotné situace, ale i s pocity vlastní bezmoci. Nezřídka musí přijímat rychlá rozhodnutí, na nichž závisí životy jejich pacientů. V tomto pracovním prostředí se vystavují riziku vzniku syndromu vyhoření, profesního selhání, nebo výskytu závislostí. V letech 2003-2007 proběhl napříč ČR výzkum psychické zátěže a stresu v prostředí záchranné služby (19). Součástí tohoto výzkumu byla série studií MUDr. Jany Šeblové. Jedna ze studií nesla název *Zátěž, stres a záchranné služby*. Z výsledků uvádím jen stresory a faktory, které byly zdravotnickým personálem hodnoceny jako nejzávažnější. Jsou to neúspěšná kardiopulmonární resuscitace dětí, úmrtí mladých lidí, hromadná neštěstí, dále práce přesčas, pracovní přetížení, odpovědnost (55). Překvapivě významným negativním fenoménem posledních let je zkušenost s vlastním ohrožením, kterou udává 71 % respondentů, alarmující je zkušenost z fyzickým napadením, kterou udává 74 % (54). Z hlediska psychosociální péče o pracovníky zdravotnických záchranných služeb a nemocnic je situace oproti složkám HZS a PČR značně odlišná, protože jde o subjekty s převážně krajským řízením. V poslední době jsou však patrné snahy o zavedení psychosociální intervenční péče na zdravotnických záchranných službách ve Středočeském a Moravskoslezském kraji. Na některých zdravotnických záchranných službách a

výjimečně i v nemocnicích působí vyškolení kolegové pečeři. Územní středisko zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje zaměstnává již několik let vlastního klinického psychologa. Odbor krizové připravenosti Ministerstva zdravotnictví ČR začal v roce 2009 pracovat na zavedení psychosociálních intervenčních týmů do resortu, hlavně zdravotnických záchranných služeb a urgentních příjmů nemocnic. Povinnost poskytnout psychosociální péči je zakotvena v zákoně o ZZS, jehož přijetí je stále očekáváno (19).

1.7.2 Prevence následků psychické zátěže u zachránců v rámci CISM

1.7.2.1 Demobilizace

Provádí se ihned na místě události, měl by ji umět poskytnout velitel (50). Provádí se u neštěstí velkého rozsahu pro profesní skupiny, krizové štáby apod. Cílem je podat jasné informace o zvládnání stresu, jeho symptomech, doporučení ohledně dodržování správné životosprávy. Účastníky akce je potřeba co nejdéle udržet v rovině tzv. automatického pilota, aby byli schopni efektivně plnit likvidační práce. Doba trvání demobilizace je zhruba 10 minut, poté následuje 20 minut odpočinku a s tím spojené občerstvení (68).

1.7.2.2 Defusing

Je v podstatě zkrácenou formou debriefingu, využívá se pro události malého rozsahu nebo tam, kde se bude debriefing praktikovat později. Cílová skupina je složená z lidí, kteří společně prožili událost, počet účastníků je 5-10. Provádí se bezprostředně po návratu z akce, dříve než dotyční opustí služebnu, dokud u nich převládají emocionální reakce optimálně 3-8 hodin po zásahu, maximálně 18 hodin. Defusing je realizován školenými členy týmu posttraumatické intervenční péče. Vhodným prostředím je klidná místnost, kde mohou sedět všichni účastníci okolo stolu nesmí být veden pod časovým nátlakem. Doba trvání je maximálně 45 min. Průběh defusingu je

následující: Po úvodu, který zahrnuje předsavení a upozornění na důvěrnost rozhovoru následuje explorace, kdy účastníci vyjadřují, co pociťovali při události a jak se jejich pocity mění. Poté následuje fáze informací, jsou zde shrnuty všechny vylíčené události, jsou dána doporučení, eventuelně je indikována další pomoc. Cílem defusingu je snížení intenzity reakcí na stres (68).

1.7.2.3 Debriefing

Je definován jako intervence, která je vedena školenými profesionály krátce po zásahu, umožňující zasahujícím mluvit o jejich zážitcích a reakcích (60). Vpodstatě se jedná o strukturovaný rozhovor, který využívá potenciálu skupiny. Podstatou debriefingu je dát dohromady skupinu lidí, kteří prošli identickou traumatickou událostí a přimět je k tomu, aby tuto zkušenost sdíleli s ostatními, mluvili o svých reakcích, aby tyto reakce pochopili a přijali fakt, že jsou tyto reakce zcela přirozené. Debriefing s provádí zpravidla 6-10 dní po zásahu. Vede jej pouze lékař, nebo psycholog s dostatečnou průpravou v technice, závazné je spolupůsobení peerů. Počet účastníků je 4-20, počet členů týmu je 3-4. Nejvhodnější prostorové rozmístění při debriefingu je sezení v kruhu. Nesmí se provádět pod časovým nátlakem. Debriefing je určován přesnými pravidly, například účastník může být pouze ten, kdo se přímo účastnil akce, je kladen důraz na důvěrnost, nikdo nesmí být nucen ke komunikaci, každý hovoří sám za sebe, nikdo nesmí opouštět místnost, hodnosti a funkce zde nemají žádný význam, nesmí se používat mobilní telefony, nesmí se kritizovat žádné osoby nebo činnosti atd. (68).

1.7.3 Psychické poruchy a jiná onemocnění

1.7.3.1 *Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)*

Pro tyto poruchy je příznačné, že se objevují jako přímý následek závažného stresu nebo probíhajícího traumatu. Stresové události jsou primární a nejdůležitější příčinou, bez její existence by porucha nevznikla (6). (v této kapitole jsou nemoci označeny dle číselné klasifikace MKN)

Akutní reakce na stres (F43.0) - Je krátkodobá přechodná porucha, k níž dochází jako k odpovědi na vnější fyzickou nebo duševní zátěž u duševně zdravé osoby (13). Na vznik a intenzitu této poruchy má vliv individuální odolnost a zranitelnost jedince. Typické symptomy se zpravidla objevují do několika minut po stresovém stimulu a mizí do několika hodin nebo dnů (6). Obvykle bývají přítomny vegetativní projevy úzkosti, tachykardie, pocení a třes (45). Hlavním příznakem je typicky různý a měnící se obraz, který zahrnuje počáteční stádium omámenosti s určitým omezením vnímání a pozornosti, dále pak neschopnost adekvátní reakce a dezorientaci (6). Na tento stav může navázat další stažení se, které může přejít až do dissociativního stuporu F44.2 Další možností je přechod do únikové reakce nebo fugy F44.1 (32).

Posttraumatická stresová porucha (F43.1) - Praško uvádí: „Termín posttraumatická stresová porucha je používán pro úzkostnou poruchu, která se rozvíjí zpravidla po emoční těžké stresující události, která svou závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatická pro většinu lidí.“(str. 37, 44). Průběh posttraumatické stresové poruchy bývá u každého jedince odlišný. U některých jedinců mohou příznaky přetrvávat mnoho let, někdy i po celý život, u jiných mohou odeznět v průběhu let samy (43). Charakteristickými příznaky jsou opakující se sny a vzpomínky o traumatické události, které mohou být doplněny živými prožitky, dále strach, úzkost a nervozita. Objevují se i charakteristické somatické rysy, například třes, bolesti hlavy, nebo bušení srdce. Aby mohla být posttraumatická stresová porucha potvrzena, příznaky musí trvat déle než jeden měsíc (15). Její důsledky zasahují emocionální rovinu, kognitivní rovinu a behaviorální úroveň. Dalším důsledkem může

být syndrom vyhoření, změny motivace a priorit (17). PTSD nepostihuje jen přímé účastníky traumatické události, ale velmi často i celou rodinu (10).

Poruchy přizpůsobení (F43.2) - Jsou charakterizovány stavy subjektivního distresu a emocionálního rozrušení, které obvykle zasahují do sociálního fungování. Vznikají v období adaptace na závažnou životní změnu nebo stresující zátěžovou událost. Stresor může zasáhnout integritu sociálních vztahů, nebo do širšího systému sociální podpory a hodnot, například migrace, status uprchlíka. Může mít také povahu zásadní vývojové změny či krize, například nástup do školy. Velmi důležitou roli hrají individuální predispozice a zranitelnost jedince. Lze však předpokládat, že by porucha bez vnější příčiny, stresoru nevznikla. Projevy se mohou lišit, zahrnují depresivní nálady, úzkost a obavy, neschopnost zvládat každodenní úkoly. Porucha obvykle nastupuje do jednoho měsíce po výskytu stresující události nebo životní změny, trvání příznaků obvykle nepřesahuje šest měsíců. Poruchy přizpůsobení lze dále dělit na poruchy přizpůsobení s krátkodobou depresivní reakcí (F43.20), s protrahovanou depresivní reakcí (F43.21), se smíšenou úzkostnou a depresivní reakcí (F43.22), s převládající poruchou jiných emocí (F43.23), s převládající poruchou chování (F43.24), se smíšenou poruchou emocí a chování (F43.25), s jinými specifikovanými převládajícími symptomy (F43.26) (6, 32).

1.7.3.2 Další poruchy a onemocnění

Disociativní amnézie (F44.0) - Hlavním příznakem této poruchy je ztráta paměti, obvykle na nedávnou důležitou událost, která není zapříčiněna organickým poškozením. Je natolik rozsáhlá, že se nedá vysvětlit pouhou zapomnětlivostí či únavou. Amnézie se nejčastěji týká traumatických událostí, jako jsou nehody či náhlá úmrtí (6).

Disociativní fuga (F44.1) - Fuga je automatický stav, postižený navenek působí jako by jednal při plném vědomí, odpovídá adekvátně na dotazy, po odeznění stavu je ale přítomná amnézie. Jedinec může například odejít z místa havárie do terénu a může být ohrožen tím, že zabloudí, protože není přítomno jasné vědomí. Obvykle bývají přítomny vegetativní projevy úzkosti tachykardie, pocení, třes atd. Symptomy se

obvykle objevují během několika minut po dopadu stresoru a mizí během dvou až tří dnů, ale často již během několika hodin. Na toto období může úplná nebo částečná amnézie. Tento stav vyžaduje krátkodobou psychiatrickou hospitalizaci, důvodem je přítomnost kvalitativní poruchy vědomí (45).

Disociativní stupor (F44.2) - Je diagnostikován na základě výrazného snížení či celkového vymizení schopnosti volního pohybu a schopnosti reagovat na vnější stimuly, jako je světlo, dotek a hluk. Vyšetření však neobjeví žádné známky fyzického poškození, jedinec pouze sedí nebo leží bez pohybů, chybí i řeč. Je shledána přítomnost psychogenní příčiny ve formě nedávné stresující události (6,30).

Syndrom vyhoření (Z73.0) - Může se vyskytnout po dlouhodobém a svědomitém vykonávání náročného povolání, nejčastějšími oběťmi jsou pracovníci pomáhajících profesí. Projevuje se například ztrátou motivace, nezájmem, nebo odporem k vykonávané práci. Syndrom se projevuje i charakteristickými tělesnými příznaky jako je únava, potíže se spánkem, nechutenství, vysoký krevní tlak (7, 52). Nejúčinnější prevencí je dostatek odpočinku a odpovídající životní styl. Řešením již rozvinutého syndromu může být změna pracoviště, eventuelně profese (7).

2. Cíl práce a hypotéza

2.1 Cíle práce

1. Popsat strukturu a funkčnost systému krizové intervence.
2. Posoudit připravenost odborníků krizové intervence poskytnout pomoc obětem mimořádných událostí.

2.2 Hypotéza

Péče o občany v oblasti psychologické pomoci a krizové intervence je po zkušenostech z vln povodní zajišťována dostatečně.

2.3 Výzkumné otázky pro kvalitativní výzkum

1. Jak probíhá krizová intervence u hospitalizovaných pacientů, kteří prožili MU?
2. Jaká je struktura a funkčnost systému krizové intervence a psychologické pomoci při MU v ČR a dále v Karlovarském kraji?

3. Metodika

Práce je realizována na podkladě kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Sběr dat byl prováděn od dubna do června roku 2010.

Pro kvalitativní formu výzkumu byla zvolena metoda nestrukturovaného interview. Výzkumný soubor byl tvořen definovaným klinickým psychologem (pro spolupráci jsem oslovila klinickou psycholožku z Nemocnice Ostrov) a hlavním psychologem HZS Karlovarského kraje. Cílem interview bylo především zmapovat strukturu a funkčnost systému krizové intervence a psychologické pomoci v Karlovarském kraji, ale také posoudit připravenost odborníků krizové intervence poskytnout pomoc obětem MU. Interview nejsou uvedena v původní podobě, jsou redukována a upravena tak, aby otázky a odpovědi tvořily logickou strukturu zápisu.

Kvantitativní výzkum byl realizován prostřednictvím 150 dotazníků, které obsahují 10 uzavřených otázek (viz příloha 1). Otázky byly formulovány tak, aby nastínily pohled civilního obyvatelstva na problematiku psychické pomoci z několika hledisek, např. preference poskytovatelů pomoci, hodnocení důležitosti pomoci, vlastní přijetí pomoci. Výzkumný soubor byl zformován ze 150 respondentů Karlovarského kraje, kteří byli osloveni na základě nahodilého výběru. Návratnost dotazníků byla 100 % (150 dotazníků). Výsledky jsou zpracovány graficky.

4. Výsledky

4. 1 Výsledky kvalitativní část výzkumu - interview

4.1.1 Interview s Mgr. Ilonou Váchovou, klinickou psycholožkou psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov

Na počátku interview byla vznesena otázka na existenci návaznosti krizové intervence u pacientů, kteří prožili mimořádnou událost a jsou hospitalizováni na kterémkoliv oddělení nemocnice.

Odpověď: Záleží na individuálním psychickém stavu konkrétního pacienta, a také na uvážení ošetřujícího lékaře, který může eventuelně psychologickou intervencí doporučit. V ostrovské nemocnici tento proces probíhá následovně: Pacient může být podle závažnosti stavu doporučen k hospitalizaci přímo na psychiatrickém oddělení, nebo mu je zde nabídnuta psychoterapie, na kterou může eventuelně docházet i ambulantně. Takto to probíhá v nemocnicích, které mají psychiatrické oddělení, které má své psychology a psychiatry. U velkých nemocnic bývá pravidlem, že mají kromě odborníků na psychiatrických odděleních i tzv. psychology pro somatická oddělení. Ti fungují na všech odděleních (tedy kromě psychiatrických), například na neurologiích, gynekologiích, hlavně pak na onkologických odděleních. Existují však nemocnice, které nemají psychiatrické oddělení, například Karlovarská krajská nemocnice. Tyto nemocnice mají třeba jednoho odborníka na celou nemocnici, nebo zde funguje více psychologů pro somatická oddělení. Záleží na zvyklostech nemocnic a oddělení, zda jsou ochotni s psychology spolupracovat.

Samozřejmostí je fakt, že pokud někdo zažije nepříjemnou mimořádnou událost, může na psychiatrické oddělení ostrovské nemocnice přijít z vlastní iniciativy. Tato možnost tu existuje i pro rodinné příslušníky pacientů, kteří se kdykoliv mohou přijít informovat a poradit, eventuelně mohou spolupracovat při terapiích. Tato spolupráce má své výhody.

Pokud se stane nějaké velké neštěstí, např. Nažidla, dostali tehdy všichni psychologové v Karlovarském kraji výzvu, aby poskytli odbornou pomoc přeživším a pozůstalým. Tragické neštěstí u Nažidel zasáhlo v roce 2003 mnoho obyvatel Karlovarského kraje, většinou obětí se stali mladí lidé a děti (účastníci plaveckého oddílu). S tragickou bilancí mrtvých se tehdy těžko vyrovnávalo i mnoho spolužáků obětí. Např. na ostrovské gymnázium byla pozvána PhDr. Bohumila Baštecká Ph.D. aby poskytla krizovou intervenci jedné třídě, ve které zemřelo více mladých lidí.

Dotaz: Máte zkušenosti s poskytováním krizové intervence lidem, které postihlo hromadné neštěstí?

Odpověď: Pokud je Karlovarský kraj zasažen neštěstím velkého rozsahu, většina zasažených lidí se dostane do Karlovarské krajské nemocnice. U nás poskytujeme krizovou intervenci, eventuálně následnou terapii většinou lidem, kteří prožili mimořádnou událost, nebo neštěstí, při kterém nebyl zasažen velký počet lidí, např. tragická autonehoda jednoho vozidla.

Dotaz: Existuje spolupráce nemocničních psychologů a organizací, které poskytují psychologickou pomoc v terénu?

Odpověď: V Karlovarském kraji zatím žádná taková spolupráce neexistuje.

4.1.2 Interview s hlavním psychologem HZS Karlovarského kraje Mgr. Michalem Černíkem

Na počátku interview byla položena otázka na strukturu funkčnost systému krizové intervence a psychologické pomoci při mimořádné události v ČR a dále v Karlovarském kraji.

Odpověď: V každém kraji je struktura tohoto systému odlišná, ale podléhá Koncepti psychologické služby GŘ HZS ČR, která jej určitým způsobem sjednocuje. Každý krajský psycholog HZS se může na základě této koncepce rozhodnout a zorganizovat tento systém sám podle svého uvážení. Někteří psychologové velmi úzce spolupracují s humanitárními organizacemi a navazují kontakty i s jinými subjekty, ale někteří se více soustředí na interní práci u HZS a s humanitárními organizacemi tolik nespolečně pracují. Tato skutečnost je dána tím, že spolupráce s humanitárními organizacemi a péče o civilní obyvatelstvo při mimořádné události zastřešuje oddělení ochrany obyvatelstva, jehož pravomoc se určitým způsobem s pravomocemi psychologa překrývají. V každém kraji je tato problematika vyřešena jinak.

Dotaz: Myslíte si, že v krajích, které jsou opakovaně zasahovány MU (povodě) je psychosociální pomoc na vyšší úrovni, než v ostatních krajích, např. v Karlovarském?

Odpověď: Je pravdou, že ve většině krajů, které jsou opakovaně zasahovány MU mají větší zkušenosti, na základě kterých mohou tuto péči hodnotit a pozdvihnout ji tak na vyšší úroveň. Karlovarský kraj a ostatní kraje mohou funkčnost psychosociální péče posoudit pouze na základě cvičení IZS.

Dotaz: Jak jsou zainteresovány humanitární organizace do systému psychosociální pomoci v ČR? Jak fungují na krajské úrovni?

Odpověď: V každém kraji mohou působit jiné organizace, ale i přesto lze uplatnit obecný model, ve kterém působí celostátní organizace. Typickým příkladem je Český červený kříž, který působí na celostátní úrovni a má své zástupce v jednotlivých krajích. Některé organizace jsou specifické jen pro určitý kraj. V Karlovarském kraji dochází pod záštitou ochrany obyvatelstva k aktualizaci a modernizaci smluv a vztahů s jednotlivými humanitárními organizacemi. Stejně tak dochází k aktualizaci psychologické služby.

Dotaz: Jaké humanitární organizace jsou k dispozici v Karlovarském kraji? Jak je smluvně zajištěná koordinace humanitárních organizací s HZS?

Odpověď: Působí zde Český červený kříž, Oblastní charita, Armáda spásy, ADRA (Praha). Např. Pokud Karlovarský kraj potřebuje pomoc, může se obrátit na ADRU do Prahy, ta vyšle své zástupce. Většina humanitárních organizací působí samostatně, pokud je jejich služeb zapotřebí, tak se velká část z nich ozve sama, aniž by je HZS musel žádat o spolupráci. Ve smlouvách s humanitárními organizacemi jde hlavně o zabezpečení jasně dané koordinace a spolupráce. Mohlo by se např. stát, že by se do jedné zasažené obce sjelo více organizací a nabízeli by zde stejnou pomoc, což není žádoucí. Koordinace je v tomto případě na prvním místě, je zapotřebí problém vyřešit tak, aby byla pomoc dostupná pro všechny.

Dotaz: Jak se konkrétně liší psychologická pomoc od psychosociální pomoci?

Odpověď: Psychosociální pomoc je praktikována přímo na místě mimořádné události, není to čistě jen psychologická pomoc. Tyto pojmy se značně liší, psychologická pomoc je součástí psychosociální pomoci. Psychosociální pomoc má své standardy (PsKP), které se nyní aktualizují. Dosud platí rozpracovaná verze z roku 2009. Celý model pomoci na místě mimořádné události se změnil. V minulosti se uplatňovala tzv. přímá pomoc, kdy byli psychologové a dobrovolníci posíláni na místo události, kde měli za úkol zasažené obyvatelstvo podporovat. Ze zkušeností se však ukázalo, že těžiště

pomoci by mělo být v koordinaci, s důrazem na komunitní péči. V praxi to vypadá následovně: koordinátor se dostaví na místo události, a přímo zde zorganizuje vzájemnou pomoc zasažených lidí. Tato forma pomoci je účinnější, protože pokud např. přijede cizí člověk do zatopené malé moravské obce a bude zde chtít nadšeně poskytovat pomoc, může se záhy setkat s negativním přístupem zasažených. Tito lidé pomoc nemusí chtít přijmout, protože nabízená pomoc nemusí být v souladu s jejich zvyklostmi a kulturou. Pomoc, která spočívá v koordinaci vzájemné pomoci mezi zasaženými je efektivnější.

Dotaz: Jaká je v současnosti působnost PITu? Je PIT zastoupen v Karlovarském kraji?

Odpověď: Působnost PITu se celkově změnila. Dříve byl zastáván názor, že by měl být PIT zastoupen v každém kraji, ale poté se ukázalo, že by měl být kladen důraz na komunitní pomoc, takže v současné době sdružuje PIT ČR experty, kteří jsou k dispozici na koordinaci psychosociální péče na místě MU. Centrální tým PIT ČR působnost v krajích nemá. PIT ČR nezaštiťuje žádná organizace, jeho hlavní koordinátorkou je PhDr. Bohumila Baštecká Ph.D. Tento tým je čím dál méně organizován oficiálně, je to v podstatě skupina lidí, která je ochotna poskytovat své vědomosti a dovednosti při koordinaci na místě MU. V Karlovarském kraji PIT prozatím nepůsobí.

Dotaz: Jsou humanitární organizace vedené k aplikaci modelu psychosociální péče? Jaká je kvalita spolupráce HZS a humanitárních organizací?

Odpověď: Záleží na jednotlivých organizacích, jak se rozhodnou pomoc poskytovat. Nemusí se řídit standardy, závisí pouze na jejich rozhodnutí, zda spolupracují s psychology HZS a zda jsou ochotni přijmout jejich doporučení. Zástupci jednotlivých organizací se ze společných zásahů většinou dobře znají, pokud je nějaký problém tak se všichni snaží spolupracovat a neupřednostňovat své zájmy nad zájmy ostatních.

Dotaz: Jakým způsobem je organizován KIP? Je zastoupen v Karlovarském kraji?

Odpověď: KIP je samostatná organizace, která nemá návaznost na PIT, zaštituje ho humanitární organizace ADRA. Záleží na psychologovi v každém kraji, jaký způsob řešení eventuálně zvolí. V případě MU se může obrátit na PIT ČR, nebo na KIP, pokud v daném kraji existuje, nebo zde připadá v úvahu ještě varianta založení svého vlastního psychosociálního týmu. V Karlovarském kraji KIP nepůsobí.

Dotaz: Jak působí TPP?

Odpověď: TPP jsou jasně strukturovány na základě závazného pokynu (Pokyn GŘ HZS ČR ze dne 25. 8. 2008), každý kraj musí mít svůj TPP. Ve většině krajů jsou TPP na vysoké úrovni. V závazném pokynu je jasně stanoveno, kolik lidí musí TPP sdružovat, jaká bude jejich náplň práce, jakými vzdělávacími kurzy musí jejich členové absolvovat. Těžiště práce TPP se může v jednotlivých krajích lišit. Někde se více soustředí na psychickou pomoc a podporu v rámci HZS, v jiných krajích je těžištěm jejich práce v terénu a pomoc civilnímu obyvatelstvu. V Karlovarském kraji tento tým funguje, ale nyní dochází k jeho obnově, tzn. z původního týmu cca 16 členů, jsou oslovováni všichni členové a jsou dotazováni, zda mají zájem o další spolupráci.

Dotaz: Jaký vzdělávací proces musejí členové TPP absolvovat?

Odpověď: Musí projít základním týdenním kurzem, poté následují tzv. „pravidelné oživovací kurzy“. Tyto vzdělávací aktivity však nemohou suplovat psychologické vzdělání a psychologickou péči, která má svá specifika. Kurzy jsou zaměřeny na základy poskytnutí první psychické pomoci, dále na problematiku stresu apod. Samotná myšlenka fungování tzv. peerů vychází hlavně z podstaty jejich vlastních zájmů. Tito lidé mají zájem pomáhat, hodně se využívá jejich intuitivních schopností. Samozřejmě jsou v pravidelném kontaktu s psychologem HZS, na základě kterého se mohou dále vzdělávat a získávat další prostor pro osobní růst.

Dotaz: Moravskoslezský kraj má k dispozici psychologa na ZZS, jak je psychologická intervence pro zdravotnické záchranáře zajišťována v jiných krajích? Plánujete eventuelně do budoucna spolupráci se ZZS Karlovarského kraje?

Odpověď: Spolupráce se ZZS je zatím v této oblasti neprostupná, přestože patří pod IZS, tak je řízená Ministerstvem zdravotnictví, v této oblasti jsou organizační problémy. Na Ministerstvu zdravotnictví se nyní formuje skupina psychologů a příznivců psychologické intervence, kteří mají zájem na tom, aby se v ČR vytvořila jednotná koncepce psychologické služby pro zdravotnické záchranáře. Pokud v Karlovarském kraji vznikne psychologická služba pro zdravotnické záchranáře, HZS bude mít zájem o vzájemnou spolupráci.

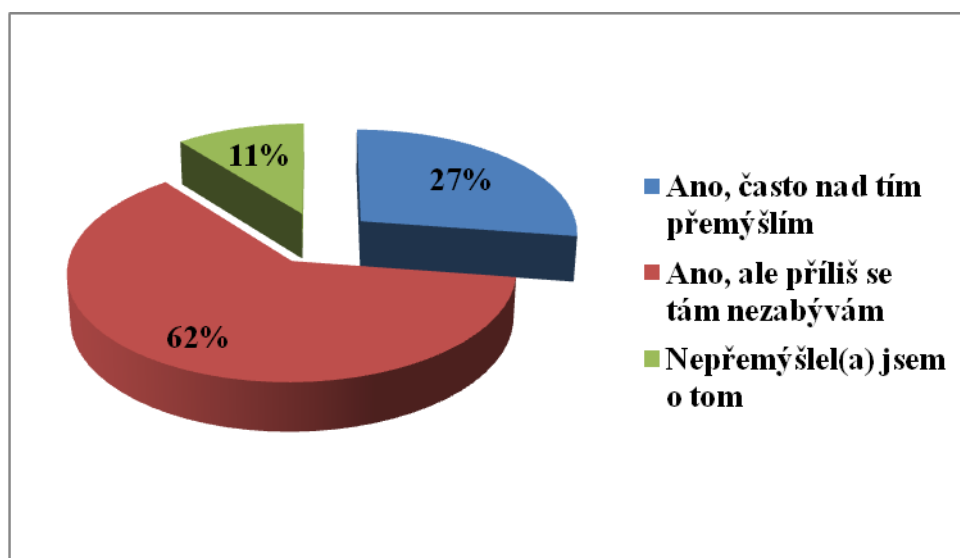
4.2 Výsledky kvantitativní části výzkumu

Otázka č. 1: Přemýšlel(a) jste někdy o tom, že Vás může ohrozit nějaká mimořádná událost?

Otázka č. 1 byla zaměřena na vlastní uvědomění rizika vzniku mimořádné události, zda-li se civilní obyvatelstvo tímto problémem vůbec zabývá a přemýšlí o možných problémech, které se při MU mohou naskytnout.

Z výsledků odpovědí vyplývá: více než polovina respondentů tj., 93 (62%) si toto riziko uvědomuje, ale příliš se tímto problémem nezabývá, 41 respondentů (27%) si toto riziko uvědomuje a dokonce nad ním často přemýšlí, 16 respondentů (11%) o tomto riziku ještě nepřemýšlelo.

Graf 4. 2. 1. : Přemýšlel(a) jste někdy o tom, že Vás může ohrozit nějaká mimořádná událost?



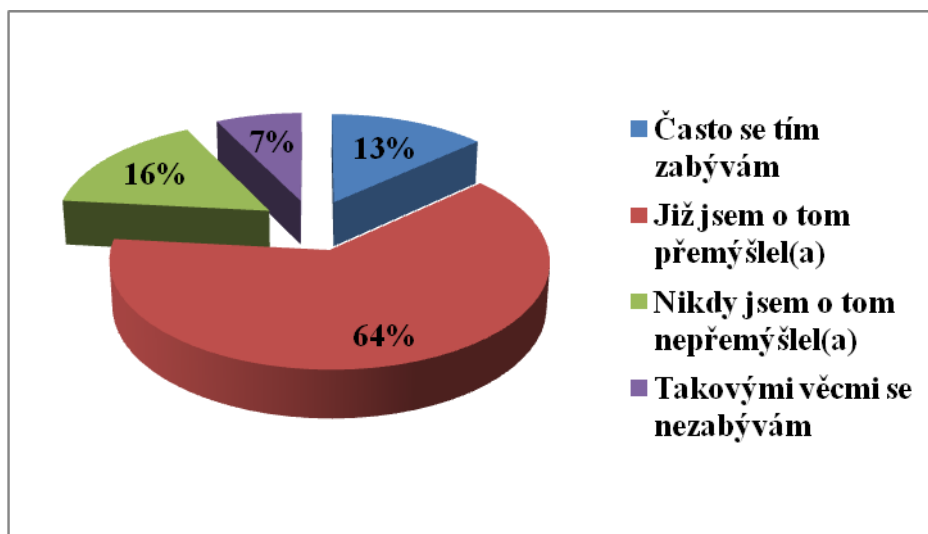
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2: Pokud vidíte v televizním zpravodajství reakce lidí zasažených mimořádnou událostí např. povodněmi, přemýšlíte o tom, zda je jim poskytnuta adekvátní psychická pomoc?

Otázka č. 2 byla koncipována tak, aby byla respondentům přiblížena problematika psychické pomoci na konkrétním případě. Příklad povodní byl předložen záměrně, protože v období výzkumu jimi byla ČR postižena v oblastech Moravy a Slezska. V televizních relacích byly tehdy odvysílány reportáže přímo ze zasažených míst, některé z nich ukazovaly i silné emoční reakce místního obyvatelstva na tuto událost. Otázkou byla také zjišťována skutečnost, jestli jsou karlovarští občané citliví k problémům spoluobčanů, kteří prožívají neštěstí na odvráceném konci naší vlasti.

Z výsledků odpovědí vyplývá: 95 respondentů (64%) již o tomto problému přemýšlelo, 24 respondentů (16%) o tomto problému nikdy nepřemýšlelo, 20 respondentů (13%) se tímto tématem často zabývá, 11 respondentů (7%) se touto problematikou vůbec nezabývá.

Graf 4. 2. 2. : Pokud vidíte v televizním zpravodajství reakce lidí zasažených mimořádnou událostí, např. povodněmi, přemýšlíte o tom, jestli je jim poskytnuta adekvátní psychická pomoc?



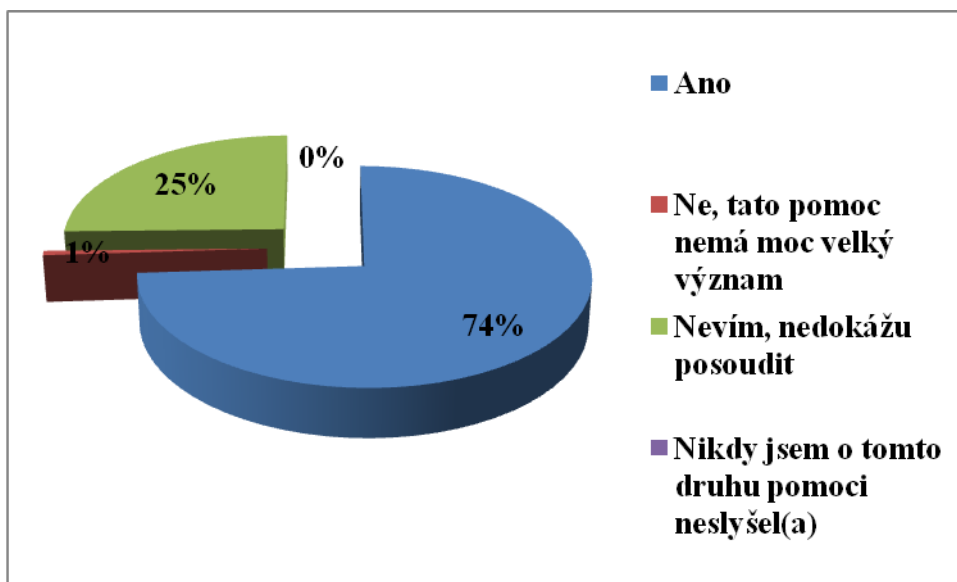
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3: Myslíte si, že první psychická pomoc může být důležitým faktorem, který pomáhá lidem zasaženým mimořádnou událostí zvládnout náročnou životní situaci?

Otázka č. 3 zjišťovala hodnocení důležitosti psychické pomoci jakožto faktoru, který může významným způsobem přispět ke zvládnání zátěže, která se pojí s MU. Laická veřejnost v této otázce jasně poukázala na význam psychické pomoci.

Z výsledků odpovědí vyplývá: téměř $\frac{3}{4}$, tj. 111 respondentů (74%) uznává psychickou pomoc jako významný faktor, který může pomoci zvládnout zátěž spojenou se vznikem MU, 38 respondentů (25%) neví a nedokáže posoudit, pro 1 respondenta (0,66% zaokr. 1%) tato pomoc nemá moc velký význam, žádný z respondentů neoznačil možnost, že by o poskytovaném druhu pomoci neslyšel.

Graf 4. 2. 3. : Myslíte si, že první psychická pomoc může být významným faktorem, který pomáhá lidem zasaženým mimořádnou událostí zvládnout náročnou životní situaci?



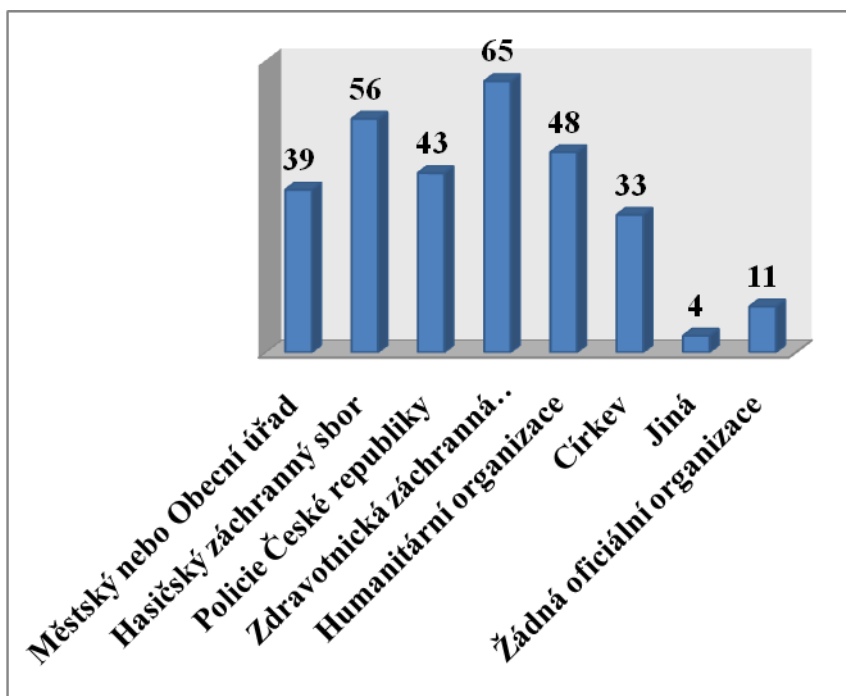
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 4: Která organizace by měla první psychickou pomoc zaštit'ovat?

Otázka č. 4 byla položena za účelem zjištění, kterým organizacím poskytujícím psychickou pomoc by laická veřejnost dala svoji důvěru, z nabídnutých možností měli respondenti označit organizace, které by podle jejich názoru měly psychickou pomoc zaštit'ovat. U této otázky vybírali respondenti i více možností, proto není vyhodnocena procentuelně, ale v počtu jednotlivých hlasů.

Z odpovědí vyplývá: 39 respondentů by zvolilo Městský nebo Obecní úřad, 56 respondentů označilo HZS ČR, 43 respondentů vybralo PČR, 65 respondentů by preferovalo ZZS, 48 respondentů by upřednostnilo humanitární organizace, 33 respondentů zvolilo církve, 4 respondenti by dali přednost jiné organizaci, 11 respondentů si myslí, že by psychickou pomoc neměla zaštit'ovat žádná oficiální organizace.

Graf 4. 2. 4. : Která organizace by měla první psychickou pomoc zaštit'ovat?



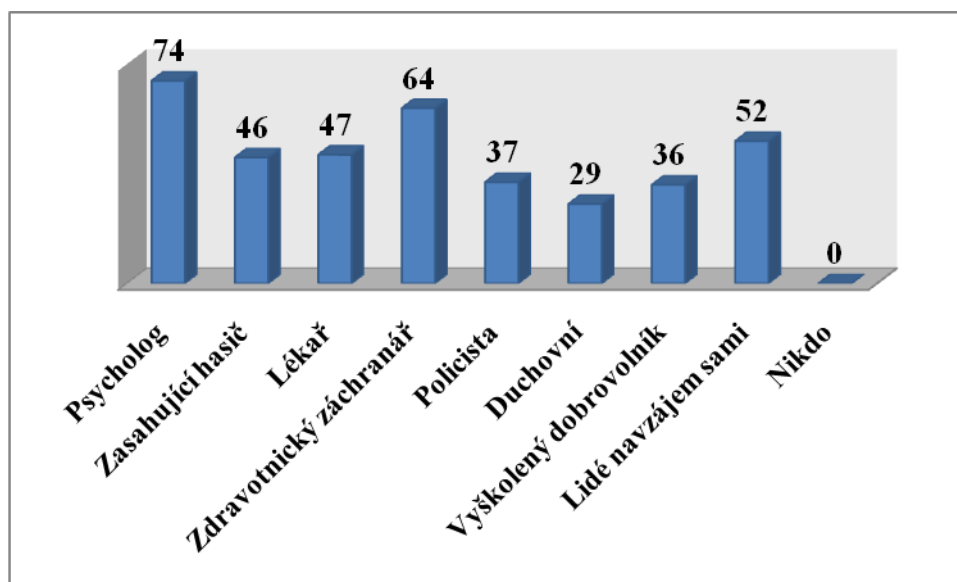
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5: Kdo konkrétně by měl podle Vás poskytnout první psychickou pomoc na místě mimořádné události?

Otázka č. 5 měla za cíl determinovat konkrétní odborníky, které by laická veřejnost upřednostnila při poskytování psychické pomoci. Stejným způsobem jako u předchozí otázky, vybírali respondenti více možností, proto není otázka vyhodnocena procentuelně, ale pouze na základě jednotlivých hlasů.

Z odpovědí vyplývá: 74 respondentů by upřednostnilo psychologa, pro 46 respondentů by byl vhodný zasahující hasič, 47 respondentů by preferovalo pomoc od lékaře, 64 respondentů by nejvíce důvěřovalo zdravotnickému záchranáři, 37 respondentů by favorizovalo policistu, 29 respondentů by dalo přednost duchovnímu, 36 respondentů by tuto pomoc svěřilo do rukou vyškoleného dobrovolníka, 52 respondentů si myslí, že by si psychickou pomoc měli poskytnout lidé navzájem sami, žádný z respondentů neoznačil možnost, že by psychickou pomoc neměl poskytovat nikdo.

Graf 4. 2. 5. : Kdo konkrétně by měl podle Vás poskytnout první psychickou pomoc na místě mimořádné události?



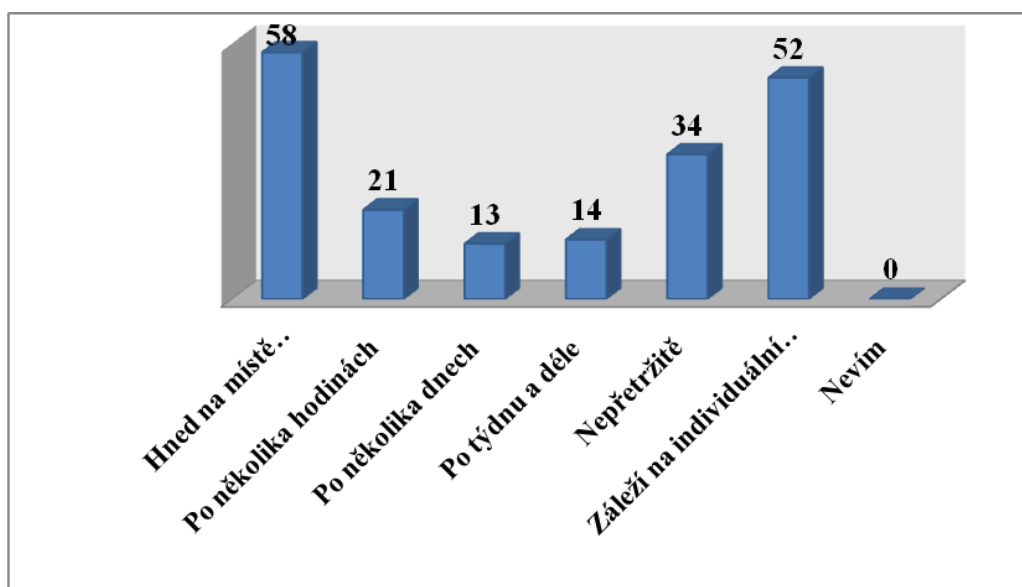
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 6: Kdy by měla být poskytnuta psychická pomoc obětem mimořádných událostí?

Otázka č. 6 měla respondenta vést k zamyšlení, kdy je vhodná chvíle poskytovat psychickou pomoc obětem mimořádných událostí. Respondenti zde opět vybírali více možností, proto není otázka vyhodnocena procentuálně, ale pouze na základě jednotlivých hlasů.

Z odpovědí vyplývá: 58 respondentů je toho názoru, že by se psychická pomoc měla poskytovat hned na místě mimořádné události, pro 21 respondentů by byla tato pomoc podstatná po několika hodinách, 13 respondentů si myslí, že psychická pomoc je důležitá až po několika dnech, 14 respondentů by preferovalo psychickou pomoc po týdnu a déle, 34 respondentů by upřednostnilo nepřetržitou pomoc, 52 respondentů je názoru, že záleží na individuální potřebě zasaženého jedince, nikdo z respondentů neoznačil možnost nevím

Graf 4. 2. 6. : Kdy by měla být poskytnuta psychická pomoc obětem mimořádných událostí?



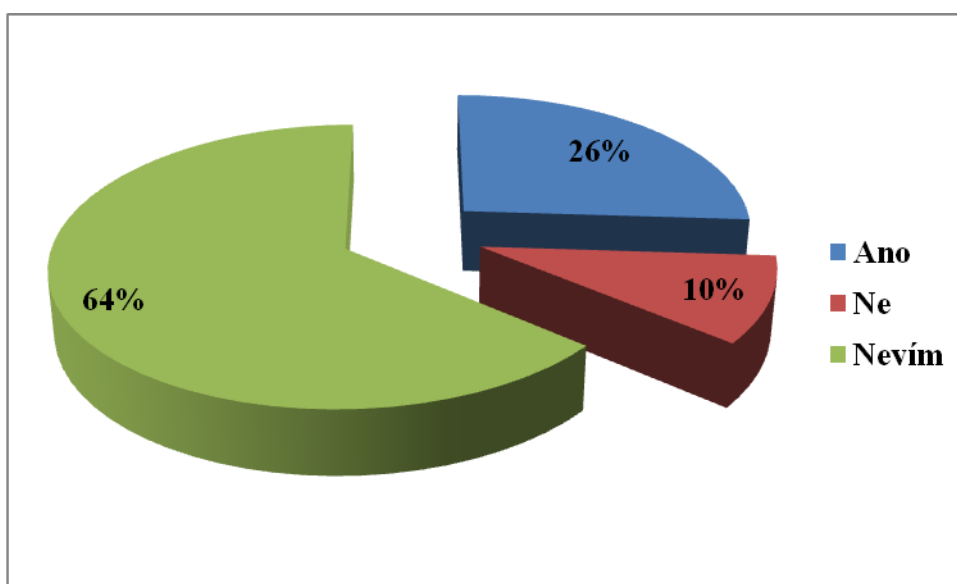
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 7: Myslíte si, že byste dokázal(a) poskytnout první psychickou pomoc na místě mimořádné události?

Otázka č. 7 směřovala k zamyšlení a uvědomění si intuitivních schopností dotazovaných. Ti měli prostřednictvím této otázky možnost vyjádřit svůj názor na vlastní schopnost poskytnout psychickou pomoc. Více jak pro ½ dotazovaných byla tato otázka rozporupná, nedokázali odhadnout, jak by se v dané situaci zachovali.

Z výsledků odpovědí vyplývá: 96 respondentů (64%) neví, zda by dokázali takový druh pomoci poskytnout, 39 respondentů (26%) si myslí, že by byli schopni psychickou pomoc poskytnout, 15 respondentů (10%) je toho názoru, že by nebyli schopni psychickou pomoc poskytnout.

Graf 4. 2. 7. : Myslíte si, že byste dokázal(a) poskytnout první psychickou pomoc na místě mimořádné události?



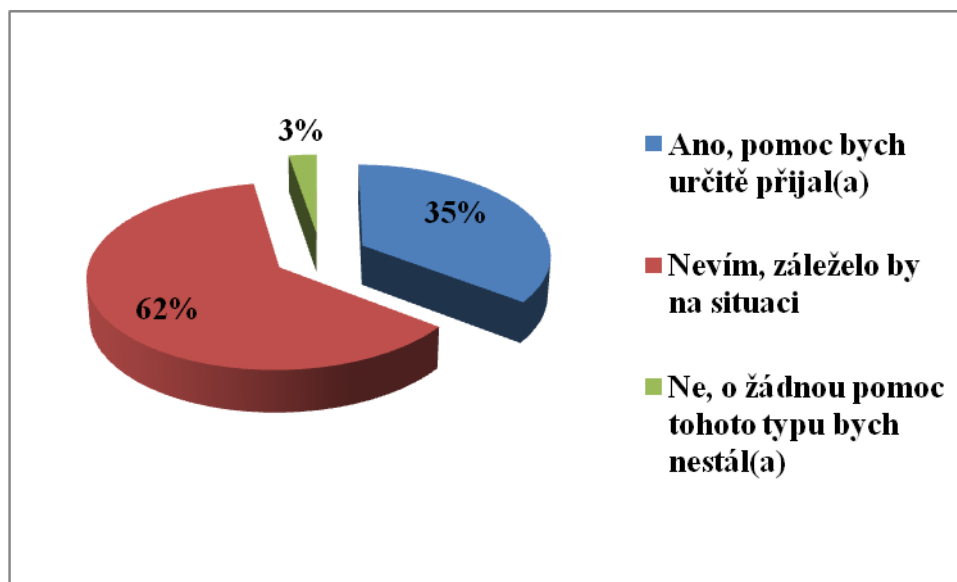
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 8: Představte si, že jste na místě mimořádné události, přijal(a) byste psychickou pomoc, kdyby Vás nějaký odborník kontaktoval?

Otázka č. 8 měla v respondentovi navodit představu, že se nachází na místě MU, kde by mu byla nabízena psychická pomoc. Cílem otázky bylo také objasnit, zda by měli potencionální oběti vůbec zájem o takový druh pomoci, jestli by byla tato pomoc žádoucí, nebo by naopak mohla obtěžovat. Více jak ½ dotazovaných si není jistá, zda by psychickou pomoc přijala.

Z odpovědí vyplývá: 93 respondentů (62%) označilo odpověď, že neví a záleželo by na konkrétní situaci, 53 respondentů (35%) by psychickou pomoc určitě přijalo, pouze 4 respondenti (3%) by o žádnou pomoc nestáli.

Graf 4. 2. 8. : Představte si, že jste na místě mimořádné události, přijal(a) byste psychickou pomoc, kdyby Vás nějaký odborník kontaktoval?



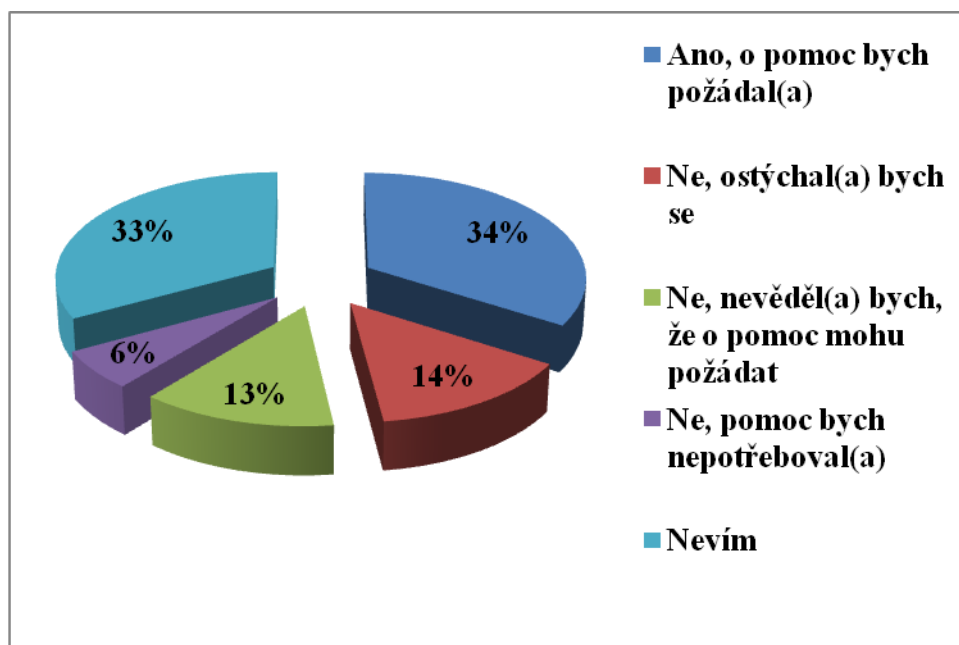
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 9: Požádal(a) byste o psychickou pomoc, pokud by Vám nebyla nabídnuta?

Otázka č. 9 navazuje na otázku č. 8. Byla orientována na zjištění, zda by byli dotazovaní schopni odhadnout své jednání v případě, že by jim nebyla poskytnuta psychická pomoc, jestli by se o ní snažili požádat z vlastní iniciativy, zda by měli problém o tento druh pomoci požádat, nebo zda mají k této formě pomoci odmítavý přístup.

Z odpovědí vyplývá: 51 respondentů (34%) by o pomoc požádalo, 50 respondentů (33%) neví, zda by o pomoc požádalo, 21 respondentů (14%) by o pomoc nepožádalo, protože se ostýchá, 19 respondentů (13%) by o pomoc nepožádalo, protože neví, že by mohlo žádat, 9 respondentů (6%) by podle svého uvážení tuto pomoc nepotřebovalo.

Graf 4. 2. 9. : Požádal(a) byste o psychickou pomoc, pokud by Vám nebyla nabídnuta?



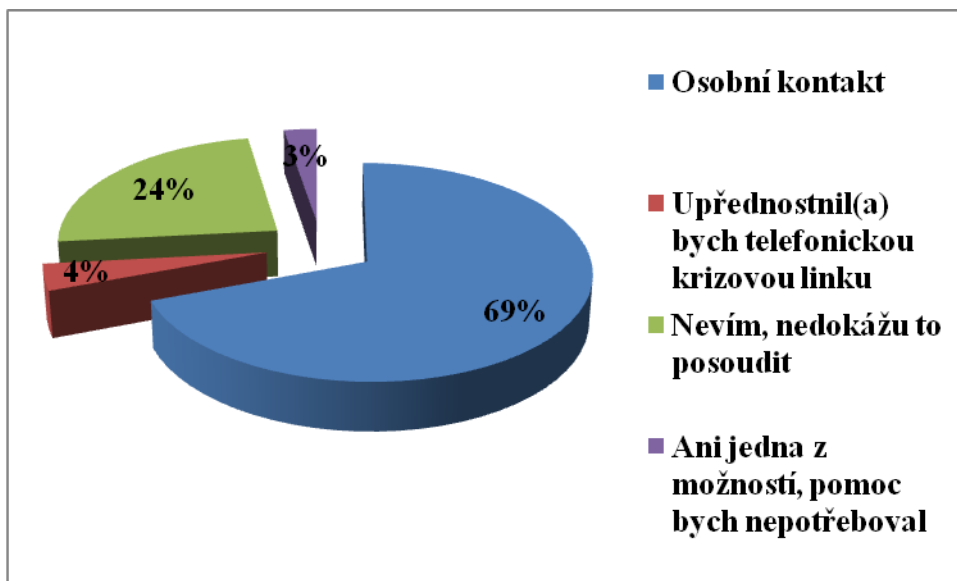
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 10: Jaká forma psychické pomoci by Vám byla příjemnější?

Otázka č. 10 byla formulována za účelem zjištění způsobu psychické pomoci, která by byla pro laickou veřejnost eventuelně nejpříjemnější. Téměř ¾ dotazovaných by preferovalo osobní kontakt s odborníkem.

Z odpovědí vyplývá: 104 respondentů (69%) zvolilo za nejpříjemnější formu psychické pomoci osobní kontakt s odborníkem, 36 respondentů (24%) nedokázalo posoudit, kterou formu pomoci by preferovali, 6 respondentů (4%) by zvolilo telefonickou krizovou linku, pouze 4 respondenti (3%) by podle svého uvážení žádnou pomoc nepotřebovali.

Graf 4. 2. 10. : Jaká forma psychické pomoci by Vám byla příjemnější?



Zdroj: Vlastní výzkum

5. Diskuze

Zajištění a poskytnutí psychické pomoci a krizové intervence na místě mimořádné události jsou důležitými součástmi záchranných prací. Jejich přínos spočívá nejen v zajištění plynulosti a pořádku záchranných prací, ale také v zachování psychického zdraví obyvatelstva. V České republice se o psychické pomoci mluví nejčastěji v souvislosti s povodněmi, které vedly v roce 1997 ke změnám v koordinaci na úrovni institucí a byly impulzem k vzniku IZS, dále byla zavedena řada forem terénní práce a psychosociální péče. Od té doby prošly terénní služby poskytující psychickou pomoc vývojem, který se nyní ustálil v tzv. modelu psychosociální pomoci. Do spektra psychosociální pomoci řadíme nejen bezprostřední psychickou pomoc na místě neštěstí, navazující krizovou intervenci ale i další navazující služby. Tento komplex pomoci zahrnuje i nezbytnou materiální a finanční pomoc.

Při podrobnějším studiu odborné literatury jsem narazila na řadu problémů, které se pojí s terminologií odborných pojmů. V literatuře jsou uváděny pojmy: první psychická pomoc, psychologická pomoc, psychosociální pomoc, krizová intervence, psychologická intervence, psychosociální intervence. V literárních zdrojích týkající se dané oblasti existuje značná variabilita v pojmenování a používání těchto výrazů. V teoretické části jsem tyto pojmy uváděla na základě citované literatury. Při podrobnějším studiu dané terminologie jsem došla k názoru, že pojem krizová intervence zahrnuje nejen odbornou psychologickou pomoc ale i právní a sociální pomoc. Psychologická pomoc je tedy jednou z forem krizové intervence, jedná se o odborný zásah, který pomáhá osobám v krizi, která může být zapříčiněna mnoha faktory. Při interview s odborníky mi byl objasněn i rozdíl mezi psychickou a psychologickou pomocí. Psychologická pomoc je užší pojem, neboť je spojená čistě s prací psychologa. Jednoduše řečeno, k pojmu psychosociální pomoc se určitým způsobem vztahují všechny uvedené druhy pomoci. V současné době se tedy uplatňuje model psychosociální pomoci, který je odborníky hodnocen jako vysoce efektivní, jeho těžištěm je odborná koordinace na místě mimořádné události a práce s komunitou, která je aktivizována a posilována aby byla schopna řešit problémy vlastními silami. Zásady

psychosociální pomoci jsou zaneseny ve standardech (Standardy psychosociální krizové pomoci zaměřené na proces a výsledek), jejichž poslední pracovní verze před připomínkovým řízením je platná z 16. 10. 2009. Při mapování struktury organizací a subjektů, které poskytují terénní psychosociální pomoc v ČR, jsem se střetla s dalším problémem. Struktura a funkčnost systému psychosociální pomoci je v každém kraji rozdílná. Existuje obecný rámec organizací a subjektů (viz příloha 3), které uvádí Vymětal (67). Dle mého zjištění vznikl na podzim roku 2009 komunitní krizový intervenční psychosociální tým, tzv. KIP tým, který jsem do tohoto rámce přiřadila. Skutečnost je však taková, že v každém kraji existuje rozdílné zastoupení organizací poskytující psychosociální pomoc. Např. KIP tým má své zastoupení z větší části na Moravě a ve Slezsku, naopak Český červený kříž působí po celém území ČR. Jsou zde také organizace, které jsou specifické pro danou oblast např. Terénní krizová služba, která je zřizována Diecézní charitou Plzeň má působnost v rámci Plzeňského kraje. Některé organizace se úzce specializují na určité typy neštěstí a druhy poskytované pomoci, např. České sdružení obětí dopravních nehod. Obecně lze podotknout, že v každém kraji funguje psychologická služba HZS plus specifické složení organizací a subjektů poskytující psychosociální pomoc.

Během mého zkoumání situace v Karlovarském kraji (květen 2010), nebyly podmínky a okolnosti pro výzkum dané problematiky ideálně nakloněny. Zastihla mě nepřítel osudu, jelikož v tomto období docházelo k výměně psychologů HZS. Tato neobyčejná situace mě zaskočila zjištěním, že v Karlovarském kraji dochází k aktualizaci psychologické služby a celého systému psychosociální pomoci. Při interview s nově nastupujícím psychologem jsem se dozvěděla informace o dané problematice nejen z Karlovarského kraje, ale i o struktuře a funkčnosti psychosociální pomoci obecně na celostátní a regionální úrovni.

Při mapování situace ve zdravotnickém sektoru jsem se setkala s očekávanými zjištěními, které jsem předpokládala na základě vlastních zkušeností ze studia bakalářského oboru Zdravotnický záchranář. Souhlasím s tvrzením Humpla (19), Zdravotnická záchranná služba zatím nedisponuje vyškolenými profesionály pro poskytování krizové intervence ve vztahu k zasaženým občanům ani ve vztahu ke

zdravotníkům. Výjimku tvoří Územní středisko zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje, které má vlastního klinického psychologa. Podobné aktivity se nyní rozvíjejí ve Středočeském kraji, očekává se i přijetí zákona o Zdravotnické záchranné službě, ve kterém by měla být problematika psychosociální intervenční péče jasně zakotvena. Podle mého názoru by měli mít všichni členové IZS nárok na kvalifikovanou posttraumatickou intervenční péči, Územní střediska zdravotnických záchranných služeb by měli obzvláště disponovat vyškolenými peery a alespoň jedním psychologem stejně tak, jak je tomu u HZS. V souvislosti s tímto zjištěním mě při interview s psychologem HZS napadl dotaz, zda existuje v Karlovarském kraji spolupráce HZS a ZZS např. při potřebě poskytnutí posttraumatické intervenční péče zdravotníkům, spolupráce se ZZS byla zatím označena jako neprostupná, ale myslím si, že by to byl dočasný efektivní způsob zajištění posttraumatické intervenční péče pro zdravotníky.

Dalším bodem výzkumu v oblasti zdravotnictví bylo zajištění prostupnosti psychosociální pomoci zasaženým občanům v nemocničním prostředí. Situace je nejen v Karlovarském kraji, ale i v oblasti celé ČR opět značně různorodá. Pacient má nárok na krizovou intervenci v závislosti na typu zdravotnického zařízení. Existují typy nemocnic, jenž mají své interní odborníky a psychosociální péče o pacienty je na vysoké úrovni, záleží však také na iniciativě ošetřujícího lékaře konkrétního pacienta, jestli uváže možnost doporučení pacienta k odborníkovi. Dle mého bádání nad danou problematikou jsem došla k názoru, že v Karlovarském kraji je značně poddimenzován počet psychiatrických ambulancí i ambulancí klinických psychologů. Jediným krajským zařízením disponujícím psychiatrickým oddělením je nemocnice v Ostrově (kapacita 40 lůžek, z toho pouze 25 akutních), ale pouze tam je v kraji možnost poskytování následné krizové pomoci pacientům zasaženým MU. Tato skutečnost však skrývá problém, pokud se stane v kraji MU s velkým počtem zraněných, tak většina z nich bude pravděpodobně směřována do Karlovarské krajské nemocnice, která má k dispozici větší počet intenzivních lůžek (ARO, JIP).

Přestože se kvantitativní výzkum týkal civilních obyvatel, kteří dosud nebyli v Karlovarském kraji s MU velkého rozsahu konfrontováni, přinesl řadu zajímavých

výsledků. U otázky č. 1 poukázalo 62 % respondentů na skutečnost, že o riziku vzniku MU přemýšlí, ale příliš se jím nezabývá. Pokud by tato otázka byla ve stejném znění položena obyvatelstvu Moravy a Slezska, výsledky by byly podle mého mínění určitě odlišné, obyvatelstvo regionů, které jsou pravidelně postihovány povodněmi má dle webového serveru Povodně 2010 (42) obavy z většiny vytrvalých dešťů. U otázky č. 2 dalo 64 % respondentů najevo, že již přemýšleli nad problémem poskytnutí adekvátní psychické pomoci lidem zasaženým povodněmi, kteří byli viděni v televizním vysílání. Dokonce 13 % dotazovaných uvedlo, že se tímto problémem často zabývá, tato informace nám ukazuje na informovanost laické veřejnosti, která má díky médiím alespoň základní informace o zajišťování psychické pomoci. Otázka č. 3 jasně poukázala na význam psychické pomoci, 74 % respondentů je názoru, že psychická pomoc je významným faktorem, který pomáhá zasaženým lidem zvládnout a vyrovnat se s MU. Žádný dotazovaný neoznačil možnost, že o tomto druhu pomoci nikdy neslyšel, což je potěšující zjištění. U otázky č. 4 označovali respondenti více možností najednou, proto není vyhodnocena procentuelně, ale na základě počtu jednotlivých hlasů. Počtem 65 hlasů by civilní obyvatelstvo svěřilo řízení a organizaci psychické pomoci do rukou ZZS, hned na druhém místě je HZS s 56 hlasy, zajímavostí jsou humanitární organizace, které dostali větší počet hlasů, než PČR. Tyto informace ukazují na důvěru ZZS, ale zároveň na informovanost ohledně HZS, který psychickou pomoc pro zasažené obyvatelstvo organizuje a řídí. Respondenti zde mohli také vybrat možnost jiné organizace, kterou mohli vypsát. Tuto možnost zvolili 4 respondenti, ale do dotazníku žádnou organizaci nevěpsali. Otázka č. 5 opět poukazuje na zajímavá zjištění, opět je vyhodnocena na základě počtu jednotlivých hlasů. Veřejnost logicky determinovala psychologa s počtem hlasů 74, jako osobu, která by měla poskytovat psychickou pomoc na místě MU. Je pravdou, že otázka mohla být lépe položena a psycholog měl být objasněn pro laiky jako psycholog HZS, protože zasahující hasič dostal pouze 46 hlasů i přestože v předchozí otázce vyšlo najevo, že veřejnost je ohledně organizace a řízení psychické pomoci na místě MU informována. V tomto případě dochází tedy ke zkreslení informací, nicméně překvapujícím úkazem je opětovná důvěra v ZZS, jelikož zdravotnický záchranář získal 64 hlasů, což je více než

PČR s 37 hlasy zasahující hasič se 46 hlasy. Vysoký počet hlasů získala vzájemná pomoc zasažených lidí 52, což souhlasí s aktuálním modelem poskytování psychosociální pomoci a rozpracovanými Standardy PsKP Baštecké a kol.(2). Civilní obyvatelstvo prokázalo důvěru zdravotnickému sektoru, proto jsem názoru, že by zdravotníci měli být podrobněji vzděláváni v oblasti krizové intervence. Aby mohla být psychologická intervence kvalitně zajišťována, je zapotřebí plošně zajistit psychologickou péči i jejím poskytovatelům, tedy i zdravotnickému sektoru. Tímto apeluji na názor Šeblové (55), která uvádí faktory, které mohou negativně působit na duševní zdraví zdravotníků a zapříčinit tak snížení výkonnosti, syndrom vyhoření apod. Tyto faktory se posléze odrážejí i na kvalitě poskytování odborné péče o pacienty. V otázce č. 6 poukázalo 58 respondentů na okamžité poskytnutí psychické pomoci na místě MU, 52 respondentů hodnotí jako nejdůležitější měřítko individuální potřebu psychické pomoci zasaženého jedince. S těmito výsledky souhlasím, jsem přesvědčená, že záleží nejen na individuální potřebě zasažených lidí, ale také na typu MU. Kohoutek a kol.(25) ve svých výzkumech potřeby psychosociální pomoci obětem povodní zdůrazňuje, že psychosociální pomoc nabývá důležitosti až v poslední fázi (fáze obnovy, perspektiva cca 1 rok po povodni). Lidé mají v tomto období již zvládnuté prvotní obnovy svých obydlí, začínají se více zabývat sami sebou, uvědomují si psychické obtíže, které mohou nabývat časem na intenzitě, nebo jsou dlouhodobé. Tento příklad však platí pro povodně, ale u jiných typů MU nemusí být načasování psychosociální pomoci na časově vzdálenější období tolik efektivní. V tomto případě by bylo zajímavé rozšířit výzkum na více typů MU a dotazovat se lidí, kteří jednotlivé typy MU prožili a mají již zkušenosti s poskytováním psychosociální pomoci. V otázce č. 7 dalo 64 % dotazovaných najevo svoji nerozhodnost, zda by sami uměli poskytnout psychickou pomoc. Potěšující je výsledek 26 % respondentů, kteří si myslí, že by psychickou pomoc uměli poskytnout oproti 10 % respondentů, kteří by poskytnout psychickou pomoc dle jejich uvážení neuměli. Baštecká a kol. (3) uvádí, že poskytnout psychickou pomoc by měl zvládnout běžný občan, s tímto názorem plně souhlasím a myslím si, že laická veřejnost se v mnoha ohledech podceňuje a procento lidí schopných poskytnout psychickou pomoc je dle mého názoru vyšší než uvedených 26

%. V otázce č. 8 poukázalo 62 % dotazovaných na nerozhodnost v situaci, kdy by byli kontaktováni na místě MU odborníkem, který by jim chtěl pomoci, 35 % by pomoc přijalo, pouze 3 % by o pomoc tohoto typu nestáli. Tento výsledek ukazuje na skutečnost, že si lidé konkrétní situaci nedokážou představit a raději volí možnost nevím, pokud by je opravdu zasáhla MU, tak by dle mého názoru procentuelní zastoupení jednotlivých variant odpovědí bylo rozdílné. Otázka č. 9 byla položena z opačného úhlu tak, aby se dotazovaní vyjádřili k problému, zda by sami z vlastní iniciativy požádali o psychickou pomoc, 34 % respondentů by o pomoc požádalo, ale skoro shodné procento 33 % neví, zda by požádalo, 14 % dotazovaných by se ostýchalo požádat o takový druh pomoci, což je v ČR běžný jev, který dokládá i Kohoutek a kol. (25). S psychosociální pomocí se pojí nedůvěra a ostych, vyhledání této pomoci může subjektivně působit jako přiznání vlastní nekompetentnosti a selhání. V našich podmínkách není často považováno vyhledání profesionální psychosociální pomoci za sociálně žádoucí. V otázce č. 10 preferovalo 69 % dotazovaných jako nejpříjemnější formu psychické pomoci osobní kontakt. Tato forma pomoci je i dle mého názoru nejvhodnější.

6. Závěr

Zajišťování psychologické pomoci a krizové intervence na místě MU podporuje znovunalezení psychické rovnováhy zasažených jedinců i celého společenství. V současné době se v ČR uplatňuje tzv. model psychosociální pomoci, což je komplexní systém zahrnující bezprostřední psychickou pomoc na místě MU, navazující krizovou intervencí a další odborné služby včetně poskytování nezbytné finanční a materiální pomoci.

Cílem mé práce bylo popsat strukturu a funkčnost systému psychologické intervence a posoudit připravenost odborníků krizové intervence poskytnout pomoc obětem MU. K datu výzkumu je situace následující: Struktura systému psychosociální pomoci vzniká roku 1997, kdy se této problematice začíná věnovat pozornost jak ze strany státních orgánů, neziskových organizací tak i komerčních institucí. Stěžejním státním orgánem v řízení a koordinaci systému psychosociální pomoci je MV, které má vypracovaný systém posttraumatické intervenční péče ve vztahu k zasaženým občanům i ve vztahu k zasahujícím jednotkám, dále rozvíjí spolupráci s IZS a zahraničními subjekty. Specifické postavení má MZ, od kterého se očekává zlepšení situace týkající se posttraumatické intervenční péče o zdravotníky, která je doposud opomíjena. Neziskové organizace působí na celorepublikové (ČČK) nebo regionální úrovni (Terénní krizová služba), některé z nich se úzce specializují na oběti jen některých typů MU. Komerční instituce si vytvářejí svůj vlastní systém psychosociální pomoci, který je uplatňován pouze v závislosti na potřebách dané společnosti. Struktura a funkčnost systému psychosociální pomoci na krajské úrovni je rozdílná. V každém kraji působí psycholog HZS, který je hlavním koordinátorem psychosociální pomoci daného regionu. Kraje mohou disponovat různými počty a typy neziskových a komerčních organizací. V Karlovarském kraji dochází k aktualizaci systému psychosociální intervence. Situace v krajském systému zdravotnických zařízení poskytujících odbornou psychologickou intervencí je z hlediska kapacitních možností neuspokojivá. Cíle práce byly splněny.

Problematicke psychosociální pomoci je od první vlny povodní v ČR věnována systematická pozornost především ze strany gesčního rezortu za krizovou připravenost, tj. MV ČR, které řídí výstavbu systému psychosociální pomoci. Stav rozpracovanosti k roku 2010 vytváří reálné předpoklady pro efektivnost systému. V tomto smyslu je hypotéza potvrzena.

Nedílnou součástí výzkumu jsou výsledky dotazníkového šetření. Civilní obyvatelstvo má základní informace o psychické pomoci, kterou hodnotí jako významný faktor pro zvládnutí psychicky náročné situace. Do popředí možných poskytovatelů odborné psychologické pomoci řadili respondenti kromě HZS i ZZS.

Tato diplomová práce je strukturována tak, aby poskytla čtenáři ucelený přehled aktuálního stavu psychosociální pomoci. Práci chci také upozornit na chybějící odbornou posttraumatickou intervenční péči ve zdravotnickém sektoru.

7. Klíčová slova

Mimořádná událost

Krizová intervence

První psychická pomoc

Psychosociální pomoc

Stres

8. Seznam použitých zdrojů

1. BAŠTECKÁ, Bohumila et al. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, 420 s. ISBN 80-7178-735-3.
2. BAŠTECKÁ, Bohumila et al. *Standardy psychosociální krizové pomoci zaměřené na proces a výsledek*. Pracovní verze před připomínkovým řízením k říjnu 2009. Ministerstvo vnitra- GR HZS ČR. [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <http://www.rafae.cz/pictures/standardy_PsKP_publicace_k_16-10-09.pdf>.
3. BAŠTECKÁ, Bohumila et al. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. 1. vyd., Praha. Grada Publishing, 2005. 300s. ISBN 80-247-0708-X .
4. BAŠTECKÁ, Bohumila - GOLDMANN Petr. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2001. 440s. ISBN 80-7178-550-4 .
5. BLAHOVCOVÁ, Václava. Pomoc v nouzi nejvyšší. *Vlasta*, 2010, roč. 64, č. 12. 82s. ISSN 0139-6617.
6. BŘEČKA, Tibor. *Psychologie katastrof*. 1.vyd., Praha: Triton, 2009. 119s. ISBN978-80-7387330-1.
7. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vyd., Praha:Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
8. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Typický stresor: hromadné neštěstí*. [online]. [cit. 2010-06-17]. Dostupné z: <<http://www.streszachranaru.cz/>>.
9. CIKHARTOVÁ, Zuzana. Psychosociální pomoc při mimořádných událostech. *Časopis 112, odborný časopis požární ochrany, IZS a ochrany obyvatelstva* [online], 2006/11 [cit. 2010-06-20]. Dostupné z: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/112/2006/listopad/cikhartova.html>>.
10. ČAPKOVÁ, Magdalena. Dopravní nehoda jako traumatická událost a potřeba pomoci. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2005, roč.1, č. 2, s. 91-95. ISSN 1801-0261.
11. České sdružení obětí dopravních nehod. *Naše služby*. [online]. [cit. 2010-04-17]. Dostupné z: <<http://www.csodn.cz/nase-sluzby>>.
12. Český červený kříž. *Kdo jsme* [online]. [cit. 2010-05-4]. Dostupné z: <<http://www.cervenyriz.eu/cz/kdojsme.aspx>>.

13. ČÍRTKOVÁ, Ludmila-VITOUŠOVÁ, Petra et al. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007. 191s. ISBN 978-80-247-2014-2.
14. De WOLFE, Deborah J. *Terénní příručka: pro pracovníky psychosociálních a humanitárních služeb, kteří se angažují při hromadných neštěstích většího rozsahu*; překlad Bohumila Baštecká, 1. vyd., Praha: MV- oddělení psychologie OPe MV a ADRA ČR, 2002. 31 s. ISBN 80-239-5135-1.
15. DOBIÁŠ, Viliam et al. *Prednemocničná urgentná medicína*. 1.vyd., Martin: Osvěta, 2007. 381 s. ISBN 978-80-8063-255-7.
16. HELLEBRANOVÁ, Kateřina-HANUŠOVÁ, Jaroslava-HANUŠ, Petr. *Krizová intervence*. [online]. [cit. 2010-04-12]. Dostupné z: <<http://www.viod.cz/editor/assets/download/krize.pdf>>.
17. HLAVÁČKOVÁ, Dana et al. *Krizová připravenost zdravotnictví*. 1. vyd., Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 198 s. ISBN 978-80-7013-452-8.
18. Hromadné neštěstí [online]. [cit. 2010-04-22]. Dostupné z: <http://files.cck-br.webnode.cz/200003065-895a58a54e/hromadne_nestesti.pdf>.
19. HUMPL, Lukáš. Psychosociální péče o osoby zasažené mimořádnou událostí. *Zdravotnické noviny* [online]. [cit 2010-04-20]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/psychosocialni-pece-o-osoby-zasazene-mimoradnou-udalosti-429723>>.
20. CHAROUSEK, Pavel. *Dráček Záchranáček zachraňuje dětské dušičky, nebylo by tam také něco pro dospělé?* [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <<http://turnovskovakci.cz/view.php?cisloclanku=2007110009>>.
21. JAMES, Richard K. *Crisis Intevention Strategies*. 6th Edition, Belmont: Thomson Higher Education. 2008, 627p. ISBN 13: 978-0-495-10026-3.
22. JUNGWIRTOVÁ, Jana-SLADKÝ, Martin. Pomáhají také slova, aneb když si dá hasič helmu do podpaží. *Rescue report, časopis pro záchranáře, hasiče, policisty a krizové manažery*. 2008, č. 6. s. 40-41 ISSN 1212-0456.
23. Kip tým. *Komunitní krizový intervenční psychosociální tým*. [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <www.zasova.cz/povoden/pokyny/download.php?url=kip_tym.pdf>.

24. Kip tým Ostrava. *O nás*. [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <<http://www.kiptymostrava.websnadno.cz/O-nas.html>>.
25. KOHOUTEK, Tomáš et al. *Psychologie katastrofické události*. 1. vyd., Praha: Academia, 2009. 362s. ISBN 978-80-200-1816-8.
26. Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky. *Psychosociální intervence bezprostředně na místě mimořádné události*. [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <www.komorazachranaru.cz/.../Psychosocialni_intervence_bezprostredne.doc>.
27. Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví České republiky, odbor krizové připravenosti Ministerstva zdravotnictví 2007 [online], poslední aktualizace 14. 3. 2010 [cit. 2010-04-21]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/koncepce-krizove-pripravenosti-zdravotnictvi_1745_1020_3.html>.
28. KŘÍŽEK, Marek-ENGEL, Zbyněk. Povodně v České republice-pět a deset let poté. *Geografické rozhledy*. [online] 2007/6 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <<http://www.geografickerozhledy.cz/galery/casopis/113-1175696072.pdf>>.
29. KŘÍŽOVÁ, Valentina-KŘÍŽ, Petr. Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči. *Zdravotnické noviny*. [online]. [cit. 2010-04-23]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/neklidny-a-agresivni-pacient-v-prednemocnicni-peci-274000>>.
30. MARKOVÁ, Eva-VENGLÁŘOVÁ, Martina- BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2006. 352s. ISBN 80-247-1151-6.
31. MARTÍNKOVÁ, Jiřina et al. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2007. 380s. ISBN 978-80-247-1356-4.
32. Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (ICD-10), V. kapitola: *Duševní poruchy a poruchy chování*. WHO, Ženeva 1992, Český překlad: Psychiatrické centrum Praha, 2. vyd. 2000 [online]. [cit. 2010-05-07]. Dostupné z: <<http://kasz.sweb.cz/pf03/mkn.htm>>.
33. MEZNÍKOVÁ, Marie. *Psychologie chování člověka za mimořádných situací*. Referát přednesený na konferenci Červený kohout 11. 5. 2005 [online]. [cit. 2010-05-09]. Dostupné z: <www.hzscb.cz/download/upload/psycho/Referat_05.doc>.

34. MITÁČEK, Ivo. *Dráček Záchranáček míří do zásahových vozidel hasičů*. [online]. [cit.20100505].Dostupné z:<http://www.katastrofy.com/scripts/index.php?id_nad=9137>
35. Nadace ADRA. *Psychosociální pomoc obětem neštěstí*. [online]. [cit. 2010-05-03]. Dostupné z: < <http://www.adra.cz/cz/projekty/psychosocialni-pomoc/chcete-vedet-vice-seznam-zprav/psychosocialni-pomoc-obetem-nestesti.html>>.
36. Nakladatelství Portál. *Formy odborné krizové pomoci*. [online]. [cit. 2010-4-22]. Dostupné z: <<http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=1991>>.
37. NAKONEČNÝ, Milan. *Lidské emoce*. 1. vyd., Praha: Academia, 2000. 335s. ISBN 80-200-0763-6.
38. NAVRÁTIL, Leoš. *Ochrana obyvatelstva (doplňkové texty pro posluchače kombinované formy studia studijního programu Krizové řízení zaměřené pro potřeby zdravotnictví)* 1. vyd., České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 62 s. ISBN 80-7040-880-4.
39. Občanské sdružení Rafea. *Kdo jsme*. [online]. [2010-04-11]. Dostupné z: <<http://www.rafae.cz/>>.
40. On-line poradna. *E-linka*. [online]. [cit. 2010-04-28]. Dostupné z: <<http://elinka.iporadna.cz/>>.
41. OSTROVSKÁ, Eva. *Telefonické krizové intervence a její význam v kontextu sociální pomoci: Diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2008, 136s.
42. Povodně 2010 [online]. [cit. 2010-25.06]. Dostupné z: <<http://www.povodne2010.wbs.cz/>>
43. PRAŠKO, Ján et al. *Stop traumatickým vzpomínkám*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003. 184s. ISBN 80-7178-811-2.
44. PRAŠKO, Ján et al. *Úzkost a obavy*. 1. vyd., Praha: Portál, 2006. 232 s. ISBN 80-7367-079-8.
45. PROCHÁZKOVÁ, Alena. Urgentní zásah při hromadném neštěstí, pacient v krizi a stresu, posttraumatická stresová porucha. *Urgentní medicína*. 2003, roč. 6, č. 1, s. 36-37. ISSN 1212-1924.
46. Příručka pro dobrovolníky (NPIT) Nižšího Psychosociálního Intervenčního Týmu. Praha: Občanské sdružení ADRA, 2005, 40s. ISBN 80-239-5072-1.

47. Psychologická služba. *Posttraumatická intervenční péče*. [online]. [cit. 2010-05-24]. Dostupné z: <<http://www.firebrno.cz/psychologicka-sluzba#pomoc>>.
48. Psychosociální intervenční tým ČR. *Kdo jsme a co děláme*. [online]. [cit. 2010-04-17]. Dostupné z: <<http://pit-cr.info/index.php?section=2>>.
49. SMÍTKOVÁ, Helena. *Přednáška fyziologie- nadledviny, stresová reakce*. 2. LF UK Praha, 2006 [online]. [cit. 2010-04-27]. Dostupné z: <<http://ktl.lf2.cuni.cz/text/fyziologie/stres.pdf>>.
50. SOTOLÁŘOVÁ, Marie. *Critical Incident Stress Management*. Psychologická služba HZS ČR. [online]. [cit. 2010-05-27]. Dostupné z: <http://public.fnol.cz/www/urgent/konference%202006/ODUM3/L3_1.pdf>.
51. Stres. *Co je to stres*. [online]. [cit. 2010-05-15]. Dostupné z: <<http://psychologie.abecedazdravi.cz/stres>>.
52. Syndrom vyhoření. *Co je syndrom vyhoření?* [online]. [cit. 2010-04-27]. Dostupné z: <<http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/>>.
53. ŠČERBOVÁ, Nikola. *Strach a úzkost v souvislosti s akutními stavy: Bakalářská práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008, 53s.
54. ŠEBLOVÁ, Jana. Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. *Časopis 112, odborný časopis požární ochrany, IZS a ochrany obyvatelstva* [online] 2010, roč. 8, č. 3 [cit. 2010-04-20]. Dostupné z: <<http://www.hzscr.cz/clanek/casopis-112-rocnik-viii-cislo-3-2010.aspx?q=Y2hudW09Ng%3d%3d>>.
55. ŠEBLOVÁ, Jana. *Výsledky studií z prostředí záchranných služeb a projekt další péče o záchranáře*. [online], poslední aktualizace 28. 11. 2005 [cit. 2010-04-28]. Dostupné z: <<http://www.zsa.cz/psycho2005/seblova.pdf>>.
56. ŠENOVSKÝ, Michail – ADAMEC, Vilém. *Základy krizového managementu*. 2. vyd., Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství v Ostravě, 2004. 102. ISBN 80-86634-44-2.
57. ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 132s. ISBN 80-247-0888-4.
58. ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd., Praha: Grada publishing, 2004. 200s. ISBN 80-247-0586-9.

59. ŠTĚTINA, Jiří et al. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2000. 436s. ISBN 80-7169-688-9.
60. TEHRANI, Noreen-ROSE, Suzanna. *Psychological debriefing*. [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <http://www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file_uuid=1B299392-7E96-C67F-D4A092C173979F33&ext=pdf>.
61. Terénní krizová služba, Diecézní charita Plzeň. *Co nabízíme*. [online]. [cit. 2010-05-03]. Dostupné z: <http://www.kadel.cz/dchp/krize/krize_nabidka.asp>.
62. VODÁČKOVÁ, Daniela et al. *Krizová intervence*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. 544s. ISBN 80-7178-696-9.
63. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Prostupnost záchranné služby s psychosociálními službami*. 1. vyd., Kladno: Územní středisko zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje, 2008. 82s. ISBN 978-80-904018-1-5.
64. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 1. vyd., Praha: Portál, 2005. 320s. ISBN 80-7178-998-4.
65. VYKOPALOVÁ, Hana. *Krize a psychosociální pomoc*. 1. vyd., Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007. 84s. ISBN 978-80-7318-621-0.
66. VYKOPALOVÁ, Hana. *Základy psychosociální přípravy Humanitárních jednotek ČČK*. 1. vyd., Praha: Úřad Českého červeného kříže, 2003, 71s. ISBN 80-239-2043-X.
67. VYMĚTAL, Štěpán. Poskytování psychosociální pomoci v mimořádných situacích. *Časopis 112, odborný časopis požární ochrany, IZS a ochrany obyvatelstva* [online], 2007/2 [cit. 2010-03-15]. Dostupné z: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/112/2007/unor/vymetal.html>>.
68. VYMĚTAL, Štěpán. Posttraumatická intervenční péče jako prevence rozvoje posttraumatické stresové poruchy u policistů. *Policista*. [online] 2003/12 [cit. 2010-0506]. Dostupné z: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/policista/2003/12/vymetal.html>>.
69. VYMĚTAL, Štěpán. *Psychosociální pomoc při mimořádných událostech-současný stav v České republice*. Prezentace z kurzu Psychologie mimořádných událostí FF UK, 2009 [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <http://industry.biomed.cas.cz/kamil/filedb/files/P_krizi_a_katastrof-004.pdf>.
70. Zákon č. 239/2000 Sb. O integrovaném záchranném systému; ze dne 28. 6. 2000

71. Závazný pokyn policejního prezidenta ze dne 16. 2. 2009 o posttraumatické intervenční péči a anonymní telefonní lince pomoci v krizi

72. ZELENKOVÁ, Barbora. *Možnosti krizové intervence v práci sociálního pracovníka: Bakalářská práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, 2009, 55s.

9. Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník pro civilní obyvatelstvo

Příloha č. 2: Formy krizové intervence

Příloha č. 3: Systém psychosociální pomoci v ČR

Příloha č. 4: Dráček Záchranáček

Příloha č. 1: Dotazník pro civilní obyvatelstvo

Dobrý den, jmenuji se Nikola Ščerbová, jsem studentka navazujícího magisterského oboru Civilní nouzová připravenost, píše diplomovou práci na téma Zajištění psychologické pomoci a krizové intervence civilnímu obyvatelstvu při mimořádné události. K realizaci výzkumné části práce potřebuji Vaši pomoc, tímto Vás prosím o vyplnění dotazníku. K vysvětlení ještě předkládám pojem mimořádná událost, pod kterým si představte škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka (dopravní nehody, hromadná neštěstí, teroristické útoky), přírodními vlivy (povodně, sesuvy půdy), havárie (úniky nebezpečných látek z průmyslových objektů). Tyto události ohrožují životy, zdraví, majetek a životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací. Pokud u některých otázek uznáte za vhodné označit více možností, učiňte tak! Děkuji

1. Přemýšlel(a) jste někdy o tom, že Vás může ohrozit nějaká mimořádná událost?
 - a. ano, často nad tím přemýšlím
 - b. ano, ale příliš se tím nezabývám
 - c. nepřemýšlel(a) jsem o tom

2. Pokud vidíte v televizním zpravodajství reakce lidí zasažených mimořádnou událostí, např. povodněmi, přemýšlíte o tom, jestli je jim poskytnuta adekvátní psychická pomoc?
 - a. často se tím zabývám
 - b. již jsem o tom přemýšlel(a)
 - c. nikdy jsem o tom nepřemýšlel(a)
 - d. takovými věcmi se nezabývám

3. Myslíte si, že první psychická pomoc může být významným faktorem, který pomáhá lidem zasaženým mimořádnou událostí zvládnout náročnou životní situaci?
 - a. ano
 - b. ne, tato pomoc nemá moc velký význam
 - c. nevím, nedokážu posoudit
 - d. nikdy jsem o tomto druhu pomoci neslyšel(a)

4. Která organizace by měla první psychickou pomoc zaštit'ovat?
 - a. Městský nebo Obecní úřad
 - b. Hasičský záchranný sbor
 - c. Policie České republiky
 - d. Zdravotní záchranná služba

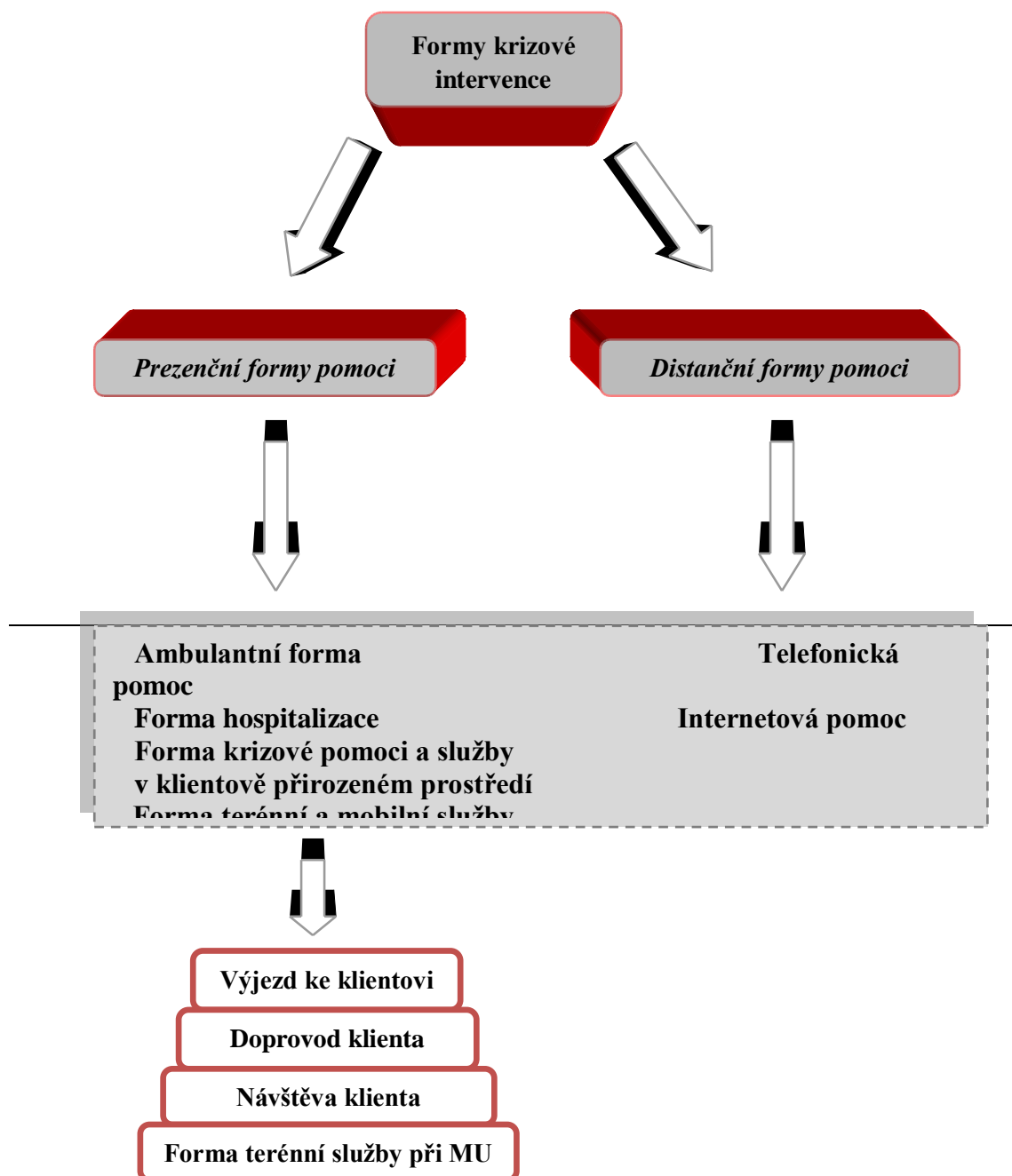
- e. humanitární organizace
 - f. církev
 - g. jiná (prosím vypište)
 - h. žádná oficiální organizace
5. Kdo konkrétně by měl podle Vás poskytnout první psychickou pomoc na místě mimořádné události?
- a. psycholog
 - b. zasahující hasič
 - c. lékař
 - d. zdravotnický záchranář
 - e. policista
 - f. duchovní
 - g. vyškolený dobrovolník
 - h. lidé navzájem sami
 - i. nikdo
6. Kdy by měla být poskytnuta psychická pomoc obětem mimořádných událostí?
- a. hned na místě mimořádné události
 - b. po několika hodinách
 - c. po několika dnech
 - d. po týdnu a déle
 - e. nepřetržitě
 - f. záleží na individuální potřebě zasaženého jedince
 - g. nevím
7. Myslíte si, že byste dokázal(a) poskytnout první psychickou pomoc na místě mimořádné události?
- a. ano
 - b. ne
 - c. nevím
8. Představte si, že jste na místě mimořádné události, přijal(a) byste psychickou pomoc, kdyby Vás nějaký odborník kontaktoval?
- a. ano, pomoc bych určitě přijal(a)
 - b. nevím, záleželo by na situaci
 - c. ne, o žádnou pomoc tohoto typu bych nestál(a)
9. Požádal(a) byste o psychickou pomoc, pokud by Vám nebyla nabídnuta?

- a. ano, o pomoc bych požádal(a)
- b. ne, ostýchal(a) bych se
- c. ne, nevěděl(a) bych, že o pomoc mohu požádat
- d. ne, pomoc bych nepotřeboval(a)
- e. nevím

10. Jaká forma psychické pomoci by Vám byla příjemnější?
- a. osobní kontakt
 - b. upřednostnil(a) bych telefonickou krizovou linku
 - c. nevím, nedokážu to posoudit
 - d. ani jedna z možností, pomoc bych nepotřeboval(a)

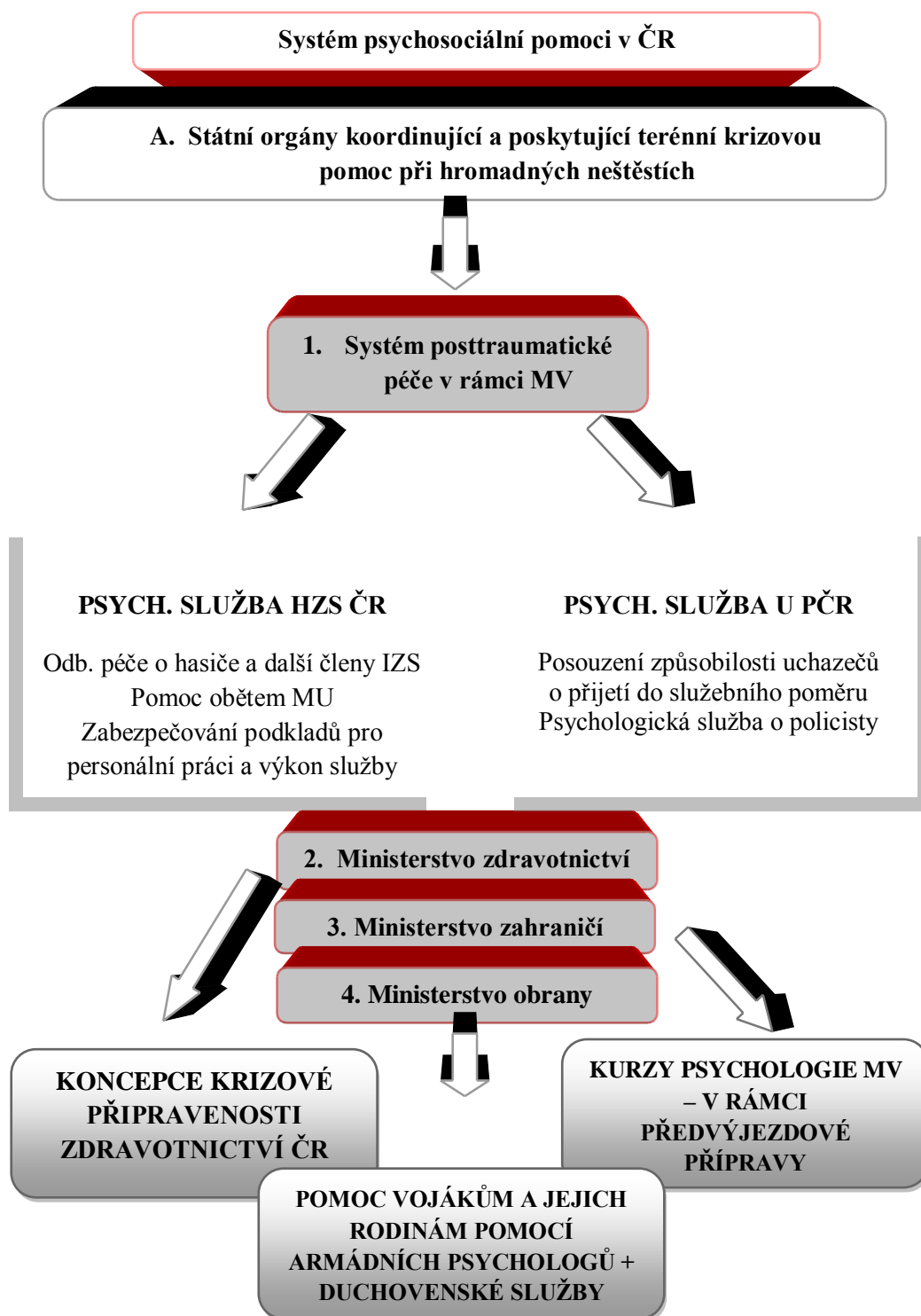
Děkuji za trpělivost při vyplňování dotazníku.

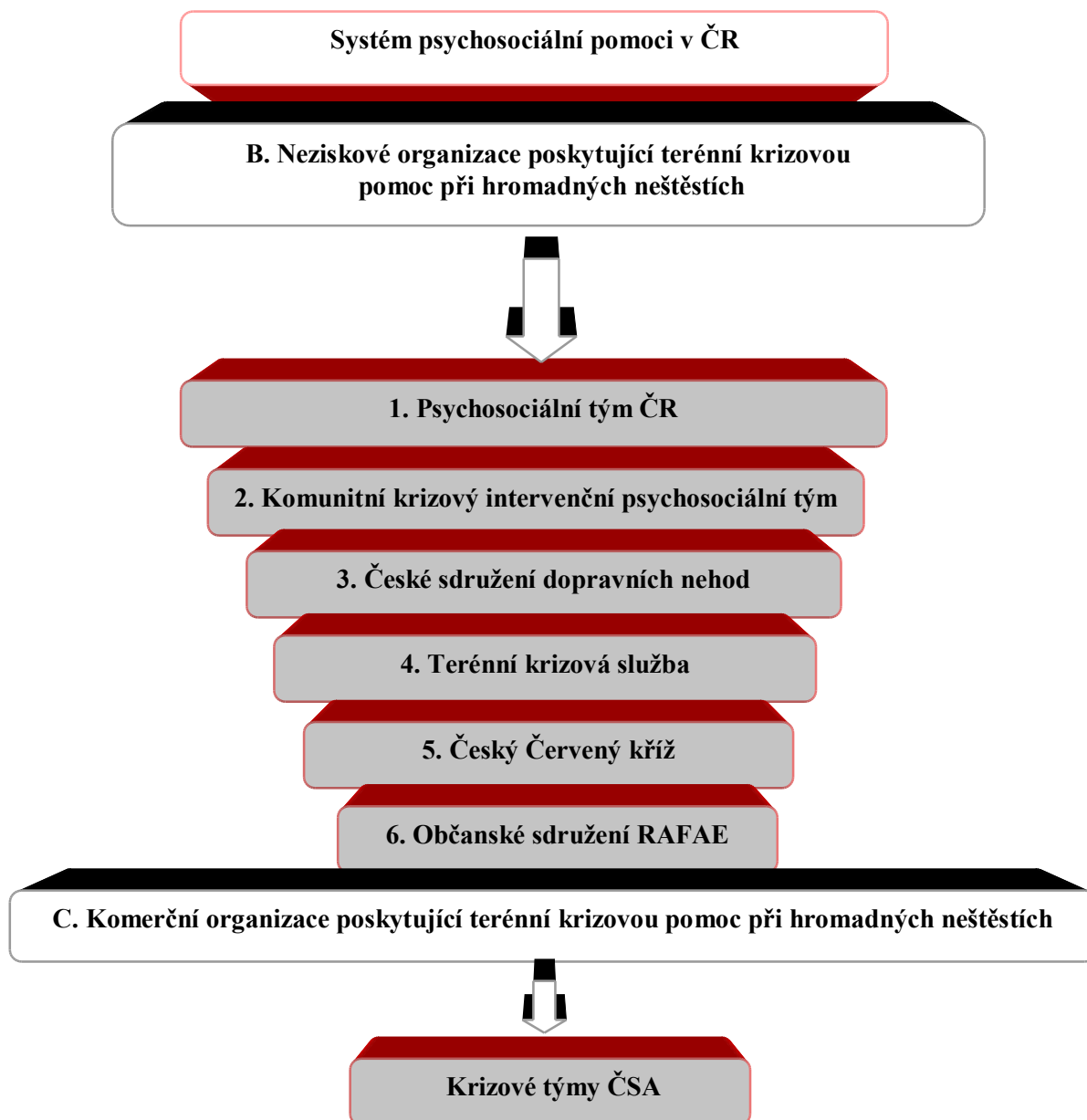
Příloha č. 2: Formy krizové intervence



Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 3 : Systém psychosociální pomoci v ČR





Zdroj: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/112/2007/unor/vymetal.htm>>

Příloha č. 4: Dráček Záchranáček



Zdroj: http://www.katastrofy.com/scripts/index.php?id_nad=9137



Zdroj: http://www.katastrofy.com/scripts/index.php?id_nad=9137