



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

Fakulta biomedicínského inženýrství

katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

**Psychosociální krizová intervence, poskytovaná
Zdravotnickou záchrannou službou**

**Psychosocial crisis interventions provided by the
Emergency Medical Service**

Bakalářská práce

Studijní program: Ochrana obyvatelstva

Studijní obor: Plánování a řízení krizových situací

Vedoucí práce: doc. PaedDr. ThDr. Monika Zaviš, Ph.D.

Michaela Lodinská

Kladno, květen 2016

Zadání bakalářské práce

Student: **Michaela Lodinská**
Obor: Plánování a řízení krizových situací
Téma: **Psychosociální krizová intervence, poskytovaná Zdravotnickou záchrannou službou**
Téma anglicky: Psychosocial Crisis Interventions Provided by the Emergency Medical Service

Zásady pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude poskytování psychosociální krizové intervence Zdravotnickou záchrannou službou při mimořádných událostí. Bakalářská práce bude rozdělena na teoretickou část a praktickou část.

V teoretické části bude zpracována problematika základních pojmů, nastínění možných dopadů mimořádných událostí na psychiku obětí a různé způsoby poskytování první psychologické pomoci.

V praktické části bakalářské práce bude provedeno šetření pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku (v počtu nejméně 50 respondentů). Výsledky budou následně vyhodnoceny. V rámci diskuze bude provedeno porovnání námi dosažených výsledků s výsledky jiných autorů, kteří zkoumali danou problematiku. V závěru budou uvedeny poznatky a doporučení pro praxi.

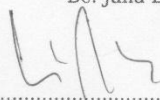
Seznam odborné literatury:


- [1] HOSKOVCOVÁ, Simona, Psychosociální intervence: psychosociální intervenční týmy, Karolinum, 2009, ISBN 978-80-246-1626-1
- [2] ŠPATENKOVÁ, N., Krizová intervence pro praxi, Grada Publishing, 2004, ISBN 80-247-0586-9
- [3] BAŠTECKÁ, Bohumila, Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy, Grada Publishing, 2005, ISBN 80-247-0708-X
- [4] ANDRŠOVÁ, Alena, Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi, Grada, 2012, ISBN 978-80-247-4119-2

zadání platné do: 11.09.2017

Vedoucí: doc.PaeDr.ThDr. Monika Zaviš, Ph.D.

Konzultant: Bc. Jana Levá


.....
vedoucí katedry / pracoviště


.....
děkan

V Kladně dne 23.02.2016

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem **Psychosociální krizová intervence, poskytovaná Zdravotnickou záchrannou službou** vypracovala samostatně a použila k tomu úplný výčet citací použitých pramenů, které uvádím v seznamu přiloženém k bakalářské práci.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č.121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

V Kladně 20. května 2016

.....
Michaela Lodinská

Poděkování

Tímto bych velice ráda poděkovala své vedoucí doc. PaedDr. ThDr. Monice Zaviš Ph.D. za drahocenné rady a odborné podklady, které mi během zpracování práce celou dobu poskytovala, její obětavost, vstřícnost i trpělivost. Zároveň bych chtěla poděkovat všem příslušníkům Zdravotnické záchranné služby, kteří mi vytvořili podmínky pro zpracování mé bakalářské práce a všem ostatním, kteří se jakýmkoliv způsobem podíleli na vyhotovení této práce.

ABSTRAKT

Náplní bakalářské práce je oblast poskytování psychosociální krizové intervence, ze strany Zdravotnické záchranné služby. Práce je orientována na teoretická východiska k dané problematice na jedné straně a na zjištění z praxe, z nichž vyvodíme závěry, na straně druhé. V teoretické části jsou definovány základní pojmy vztahující se na oblast psychosociální krizové intervence, nastíněny možné dopady mimořádných událostí na psychiku obětí a způsoby, jak se s nimi vyrovnat. Dále poskytuje poznatky o psychosociální krizové intervenci, krizových interventech zabývajících se touto pomocí a jejich vzděláním. V poslední řadě je uvedena komunikace se zasaženými osobami. V praktické části jsou definovány cíle, hypotézy a charakterizován výzkumný nástroj i metody. Účelem výzkumného šetření bylo zjistit frekvencovanost poskytování psychosociální krizové intervence u mimořádných událostí, a jaké má mimořádná událost následky na psychiku krizového intervenanta. Získané informace jsou vypracované v podobě grafů a tabulek. V diskusi je realizována komparace námi dosažených výsledků s dalšími výsledky cizích autorů. V závěru práce je souhrn výsledků, cílů a náš pohled na danou problematiku.

Klíčová slova: krize, mimořádná událost, krizová intervence, stres, komunikace

ABSTRACT

This Bachelor Thesis focuses on the provision of psycho-social crisis intervention by the Emergency Medical Services. The thesis covers both the theoretical origins on the one hand, and practical findings on the other hand. The theoretical part defines the basic notions concerning the area of psycho-social crisis interventions, outlines the potential effects of emergency situations on the psychology of the victims, and methods for coping with such effects. It further provides information about the substance of the psycho-social crisis intervention, people providing such interventions, and their education. Another point covers communications with the victims. The practical part defines the goals and hypotheses and characterises the tools and methods of our survey. The latter was aimed at finding the frequency of the provision of psycho-social crisis intervention during emergency situations, and effects of emergency situations on the psychology. The collected data are processed into the form of charts and tables. The discussion compares our results with those achieved by foreign authors. The conclusions sum up the goals, results and our views on the studied areas.

Key words: crisis, emergency, crisis intervention, stress, communications

Obsah

1	ÚVOD.....	9
2	SOUČASNÝ STAV	10
2.1	Krize.....	10
2.1.1	Pojem krize	10
2.1.2	Vznik a příčiny krize.....	10
2.1.3	Rozdělení krizí.....	11
2.2	Mimořádná událost a kritická událost	12
2.3	Traumatisující událost a její vliv na okolí.....	12
2.4	Typy zátěžových situací	13
2.4.1	Strach a úzkost	13
2.4.2	Stres	14
2.4.3	Agrese, agresivita.....	15
2.4.4	Panická úzkost	16
2.5	Způsoby ovládnání zátěžových situací.....	16
2.6	Oběti z pohledu krizové situace	16
2.7	Potřeby a reakce lidí zasažených mimořádných událostí.....	17
2.7.1	Přirozené ochranné mechanismy	18
2.7.2	Vyrovňovací strategie	18
2.8	První psychologická pomoc	20
2.8.1	Účel první psychologické pomoci	21
3	PSYCHOSOCIÁLNÍ KRIZOVÁ INTERVENCE.....	22
3.1	Pojem krizová intervence	22
3.1.1	Cíle krizové intervence	22
3.1.2	Typy odborné krizové pomoci	23
3.1.3	Všeobecné zásady specializované krizové pomoci	25
3.2	Pracovník krizové intervence	25
3.2.1	Odborník, laik, profesionál, dobrovolník.....	25
3.2.2	Požadavky na krizového intervenanta	26
3.2.3	Syndrom vyhoření, práce s ním a jeho prevence	27
3.2.4	Etika práce na úrovni krizové pomoci	29
3.3	Poskytování psychosociální krizové intervence, ze strany ZZS	29
3.3.1	Vzdělání krizových interventů ZZS.....	29

3.3.2	Aktivování krizového intervenanta	31
4	KRIZOVÁ KOMUNIKACE.....	32
4.1	Komunikace s osobami zasaženými mimořádnou událostí	32
4.2	Doporučené výroky pro komunikaci se zasaženými mimořádnou událostí.....	33
5	CÍLE PRÁCE	35
6	METODIKA.....	36
6.1	Popis výzkumného šetření.....	36
6.2	Stanovení výzkumného vzorku	36
6.3	Výzkumný nástroj	36
6.4	Stanovené hypotézy	37
7	PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	38
7.1	Vyhodnocení údajů z dotazníku.....	38
7.2	Vyhodnocení cílů práce.....	58
7.3	Vyhodnocení hypotéz.....	58
8	DISKUZE.....	61
9	ZÁVĚR.....	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	72
	SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK.....	73
	SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ	74
	SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ	75
	SEZNAM POUŽITÝCH PŘÍLOH	76

1 ÚVOD

„Každý z nás má nějakou bolest a každý z nás má schopnost ji z toho druhého sejmout.“

E. Hudečková

Mimořádné události jsou v současné hektické době každodenní skutečností. Někdo se setkává s těmito situacemi z pozice odborníka každý den, někdo si jimi osobně projde jednou nebo vícekrát za život, někteří se jim dokonce i při viditelně potřebě pomoci jinému vyhýbají. Během mimořádných událostí vznikají vážná poranění nebo dokonce úmrtí, které mají za následek vznik traumatického zážitku. Může také docházet k psychickým změnám nebo poruchám, které se mohou projevit už na místě události, či bezprostředně po nastalé události. Kdokoliv z nás, zasažený mimořádnou událostí nebo krizovou situací, pokaždé okusil, byť jen nejmenší odezvu na svém psychickém zdraví. Může jít o odezvy dočasné, akutní či chronické, které trvají dny i měsíce po události. Osoba, která si prošla krizovou situací, se obvykle stává imunní vzhledem k podobným událostem. Imunita se projevuje nejenom na úrovni emocionální, ale i úrovni psychické, nastává přehodnocení vlastních preferencí a žebříčku důležitosti. Osoba obvykle po události prožívá pocit zhroucení svého života, že nic nebude obdobné, jako bylo dřív, že se v žádném případě nemůže nikdy vzchopit. Ale včasný zásah a poskytnutí první psychologické pomoci, správně vykonaná krizová intervence na místě mimořádné události i mimo něj, může pozdvihnout pohled na situaci i zmírnit odezvy na zasaženou osobu.

Práce je zaměřena na poskytování psychosociální krizové intervence, ze strany Zdravotnické záchranné služby, tedy na psychologickou první pomoc orientovanou na akutní obtíže zasaženého či blízkého v těžkých krizových situacích, kterou poskytují vyškolení krizoví intervenenti ze Zdravotnické záchranné služby. Toto téma je velice poutavou oblastí pro mě a můj nastávající profesní život. Myslím si, že tato odborná pomoc obětem ať mimořádné události nebo krizové situace je velmi důležitá, a ráda bych se v budoucnu tímto tématem dále zabývala a rozvíjela své znalosti spojené s touto problematikou.

2 SOUČASNÝ STAV

2.1 Krize

2.1.1 Pojem krize

Krizi lze definovat jako situaci, která zasahuje nejenom společnost, ale také ostatní instituce, či sociální skupiny, které jsou s ní spojeny. U krize se nemusí jednat pouze o skupiny lidí, ale může to být i jednotlivec. Obecně se výraz krize uplatňuje pro kterýkoliv stav, který vnímáme záporně. Pojetí krize lze použít k upřesnění všech různých událostí, při kterých vzniká traumatická změna, kdy dochází ke změně k horšímu, takováto změna je spojena se zápornými pocity (Špatenková, 2011).

Krize se pokaždé dotkne osoby jako celku. Během krize lze v závěsu vyzorovat dávné, nevyřešené traumata či laciné řešení krize. Osoby, které mají vlastnosti jako sentimentalita, naivita, egocentrismus a sobectví, jsou obvykle předurčeny ke vzniku krize. Pro zvládnutí krize jsou prvořadě zkušenosti osob z minulosti. U osoby, pro kterou je krize impulzem k obohacení své kapacity a nalézání východiska, může být pro jiného naopak důvod ke zhroucení nebo k ničivému jednání (Matoušek, 2013).

2.1.2 Vznik a příčiny krize

Každá událost, ať už je pozitivní nebo negativní, na nás má jisté požadavky. Nadmíru důležitý je přístup, jaký k určité situaci zaujmeme. Asi nejjednodušší prostředek, jak si krizi osvojit, je si přiznat, že nově vytvořené nepříjemnosti jsou částí našeho běžného života. Jsou i takoví lidé, kteří kvůli výchově a přebytečné, nebo naopak nepostačující starostlivosti rodičů, nejsou způsobilí přemoci pasti a překážky, které nám život přichystá. Každou příležitost nebo traumatizující událost berou jako nesprávnost, která je jim prováděna se špatným úmyslem. Nejdůležitějším bývá i věk, kdy nás krize zasáhne. Ve vědeckých literaturách se píše, že většina duševních krizí je zapříčiněna především mezilidskými poměry. Samota je jedna z velice důležitých problémů, jenž narušuje a oslabuje reakci na vzniklou krizovou situaci. Jedinci chybí jakákoliv podpora od druhých, nemá nikoho, komu by mohl říci své problémy, má dojem, že zůstal na všechno sám. Neuspokojení základních životních požadavků má značnou roli v odezvě na stres (Vodáčková, 2012).

Lze rozdělit 2. spouštěče krize:

- vnější spouštěč
- vnitřní spouštěč

Do vnějších spouštěčů řadíme:

Ztráta objektu - Nejedná se výhradně o ztrátu blízké osoby v důsledku úmrtí, rozchodu nebo odloučení, ale také ztráty jiných, v našem životě důležitých věcí, co nás určitým způsobem charakterizují a máme k tomu své osobní pouto.

Volba - Fakt, že jestli si člověk vybere jednu cestu, tak se automaticky uzavře cesta druhá. To vše může zapříčinit jistou psychickou zátěž a mohou se ukázat pocity, jako jsou nejistota, neschopnost a únava.

Změna - Jestliže vše půjde podle plánu, bez větších odchylek a zlomů, můžeme se domnívat, že se událost bude vyvíjet uspokojivě. Každá kvalitativní nebo kvantitativní změna v nás podporuje dojem nejistoty. Takovým spouštěčem může být stres či velké štěstí - dlouho plánované těhotenství, výhra velké částky peněz (Matoušek, 2013).

Do vnitřního spouštěče řadíme:

Nezpůsobnost vyhovět potřebám vývoje, které vyplývají ze změny dané situace - Jev, který se mnohokrát nachází v rodinách. Kdy rodiče nejsou schopny se vyrovnat s odloučením dospívajícího rodinného příslušníka.

Hybris neboli zaslepenost - Takové kroky a metody, které sice nesnáz neřeší, ale v tom nejtěžším období dovolí ovládnout situaci. Tyto kroky fungovat dlouhodobě nemohou a jsou důvodem ke vzniku potencionálních krizí v budoucnu (Matoušek, 2013).

2.1.3 Rozdělení krizí

Máme mnoho možností, jak rozdělit druhy krizí. Humpl (2013) popisuje následné rozdělení:

Krize zrání - Tato krize je součástí každého člověka. Krize zrání nám přináší změny, které během života vznikají, člověk se na ně převážně těší. Mezi změny například patří narození dítěte, sňatek, ukončení školy, osamostatnění se či změna životního stylu. S takovými změnami přichází i rozhodování a řešení.

Krise situační - Nikdy nemůžeme předem vědět, co se bude dít a v důsledku nepředvídatelných případů vzniká situační krize. Bohužel krize způsobí šok, strach a další člověku nepříjemné pocity, kde ke vzniku těchto pocitů přispívá traumatický, či vlivný podnět. Ovlivňují stav člověka, pocit bezpečí, popřípadě jeho život. Do těchto krizí lze zařadit znásilnění, ztráta zaměstnání, úmrtí v rodině a kriminalita.

Krise kumulovaná - Momentální krize je spojována se vzpomínkami na minulé, stále nevyřešené životní krize, v kterých člověk něco ztratil. Momentální krize má vliv řádově pár týdnů, naopak u kumulované krize jsou to i roky. Následek se projeví na člověku nechutí momentálně s problémem něco dělat.

2.2 Mimořádná událost a kritická událost

Převážná část osob žije v domnění, že jsou nezranitelní a mají pocit bezpečí. Toto domnění je pro osobu užitečné, jelikož ustavičné očekávání ohrožení a uvažování nad eventuálními riziky, je velice psychicky unavující a náročné. Avšak naše nezranitelná domněnka setrvává jen do takové doby, než se něco přihodí nám, či našemu okolí (Humpl a kol., 2013).

Kritická událost je událost, která emočně převyšuje schopnosti zasažené osoby, která není schopna se s ní vyrovnat svými silami. Chápání této události je naprosto individuální, co pro někoho krize je, pro druhého je maličkost, kterou zvládne bez potíží. Zásadní roli hraje stáří, praxe, aktuální duševní stav, vnější předpoklady a série následujících okolností v místě mimořádné události. Třeba v oblasti zdravotnictví mohou převyšovat standardní úroveň adaptačních mechanismů takovéto události:

- úmrtí, či poranění spolupracovníka
- traumatické úmrtí dítěte, neúspěšné resuscitování dítěte
- extrémní sebevražda nebo brutální smrt
- zvláště závažné tragické události, nebo katastrofy (Humpl a kol., 2013).

2.3 Traumatizující událost a její vliv na okolí

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je to taková událost, která způsobí podráždění u kohokoliv a má nebezpečný či katastrofický ráz. Lze říci, že je

definována druhem události, obvykle se jedná o nečekaný, neblahý děj, který ohrožuje život osob. A druhem reakce, kterou způsobuje událost působící na osoby.

Může se jednat například o takovéto situace:

- masové ohrožení zdraví
- přírodní neštěstí
- teroristické napadení
- týrání
- zážitek znásilnění
- nucený pobyt v koncentrační osadě (Baštecká, 2005)

Traumatická událost se na každém jedinci projeví jinak. Většinou jsou děleny na reakce tělesné, emocionální, behaviorální a kognitivní. Tělesné reakce poznáme například podle bolesti hlavy, zvracení, nevolnosti, poruchy spánku. Emoční reakce jsou třeba šok, otupění, strach, panika, úzkost. Behaviorální reakce poznáme podle toho, že se nám člověk vyhýbá, izoluje se od světa, je nervózní. Jako kognitivní reakce chápeme to, že se v noci probouzíme a vše nám připomíná tragickou událost (Vymětal, 2009). Pokud je jedinec, který vypadá, že na něj událost nemá vliv, i přesto v každém případě musíme brát v úvahu, že to na jedinci zanechalo stopy a třeba není úplně v pořádku (Baštecká, 2005).

2.4 Typy zátěžových situací

Každý z nás na určité trauma reaguje odlišným způsobem, níže rozepsané reakce se mohou projevit v odlišné sestavě, odlišné velikosti, odlišném čase a délce (Andršová, 2012).

2.4.1 Strach a úzkost

Strach a úzkost můžeme zařadit do skupiny silně emocionální, které nastanou při pocitu nebezpečí. Strach a úzkost se od sebe odlišují pomocí objektu. U strachu je objekt určitý, může ho vyvolat jakákoliv traumatická událost. Oproti tomu úzkost je spíše neurčitá, schází určitá traumatická událost, či příčina. Proto se dá říct, že úzkost se

oproti strachu překonává hůře. Jestliže neznáme určitý objekt, který nám způsobuje emocionální prožitek, tak se proti němu nemůžeme bránit.

Nesmíme však zapomenout na osoby, které se dostanou do traumatické události prostřednictvím záchrany. Ano mluvíme o záchranářích, na kterých se také podepíše traumatická událost. Vzniklé trauma může být následkem pochybení v rozhodnutí nebo profesního neúspěchu, strach o vlastní život, strach k jakému případu se dostane a jak to dopadne. Proto je velice důležitá oblast psychohygieny, která je zaměřena na emoce a zabraňuje dlouhodobému útlumu větrání emocí, které by mohly vyvolat obtížné následky (Andršová, 2012).

2.4.2 Stres

Stres lze definovat jako spuštění organismu, které **směřuje k útoku či úniku**, zápornému anebo aktivnímu řešení nesnáz a zbavení se stresoru (Pospíšil, 2007). Stresor je ničivý, cizorodý element, který způsobuje vývoj stresové reakce. Množství stresové reakce lze rozdělit na pozitivní, která vyvolá výkonnost, motivaci a lepší výsledky, nebo negativní, která způsobuje snížení výkonu (Chalupa, 2012). Stres nastává v neznámých událostech, kdy se organismus musí adaptovat na určitou změnu (Pospíšil, 2007).

Během stresu se spouští **adaptační syndrom**, ten se skládá ze tří fází. První fáze je poplachová, která signalizuje porušení niterného prostředí organismu. Druhá fáze je rezistence, při které si organismus navykl na stres a poslední fáze vyčerpání. Ta nastává, jestliže je fáze rezistence nepostačující, důsledkem může být zhroucení adaptačních schopností (Vodáčková, 2012). Stres velice působí na naše poznávací schopnosti (chápaní, myšlení, paměť). To má za následek, že vnímání oběti MU je nejnižší a odpověď na ni je neodpovídající (Brečka, 2009).

- **Akutní stresová reakce**

Každý z nás reaguje na neobvyklé věci určitým způsobem. Lze říci, že se jedná o odpověď na duševní, či fyzický stres, který způsobila mimořádná událost u zdravé osoby. Může nastat do hodiny a většinou přetrvává několik hodin až dnů. Spouštěčem většinou je poranění, napadení, znásilnění či živelná pohroma u jedince nebo úmrtí někoho v rodině. Následky vznikají ihned (Andršová, 2012).

Obranná reakce typu A (aktivní reakce – útok) – U této reakce jde především o to, že jedinec je schopen rychle zaktivovat své síly za úmyslem se chránit. U člověka je možné pozorovat: zčervenání tváří, návaly tepla, akcelerace dechu a pulsu, svalové napětí, pláč, křik, agresivita, ale může to být i smích, třes celého těla apod.

Obranná reakce typu B (pasivní reakce – ustrnutí, mrtvý brouk) – Tato reakce se objevuje jen zřídka a převážně u velice závažných situací. Člověk se snaží tímto stylem ochránit před velkými emocemi, které jsou tak silné, že by je v určité době neustál a snaží se je držet pod kontrolou. U člověka je možné pozorovat: žádné mimické projevy, ztuhnutí, zblednutí, dezorientace, zimnice apod. (Vodáčková, 2012).

- **Posttraumatická stresová porucha**

Jedná se o poruchu, která je zpožděnou a prodlouženou odezvou na traumatizující situaci. Po vzniklé situaci se tato porucha diagnostikuje přibližně do šesti měsíců. Její příznaky musí trvat přinejmenším třicet dnů, aby se mohla určit diagnóza (Baštecká, 2005).

2.4.3 Agrese, agresivita

Do agresivity začleňujeme takové druhy aktivit, které jsou schopny útočit, napadat a poničit. Jde o takovou aktivitu, která je aktivována strachem, za účelem způsobit u jiných strach nebo uplatnit svůj názor. U každého z nás se agresivita vyznačuje určitým množstvím temperamentu a způsobem projevu.

Lze charakterizovat několik druhů agrese:

- **Verbální** - komunikace s osobou je založena na sarkasmu, vulgarismu, překřikování.
- **Fyzická** - kontakty mohou nastat strkáním bez ohledu na to, zda agresor má zbraň nebo nikoliv.
- **Psychická** - vzniká na základě verbální agrese a důsledkem většinou nastává emocionální újma. Může nastat i při nepostačujícím uspokojování psychických požadavků.
- **Sociální** - tato agrese vzniká na základě očerňování nebo zesměšnění ve společnosti. Určité druhy agrese jsou ve společnosti trpěny. Mezi ně můžeme řadit například sportovní agresivitu nebo demonstrativní dav (Andršová, 2012).

2.4.4 Panická úzkost

Panická úzkost je stav, který nastává v záchvatu úzkosti. Osoba, která se nachází v tísní intenzivní emoce, doslova prochází psychickým rozpolcením. Takováto osoba nenachází uspokojivé množství jistých bodů, na které by se mohla koncentrovat. To má za následek, že osoba je zmatená, její jednání je bezúčelné. Celý tento stav se může vést v duchu silné úzkosti a obav ze smrti, srdečního zhroucení či šílenství, který se buď opakuje, nebo je jednorázový. Jestli se jedná o stav opakující, bez jednoznačného přístupu k vnějšímu podnětu, mluvíme o panické úzkostné poruše (Vodáčková, 2012).

2.5 Způsoby ovládnání zátěžových situací

Každý z nás byl obdarován jistými vlastnostmi, které charakterizují naši povahu, osobnost a genetiku. Z toho nám vyplývá, že kdokoli bude na určitou mimořádnou událost reagovat jinak. Někteří budou mít z dané situace úzkost, hrůzu, respekt. Jiní budou reagovat okamžitě bez zaváhání a další budou vyčkávat na reakce ostatních. Schopnosti a postupy, kterými reagujeme na dané mimořádné události, říkáme „*copingové strategie*“. Z překladu anglického výrazu cope, vyplývá, že se jedná o něco, s čím jsme schopni si poradit nebo zvládnout. Copingové strategie chápeme jako prostředek pro přizpůsobení všech překážek, které nám život přinese. Zpravidla se tyto postupy vyvíjejí od nezákladnějších odpovědí na stres, jako jsou útek, nápor nebo ochromení. Každá jednotlivá strategie se používá dlouhodobě, jsou léty prověřené. Strategie jsou automatické pro lidi i zvířata, jejich hlavním a zásadním cílem je přežít. Ve fyziologických procesech záleží na aktivování vegetativního nervového systému, který se aktivuje sympatikem či parasympatikem. Díky této aktivaci dojde v organismu k nejvyššímu vybuzení, či naopak ke ztlumení (Vágnerová, 2014).

2.6 Oběti z pohledu krizové situace

Obor, který pojednává o problematice obětí trestných činů a psychologií obětí se nazývá viktimologie. Tento vědní obor se především zajímá oběťmi trestných činů, nicméně přispívá k porozumění trápení osob, které postihla mimořádná událost. Pojem oběť se tedy nevztahuje pouze na trestné činy, ale také na přírodní katastrofy, teroristické útoky či hromadná neštěstí (Čírtková, Vitoušová, 2007).

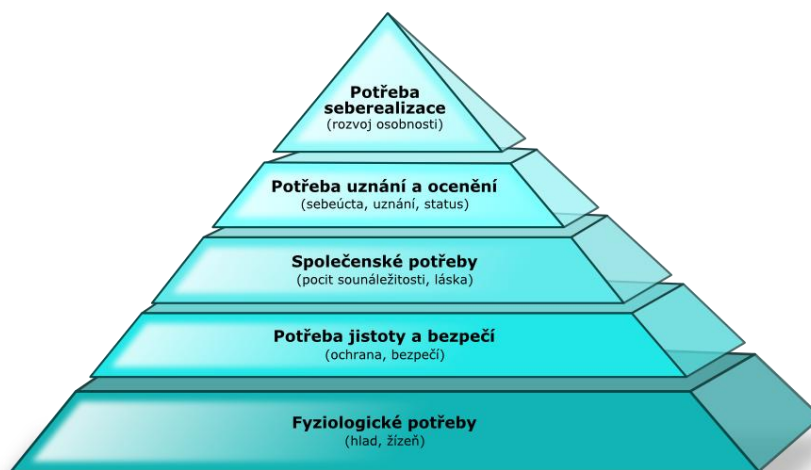
Autorka Baštecká (2005) uvádí následující druhy obětí:

- **Oběti přímé** - jedná se o osoby, které byly v bezprostřední blízkosti mimořádné události a vystaveny jejímu působení
- **Oběti sekundární** - do této skupiny lidí patří osoby, které jsou příbuzné nebo přátelé s přímými oběťmi či pozůstalí
- **Záchranáři a pomáhající pracovníci** - složky IZS a vyprošťovací nebo terapeutický tým
- **Osoby, které jsou v úzkém poměru k události** - do této skupiny spadají lidé, kteří jsou odpovědní za mimořádnou událost nebo poskytli první pomoc
- **Obyvatelstvo** - území, kde se mimořádná událost odehrála

„Neštěstí se šíří jak kruhy na vodní hladině; čím je větší, tím větší okruh lidí zasahuje.“ (Baštecká, 2005, str. 28)

2.7 Potřeby a reakce lidí zasažených mimořádných událostí

Vzniklá mimořádná událost se podepíše nejen na obětech a jejich blízkých, ale i na zasahujících pracovnících a dobrovolnících. Dalo by se říct, že je to užší okruh lidí, které přímo zasáhne. Nesmíme zapomínat na osoby, které nejsou v přímém ohrožení, přesto je událost zasáhne pomocí medií. Takové osoby zařadíme do širšího okruhu. Mimořádná událost vyvolá praktické, duševní nebo duchovní potřeby u osob či skupiny osob, které zasáhla. K uspokojení těchto potřeb slouží takzvaná Maslowova pyramida (viz obr. 1). V první řadě jsou splněny základní potřeby, například ošetření zranění a poskytnutí ukrytí. Následně jsou řešeny potřeby vyšší. Ty jsou většinou sociálního charakteru. Jako poslední potřeba v Maslowově pyramidě je potřeba růstová, která slouží k začlenění do běžného života (Vymětal, 2009).



Obrázek 1 - Maslowova pyramida potřeb (zdroj: www.paventia.cz)

2.7.1 Přirozené ochranné mechanismy

Regrese - Můžeme chápat jako ochranný postup, jehož cílem je navrácení k už vyzkoušeným a užívaným vývojovým příkladům jednání v situaci nejvyššího ohrožení. Tudiž je používáno chování a mravů z ranějších životních etap a novější etapy jsou prozatím potlačeny.

Disociace - Tento typ ochranného postupu spočívá v tom, že se dva odlišné psychické postupy rozdělí a následně jsou způsobilé spolu existovat bez toho, aby se propojily. Tento typ umožňuje překonat nepříjemné situace po dlouhou dobu.

Skotomizace - U tohoto obranného mechanismu člověk, který je zasažený, nezaznamenává své okolí, ani sebe. K tomu dochází častokrát v případech, kdy reakce na psychiku jsou značně obtížné, nelze je nabrat a snadně je zapojit do běžného života. To se může projevit třeba v zážitcích na traumatizující událost. Člověk si nemůže rozpomenout na vše, zážitky jsou buď zkrácené, nebo jsou jen částečné (Vodáčková, 2012).

2.7.2 Vyrovnávací strategie

Každý z nás, kdo si prošel určitou životní událostí, usiluje nejprve se s touto situací vyrovnat sám pomocí svých vyrovnávacích strategií, které zdědil i ty, které nabyl a okoukal. Jestliže naše vyrovnávací strategie nepostačují, svou podstatnou roli

hrají osoby nám blízké, kamarádi, sousedi, zaměstnanci, apod., které nám dodají podporu (Baštecká, 2005).

Možnosti uvolnění emocí, pláče, hněvu, tolerance emocí u dalších osob - Většina lidí, kteří si prošli neočekávanou psychickou přítěží, jsou svou emoční stránkou užaslí a tyto emoce nelze jen tak ukrýt. Někteří se za svůj emoční projev stydí, nechtějí otravovat ostatní a pak se za své pocity snaží omluvit.

Schopnost předat a sdělovat - Tato schopnost je prospěšná a nezbytná v mezilidských poměrech. Hlavním významem je umět oslovit naše nejbližší a dokázat jim sdělit naše problémy. Velice užitečné a přínosné je, být na straně druhých a mít vlohy naslouchat a pomáhat druhým.

Dostatečný kontakt s tělem - Při prožívání stresové situace jsme schopni zapomínat na své tělo. Myšleno jako naše základní potřeby a pocity, které jsou důležité a spadají pod ně například bolest-slásta, únava-dostatečná energie. Reakce v těle předcházejí naše vědomí. Pokud budeme věnovat tělu dostatek pozornosti, můžeme zjistit, že se něco děje dříve, než se stres na nás opravdu projeví. Tato pozornost nám také poslouží jako systém ochrany a varování. Jestliže dojde k stresující události, je těžké přetrvat v dostatečném styku s tělem, jelikož v takové situaci nelze současně hodnotně jednat a naslouchat svým potřebám.

Kontakt s individuálními potřebami - Může se stát, že většina z nás zanedbává a vyhýbá se svým niterním požadavkům. Teprve vzniklá krize nám může poukázat na naše potřeby. Vyplynou tedy starší a často také nevyřešené potřeby, kterým se následně začneme věnovat.

Vědomost vlastních hranic - Lidé se v krizové situaci dostávají až na své maximální hranice. Krizová situace má na člověka takový vliv, že se na těchto hranicích dokážou pohybovat. Lidé pak zvládají věci, které by za normálního stavu nedokázali, tedy dokážou maximálně využít své schopnosti.

Způsobnost užití vlastních, předešlých zkušeností - Jestliže dokážeme první šok a dojem znehybnění po kterékoliv krizové události zvládnout, můžeme z toho dále těžit. Dokážeme se z těchto momentů poučit a nabývat nových zkušeností, které lze v případě dalších krizí potřebně použít. Tyto zkušenosti lze rozdělit na kladné a záporné.

Způsobilost užití současnosti a zkušenosti osob z blízkého prostředí - U této vyrovnávací strategie vycházíme z bodu o využití našich vlastních a dřívějších zkušeností, kde nám mohou naši příbuzní, kamarádi či sousedé poskytnout své zkušenosti z krizové situace.

Způsobilost využití vzorů společného chování - V této schopnosti se jedná především o společenské rituály. Rituály se využívají pro snahu se vyrovnat s jakoukoliv situací, která může nastat. Do rituálů můžeme zařadit svatbu, pohřeb, zásnuby a jiné. Zjednodušeně můžeme říci, že rituály slouží jako usnadnění přechodu z aktuálního stavu do další životní etapy.

Víra a naděje - Naděje umírá jako poslední. Pokud člověku umře jeho naděje, tak zároveň psychicky umírá. Kladný pohled na svět, doufání a víra poskytují moc k překonání traumatizujících situací.

Smysl utrpení - Každý z nás, kteří si projdou těžkou chvílí, si kladou otázku, proč zrovna jemu se taková situace musela stát. Potřebuje znát, jaký to všechno mělo význam a co mu to vůbec přineslo. Jestliže je tomu tak, bereme okamžitou, prozatímní agónii jako potřebný směr k dokonalejšímu žití (Vodáčková, 2012).

2.8 První psychologická pomoc

První psychologická pomoc (dále jen PPP) je testovaná a spolehlivá pomoc, která je poskytována lidem zasažených mimořádnou událostí. Cílem PPP jsou hlavní zásady podpory, které spočívají v obnově a navázání dojmů bezpečí, duševní rovnováže a přinejmenším kapky naděje. Velký význam má povzbuzování fyzické, emoční a společenské jistoty. Dalším z cílů je odstranění dojmů úzkosti a uskutečnění aktuální potřeby. PPP je obvykle první typ odborné pomoci, která je poskytována jedinci, nebo skupině lidí ihned na místě po traumatizujícím okamžiku. Způsob pomoci je založen na porozumění základních reakcí osob na danou situaci. Takové to reakce jsou samozřejmostí (Burke et al., 2009).

Je důležité chápat, co patří a nepatří do PPP. Tento typ pomoci mohou poskytovat i neprofesionálové a v průběhu pomoci se nemusí otevřeně povídat o určité situaci, která zapříčinila utrpení, úzkost, duševní nerovnováhu (Snider et al., 2013).

Vyčerpávající povaha MU zasáhne všechny osoby, ale kdokoli z nich může zareagovat úplně rozdílně. Kterákoliv z těchto osob má nárok na PPP, nehladě na stáří,

pohlaví, nebo víru. Postup smíření s KS je naprosto osobitý a záleží na několika faktorech, mezi které patří zdravotní stav, či prožité zkušenosti. Nesmíme zapomínat na osoby, u kterých MU může způsobit značně intenzivní negativní následky.

U takových to osob se objevují tyto jevy:

- už si prožili traumatizující situaci
- prochází nějakou z psychických poruch
- měli strach o svůj vlastní život
- prožili smrt svého příbuzného (Burke et al., 2009)

Každý, kdo si projde traumatizující událostí, vyžaduje zvláštní formu pomoci, která trvá dlouhodobě po události. U PPP je to obráceně. PPP poskytuje pomoc ihned a krátkodobě. Nachází se už při prvním kontaktu se zasaženou osobou, či skupinou a je poskytována v prostředí, kde je zachováno bezpečí pro lidi poskytující tuto pomoc. Důležité je, aby PPP se poskytovala v prostorách, ve kterých je schopnost zajistit minimálního ústraní. U lidí, kteří si prošli traumatizující událostí, jako je například znásilnění, je nesmírně důležité, aby bylo zajištěno chránění osobních údajů, zajištěna mlčenlivost a tolerance lidské váženosti (Brymer et al, 2005).

2.8.1 Účel první psychologické pomoci

V prvé řadě je nezbytné navázat nenápadným a citlivým postojem komunikaci v místě MU. Následně musí být ihned poskytnutí a podpoření dojmu bezpečí, tělesného a citového komfortu. Tito lidé, kteří byli zasaženi MU, vyžadují podporu a uklidňování. Velmi citově zasažené, nebo dezorientované osoby potřebují výpomoc v orientaci. Co nesmíme podceňovat je věnování pozornosti při informování určitých, současně chybějících nezbytností lidí, které postihla MU. Jestliže to okolnosti dovolují, dochází ke styku s členy rodiny, s kamarády a blízkými, kteří poskytnou zasaženým osobám pomoc podpory a dojem, že nejsou samy. Adaptační mechanismy musí být preferovány, aby to usnadnilo smíření se s vytvořenou, traumatizující událostí. Důležitá je opora všech, aby se činně účastnili na překonání KS. Člověku, který je zasažen takto nepříjemnou situací, je důležité, aby se podávaly stručné a jasné zprávy, které napomohou ke smíření s důsledky katastrofy. Poskytnutí přístupnosti, schopnosti a postupů spojení s osobou, která poskytuje pomoc v oboru duševního zdraví, na úseku veřejnosti, nebo jiné organizace, je účelné a nezbytné (Brymer et al, 2005).

3 PSYCHOSOCIÁLNÍ KRIZOVÁ INTERVENCE

3.1 Pojem krizová intervence

„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek.“ (Vodáčková, 2012, str. 60).

Metoda krizové intervence se dá definovat jako druh jednání a chování interventa, který v člověku vzbuzuje dojem, že situaci zvládá a tím přichází pocit úlevy. Soubor následujících postupů, které vedou člověka k vyřešení aktuálních situací a obnovení sil. Intervent se soustřeďuje na podněty, které krizovou odezvu vyvolaly a také na pocity dotyčného (Hoskovcová, 2009).

Krizovou intervencí lze chápat jako včasnou odbornou pomoc osobě, kterou zasáhla mimořádná událost. Odbornou pomoc poskytuje krizový pracovník, který je výkonný s ohledem na následný včasný zásah. Pomoc se skládá z rozličných forem, které zasaženou osobu mají navrátit do přinejmenším podobného stavu, než vznikla traumatizující událost. Psychosociální krizová intervence zahrnuje především pomoc psychologickou, lékařskou, společenskou, duchovní i právní (Špatenková, 2011).

3.1.1 Cíle krizové intervence

Účelem intervence je znovu získání sebevlády člověka, kterého zasáhla krize. Širší význam krizové intervence představuje systém a souvislost postupů, jehož cílem je vyřešení nynější události a obnovit v člověku síly v rozmezí:

- od nejnižšího cíle (psychologické vyřešení nastalé krize, zároveň obnovit zvládající mechanismy alespoň do míry, které byly před vzniklou krizí), tj. navrácení na předkrizovou míru

- k nejvyššímu cíli (zprostředkovat osobě, aby prošla přeměnou, po které je vyzrálejší, získá více znalostí a dovedností, než před vzniklou situací), tj. krizový vývoj (Baštecká, 2005).

Podstatný účel psychosociální krizové intervence je založen na vyrovnanosti zasažené osoby a odstranění prohlubování krizové situace. Hlavním cílem, jak jsem zmiňovala výše, je zajistit přinejmenším takové jednání osoby, jaké měl před vznikem krizové situace. Nejlepším cílem je rozvrhnutí nedaleké budoucnosti, a jestliže to situace dovoluje, orientovat zasaženou osobu na následující druhy řešení, které vznikly na základě nežádoucí situace. Nesmíme vynechat podporu kompetence i svou nezávislost osoby (Vodáčková, 2012).

Je nezbytné pochopit a pořád si upevňovat myšlenku, že KS jde přemoci, ovládnout a vyváznout z ní.

Přemoci krizi neznamena:

- Omezení průchodu myšlenek na událost, která vznikla. Mnohdy to není vhodné, ani uskutečnitelné.
- Ujišťování, že žití bude shodné jako před krizovou situací, jelikož oběť a její život se po překonané situaci mnohokrát změní.

Přemoci, ovládnout krizi znamená:

- Opět získat sílu a elán, které jsou nezbytné k běžnému životu.
- Obnova vztahů i vazeb ve společnosti.
- Dosáhnout pocitu uspokojení, či radosti, že potíže nejsou věčné, nebo trvalé, ale počítat i s tím, že jednou za čas se mohou spustit a navrátit (Špatenková, 2011).

3.1.2 Typy odborné krizové pomoci

Typy odborné pomoci v krizové situaci můžeme rozdělit na základě odlišných kritérií, například na základě kontaktu intervenanta se zasaženým, na:

- A. Typ pomoci prezenční
- B. Typ pomoci distanční
- C. Typ telefonické pomoci
- D. Typ internetové pomoci

A. Typ pomoci prezenční, neboli pomoc tváří v tvář

Tento druh pomoci je postaven na osobním setkání, čili shledání „tváří v tvář“ krizového pracovníka s osobou zasaženou MU v některých z eventuálních forem.

Ambulantní pomoc – je poskytována osobám, které si prošly krizí a osobně navštíví ambulance odlišných krizových center či zařízeních. Tato krizová centra dávají krizovou intervenci sekundárně čili za určitý čas po vzniklé krizi.

Hospitalizace – Jde o krátkodobé hospitalizování osoby na krizové lůžko ve specializovaném krizovém centru. Tento druh pomoci se volí, jestliže je stav osoby tak vážný, že nepostačuje léčba ambulantně, či v rodinném prostředí.

Terénní a mobilní služby - Jsou založeny na přenesení služeb krizové intervence na místo události, kde se vyskytuje zasažená osoba. Příznivé pro tyto služby je rychlost s okamžitým poskytnutím intervence přímo v místě události (Špatenková, 2011).

B. Typ pomoci distanční

Tento druh pomoci je postaven na kontaktu krizového intervenanta s klientem na základě telefonického nebo internetového kontaktu (Špatenková, 2011).

C. Typ telefonické pomoci

Tento druh pomoci je založen na souhrnu postupů a dovedností krizového intervenanta s osobou, který je postaven na jediném, či opakovaném telefonátu.

Telefonickou pomoc lze rozdělit v České republice na 3. základní druhy:

1. **Hot line** – Mimořádné linky, které jsou orientované na jistou problematiku. Jako jsou například AIDS, drogová závislost, apod.)
2. **Kontaktní linky** – Tyto linky nejsou určeny pouze pro osoby, které se ocitly v krizi. Nacházejí se v určitých krizových střediskách nebo v poradnách. Mnohokrát jsou tyto linky užitečné pro prvotní kontakt s klientem.
3. **Linky důvěry (LD)** – Nejsou zaměřeny na specifickou problematiku, slouží především pro všechny od dětí až po dospělé.

Při telefonické pomoci je velice důležité oslovit klienta a vytvořit s ním hodnotný vztah ihned na úvod, tím je pak ulehčena komunikace a sdělování emocí (Hanuš, Hellebrandová, 2006).

D. Typ internetové pomoci

Tento druh pomoci je poskytován, jak už sám název říká, prostřednictvím internetu. Tato metoda je v současné době nejpoužívanější. Narůstá množství uživatelů a sdělovacích schopností na internetu. Internet ztělesňuje nástroj, který díky své velké anonymitě poskytuje pomoc osobám, kterým jejich stud nedovoluje osobně požádat o pomoc a řešit jejich problémy tváří v tvář (Špatenková, 2011).

3.1.3 Všeobecné zásady specializované krizové pomoci

Zásada dostupnosti - krizová intervence je dostupná každému bez odlišnosti věku, pohlaví, náboženských kultur, sexuální orientace, tělesného hendikepu, socioekonomické situace.

Zásada osobitosti krize - krizová služba musí být přístupná každému, který se rozhodne na základě svého uvážení, bez nutnosti určitých doporučení od jiných lékařů. Krizový pracovník musí jednat citlivě, dle nezbytnosti zasaženého jedince.

Zásada komplexnosti péče - krizová pomoc by měla mít komplexní povahu. Podle nutností zasažené osoby by měla zajistit její bio-psycho-sociální i duchovní potřeby.

Zásada vnitřní bezbariérovosti - obvykle bezbariérovost je spojena s vnitřní úpravou krizového střediska. Přísluší sem pláště, velice odměřený interiér, mříže, neosobní jednání personálu, zmatené jednání, rámus, jekot či mrtvé ticho. Může se to týkat i odlehlých a těžko přístupných sociálních zařízení.

Zásada návaznosti - každé krizové středisko musí mít zřetelně vymezeno, kam v určité situaci a podle nutnosti zasaženou osobu odeslat, s cílem poskytnutí následné odborné pomoci. Nutné je mít zpracovaný postup, jak klientovi říci, že následující péče u specialisty, či pracovišti je nezbytná a obvykle naléhavá (Vodáčková, 2012).

3.2 Pracovník krizové intervence

3.2.1 Odborník, laik, profesionál, dobrovolník

Existují hlavně dva obory, z kterých se v praxi vybírají krizoví pracovníci. Tyto obory mají psychosociální a zdravotnické základy. Za odborníka v práci na krizové

intervenční lince důvěry zařazujeme díky české asociaci pracovníků linek důvěry následující obory, například psychologa, sociálního pracovníka, který má středoškolské, či vysokoškolské vzdělání, dále lékař, lékař psychiatr a zdravotnický pracovník. V dnešní době se považuje za běžné, že jako krizoví pracovníci pracují také laici, nebo dobrovolníci. Za laika můžeme považovat pracovníka, který má vzdělání z jiných profesí a je minimálně středoškolsky vzdělaný (Vodáčková, 2012).

Jestli hovoříme o krizovém pracovníkovi, který má roli profesionála, či laika, tak jejich základním a hlavním vzděláním je školení v krizové i telefonické intervenci. Z pohledu profesionálů to má dodat znalosti krizové práce. Laikům slouží výcvik jako odrazový můstek pro začátek v krizové intervenci (Špatenková, 2011).

V praxi se ukázalo, že laici mají proti odborníkům občas výhodu, jelikož znalosti z jejich profesí nepůsobí na úsudek a tím pádem usnadňuje práci s klientem, který se nachází v krizi (Vodáčková, 2012).

3.2.2 Požadavky na krizového intervenenta

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se charakterizuje personální úroveň pracovníka, který je zběhlý v oboru sociálních služeb, tudíž je spojitost i u krizového pracovníka.

Především jde o:

- umění aktivního naslouchání
- umění zajistit krizovou intervenci
- umění jednat s osobami, které zasáhla mimořádná událost a s osobami, které nejsou schopny kontrolovat svou agresivitu
- umění kooperovat
- vědomost základů legislativního rámce
- schopnosti poskytnou první pomoc
- umění správně řídit nezbytnou dokumentaci
- umění dosáhnout potřebných informací a efektivně je poslat dál
- umění osvojit si jakoukoliv přítěž (Vodáčková, 2012).

V roce 1957 Felix Biestek sestavil sedm principů etických pravidel pro účinnou práci krizového intervenanta s jedincem, nebo se skupinou. Těchto sedm principů je doposud neočekávaně významných. Jde o tyto principy:

Individualizace - každý z nás je originál, proto má právo na jednotlivý přístup bez navyklého chování a předpojatosti.

Vyjadřování pocitů - komukoliv umožnit říci své pocity, včetně těch záporných.

Empatie - usilovat o vžití se do jednání člověka a jeho pocitů.

Akceptace - brát člověka přesně takového, jaký je, i s jeho špatnými nebo naopak mocnými rysy. Pomáhat mu zvyšovat jeho sebevědomí, vnitřní důstojnost i význam.

Nehodnotící postoj - vyhnout se tomu, aby člověk neměl pocit, že je vina na něm, nemoralizovat ho. Krizový intervent, nebo sociální pracovník eventuálně může klasifikovat přístup a jednání osoby, jestliže to vyhodnotí za důležité a vhodné. Nehodnotí se člověk jako takový, ani jeho osobnost, pouze jeho přístup a jednání.

Seburčení - uznávat lidská práva a svobodu. Člověk má právo se rozhodovat samostatně a volit mezi možnostmi.

Diskrétnost - povinnost mlčenlivosti o důvěrnostech, které mu osoba sdělila. Mlčenlivost je nikoliv hlavním právem člověka a morálním závazkem krizového intervenanta, ale hlavním pomocníkem k navázání důvěry s člověkem. Právo mlčenlivosti v takových to případech není pro člověka neomezené. Horní hranicí je odpovědnost krizového intervenanta k sobě samému, zaměstnavateli a veřejnosti. Poskytnutí důvěrných informací by měl krizový intervent pokaždé probrat s člověkem (Matoušek, 2013).

3.2.3 Syndrom vyhoření, práce s ním a jeho prevence

Ve spojení s takto obtížnou profesí, jako je ZZS, kde každý den pracovníci přicházejí do kontaktu s oběťmi mimořádných událostí, s jejich utrpením a tíživými záležitostmi, se začalo hovořit o syndromu vyhoření. Typické pro syndrom vyhoření je, že se nejprve ukáže v psychice oběti. Navenek se projeví o něco později (Venglářová, 2011). Syndrom vyhoření lze definovat jako situace emocionálního vyprahnutí nebo snížení profesionální pozornosti a následné snížení efektivity práce. Jako příčinou vzniku syndromu vyhoření je následek dlouhodobého psychického vytížení spojený s častým kontaktem s postiženým (Ptáček a kol., 2011).

Projevu syndromu vyhoření si jako první obvykle všimnou příbuzní zasaženého. Asi nejčastějším projevem, který je viditelný na první pohled, že se osoba vyhýbá ostatním, nemá dostatek energie a dostávají se zdravotní problémy (Kallwass, 2007). Mezi další projevy vyhoření patří vyčerpanost, nespavost, bolesti hlavy, svalů a kloubů, sklíčenost, celkové vyčerpání. Tyto projevy však nemusíme hned považovat za syndrom vyhoření. Třeba taková vyčerpanost může vzniknout na základě činnosti, buď tělesné či rozumové, která může způsobit pocit spokojenosti. Abychom se zbavili pocitu vyčerpanosti, postačuje k tomu dobrý odpočinek. Obyčejný odpočinek při pomoci syndromu vyhoření je nedostačující (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Jestliže se u osoby vyskytnou symptomy syndromu vyhoření, je možné poskytnout pomoc za jistých okolností. Prvotní okolnost je, že závisí pouze na té osobě samotné. Dotyčný sám musí vzít na vědomí, že se s ním něco děje, že to není nic, nad čím by mohl mávnout rukou. Druhou okolností je, že osoba trpící syndromem vyhoření se musí sama rozhodnout k podstoupení léčby. Léčba by měla spočívat v odborné pomoci. Jako je například psychologický koučing, který řídí osoba specializovaná na danou problematiku. Léčba je zaměřena i na rehabilitaci, kterou předepisuje praktický lékař. Psychosomatické rehabilitační centrum pomáhá osobě k regeneraci a obnově vnitřní rovnováhy. K léčbě je podstatná jak opora rodinných příslušníků, tak i přátel (Stock, 2010).

Podle Stibalové (2010) jsou základními složkami předcházení syndromu vyhoření:

- najít blahodárnou pracovní aktivitu
- přebrání odborné autonomie a podpory
- tvořit si bezprostřední souvislost k práci a následující životní činnosti

Předcházení syndromu vyhoření můžeme rozdělit na primární a sekundární. Mezi primární předcházení se začleňuje ovládání vstřícného chování s lidmi, používání uvolňovacích technik, správně si naplánovat svůj čas, barevnost a nestálost práce, školení a přednášky pro pracovníky, nesmíme zapomenout na supervizi. Sekundární předcházení je zaměřeno na nalezení pracovníků trpící syndromem vyhoření. Začleňuje se do toho: psychologická pomoc, změna práce (Stibalová, 2010).

3.2.4 Etika práce na úrovni krizové pomoci

Etika je základní moment, který udává směr pomáhajícímu při vykonání svého povolání a prolíná se celou profesí. Osoby pomáhajících profesí se dennodenně dostávají do stavů buď anebo. Musí se umět správně rozhodnout, vybírat mezi eventualitami (Foretníková, 2009).

Za jedno jsem s Jankovským (2003, s. 157), který uvádí, že není možné zdárně konat pomáhající profesí, pokud by se nedodržovaly jisté etické zásady. Tudíž vznikly tzv. etické kodexy, které usměrňují a vymezují chování zaměstnancům, na něž se odpovídající etický kodex vztahuje. Kodex může mít psané i nepsané podání. Kodexy, které jsou zaměřeny na sociální pracovníky, jsou vyhotoveny profesními sdruženími (Matoušek, 2013).

Určité etické normy, vztahující se na krizové interventy a jejich jednání, jsou zahrnuty v Etickém kodexu České asociace pracovníků linek důvěry. Dále se na krizové interventy vztahuje Etický kodex internetové poradny a ve světě se využívá Mezinárodní etický kodex sociálních pracovníků (Fischer, 2010).

3.3 Poskytování psychosociální krizové intervence, ze strany ZZS

Poskytování Systému psychosociální intervenční služby (dále jen SPIS) je v České republice úředně v provozu pátým rokem. V dnešní době je kterýkoliv kraj opatřen svým koordinátorem k poskytování psychosociální krizové intervence. Například Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje (dále jen ZZS SČK) má k dispozici 28 kvalifikovaných krizových interventů.

3.3.1 Vzdělání krizových interventů ZZS

Každý krizový intervent ZZS, aby poskytoval pomoc dobře a tak, jak má, se musí pravidelně vzdělávat a rozšiřovat své vědomosti. K tomu slouží výcviky ve vzdělávacím centru „Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů“ (dále jen NCONZO).

Mezi základní výcviky patří:

Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům. Strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací

Takovýto program nepřesáhne 86 hodin, je stanoven pro tyto zdravotnické nelékařské profese typu: všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotně-sociální pracovníci, zdravotničtí záchranáři, řidiči ZZS, kliničtí psychologové, odborní pracovníci v ochraně a pomoci veřejného zdraví či zdravotničtí asistenti.

Hlavní náplní programu je osvojit si situace, které člověku vytvářejí psychickou přítěž, komunikaci i její možný defekt. Nesmíme zapomenout na psychohygienu, která má svou hlavní roli v zaměstnání zdravotníka, morální otázky vyčerpávajících životních událostí, vzájemnou součinnost na resortní i mezirezortní úrovni v oboru lidských zdrojů. Poskytování péče sekundárním obětem, struktura psychosociální pomoci, krizového řízení v oblasti zdravotnictví, zkouška technik a metod vedeného hovoru, které jsou také součástí programu. Program je zakončen závěrečným testem, který po úspěšném dokončení je pověřen k provádění psychosociální péče o kolegy (www.nconzo.cz).

První psychická pomoc ve zdravotnictví

Tento vzdělávací program je stanovený pro pracovníky zdravotnického zařízení, kteří jsou nelékařského typu: všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotně-sociální pracovníci, zdravotničtí záchranáři, řidiči ZZS. Tento program je dlouhý 96 hodin, jeho účelem je zdokonalení zdravotnické péče se zaměřením na psychosociální rovinu, která je čerpaná ze znalostí a zdatností v dávání první psychické pomoci a krizové intervence v krizových situacích, které jsou nadměrně stresující. V takových situacích záchranář je povinen komunikovat a dávat pomoc nejenom obětem, ale i příbuzným, pozůstalým a veřejnosti. Program je zaměřen na krize, které mohou v běžném životě osoby nastat, potom v podstatě krizové pomoci, smrti a následující poskytnutí podpory pozůstalým. Nesmí se zapomenout na problematiku sebevražd v rámci první psychické pomoci. Dále je zaměřen i na osobnost záchranářů a krizových interventů a starost o jejich psychiku (www.nconzo.cz – PPP).

3.3.2 Aktivování krizového intervenanta

V zaměstnání krizového intervenanta se rozděluje několik hlavních etap, které určují krizovou intervenci.

Celkem máme 4 etapy:

1. Etapa před výjezdem.
2. Etapa přijetí na místo MU.
3. Zahájení a zvládnutí kontaktu se zasaženým.
4. Konec pomoci (Pokorný, 2010).

Krizový intervent je poslán na místo MU, jestliže zasahující posádka ZZS na základě zjištěných informací rozhodne, že je na tomto místě potřeba. Posádka ZZS může požádat o příjezd intervenanta, pouze jestliže postižený souhlasí a chce přítomnost intervenanta. Pokud je zasažená osoba ve velmi vážném psychickém stavu, je třeba souhlas minimálně jedné osoby, která je zasažena MU a má vztah k zasaženému. Intervent je aktivován k výjezdu na základě Call centra ZZS SČK, který od operátora dostane všechny nezbytné informace a zjistí, zda se naplnily předpoklady krizové intervence (Fousková a kol., 2014). Důležité je, aby intervent věděl, kdo si vyžádal výjezd. Především, co se přesně stalo, zda je oběť žena nebo muž, zda se jedná o dospělého nebo dítě. Jestli je osoba živá, nebo zemřela. Pokud osoba zemřela, pomoc se zaměřuje na pozůstalé. Je zapotřebí, aby intervent věděl, kde se událost nachází (Pokorný, 2010).

Po příjezdu k MU, je důležité, aby se intervent nepoddal tzv. „tunelovému efektu.“ Tento efekt se většinou stává u začínajících interventů, jelikož se do poskytování intervence „vrhají po hlavě“ v úsilí pomoci nebo naopak „mít to rychle za sebou.“ Rychlé provedení intervence není patřičné ani dobré. Základem je, mít chladnou hlavu a dodržet racionální postavení (Pokorný, 2010). Intervent oběti poskytne požadovanou PPP, vše ji objasní a dá příručku, kterou zpracovala koordinátorka SPIS ZZS SČK s názvem „Jak se vyrovnat s mimořádnou událostí, rady a pomoc v tíživé situaci.“ Intervent sdělí Call centru konec požadované PPP a nahlásí odjezd z místa MU, musí sepsat detailní zprávu o vykonané intervenci. Ta se následně archivuje pro nezbytnost SPIS SČK a odesílá se hlavní koordinátorce.

4 KRIZOVÁ KOMUNIKACE

Komunikace je ve společnosti běžně uplatňovaný pojem. Uplatňuje se speciálně v konkrétním odvětví společenského i profesního života. Podle určitého oboru bývá i odlišně definovaná. Obecně se komunikace definuje jako vyměnění informací či vyměnění významu. Tyto charakteristiky však vylučují to hlavní, co komunikace vymezuje – osobu na jednom i druhém břehu sdělovacího řetězce. Dějiny a vznik slova „komunikace“ pochází z latinského slova „communis“, můžeme chápat jako hromadný, „communicatio“ znamená hromadné účastnění se a „communicare“ – hromadně se na něčem podílet (Vybíral, 2009).

Krizovou komunikaci lze definovat jako získávání, vyhotovení a distribuci informací, které jsou podstatné pro řešení KS (Coombs, Holladay, 2009). Jde o výměnu údajů, které se odehrávají při mimořádné události, během průběhu i po jejím skončení. Informace se vyměňují mezi zodpovědnými institucemi, médii, skupinou lidí nebo jedinci. Tuto komunikaci lze pojmenovat také jako komunikaci v tísni při MU, komunikaci v krizovém řízení. Účelem krizové komunikace je zejména pomoc zasaženým osobám, odstranění strachu a ulehčení záchranných i likvidačních činností (Vymětal, 2009).

Tato krizová komunikace se používá v obtížných situacích. Probíhá mezi státními organizacemi, územně samosprávnými celky a jednotkami IZS. K přenosu důležitých informací se používají hlasové a datové prostředky (Salátová, 2008).

4.1 Komunikace s osobami zasaženými mimořádnou událostí

Základem účinné komunikace s lidmi na místě události je uvědomit si sílu prožívání takovýchto situací. Zapotřebí je mít vědomosti o akutní stresové reakci, ale hlavně si uvědomit, že osoby reagují nenormálně na neobvyklé situace. Pro účinnou komunikaci je nezbytná vědomost různých projevů lidí v přímé etapě dopadu. Čím rychleji je možné zahájit komunikaci s obětí, tím se snižuje riziko nepříznivých dopadů anebo je možné dopady přinejmenším omezit (Ptáček a kol., 2011). Účinná komunikace je velice komplikovaná funkce, která požaduje speciální a přesně stanovené postupy. Značné požadavky, které se kladou na zakročujícího pracovníka, jsou profesionalita, individuální přístup a dovednost sebeovládání (Hadrousková, 2010).

Osoba, které je oprávněna komunikovat s oběťmi MU, je psycholog, psychosociální intervent, zdravotník, hasič, policista, jednoduše osoby věnující se ochraně obyvatelstva a krizovému řízení. Kdo může komunikovat s oběťmi MU, jsou i absolutní amatéři, kteří se tam objevili náhodou. Všichni svojí komunikací s oběťmi mohou pomoci, nebo naopak ublížit. Z tohoto důvodu je velice důležité umět přinejmenším hlavní normy přijatelné komunikace pro určitou událost (Vymětal, 2009).

4.2 Doporučené výroky pro komunikaci se zasaženými mimořádnou událostí

Záchranné složky zasahující u mimořádné události mají povinnost komunikovat jasně, krátce, pochopitelně a empaticky, to i za velice zmatených a tísnivých situací. Jsou to okolnosti, které pokaždé MU doprovázejí. Všichni lidé, kteří se někdy ocitli v krizové situaci nebo v nějaké tísnivé situaci, reagují odlišně. Někteří jednají ukvapeně, nerozmyšleně, zkrátka podléhají panice, někteří naopak jsou schopni svým klidem a rozvážností vyvolat u zasahujících složek maximální výkon, koncentraci se správným rozhodnutím a způsob komunikace, než za situace v běžném životě (Mikuláščík, 2010).

Na podkladě zkušeností lidí, kteří si prošli tragédií, lze rozčlenit výroky na takové, které jsou nápomocné při akutní etapě MU, ale i na výroky, které naopak mohou danou MU značně zhoršit.

Výroky nemístné a nepřipustné:

- „*Chápu, jak se cítíte.*“
- „*Všechno bude v pořádku.*“
- „*Uklidněte se!*“
- „*Nemáte žízeň?*“
- „*Bud'te rád/a, že jste přežil/a.*“
- „*Čas zahojí všechny rány.*“
- „*Mohlo to být mnohem horší.*“
- „*Já bych na vašem místě udělal/a toto....*“ (Vymětal, 2009, str. 97)

Výroky vhodné, potřebné:

- *„Je mi líto co se stalo.“*
- *„Musí to pro vás být velmi obtížné....“*
- *„Musí to být velmi těžké.“*
- *„Neumím si vůbec představit, jak těžké to pro vás je.“*
- *„Co pro vás teď mohu udělat?“*
- *„Tady je voda, napijte se!“*
- *„To je v pořádku, každý by měl v takové situaci mnoho emocí....“*
- *„Jsou tyto možnosti řešení, je na vás, kterou si vyberete.“* (Vymětal, 2009, str. 98).

Pro zasažené lidi MU je podstatné poskytnout PPP, která zasaženým poskytuje zajištění tepla i klidu. Místa, kde je možné se dočasně schovat před mimořádnou událostí (Baštecká, 2005).

5 CÍLE PRÁCE

Základním účelem teoretické části v této bakalářské práci je poskytnout kompaktní pohled na problematiku psychosociální krizovou intervenci, která je poskytována Zdravotnickou záchrannou službou.

V praktické části je klíčovým cílem potvrdit nebo vyvrátit námi navržené hypotézy. Během toho se budeme opírat o výsledky z anonymního nestandardizovaného dotazníku, který byl rozeslán elektronicky mezi příslušníky všech zdravotnických záchranných služeb. Dotazník byl zaměřen na četnost poskytování psychosociální krizové intervence u mimořádných událostí, a jaké má mimořádná událost následky na psychiku krizového intervenanta.

Cíle práce:

- přinést základní informace ohledně systému poskytování psychosociální krizové intervence ze strany Zdravotnické záchranné služby
- zjistit, u jakých mimořádných událostí krizoví intervenanti nejčastěji poskytují krizovou intervenci
- zjistit, jestli respondenti sami vyhledali pomoc psychosociální intervenční služby pro zaměstnance ZZS, zda a jaký má mimořádná událost vliv na jejich psychiku
- potvrzení či vyvrácení naformulovaných hypotéz na základě výsledkového šetření

6 METODIKA

6.1 Popis výzkumného šetření

Pro nezbytné vyhotovení práce jsme vybrali techniku kvantitativního výzkumného zkoumání prostřednictvím anonymního nestandardizovaného dotazníku (viz příloha 1). Techniku jsme si vybrali z důvodu schopnosti oslovit větší počet respondentů – především krizové interventy ze všech Zdravotnických záchranných služeb v ČR.

Výzkumné šetření bylo zahájeno 2. 1. 2016 a ukončeno bylo 18. 4. 2016.

6.2 Stanovení výzkumného vzorku

Jedinou podmínkou volby respondentů bylo, aby byli kmenovými zaměstnanci u Zdravotnické záchranné služby ČR.

Oslovení respondenti pracovali u Zdravotnické záchranné služby ČR, nebyli omezeni věkem, pohlavím ani délkou pracovní praxe. Jednotlivým respondentům byly dotazníky distribuovány v elektronické formě, taktéž odkaz na vyvěšení dotazníku byl ve formě elektronického portálu www.docs.google.com.

Od příslušníků Zdravotnické záchranné služby ČR jsme k výzkumnému šetření získali celkem 81 respondentů.

6.3 Výzkumný nástroj

Jako výzkumný prostředek jsme pro nezbytnost bakalářské práce využili nestandardizovaný anonymní dotazník své konstrukce. Dotazník se skládá ze dvou částí a to z anamnestické a vlastní. Na začátku těchto částí se nalézají úvodní poučení, prostřednictvím kterého respondenty obeznamujeme se záměrem distribuce dotazníků i s jeho anonymitou. Otázky jsme vytvořili tak, aby navazovaly na námi stanovené cíle a naformulované hypotézy.

V anamnestické oblasti dotazníku jsme se zaměřili na zjištění pohlaví, věku, stupně a typu vzdělání, délku praxe, pracovního působiště i pracovního umístění

dotazovaných respondentů. V této oblasti dotazníku jsme vznesli 6 otázek, z nich byly 3 otázky uzavřené a 3 otázky polootevřené.

Vlastní oblast dotazníku zahrnuje 12 zásadních otázek. V těchto 12 zásadních otázkách jsme aplikovali 7 uzavřených otázek a 5 otázek polootevřených. Ve vlastní oblasti dotazníku byly otázky orientovány na zjištění frekvence poskytování psychosociální krizové intervence během výkonu služby, při kterých MU tuto intervenci poskytují a jak se s tím následně vyrovnávají; dále pak, jestli byli obeznámeni o možnosti konzultace s psychologem prostřednictvím jejich zaměstnání.

6.4 Stanovené hypotézy

V bakalářské práci jsme si stanovili následující hypotézy:

HYPOTÉZA 1 *Předpokládáme, že minimálně 25 % respondentů na místě MU poskytuje psychosociální krizovou intervenci u náročných výjezdů (těžké dopravní nehody a úrazy, resuscitace, záchrana dítěte).*

HYPOTÉZA 2 *Předpokládáme, že více jak 75 % respondentů pokládá za důležité, aby se na místě MU obětem poskytovala psychosociální krizová intervence.*

HYPOTÉZA 3 *Předpokládáme, že minimálně 25 % respondentů využije po psychicky náročné mimořádné události v rámci Systému psychosociální intervenční služby, službu krizového interventy, Peera či psychologa.*

HYPOTÉZA 4 *Předpokládáme, že u více jak 50 % respondentů se vrací vzpomínky z vykonané práce při mimořádné události.*

7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

7.1 Vyhodnocení údajů z dotazníku

Pro vyhodnocení údajů z nestandardizovaného anonymního dotazníku, který obsahoval celkem 18 otázek, jsme si pro přehlednost rozepsali každou otázku zvlášť a přiřadili tabulku a graf.

Vyhodnocení anamnestické části dotazníku

Otázka č. 1 Uveďte Váš věk?

18 - 30 let

31 - 40 let

41 - 50 let

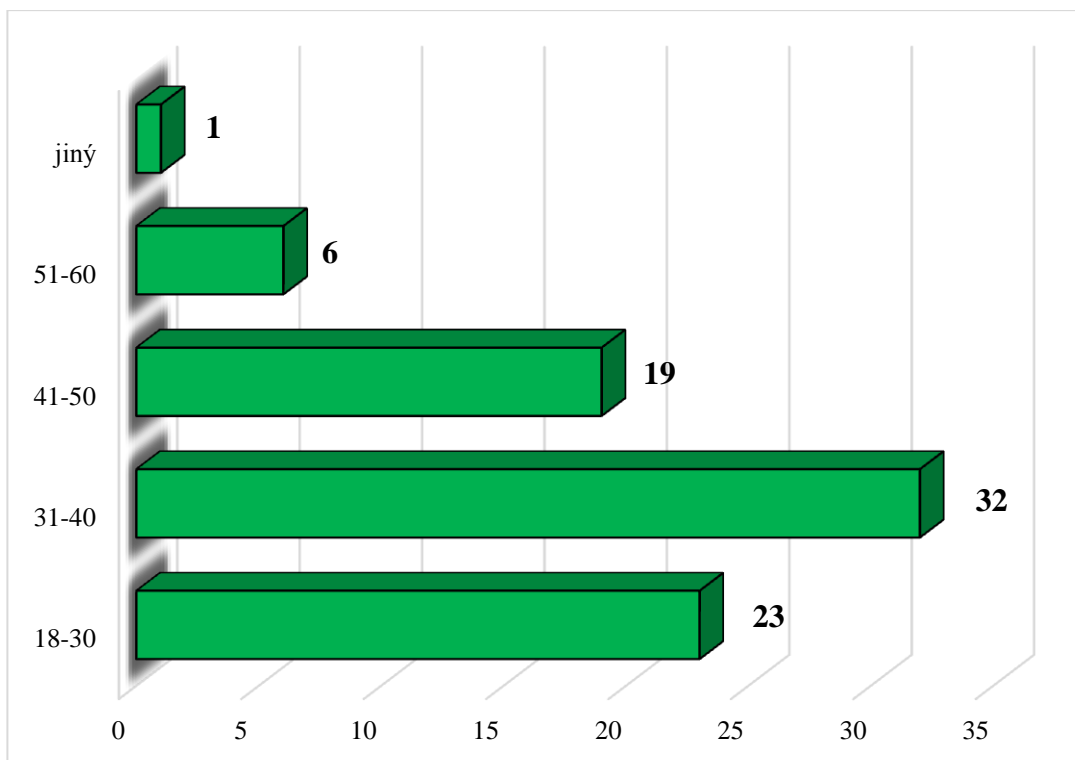
51 - 60 let

jiný,

uveďte jaký.....

Tab. 1 - Věk respondentů

věk respondenta	počet respondentů	procentuální podíl
18 – 30 let	23	28,4 %
31 – 40 let	32	39,5 %
41 – 50 let	19	23,5 %
51 – 60 let	6	7,4 %
jiný	1	1,2 %
celkově	81	100 %



Graf 1 - Věk respondentů

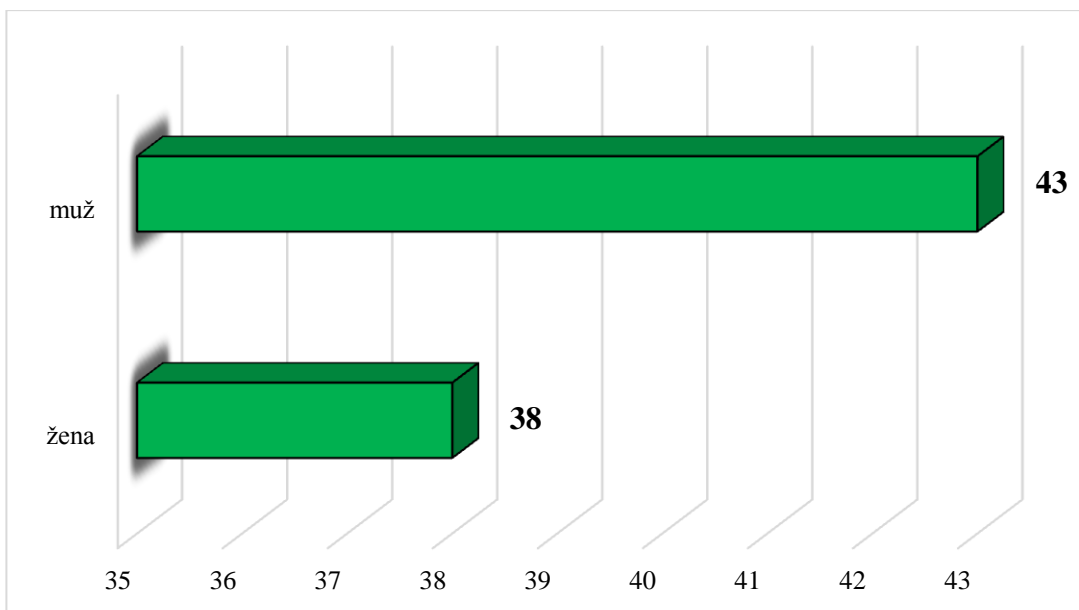
V této otázce se nám největší část dotazovaných respondentů pohybovala ve věkové hranici 31 až 40 let, tvořili tak 29,5 %. Jako druhá kategorie oslovených respondentů byla 18 až 30 let.

Otázka č. 2 Uveďte své pohlaví?

- žena
- muž

Tab. 2 - Pohlaví respondentů

pohlaví respondenta	počet respondentů	procentuální podíl
žena	38	46,9 %
muž	43	53,1 %
celkově	81	100 %



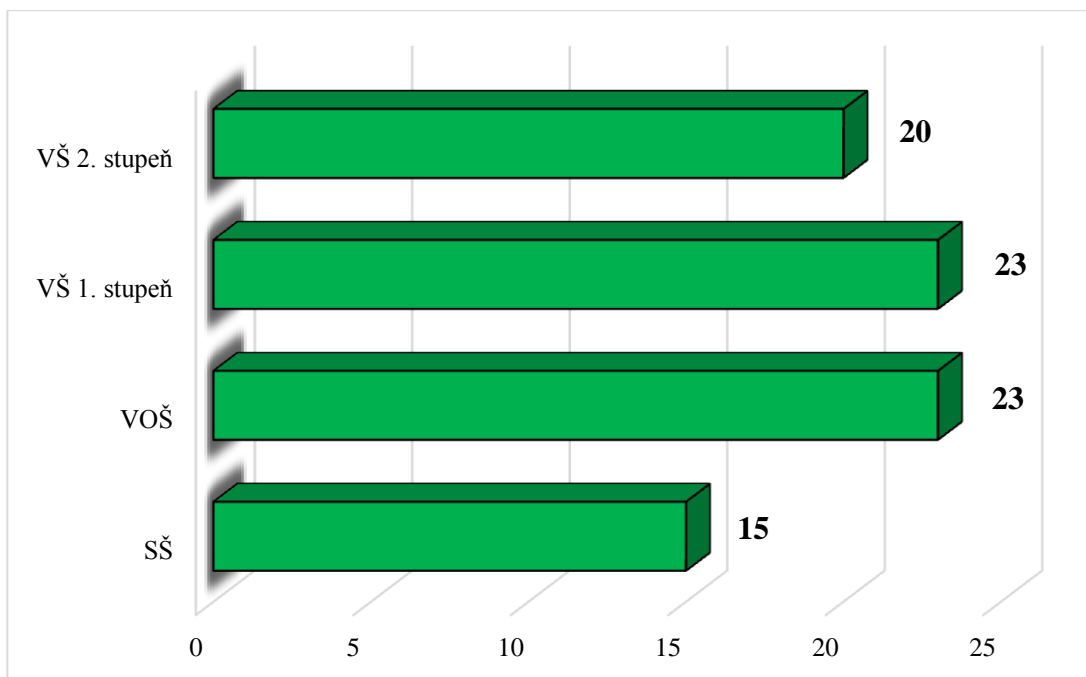
Graf 2 - Pohlaví respondentů

Otázka č. 3 **Vaše nejvýše dosažené vzdělání?**

- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné vzdělání
- vysokoškolské vzdělání 1. stupně
- vysokoškolské vzdělání 2. stupně

Tab. 3 - Nejvýše dosažené vzdělání respondentů

nejvýše dosažené vzdělání	počet respondentů	percentuálně podíl
středoškolské s maturitou	15	18,5 %
vyšší odborné vzdělání	23	28,4 %
vysokoškolské vzdělání 1. stupně	23	28,4 %
vysokoškolské vzdělání 2. stupně	20	24,7 %
celkově	81	100 %



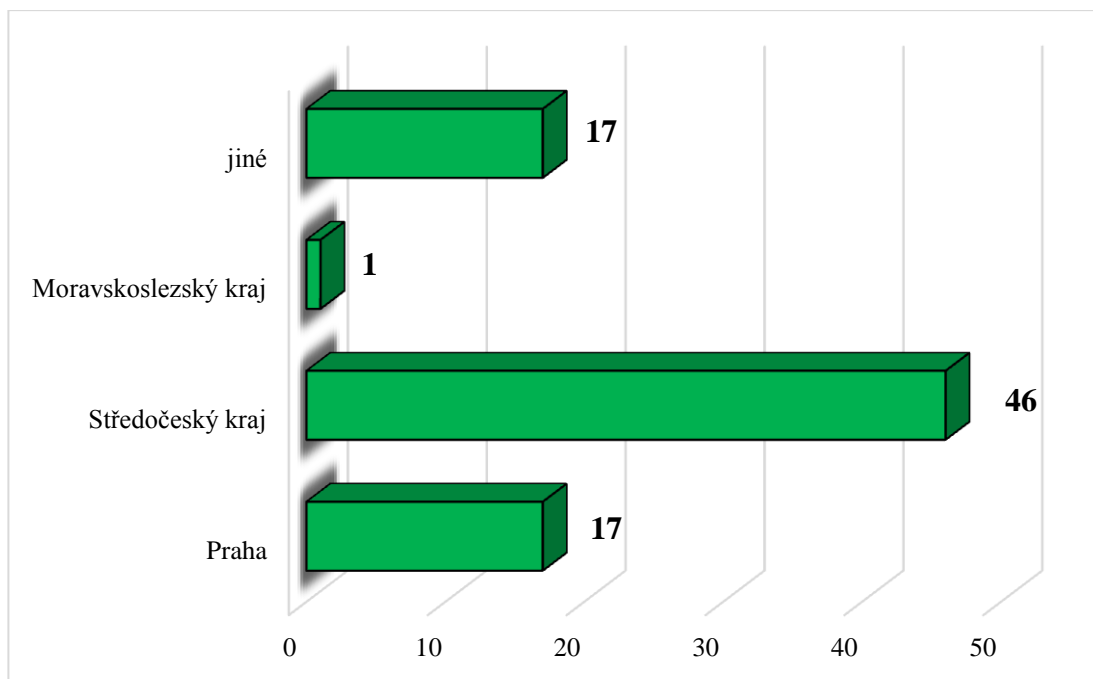
Graf 3 - Nejvýše dosažené vzdělání respondentů

Otázka č. 4 **Ve kterém kraji se nachází Vaše zaměstnání?**

- Praha
- Středočeský kraj
- Moravskoslezský kraj
- jiný,
uved'te jaký

Tab. 4 - Místo zaměstnání

místo zaměstnání	počet respondentů	percentuálně podíl
Praha	17	21 %
Středočeský kraj	46	56,8 %
Moravskoslezský kraj	1	1,2 %
jiné	17	21 %
celkově	81	100 %



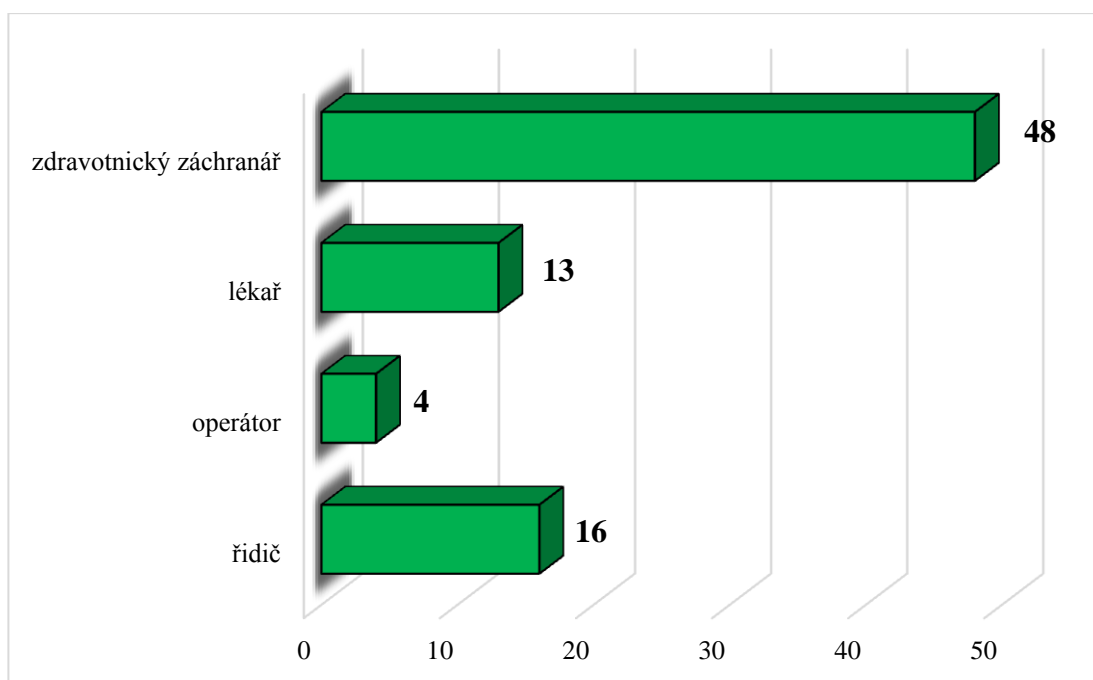
Graf 4 - Místo zaměštění

Otázka č. 5 **Vaše pracovní postavení u ZZS?**

- řidič
- operátor
- lékař
- zdravotnický záchranář

Tab. 5 - Pracovní postavení u ZZS

pracovní postavení u ZZS	počet respondentů	percentuálně podíl
řidič	16	19,8 %
operátor	4	4,9 %
lékař	13	16 %
zdravotnický záchranář	48	59,3 %
celkově	81	100 %



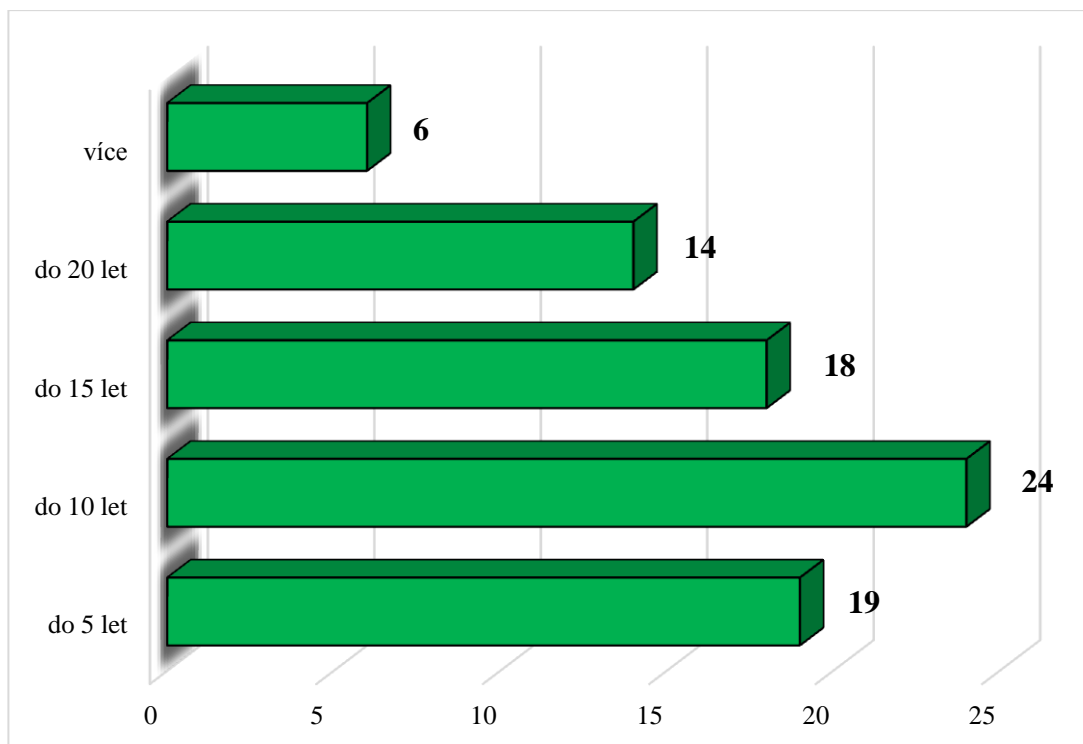
Graf 5 - Pracovní postavení u ZZS

Otázka č. 6 **Jak dlouho pracujete u ZZS?**

- do 5 let
- do 10 let
- do 15 let
- do 20 let
- více,
uved'te kolik

Tab. 6 - Délka praxe respondentů

délka praxe respondenta	počet respondentů	procentuální podíl
do 5 let	19	23,5 %
do 10 let	24	29,6 %
do 15 let	18	22,2 %
do 20 let	14	17,3 %
více	6	7,4 %
celkově	81	100 %



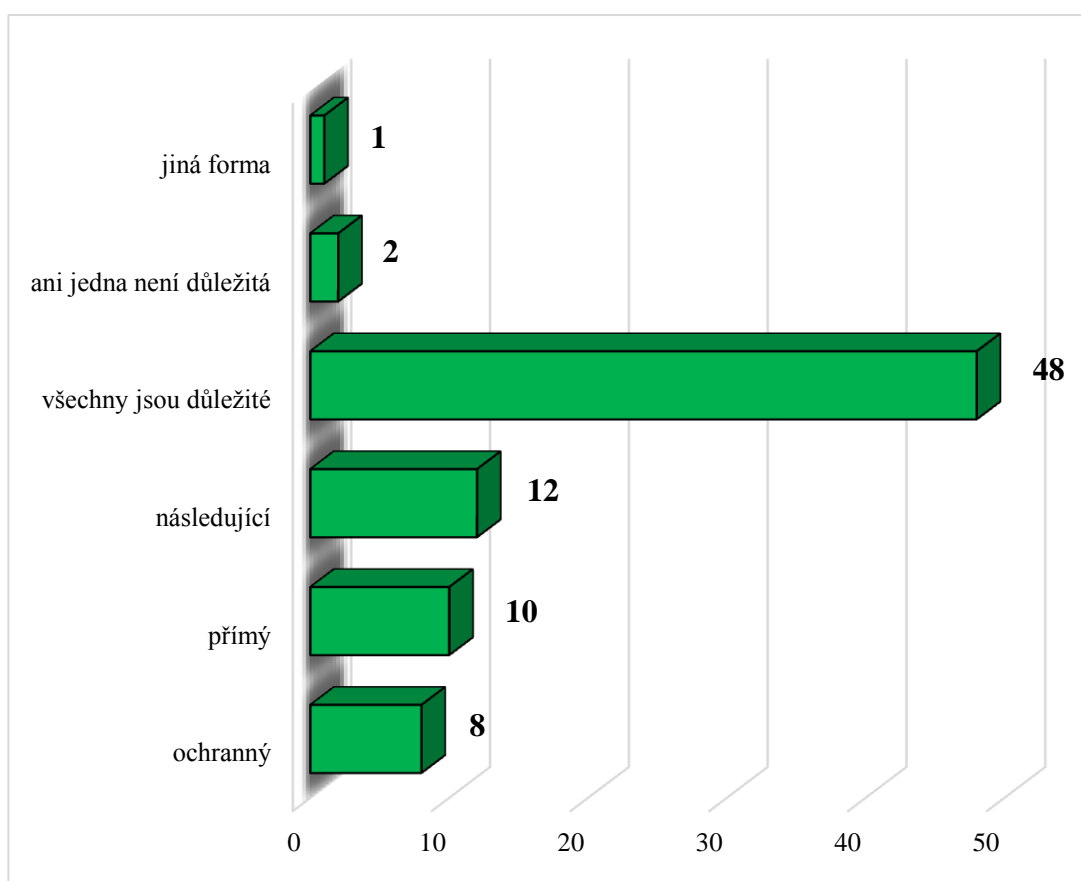
Graf 6 - Délka praxe respondentů

Otázka č. 7 Jaký druh psychosociální krizové intervence pokládáte při práci na ZZS za důležitější?

- ochranný (např. vzdělávání se v odvětví stresu, učení se novému životnímu stylu)
- přímý (po vyčerpávajících výjezdech, např. první psychická pomoc, defusing)
- následující (při posttraumatické stresové poruše, akutním stresu, např. psychologické poradenství)
- všechny jsou důležité
- ani jedna není důležitá
- jiná forma,
uved'te prosím jaká.....

Tab. 7 - Důležitost druhů psychosociální krizové intervence

důležitost druhů psychosociální krizové intervence	počet respondentů	procentuální podíl
ochranný (např. vzdělávání se v odvětví stresu, učení se novému životnímu stylu)	8	9,9 %
přímý (po vyčerpávajících výjezdech, např. první psychická pomoc, defusing)	10	12,3 %
následující (při posttraumatické stresové poruše, akutním stresu, např. psychologické poradenství)	12	14,8 %
všechny jsou důležité	48	59,3 %
ani jedna není důležitá	2	2,5 %
jiná forma	1	1,2 %
celkově	81	100 %



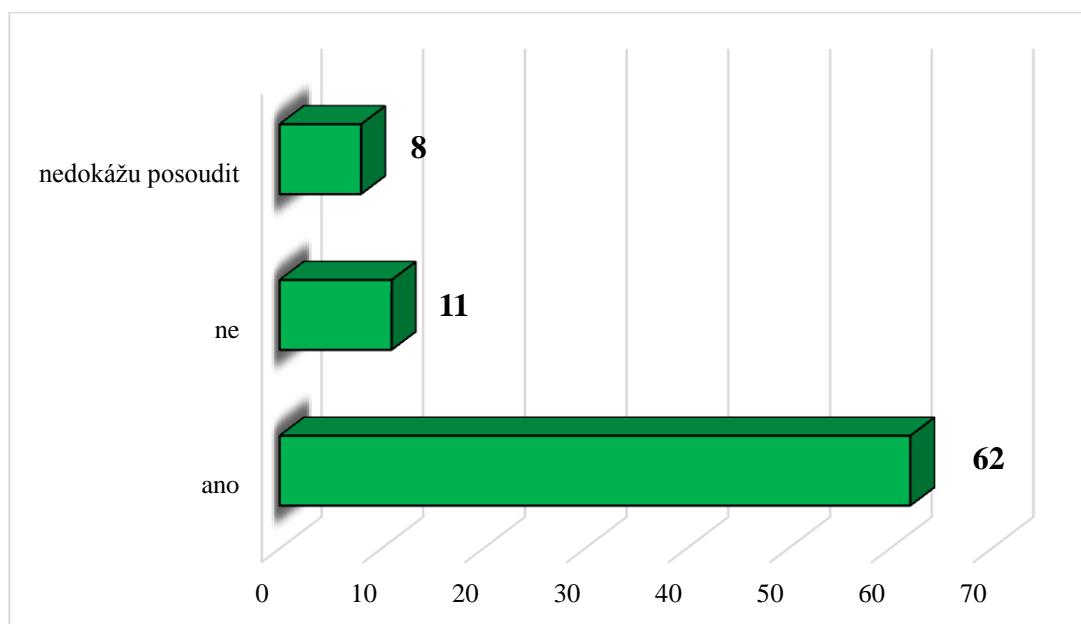
Graf 7 - Důležitost druhů psychosociální krizové intervence

Otázka č. 8 **Pokládáte za důležité, aby se na místě MU poskytovala psychosociální krizová intervence vyškoleným pracovníkem zasaženým osobám, rodinám obětí?**

- ano
- ne
- nedokážu posoudit

Tab. 8 - Důležitost psychosociální krizové intervence na místě MU

důležitost psychosociální krizové intervence na místě MU	počet respondentů	procentuální podíl
ano	62	76,5 %
ne	11	13,6 %
nedokážu posoudit	8	9,9 %
celkově	81	100 %



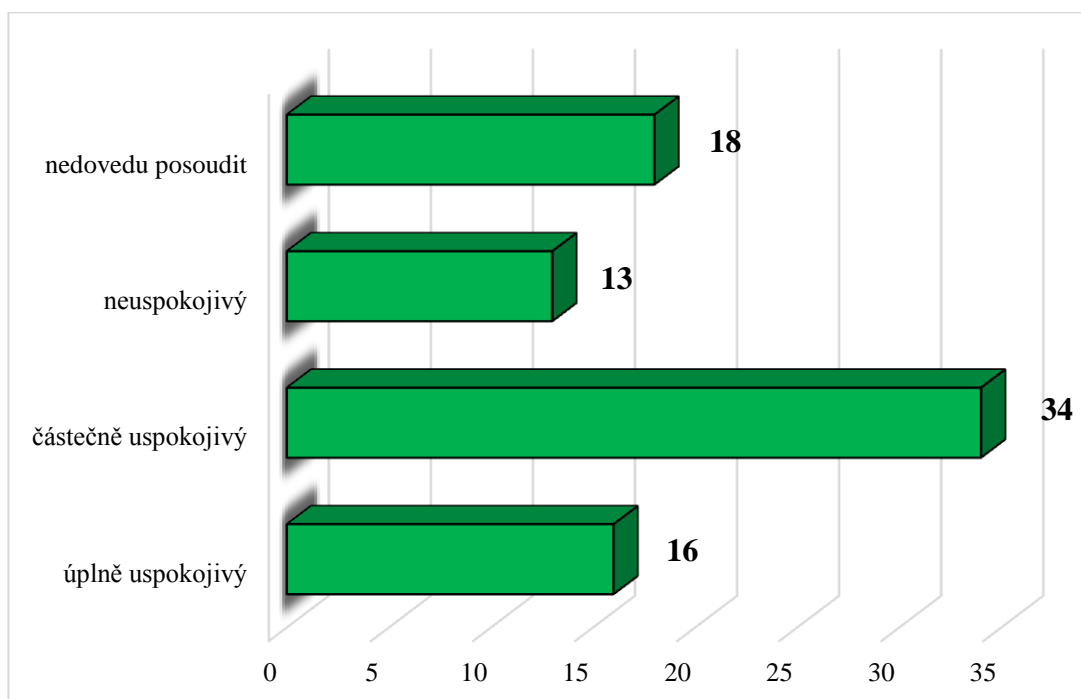
Graf 8 - Důležitost psychosociální krizové intervence na místě MU

Otázka č. 9 Jak hodnotíte systém poskytování psychosociální krizové intervence osobám zasažených mimořádnou událostí v ČR?

- úplně uspokojivý
- částečně uspokojivý
- neuspokojivý
- nedovedu posoudit

Tab. 9 - Hodnocení systému poskytování psychosociální krizové intervence

hodnocení systému poskytování psychosociální krizové intervence	počet respondentů	procentuální podíl
úplně uspokojivý	16	19,8 %
částečně uspokojivý	34	42 %
neuspokojivý	13	16 %
nedovedu posoudit	18	22,2 %
celkově	81	100 %



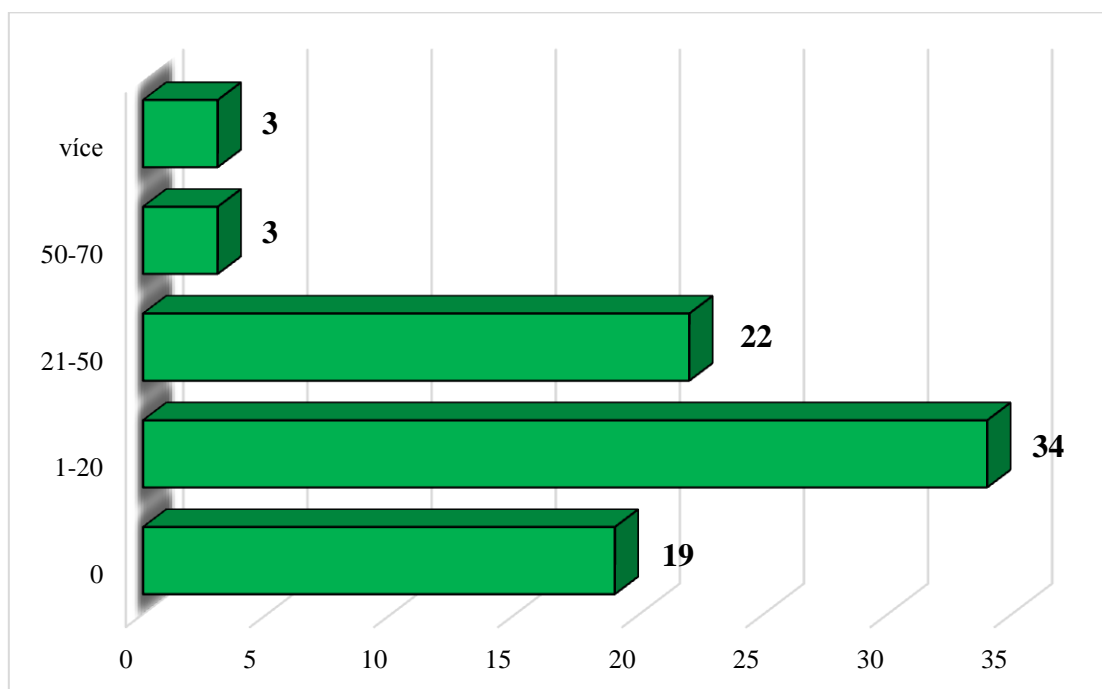
Graf 9 - Hodnocení systému poskytování psychosociální krizové intervence

Otázka č. 10 **Kolikrát jste při výkonu svého povolání poskytl/a krizovou intervenci?**

- 0
 - 1 - 20
 - 21 - 50
 - 50 – 70
 - více,
- uved'te kolik

Tab. 10 - Frekvence poskytování krizové intervence

frekvence poskytování krizové intervence	počet respondentů	procentuální podíl
0	19	23,4 %
1 - 20	34	42 %
21 - 50	22	27,2 %
50 – 70	3	3,7 %
více	3	3,7 %
celkově	81	100 %



Graf 10 - Frekvence poskytování krizové intervence

Otázka č. 11 U kterých událostí – z níže uvedených - poskytujete psychosociální krizovou intervenci nejčastěji? (Možno označit více odpovědí)

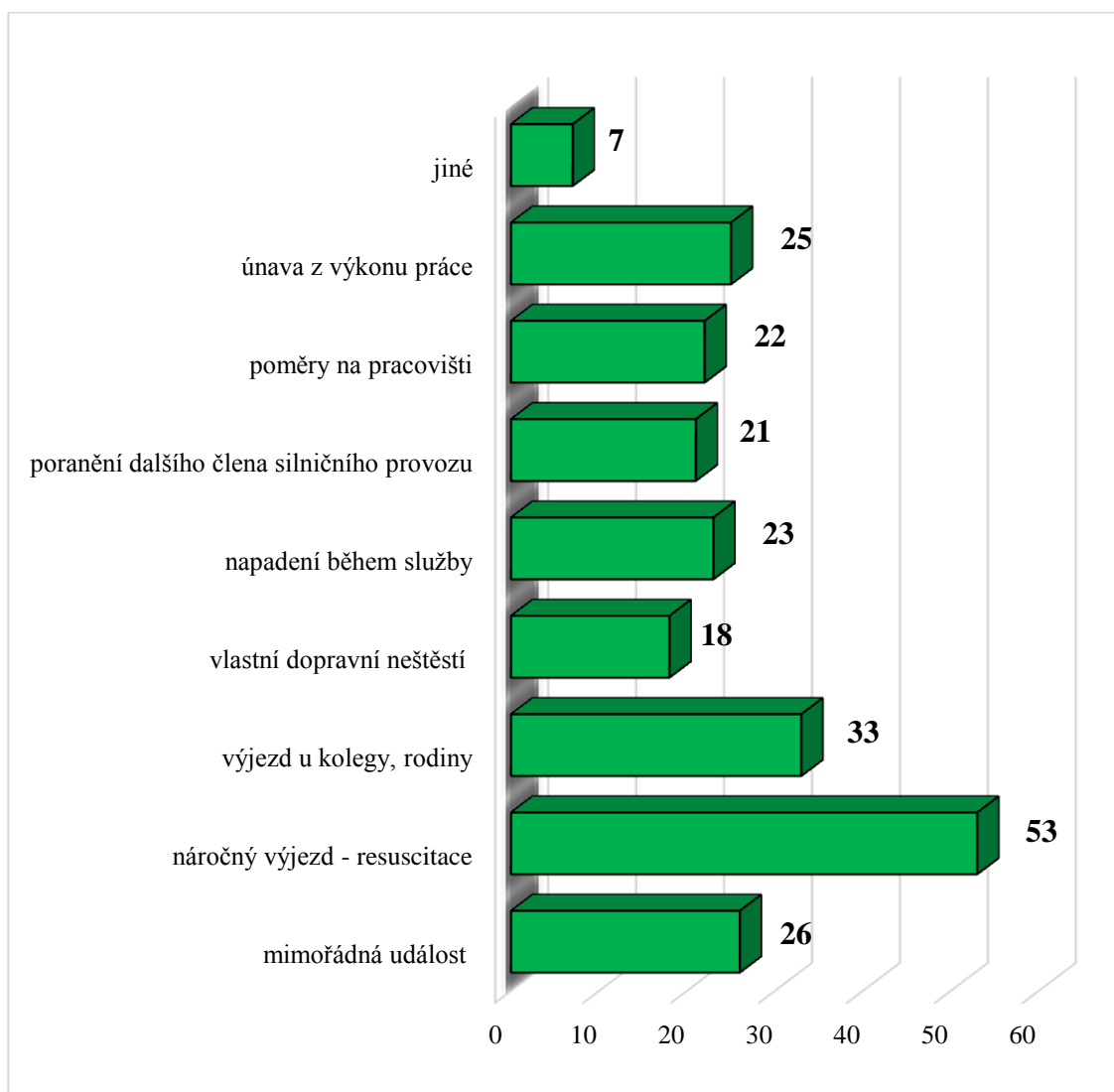
- mimořádná událost – katastrofa, masové neštěstí
- náročný výjezd – dopravní nehoda s poraněním, resuscitace, záchrana dětí
- výjezd u kolegy, člena rodiny, přítele
- vlastní dopravní neštěstí během služby
- napadení, poranění během služby
- zranění pacienta, či poranění dalšího člena silničního provozu
- v situaci nepříznivých poměrů na pracovišti
- při dojmu únavy z výkonu práce, neúspěchu, vyhoření
- jiné, uveďte jaké

Na základě toho, že dotazovaní mohli zaškrtnout více odpovědí, budeme nyní pracovat s množstvím 228 odpovědí, ne s množstvím dotazovaných 81.

Tab. 11 - Nejčastější poskytování psychosociální krizové intervence

nejčastější poskytování psychosociální krizové intervence	počet respondentů	procentuální podíl
mimořádná událost – katastrofa, masové neštěstí	26 (26 – 32,1 %)	11,4 %
náročný výjezd – dopravní nehoda s poraněním, resuscitace, záchrana dětí	53 (53 – 65,4 %)	23,3 %
výjezd u kolegy, člena rodiny, přítele	33 (33 – 40,7 %)	14,5 %
vlastní dopravní neštěstí během služby	18 (18 – 22,2 %)	7,9 %
napadení, poranění během služby	23	10,1 %
zranění pacienta, či poranění dalšího člena silničního provozu	21	9,2 %
v situaci nepříznivých poměrů na pracovišti	22	9,6 %
při dojmu únavy z výkonu práce, neúspěchu, vyhoření	25	10,9 %
jiné	7	3,1 %
celkově	228	100 %

Během vyhotovování tabulky 11 jsme z množství respondentů spočítali procentuální podíl nejčastěji poskytovaných psychosociálních krizových intervencí. Pro nezbytnost následující analýzy výsledků v oblasti ověření hypotézy číslo 1 jsme si zvýraznili tučným druhem písma výsledky, s kterým v této hypotéze budeme pracovat.



Graf 11 - Nejčastější poskytování psychosociální krizové intervence

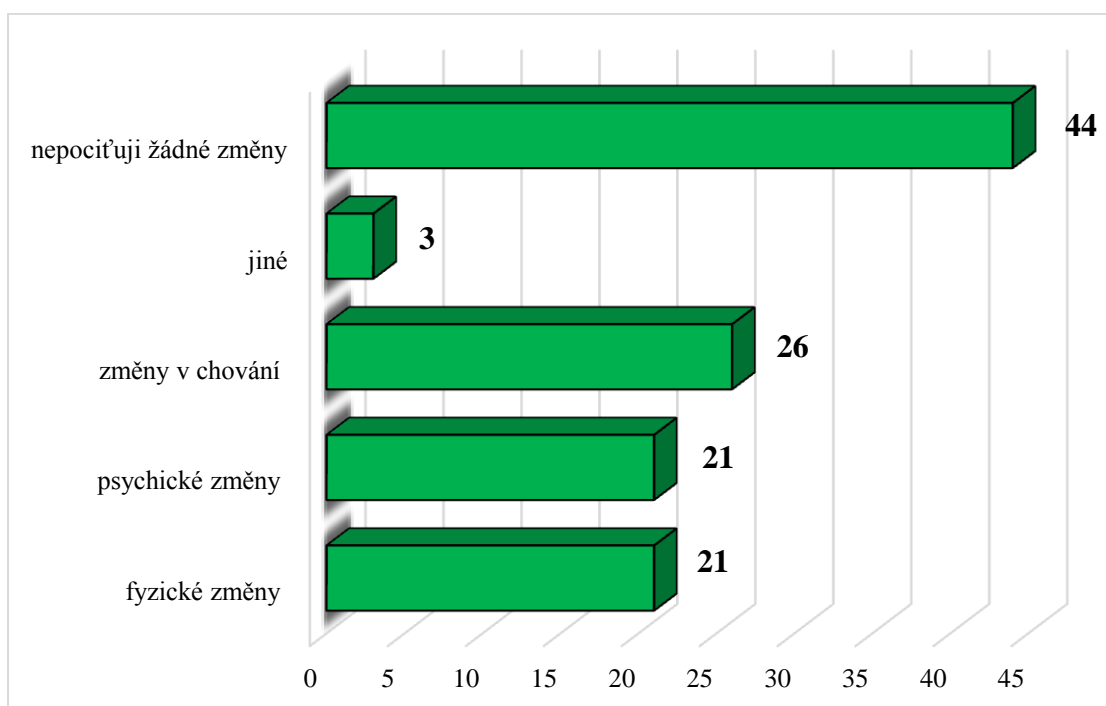
Otázka č. 12 **Všimli jste si, že by u Vás došlo po zásahu ke změnám v některé rovině Vaší osobnosti?** (Možno označit více odpovědí)

- fyzické změny (bolest hlavy, nevolnost)
- psychické změny (úzkost, poruchy spánku)
- změny v chování (špatná koncentrace, nervozita)
- jiné, uveďte jaké.....
- nepocítuji žádné změny

Na základě toho, že dotazovaní mohli zaškrtnout více odpovědí, budeme nyní pracovat s množstvím 115 odpovědí, ne s množstvím dotazovaných 81.

Tab. 12 - Pocitové změny

pocitové změny	počet respondentů	procentuální podíl
fyzické změny (bolest hlavy, nevolnost)	21	18,3 %
psychické změny (úzkost, poruchy spánku)	21	18,3 %
změny v chování (špatná koncentrace, nervozita)	26	22,6 %
jiné	3	2,6 %
nepocítuji žádné změny	44	38,2 %
celkově	115	100 %



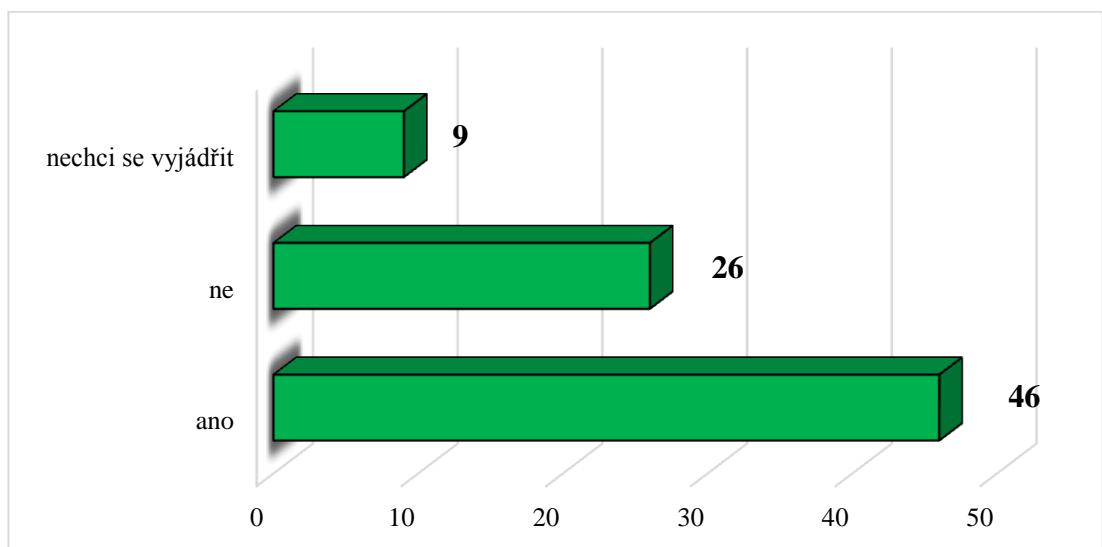
Graf 12 - Pocitové změny

Otázka č. 13 **Vrací se Vám vzpomínky z vykonané práce při mimořádné události?**

- ano
- ne
- nechci se vyjádřit

Tab. 13 - Vzpomínky z vykonané práce při mimořádné události

vzpomínky z vykonané práce při mimořádné události	počet respondentů	procentuální podíl
ano	46	56,8 %
ne	26	32,1 %
nechci se vyjádřit	9	11,1 %
celkově	81	100 %



Graf 13 - Vzpomínky z vykonané práce při mimořádné události

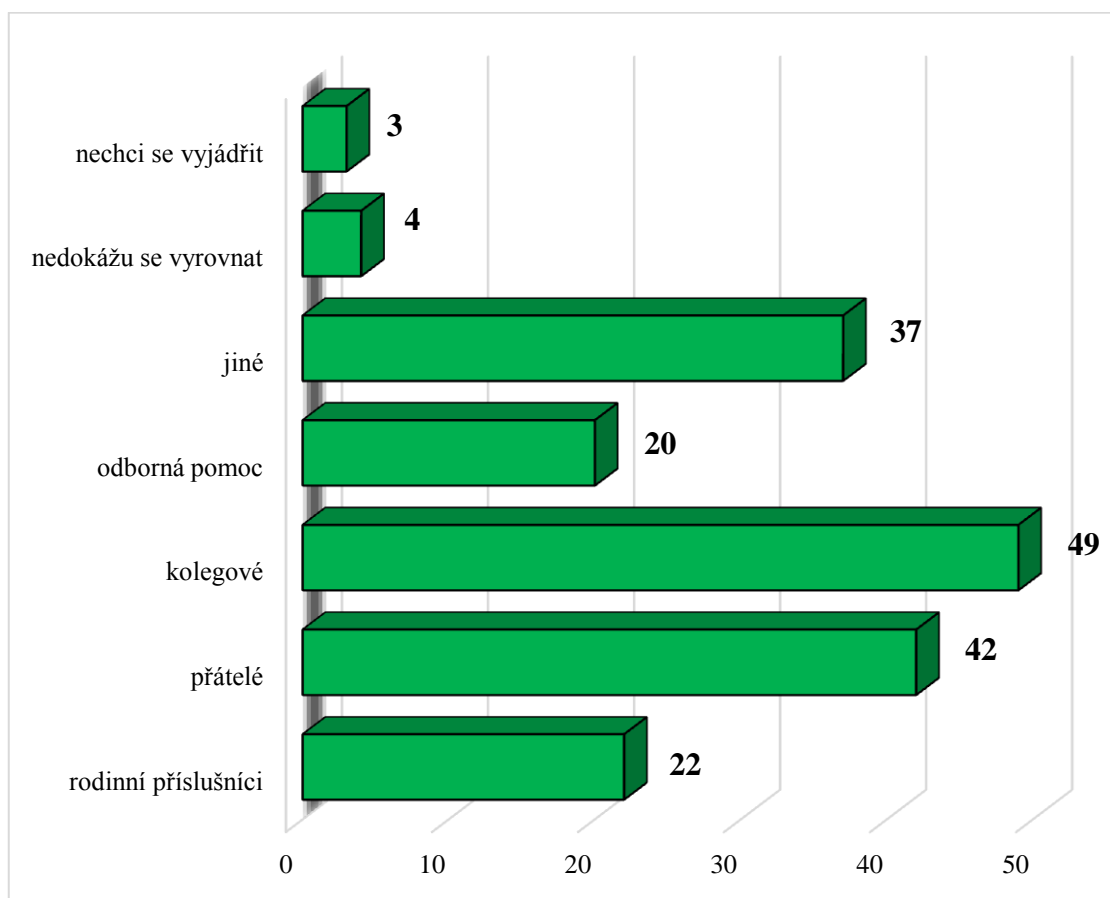
Otázka č. 14 **Kdo Vám nejčastěji pomáhá vyrovnat se s psychickou zátěží po mimořádných událostech?** (Možno označit více odpovědí)

- rodinní příslušníci
- přátelé
- kolegové
- odborná pomoc
- jiný, uveďte jaký
- nedokážu se vyrovnat
- nechci se vyjádřit

Na základě toho, že dotazovaní mohli zaškrtnout více odpovědí, budeme nyní pracovat s množstvím 177 odpovědí, ne s množstvím dotazovaných 81.

Tab. 14 - Kdo nejčastěji pomáhá k vyrovnání se s psychickou zátěží

kdo nejčastěji pomáhá k vyrovnání se s psychickou zátěží	počet respondentů	procentuální podíl
rodinní příslušníci	22	12,4 %
přátelé	42	23,7 %
kolegové	49	27,7 %
odborná pomoc	20	11,3 %
jiné	37	20,9 %
nedokážu se vyrovnat	4	2,3 %
nechci se vyjádřit	3	1,7 %
celkově	177	100 %



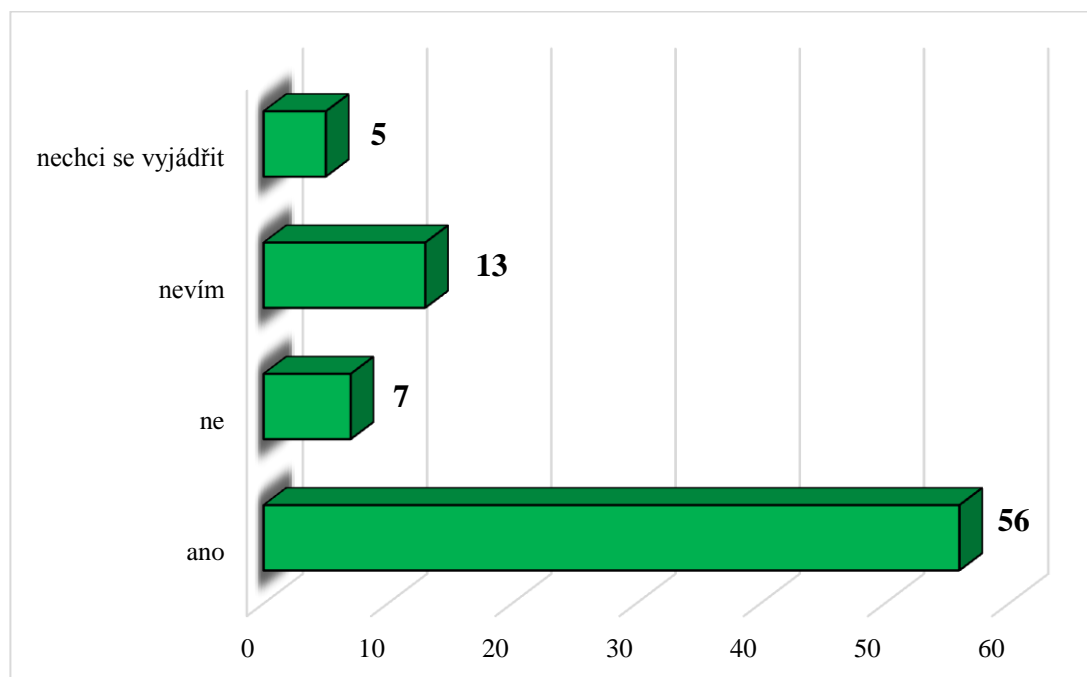
Graf 14 - Kdo nejčastěji pomáhá k vyrovnání se s psychickou zátěží

Otázka č. 15 **Byli jste srozuměni s tím, že můžete po psychicky obtížných výjezdech, využít službu Peer či pomoc prostřednictvím psychologa?**

- ano
- ne
- nevím, zda tato služba je poskytována na mém pracovišti
- nechci se vyjádřit

Tab. 15 - Informovanost o využití službu Peer či pomoc prostřednictvím psychologa

informovanost o využití službu Peer či pomoc prostřednictvím psychologa	počet respondentů	procentuální podíl
ano	56	69,2 %
ne	7	8,6 %
nevím, zda tato služba je poskytována na mém pracovišti	13	16 %
nechci se vyjádřit	5	6,2 %
celkově	81	100 %



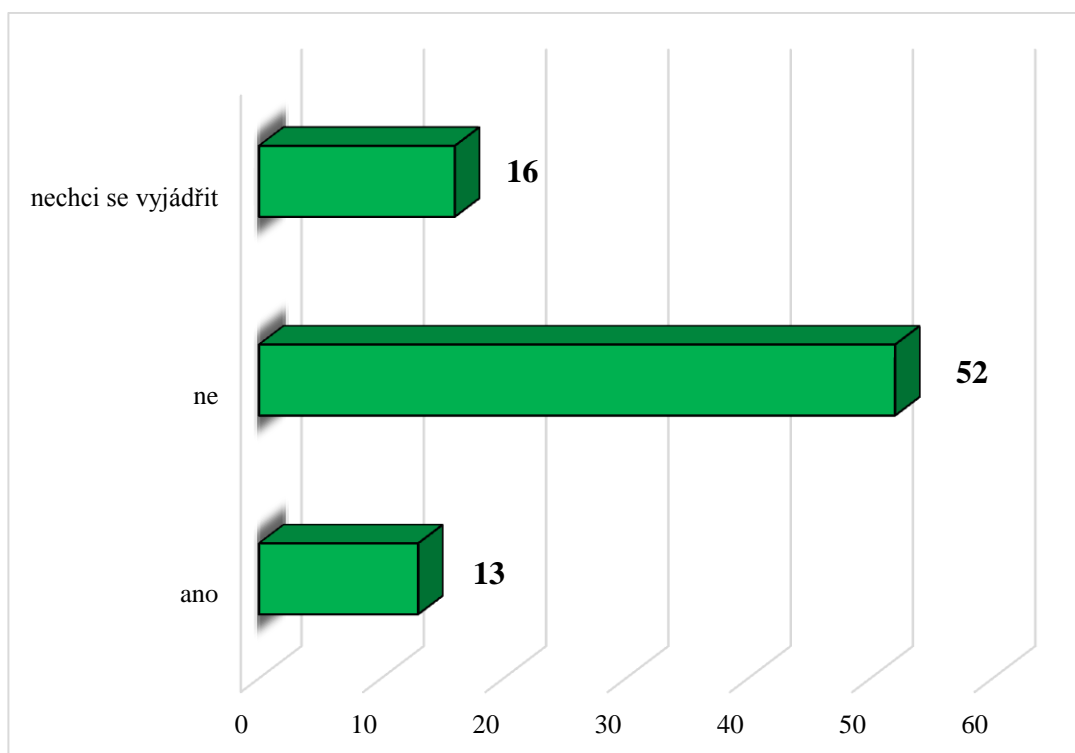
Graf 15 - Informovanost o využití službu Peer či pomoc prostřednictvím psychologa

Otázka č. 16 **Potřebovali jste někdy Vy sami službu Peer či psychologa?**

- ano
- ne
- nechci se vyjádřit

Tab. 16 - Využití službu Peer či psychologa

využití službu Peer či psychologa	počet respondentů	procentuální podíl
ano	13	16 %
ne	52	64,2 %
nechci se vyjádřit	16	19,8 %
celkově	81	100 %



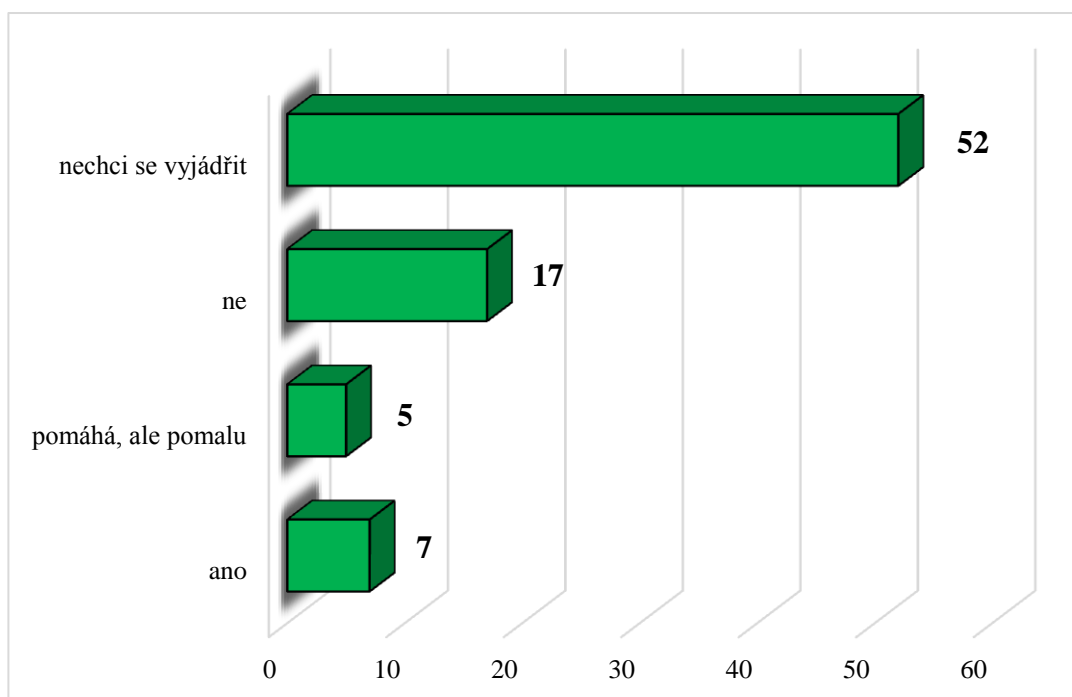
Graf 16 - Využití službu Peer či psychologa

Otázka č. 17 **Pokud jste na předchozí otázku odpověděli „ano“, myslíte si, že byla pro Vás tato pomoc blahodárná? Pomohla Vám?**

- ano
- pomáhá, ale pomalu
- ne
- nechci se vyjádřit

Tab. 17 - Účinnost služby Peer či psychologa

účinnost služby Peer či psychologa	počet respondentů	procentuální podíl
ano	7	8,6 %
pomáhá, ale pomalu	5	6,2 %
ne	17	21 %
nechci se vyjádřit	52	64,2 %
celkově	81	100 %



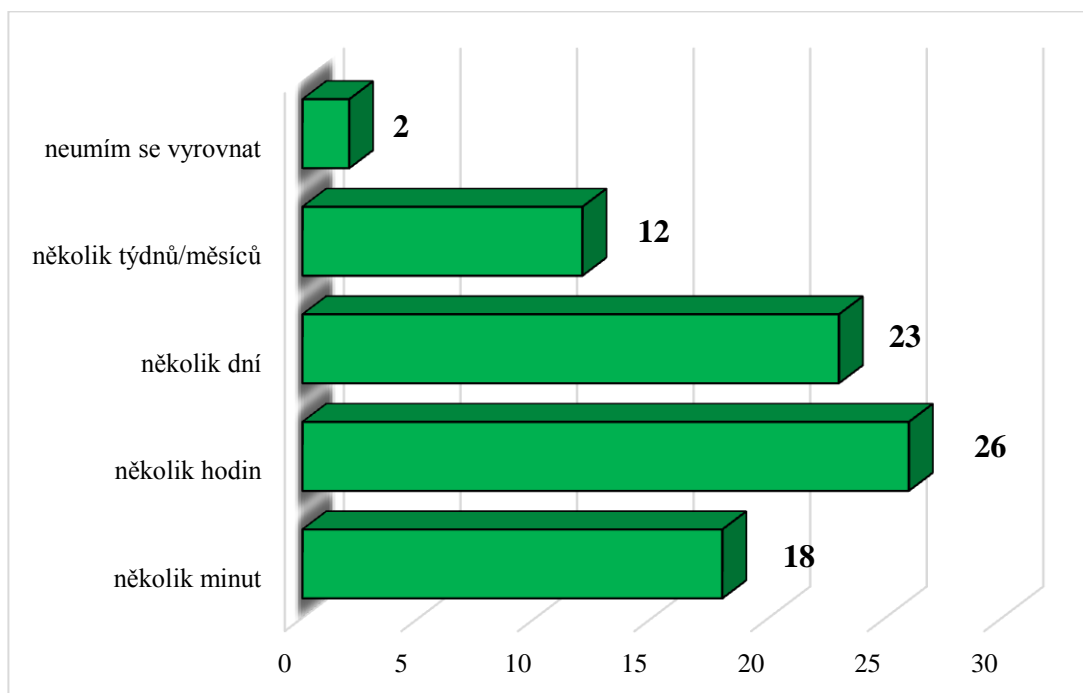
Graf 17 - Účinnost služby Peer či psychologa

Otázka č. 18 **Jak dlouho se vyrovnáváte s následky mimořádné události?**

- několik minut
- několik hodin
- několik dní
- několik týdnů/měsíců
- neumím se vyrovnat

Tab. 18 - Vyrovnávání s následky mimořádné události

vyrovnávání s následky MU	počet respondentů	procentuální podíl
několik minut	18	22,2 %
několik hodin	26	32,1 %
několik dní	23	28,4 %
několik týdnů/měsíců	12	14,8 %
neumím se vyrovnat	2	2,5 %
celkově	81	100 %



Graf 18 - Vyrovnávání s následky mimořádné události

7.2 Vyhodnocení cílů práce

V této práci jsme si vymezili čtyři cíle. Prvotním cílem bylo poskytnout základní informace ohledně systému poskytování psychosociální krizové intervence ze strany Zdravotnické záchranné služby. V teoretické části této práce jsme charakterizovali důležité pojmy vztahující se na tuto problematiku, tím se nám zdařilo celistvě vystihnout zadaný cíl.

Následujícím cílem bylo určit, u jakých mimořádných událostí krizoví intervenenti nejčastěji poskytují krizovou intervenci. Respondentům byla prostřednictvím distribuovaného dotazníku položena otázka, která byla zaměřena na události, u kterých respondenti nejčastěji poskytují psychosociální krizovou intervenci. Výsledky jsme vypracovali do hypotézy. (viz Tab. 11 - Nejčastější poskytování psychosociální krizové intervence)

Třetí cíl byl zaměřen na zjištění, jestli respondenti sami vyhledali pomoc psychosociální intervenční služby pro zaměstnance ZZS, zda a jaký má mimořádná událost vliv na jejich psychiku. To se nám zdařilo splnit pomocí otázek, jež se vztahují na jejich psychický stav, zda pociťují po zásahu změny na své osobnosti a kdo jim nejčastěji pomáhá vyrovnat se s psychickou zátěží.

Posledním cílem bylo potvrdit nebo vyvrátit naformulované hypotézy na základě výsledkového šetření. V bakalářské práci jsme zformulovali 4 hypotézy, které byly pomocí odpovědi respondentů v anonymním dotazníku vyhodnoceny a tím se nám hypotézy buďto potvrdily, anebo vyvrátily.

7.3 Vyhodnocení hypotéz

HYPOTÉZA 1 *Předpokládáme, že minimálně 25 % respondentů na místě MU poskytuje psychosociální krizovou intervenci u náročných výjezdů (těžké dopravní nehody a úrazy, resuscitace, záchrana dítěte).*

K hypotéze č. 1 patřila otázka č. 11.

Otázka č. 11 byla zaměřena na zjištění, u kterých událostí respondenti nejčastěji poskytují psychosociální krizovou intervenci. Bylo možné na otázku odpovídat více možnostmi. Nejčastěji respondenti poskytují psychosociální krizovou intervenci 65,4 %

u náročných výjezdů - dopravní nehody s poraněním, resuscitace a záchrana dítěte. Druhé nejčastější poskytování psychosociální krizové intervence 40,7 % je u výjezdů ukolegy, člena rodiny a přítele. Na třetí místo 32,1 % se řadí mimořádné události - katastrofy, masové neštěstí. Nejméně respondentů 22,2 % poskytuje psychosociální krizovou intervenci u vlastních dopravních neštěstí, které se stanou během služby. (viz Tab. 11 - Nejčastější poskytování psychosociální krizové intervence)

Hypotéza č. 1 byla na základě vyhodnocení výsledků potvrzena.

HYPOTÉZA 2 *Předpokládáme, že více jak 75 % respondentů pokládá za důležité, aby se na místě MU obětem poskytovala psychosociální krizová intervence.*

K hypotéze č. 2 patřily otázky č. 8 a 9.

Otázka č. 8 byla zaměřena na zjištění, zda respondenti pokládají za důležité, aby se poskytovala psychosociální krizová intervence obětem MU. 62 respondentů (76,5 %) pokládá za důležité, aby se poskytovala psychosociální krizová intervence obětem MU. 11 respondentů (13,6 %) nepokládá za důležité, aby se tato pomoc poskytovala. Jen 8 respondentů (9,9 %) nedovede posoudit, zda je tato pomoc důležitá nebo nikoliv. (viz. Tab. 8 - Důležitost psychosociální krizové intervence na místě MU)

Otázka č. 9 byla zaměřena na zjištění, jak respondenti hodnotí systém poskytování psychosociální krizové intervence o oběti. 16 respondentů (19,8 %) hodnotí systém úplně uspokojivý. 34 respondentů (42 %) hodnotí poskytování psychosociální krizové intervence o oběti částečně uspokojivý, jen 13 respondentů (16 %) tento systém hodnotí neuspokojivě. A 18 respondentů (22,2 %) nedovede posoudit. (viz. Tab. 9 - Hodnocení systému poskytování psychosociální krizové intervence)

Hypotéza č. 2 byla na základě vyhodnocení výsledků potvrzena.

HYPOTÉZA 3 *Předpokládáme, že minimálně 25 % respondentů využije po psychicky náročné mimořádné události v rámci Systému psychosociální intervenční služby, službu krizového intervanta, Peera či psychologa.*

K hypotéze č. 3 patřily otázky č. 15,16,17.

Otázka č. 15 se dotýkala informovanosti respondentů o možnosti využití služby Peer či prostřednictvím psychologa po náročné mimořádné události. 56 respondentů

(69,2 %) bylo informováno o využívání služby Peer nebo pomoci psychologa. 13 respondentů (16 %) neví, zda je tato služba poskytována na jejich pracovišti. Pouze 7 respondentů (8,6 %) nebylo obeznámeno o možnostech využití této služby a 6,2 % se na tuto otázku nechtělo vyjádřit. (viz. Tab. 15 - Informovanost o využití službu Peer či pomoc prostřednictvím psychologa)

Otázka č. 16 byla zaměřena na zjištění, jestli respondenti sami využili službu Peer, nebo psychologa. Více jak polovina respondentů 64,2 % odpověděla, že službu Peer nebo psychologa nevyužila. 16 respondentů (19,8 %) se k této otázce nechtělo vyjádřit. Pouhých 13 respondentů (16 %) využilo službu Peer nebo psychologa. (viz. Tab. 16 - Využití službu Peer či psychologa)

Otázka č. 17 byla zaměřena na zjištění, pokud respondenti využili službu Peer nebo psychologa, zda byla pro ně tato pomoc blahodárná. 52 respondentů (64,2 %) se na tuto otázku nechtělo vyjádřit, pro 17 respondentů (21 %) služba Peer nebo psycholog nebyla blahodárná. Pro pouhých 7 respondentů (8,6 %) byla tato pomoc blahodárná a 5 respondentům (6,2 %) služba Peer nebo psycholog pomohla, ale pomalu. (viz. Tab. 17 - Účinnost služby Peer či psychologa)

Hypotéza č. 3 byla na základě vyhodnocení výsledků nepotvrzena.

HYPOTÉZA 4 *Předpokládáme, že u více jak 50 % respondentů se vrací vzpomínky z vykonané práce při mimořádné události.*

K hypotéze č. 4 patřila otázka č. 13.

Otázka č. 13 byla zaměřena na zjištění, zda se respondentům vrací vzpomínky z vykonané práce při mimořádných událostech. 46 respondentů (56,8 %) se vrací vzpomínky z vykonané práce. Zjistili jsme, že 26 respondentům (32,1 %) se vzpomínky nevrací. Pouze 9 (11,1 %) se k této otázce nechtělo vyjádřit. (viz. Tab. 13 - Vzpomínky z vykonané práce při mimořádné události)

Hypotéza č. 4 byla na základě vyhodnocení výsledků potvrzena.

8 DISKUZE

V praktické části této práce jsme se orientovali na zjištění, během kterých mimořádných událostí se nejčastěji poskytuje psychosociální krizová intervence. Zajímalo nás, zda pokládají za důležité, aby se na místě MU obětem poskytovala psychosociální krizová intervence, a jak tento systém hodnotí. Současně jsme se tázali, jestli se jim vrací vzpomínky z vykonané práce, v případě že ano, zda v rámci Systému psychosociální intervenční služby, službu krizového intervenanta, Peera či psychologa.

Nyní se budeme zabývat vyhodnocením výzkumné části a současně provádět komparaci s různými pracemi nebo odbornou literaturou, které jsou založeny na výzkumném šetření podobné tematické povahy. Pro uskutečnění našeho výzkumu jsme využili anonymní nestandardizovaný dotazník své konstrukce, který zahrnoval uzavřené a polootevřené odpovědi.

Výzkum byl zaměřen na pracovníky Zdravotnické záchranné služby České republiky. Celkem jsme získali 81 respondentů. 28,4 % tvořili zaměstnanci s vyšším odborným vzděláním a vysokoškolským vzděláním 1. stupně. Nejvyšší část dotazovaných respondentů (29,5 %) dosahovala věkové hranice 31 - 40 let, druhou kategorií oslovených tvořili zaměstnanci ve věku 18 - 30 let.

Prostřednictvím dotazníku jsme zkoumali pracovní pozici respondentů u Zdravotnické záchranné služby. 48 respondentů (59,3 %) tvořilo skupinu zdravotnických záchranářů, 16 respondentů (19,8 %) tvořilo skupinu řidičů, 13 respondentů (16 %) tvořilo skupinu lékařů a 4 respondenti (4,9 %) byli operátoři. Během dotazování na délku praxe u Zdravotnické záchranné služby nám nejvíce zaměstnanců odpovědělo s délkou do 10 let (29,6 %). Další početnou skupinou byla délka praxe do 5 let (23,5 %). Pozitivním zjištěním bylo, že i přes veškerý nápor stresu a každodenního zasahování u mimořádných událostí 7,4 % dotazovaných pracuje u Zdravotnické záchranné služby déle jak 20 let.

Během výzkumného šetření nás zajímalo, u kterých událostí nejčastěji zaměstnanci poskytují psychosociální krizovou intervenci. Proto jsme v bakalářské práci zpracovali hypotézu, která pojímala tvrzení, že minimálně 25 % respondentů na místě MU poskytuje psychosociální krizovou intervenci u náročných výjezdů (těžké dopravní nehody a úrazy, resuscitace, záchrana dítěte). Na základě vyhodnocení výsledků se nám tato hypotéza potvrdila. 53 respondentů (65,4 %) odpovědělo, že

nejčastěji psychosociální krizovou intervencí poskytují u náročných výjezdů - dopravní nehoda s poraněním, resuscitace a záchrana dětí. Nejméně respondentů 18 (22,2 %) poskytuje psychosociální krizovou intervencí u vlastních dopravních neštěstí, které se stanou během služby. Levá (2015) se ve svém výzkumném šetření zaměřila na druh události, která je pro zaměstnance při poskytování intervence nejvíce psychicky náročná. Podle jejich výsledků je pro 11 respondentů (3,85%) nejvíce psychicky náročné traumatické úmrtí dítěte. Další, kdo se ve svém výzkumném šetření zajímal o nejčastější setkávanou událost, byla Koutná (2015). Ta zjistila, že 61 respondentů (35 %) se nejčastěji setkává s hromadnou dopravní nehodou. Vladyková (2010) se ve své práci zajímá, v jakých událostí by respondenti eventuálně využili psychologické anebo psychosociální pomoci. 19 % respondentů by využilo této pomoci u náročných výjezdů. Podle Šeblové a Kebzy (2005) je pro pracovníky pomáhajících profesí nejvíce zátěžovými stresory úmrtí nebo resuscitace dítěte a mladých osob, těžké dopravní nehody a úrazy, velké pracovní nasazení i poměry na pracovišti.

Také nás zajímalo, zda pracovníci ZZS pokládají za důležité poskytování psychosociální krizové intervence na místě mimořádné události. Proto jsme v bakalářské práci zpracovali hypotézu, která pojímala tvrzení, že více jak 75 % respondentů pokládá za důležité, aby se na místě MU obětí poskytovala psychosociální krizová intervence. Na základě vyhodnocení výsledků se nám tato hypotéza potvrdila. 76,5 % pokládá za důležité, aby se tato pomoc poskytovala osobám nacházejícím se na místě MU. Jen 13,6 % nepokládá za důležité, aby se psychosociální krizová intervence poskytovala na místě MU. Tuto problematiku popisuje i Žalud (2015), který během výzkumného šetření, zda je důležité poskytovat psychosociální krizovou intervencí na místě MU, zjistil, že 87,5 % respondentů pokládá za důležité poskytovat tuto pomoc osobám na místě MU, což je v souladu s výsledky našeho šetření. Štoll (2011) uvádí, že převážná část respondentů považuje za velice důležité, aby se na místě události poskytovala psychosociální krizová intervence. Z našeho výzkumného šetření také vyplývá, že 42 % respondentů tento systém hodnotí jako částečně uspokojivý. 16 % z dotazovaných odpovědělo, že tento systém je neuspokojivý. To nám dává signál se nad tím pozastavit a zamyslet se nad jeho kvalitou. Autorka Steibová (2002) uvádí, že osoby, které zasáhla MU, podléhají velkému rozrušení. Nevěří výrokům, že zaměstnanci složek IZS a osoby pohybující se na místě události jim věnují pozornost a jsou schopni se vcítit do jejich pocitů a ochotni

jim pomoci. Z toho plyne, že zaměstnanci složek IZS musí během poskytování psychosociální krizové intervence být empatictí. Takovým to přístupem je možné dosáhnout efektivnějšího zdolání MU. Podle Humpla (2013) členové IZS neustále upozorňují na fakt, že je nutné zaopatřit duševní, kulturní i společenské potřeby, jak u osob zasažených MU tak i u zasahujících složek IZS. Nejenom poskytování psychosociální pomoci, ale i komunikace a sdělení informací zasaženým osobám je velmi důležité. O tom se přesvědčili Kikuchi and Kikuchi (2012). Ty prezentují, že včasné předání informací směřuje ke snížení akutní stresové reakce, která nastává u osob zasažených MU.

Jednou z hypotéz také bylo, že minimálně 25 % respondentů využije po psychicky náročné mimořádné události v rámci Systému psychosociální intervenční služby, službu krizového interventy, Peera či psychologa. Na základě vyhodnocení výsledků se nám tato hypotéza překvapivě nepotvrdila. Více jak polovina respondentů 64,2 % odpověděla, že službu Peer nebo psychologa nevyužila. Je třeba tedy podotknout, že používání Peer pomoci krizovými interventy, nebo psychologa po psychicky náročných mimořádných událostí není nejvyužívanějším způsob. Podobnou problematikou se zabývala i Sittová (2012). Ta zjišťovala, jakou metodou se vyrovnávají zaměstnanci ZZS se symptomy stresu. Největší zastoupení respondentů jak se vyrovnávají se stresem, měla metoda pomocí rodiny, komunikace s blízkými a přáteli, nebo sportovní činnost, před užitím pomoci Peer. Koutná (2015) ve své práci uvádí, že 73 % respondentů se vyrovnává s mimořádnou událostí prostřednictvím svých kolegů. Oproti tomu odbornou pomoc žádný z respondentů nevyužívá. Na to navazuje Vaňásková (2014), která se ve své práci zabývala, kolik respondentů využije služby Peer, nebo psychologa po náročné mimořádné události. Z 88 % situací nebyla služba Peer pomoc, nebo psycholog využita. Podle Sperlingové (2013), která na základě svého výzkumného šetření prezentuje, že 27 % dotazovaných by službu Peer, či psychologa nevyužilo. Autorka to bere jako vznikající pochybování v Peer pomoci, ale současně poukazuje na vzrůstající psychickou houževnatost zasahujících složek IZS proti každodennímu psychickému napětí.

Poslední hypotéza, kterou jsme si stanovili v této práci, byla zaměřena, že u více jak 50 % respondentů se vrací vzpomínky z vykonané práce při mimořádné události. Na základě vyhodnocení výsledků se nám tato hypotéza potvrdila. 46 respondentů (56,8 %) se vrací vzpomínky z vykonané práce. Zjistili jsme, že 26 respondentům (32,1 %) se

vzpomínky nevrací. Jestli se pracovníkům pomáhajících profesí vrací vzpomínky z vykonané práce, během které jsou vystavovány stresovým situacím a častokrát se dostávají do života ohrožujících situací, zapříčiňuje posttraumatická stresová porucha. Tento fakt uvádí Synek (2014), který během výzkumného šetření zjistil, že 40 % respondentů častokrát myslí na své problémy v zaměstnání při trávení volného času. Podle Měrtlové (2011) 45 % respondentů se potkalo se situacemi, které je dlouhodobě trápily, a nebyli schopni se s nimi vyrovnat. Jako hlavní příčinu uvádí výjezd k mrtvému dítěti, ke smrti mladých osob během vážných dopravních nehod a nezdařených resuscitací. Jeden z respondentů odpověděl, že pro něj nejtěžší situace, s kterou se musel vyrovnat, byla smrt jeho kolegy během nehody sanitního vozu. Obdobně se vyjádřila Mašková (2014), která se zajímala, zda respondenti mimo výkon služby opětovně myslí na práci. Z výsledkového šetření zjistila, že 35,7 % se spíše ano vrací vzpomínky na vykonanou práci. Pouhých 7,1 % odpovědělo, že se jim vzpomínky nevrací. Elfmarková (2012) uvádí, že převážná část pracovníků Hasičského záchranného sboru se kladně smiřují s tísnivými situacemi, během kterých je obvykle v sázce život, protože to berou jako součást svého zaměstnání. Vzpomínky na vykonanou práci se mohou odrážet například v problémech spánku nebo v únavě. Tento fakt uvádí Jirišta (2012), která zjistil, že 7,6 % respondentů trpí poruchou spánku a 33,7 % respondentů trpí poruchou spánku pouze občas. Autorka Dimunová (2009) prezentuje, že během roku 2007 na Slovensku se uskutečnilo zkoumání zdravotních sester pracujících ve zdravotnickém zařízení. Z výsledků zřetelně vyplývá, že velké procento respondentů prožívá syndrom vyhoření velkého stupně.

9 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala oblastí psychosociální krizové intervence, kterou poskytují vyškolení krizoví intervenenti obětem zasažených mimořádnou událostí z řad Zdravotnické záchranné služby, včetně komunikace a možných dopadů na psychický stav interventů. Tato odborná pomoc je často ignorována a dosud byla prováděna jen Hasičským záchranným sborem České republiky a Policií České republiky, které disponují psychology i krizovými intervenenty. Několikrát jsme se zmínili v této práci, že na mimořádnou událost každý jedinec reaguje odlišně. Událost způsobuje plno emocí, zážitků, nových a dosud neznámých situací, které se odráží v psychickém stavu oběti i krizových interventů. To ovšem ztěžuje jejich výkon a poskytování kvalitní péče. Proto je nezbytná důkladná příprava, studium odborné literatury a samozřejmě prakticky zaměřených kurzů pro zvládnání psychicky náročných situací a poskytování odborné pomoci. Tím se nám otvírá prostor do budoucna pro zdokonalení poskytování psychosociální krizové intervence.

V teoretické části práce jsme definovali pojmy dotýkající se krize, psychosociální krizové intervence a krizové komunikace. Pozornost jsme věnovali především kapitole psychosociální krizové intervenci, která se zabývala nejen cíli, rozdělením a možnými formami intervence, ale i krizovými intervenenty, specifitami a dovednostmi jejich činnosti. Dále jsme se věnovali náležitým postupům komunikace s lidmi na místě události.

Praktická část práce byla postavena na zjištěných zkušenostech, úsudcích a postojích krizových interventů ze Zdravotnické záchranné služby, kteří se setkávají s mimořádnými událostmi, u kterých je potřeba poskytnout psychickou pomoc obětem a mohou tedy své pocity a poskytování této pomoci zpětně zhodnotit. Výsledky jsme posléze vypracovali do shrnujících tabulek i grafů. Vymezili jsme si čtyři cíle práce a zpracovali hypotézy.

Z výzkumného šetření, které jsme prováděli pomocí dotazníku, jsme zjistili, že krizoví intervenenti nejčastěji poskytují psychosociální krizovou intervenci u náročných výjezdů, jako jsou dopravní nehody s poraněním, resuscitace a záchrana dětí. Z většiny odpovědí dotazovaných jsme shledali, že je důležité, aby se tato pomoc poskytovala obětem na místě události, i přesto že převážná část interventů pokládá nynější systém za dostačující. Co pro nás bylo překvapující, že intervenenti po náročných výjezdech

minimálně využívají službu krizového intervenanta, Peera či psychologa, i když se jim vrací vzpomínky z vykonané práce. Na závěr můžeme říci, že poskytování psychosociální krizové intervence musí být prováděno s lidskostí a není možné ji kvalitně poskytovat bez důkladné přípravy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDRŠOVÁ, A.. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 120 s. ISBN 978-80-247-4119-2.

BAŠTECKÁ, B. *Terénní krizová práce*. Praha: Grada Publishing, 2005, 300 s., ISBN 80-247-0708-X

BREČKA, T. A. *Psychologie katastrof: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009, 119 s. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-330-1.

BURKE et al., *Psychological first aid: An Australian Guide*. Australian Psychological Society nad Australian Red Cross, 2009, ISBN: 978-0-909896-00.

COOMBS, W., HOLLADAY, S. J. *The handbook of crisis communication*. Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2010, 737 p. ISBN 1405194413.

ČÍRTKOVÁ, L., VITOUŠOVÁ, P. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2014-2.

DIMUNOVÁ, L. Výskyt syndromu vyhoření u sester na Slovensku. In. *Sestra*. 2009, č. 5. DOI: 1210-0404.

ELFMARKOVÁ, N. *Analýza pracovní spokojenosti a strategií zvládnání zátěže u příslušníků Hasičského záchranného sboru ČR*. Brno: Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Psychologický ústav, 2012. Vedoucí diplomové práce: PhDr. Iva Burešová.

FISCHER, O., MILFAIT, R. *Etika pro sociální práci*. 2. vyd. Praha: Jabok, 2010, 223 s. ISBN 978-80-904137-8-8

FORETNÍKOVÁ, K. *Sociální pedagog jako pracovník krizové pomoci a intervence*. Brno, 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Tomáš Čech, Ph.D.

FOUSKOVÁ, J. a kol. ZZS SčK, *Systém psychosociální intervenční služby z pohledu operačního řízení*, In *Sborník kongres Operační řízení 2014*. ISBN 978-80-904017-1-6

- HADROUSKOVA, A. *Komunikace s pacienty v krizových stavech*. Olomouc, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce doc. PhDr. J. Kutnohorská, CSc.
- HANUŠ, P., HELLEBRANDOVÁ, K. *Krizová intervence*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 24 s. ISBN 80-86991-84-9.
- HOSKOVCOVÁ, S. *Psychosociální intervence*, ed. 1. vyd. Praha Karolinum, 2009, 184 s., ISBN 978-80-246-1626-1
- HUMPL, L., PROKOP, J., TOBIÁŠOVÁ, A. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 134 s. ISBN 978-80-7013-562-4
- CHALUPA, R. *Efektivní krizová komunikace: pro všechny manažery a PR specialisty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 169 s. Komunikace (Grada). ISBN 978-80-247-4234-2.
- JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-86991-74-1.
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
- KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
- KIKUCHI, S., KIKUCHI, T. *The medical association activity and pediatric care after earthquake disaster in Fukushima*. Keio J Med 2012; 61:23-7.
- KOUTNÁ, E., *Vplyv mimoriadnej udalosti na psychiku zasahujúceho človeka*. Kladno, 2015. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce doc. PaedDr. ThDr. Monika Zaviš PhD.
- LEVÁ, J., *Psychosociální intervence, poskytovaná Zdravotnickou záchrannou službou*. Kladno, 2015. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MAŠKOVÁ, M., *Aspekty psychické zátěže při mimořádných událostech u členů pomáhajících profesí*. Kladno, 2014. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

MĚRTLOVÁ, T. *Psychika zdravotníků na záchranné službě*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, Katedra zdravotnických studií, 2011. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Mgr. Jana Číhalová.

MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.

POKORNÝ, J., *Manuál krizového intervanta*. Jihlava: OPS KŘP kraje Vysočina, 2010

POSPÍŠIL, M. *Řešení konfliktů a stresů: manipulace v komunikaci, aneb, jak lépe řešit konflikty, stresy, žít šťastně a odpovědně, posílit svou důstojnost a sebevědomí*. 1. vyd. Plzeň: M. Pospíšil, 2007, 306 s. ISBN 978-80-903529-1-9.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

SALÁTOVÁ, R. *Komunikace s veřejností v době krizové situace*. České Budějovice, 2008. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Ing. J. Horák.

SITTOVÁ, S. *Možnosti psychologické intervence u lékařů a nelékařů zdravotnických záchranných služeb*, Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce MUDr. Pavel Hrdlička

SNIDER et al, *Psychological first aid: guide for field workers*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013, 57 s., ISBN 978 92 4 154861 8.

SPERLINGOVÁ, P. *Posttraumatická intervenční péče u záchranářů hasičského záchranného sboru*. Univerzita Palackého v Olomouci. 2013. Diplomová práce. Vedoucí práce Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

STEIB, P. A. *Communication in Risk Situations, responding to the communication challenges posed by bioterrorism and emerging infectious diseases*. Association of State and Territorial Health Officials 2002.

STOCK, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 103 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

SYNEK, A. *Duševní hygiena po náročném zásahu u složek IZS*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Teologická fakulta, 2014. Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ing. Marie Lhotová, Ph.D

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

ŠTOLL, J. *Policie ČR a akutní krizová intervence u obětí trestné činnosti páchané v silniční dopravě*. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Brno. 2011. Vedoucí práce Mgr. Petr Soják, Ph.D.

VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 184 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

VAŇÁSKOVÁ, P. *Psychosociální péče při mimořádných událostech*. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

VLADYKOVÁ, I. *Psychosociální intervence pro pracovníky Zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje*. Zlín, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce prof. PhDr. Vladimír Švec, CSc.

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

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

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

ŽALUD, J., *Psychologická pomoc poskytována členům složek IZS při mimořádných událostech*. Kladno, 2015. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

Legislativa

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Časopis

STIBALOVÁ, K. Co je to Burnout syndrom in Sociální služby. In *Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky*, Tábor, 2010, roč. 12, č. 10. str. 37. ISSN 1803-7348.

ŠEBLOVÁ, J.; KEBZA, V. Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie. In *Urgentní medicína*. 2005, roč. 8, č. 1. str. 27–29 ISSN 1212-1924.

Elektronické zdroje

BRYMER et al, Psychological first aid Field Operations Guide [online]. 2005, [cit. 2016-01-18]. Dostupné z: http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/pfa/PFA9-6-05Final.pdf.

NCONZO. Kurz: Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům. Strategie zvládání psychicky náročných profesních situací [online]. 2001, [cit. 2016-01-18]. Dostupné z: http://elearning.nconzo.cz/download/nva/NVA_2016.pdf

NCONZO. Kurz: První psychologická pomoc ve zdravotnictví [online]. 2001, [cit. 2016-01-18]. Dostupné z: http://elearning.nconzo.cz/download/nva/NVA_2016.pdf

MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB: dostupné z:<http://www.paventia.cz/sluzby/dobrovolnictvi-/bio-psycho-socialni-potreby-ditete/teorie-o-hierarchie-potreb/>[cit. 2015-12-24].

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AČR - Armáda České republiky

ASR - Akutní stresová situace

CISM - Critical incident stress management

HZS - Hasičský záchranný sbor

IZS - Integrovaný záchranný systém

KS - Krizová situace

LD - Linky důvěry

MKN-10 - Mezinárodní klasifikace nemocí

MU - Mimořádná událost

NCONZO - Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

PPP - První psychologická pomoc

PTSD - Posttraumatická stresová porucha

SPIS - Systém psychosociální intervenční služby

ZZS - Zdravotnická záchranná služba

ZZS SčK - Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje

SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

<i>Tab. 1 - Věk respondentů</i>	38
<i>Tab. 2 - Pohlaví respondentů.....</i>	39
<i>Tab. 3 - Nejvýše dosažené vzdělání respondentů.....</i>	40
<i>Tab. 4 - Místo zaměstnání.....</i>	41
<i>Tab. 5 - Pracovní postavení u ZZS</i>	42
<i>Tab. 6 - Délka praxe respondentů</i>	43
<i>Tab. 7 - Důležitost druhů psychosociální krizové intervence</i>	45
<i>Tab. 8 - Důležitost psychosociální krizové intervence na místě MU</i>	46
<i>Tab. 9 - Hodnocení systému poskytování psychosociální krizové intervence.....</i>	47
<i>Tab. 10 - Frekvence poskytování krizové intervence</i>	48
<i>Tab. 11 - Nejčastější poskytování psychosociální krizové intervence</i>	49
<i>Tab. 12 - Pocitové změny.....</i>	51
<i>Tab. 13 - Vzpomínky z vykonané práce při mimořádné události</i>	52
<i>Tab. 14 - Kdo nejčastěji pomáhá k vyrovnání se s psychickou zátěží</i>	53
<i>Tab. 15 - Informovanost o využití službu Peer či pomoc prostřednictvím psychologa ..</i>	54
<i>Tab. 16 - Využití službu Peer či psychologa</i>	55
<i>Tab. 17 - Účinnost služby Peer či psychologa.....</i>	56
<i>Tab. 18 - Vyrovnávání s následky mimořádné události.....</i>	57

SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

<i>Graf 1 - Věk respondentů</i>	39
<i>Graf 2 - Pohlaví respondentů</i>	40
<i>Graf 3 - Nejvýše dosažené vzdělání respondentů</i>	41
<i>Graf 4 - Místo zaměstnání</i>	42
<i>Graf 5 - Pracovní postavení u ZZS</i>	43
<i>Graf 6 - Délka praxe respondentů</i>	44
<i>Graf 7 - Důležitost druhů psychosociální krizové intervence</i>	45
<i>Graf 8 - Důležitost psychosociální krizové intervence na místě MU</i>	46
<i>Graf 9 - Hodnocení systému poskytování psychosociální krizové intervence</i>	47
<i>Graf 10 - Frekvence poskytování krizové intervence</i>	48
<i>Graf 11 - Nejčastější poskytování psychosociální krizové intervence</i>	50
<i>Graf 12 - Pocitové změny</i>	51
<i>Graf 13 - Vzpomínky z vykonané práce při mimořádné události</i>	52
<i>Graf 14 - Kdo nejčastěji pomáhá k vyrovnání se s psychickou zátěží</i>	53
<i>Graf 15 - Informovanost o využití službu Peer či pomoc prostřednictvím psychologa</i> ..	54
<i>Graf 16 - Využití službu Peer či psychologa</i>	55
<i>Graf 17 - Účinnost služby Peer či psychologa</i>	56
<i>Graf 18 - Vyrovnávání s následky mimořádné události</i>	57

SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Maslowova pyramida potřeb (zdroj: www.paventia.cz)..... 18

SEZNAM POUŽITÝCH PŘÍLOH

<i>Příloha 1 - Dotazník</i>	<i>77</i>
-----------------------------------	-----------

Příloha 1 - Dotazník

Dovoluji si Vás oslovit a požádat o spolupráci ve formě vyplnění anonymního nestandardizovaného dotazníku. Tento dotazník bude nedílnou součástí bakalářské práce v rámci ukončení mého bakalářského studia v oboru Plánování a řízení krizových situací na Českém vysokém učení technickém v Praze.

Prosím, abyste označili křížkem takovou odpověď, jenž je nejlépe shodná s Vaším názorem. V dotazníku jsou i otázky, u kterých může být označeno více odpovědí. Zda není uvedeno jinak, jinak, jinde apod., označte prosím jen jednu Vámi vybranou odpověď, nebo krátce odpovězte.

Dotazník je naprosto anonymní a bude posluhovat pouze pro účel mé bakalářské práce.

Děkuji za Váš čas a spolupráci

Michaela Lodinská

1. Uveďte Váš věk?

- 18 - 30 let
- 31 - 40 let
- 41 - 50 let
- 51 - 60 let
- jiný, uveďte jaký.....

2. Uveďte své pohlaví?

- žena
- muž

3. Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné vzdělání
- vysokoškolské vzdělání 1. stupně
- vysokoškolské vzdělání 2. stupně

4. Ve kterém kraji se nachází Vaše zaměstnání?

- Praha
- Středočeský kraj
- Moravskoslezský kraj
- jiný, uveďte jaký.....

5. Vaše pracovní postavení u ZZS?

- řidič
- operátor
- lékař
- zdravotnický záchranář

6. Jak dlouho pracujete u ZZS?

- do 5 let
- do 10 let
- do 15 let
- do 20 let
- více, uveďte kolik.....

7. Jaký druh psychosociální krizové intervence pokládáte při práci na ZZS za důležitější?

- ochranný (např. vzdělávání se v odvětví stresu, učení se novému životnímu stylu)
 - přímý (po vyčerpávajících výjezdech, např. první psychická pomoc, defusing)
 - následující (při posttraumatické stresové poruše, akutním stresu, např. psychologické poradenství)
 - všechny jsou důležité
 - ani jedna není důležitá
 - jiná forma,
- uved'te prosím jaká.....

8. Pokládáte za důležité, aby se na místě MU poskytovala psychosociální krizová intervence vyškoleným pracovníkem zasaženým osobám, rodinám obětí?

- ano
- ne
- nedovedu posoudit

9. Jak hodnotíte systém poskytování psychosociální krizové intervence osobám zasažených mimořádnou událostí v ČR?

- plně uspokojivý
- částečně uspokojivý
- neuspokojivý
- nedovedu posoudit

10. Kolikrát jste při výkonu svého povolání poskytl/a krizovou intervenci?

- 0
- 1 - 20
- 21 - 50
- 50 – 70
- více, uveďte kolik.....

11. U kterých událostí – z níže uvedených poskytujete psychosociální krizovou intervenci nejčastěji? (Možno označit více odpovědí)

- mimořádná událost – katastrofa, masové neštěstí
- náročný výjezd – dopravní nehoda s poraněním, resuscitace, záchrana dětí
- výjezd u kolegy, člena rodiny, přítele
- vlastní dopravní neštěstí během služby
- napadení, poranění během služby
- zranění pacienta, či poranění dalšího člena silničního provozu
- v situaci nepříznivých poměrů na pracovišti
- při dojmu únavy z výkonu práce, neúspěchu, vyhoření
- jiné, uveďte jaké.....

12. Všimli jste si, že by u Vás došlo po zásahu ke změnám v některé rovině Vaší osobnosti? (Možno označit více odpovědí)

- fyzické změny (bolest hlavy, nevolnost)
- psychické změny (úzkost, poruchy spánku)
- změny v chování (špatná koncentrace, nervozita)

jiné, uveďte jaké.....

nepocítuji žádné změny

13. Vrací se Vám vzpomínky z vykonané práce při mimořádné události?

ano

ne

nechci se vyjádřit

14. Kdo Vám nejčastěji pomáhá vyrovnat se s psychickou zátěží po mimořádných událostech? (Možno označit více odpovědí)

rodinní příslušníci

přátelé

kolegové

odborná pomoc

jiný, uveďte jaký

nedokážu se vyrovnat

nechci se vyjádřit

15. Byli jste srozuměni s tím, že můžete po psychicky obtížných výjezdech, využít službu Peer či pomoc prostřednictvím psychologa?

ano

ne

nevím, zda tato služba je poskytována na mém pracovišti

nechci se vyjádřit

16. Potřebovali jste někdy Vy sami službu Peer či psychologa?

- ano
- ne
- nechci se vyjádřit

17. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli „ano“, myslíte si, že byla pro Vás tato pomoc blahodárná? Pomohla Vám?

- ano
- pomáhá, ale pomalu
- ne
- nechci se vyjádřit

18. Jak dlouho se vyrovnáváte s následky mimořádné události?

- několik minut
- několik hodin
- několik dní
- několik týdnů/měsíců
- neumím se vyrovnat