



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE
FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

**POSTTRAUMATICKÁ INTERVENČNÍ PÉČE U
ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ
ZÁCHRANNÉ SLUŽBY STŘEDOČESKÉHO
KRAJE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: Ochrana obyvatelstva
Studijní obor: Plánování a řízení krizových situací
Autor bakalářské práce: Michaela Veselá, DiS.
Vedoucí práce: MUDr. Jana Šeblová Ph.D.

Kladno 2015

ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra lékařských a humanitních oborů

České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Akademický rok: 2014/2015

Zadání bakalářské práce

Student: **Michaela Veselá, DiS.**
Obor: Plánování a řízení krizových situací
Téma: **Posttraumatická intervenční péče u zdravotnických záchranářů**
Téma anglicky: Posttraumatic intervention care for paramedics Emergency Services for the Central Region of The Czech Republic

Zásady pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude problematika posttraumatické intervenční péče u zdravotnického záchranáře Středočeského kraje.

Teoretická část bude rozdělena na osm na sebe navazujících kapitol. Zaměřena bude především na urgentní medicínu, stres a jeho dopady, akutní stresovou reakci a posttraumatickou stresovou poruchu u pracovníků ZZS. Dále na syndrom vyhoření, krizi a tím spjatou krizovou intervenci včetně intervenčních programů pro pracovníky na ZZS.

V praktické části budou popsány příklady z praxe - kazuistiky z oblasti Středočeského kraje.

Seznam odborné literatury:

- [1] VODÁČKOVÁ, D. , Krizová intervence, ed. 3. vydání, Praha: Portál, 2012, ISBN 978-80-262-0212-7
- [2] ŠPATĚNKOVÁ, Naděžda et al. , Krizová intervence pro praxi, ed. 2. vydání, Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-2624-3
- [3] BAŠTECKÁ, Bohumila, et al., Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy, ed. 1. vydání, Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-0708-X
- [4] MLČÁK, Z. , Emergentní psychologie a krizová intervence, ed. 1. vydání, Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005, ISBN 80-736-8036-X
- [5] HUMPL, L., PROKOP, J., TOBIÁŠOVÁ, A. , První psychická pomoc ve zdravotnictví, ed. 1. vydání, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, ISBN 978-807-0135-624

zadání platné do: 11.09.2016

Vedoucí: MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

vedoucí katedry / pracoviště

I. s.

děkan

V Kladně dne 23.02.2015

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem **Posttraumatická intervenční péče u zdravotnických záchranářů záchranné služby Středočeského kraje** 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.

V Kladně, dne 28. dubna 2015

Michaela Veselá, DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala MUDr. Janě Šeblové Ph.D. za pomoc odborné vedení mé bakalářské práce. Zároveň i všem pracovníkům Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje v Kladně, kteří mi vytvořili podmínky pro její zpracování.

ABSTRAKT

Název mé bakalářské práce je „*Posttraumatická intervenční péče zdravotnického záchranáře Středočeského kraje*“. Práce je členěna na dvě hlavní části – teoretickou a praktickou.

Teoretická část, která je aplikovaná na Středočeský kraj, je rozdělena do osmi na sebe navazujících kapitol. Zaměřuji se především na urgentní medicínu, stres a jeho dopady, akutní stresovou reakci a posttraumatickou stresovou poruchu u pracovníků ZZS. Dále na syndrom vyhoření, krizi a tím spjatou krizovou intervenci včetně intervenčních programů pro pracovníky na ZZS.

V praktické části se zabývám příklady z praxe- kazuistiky z oblasti Středočeského kraje a diskuzi.

Klíčová slova:

Krizová intervence, stres, krize, kazuistiky, Středočeský kraj

ABSTRACT

The title of my thesis is "The traumatic intervention of paramedic care in Central Bohemia. The work is divided into two main parts - theoretical and practical. The theoretical part, which is applied to the Central Bohemian Region, is divided into eight consecutive chapters. The focus is mainly on emergency medicine, stress and its consequences, acute stress reaction and posttraumatic stress disorder among workers ZZS. Further burnout, crisis and therefore linked crisis intervention, including intervention programs for ZZS workers.

In the practical part deals with examples of practise- case studies from areas of Central Bohemia and discussion.

Keywords:

Crisis intervention, stress , crisis, case reports, Central Bohemian Region

Obsah

1. ÚVOD.....	10
2. SOUČASNÝ STAV	12
2.1. Urgentní medicína.....	12
2.2. Zdravotnická záchranná služba v Středočeském kraji	13
2.3. Zdravotnické operační středisko (ZOS).....	14
2.4. Výjezdové skupiny a jejich využití	16
2.5. Zátěžové situace a stres u profese zdravotnického záchranáře (osobnost záchranáře).....	17
2.6. Napadení posádky ZZS	18
3. CÍL PRÁCE.....	20
4. METODIKA.....	21
5. STRES JEHO DEFINICE A DOPADY.....	22
6. AKUTNÍ STRESOVÁ REAKCE U PRACOVNÍKŮ ZZS.....	28
7. POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA U PRACOVNÍKŮ ZZS.....	30
7.1. Definice posttraumatické stresové poruchy a začátky historie posttraumatické stresové poruchy.....	30
7.2. Charakteristika a diagnostická kritéria posttraumatické stresové poruchy	31
7.3. Příznaky posttraumatické stresové poruchy (dále též jako „PTSD“).....	32
7.4. Výskyt, průběh, důsledky a léčba PTSD.....	34
8. SYNDROM VYHOŘENÍ	36
8.1. Diagnostika syndromu vyhoření	36
8.2. Vývoj syndromu vyhoření.....	37
8.3. Příčiny rozvoje syndromu vyhoření a jeho příznaky	39
8.4. Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření, prevence a léčba syndromu vyhoření.....	40
9. KRIZE	43
9.1. Krize a její fáze – G. Caplan, J. Cullberg, M. J. Horowitz	45
9.2. Typologie krizí	46
10. KRIZOVÁ INTERVENCE	47
10.1. Formy krizové intervence.....	48
10.2. Historie krizové intervence.....	50

11.	PREVENTIVNĚ INTERVENČNÍ PROGRAMY PRO PRACOVNÍKY NA ZZS	52
11.1.	Debriefing, defusing, demobilizace.....	53
11.2.	Podpora na místě události.....	55
12.	KAZUISTIKY A KRIZOVÁ INTERVENCE V PRAXI VE STŘEDOČESKÉM KRAJI.....	56
13.	DISKUZE	69
14.	ZÁVĚR.....	73
	SEZNAM LITERATURY	75
	Publikace:	75
	Internetové zdroje:	78
	SEZNAM TABULEK	80
	SEZNAM GRAFŮ	81
	SEZNAM PŘÍLOH:	82

Seznam použitých zkratek

ARS	Akutní stresová reakce
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
CISM	Critical incident stress management
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
DN	Dopravní nehoda
DSM	Americká psychiatrická klasifikace
FN	Fakultní nemocnice
HZS	Hasičský záchranný sbor
IZS	Integrovaný záchranný systém
JIP	Jednotka intenzivní péče
KI	Krizová intervence
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
MBI	Maslach Burnout Inventory
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MU	Mimořádná událost
MV-GŘ HZS	Ministerstvo vnitra – Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCO NZO- oborů	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
PČR	Policie České republiky
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RV	Rendes-vous systém
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc

SčK	Středočeský kraj
SPIS	Systému psychosociální intervenční služby
TANR-	Telefonické asistované neodkladné resuscitace
TKI	Telefonická krizová intervence
USA	Spojené státy americké
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZS	Záchranná služba
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

1. ÚVOD

„Když jsme my sami nebo naši kolegové v ohrožení, nelze se tvářit, že se nás to netýká....“

MUDr. Jana Šeblová Ph.D.

Dnes a denně dochází k tragédiím, které mohou bez zásahu profesionálů vyústit v další katastrofy. Ve svém zaměstnání se s krizovými situacemi setkávám a mohu tedy i pozorovat výsledky týmu aplikující posttraumatickou intervenční péči.

Každý člen posádky má svoji roli a odpovědnost. V posádce RLP si lékař odpovídá za pacienta a za veškeré léčebné postupy. U posádek RZP celkové vyšetření a zaléčení spadá na zdravotnické záchranáře (léčebné výkony jsou ale v menší míře, než u lékařů). Řidiči, kromě bezpečné a rychlé jízdy, zajišťují zdravotní péči na pokyny lékaře či středního zdravotnického záchranáře. Proto je důležité nejen správné rozdělení kompetencí v posádce, ale též duševní pohoda jedinců ze záchranářského týmu. V nefungujícím týmu nastává nebo se zvyšuje hladina již exitujícího stresu a to se může odrazit i v péči o nemocného či raněného pacienta.

Já sama tuto oblast vykonávám. Uvědomění důležitosti krizové intervence nejen obecně, ale i u pracovníků ZZS bylo hlavní příčinou, proč tématu hodlám věnovat svoji bakalářskou práci.

Při shromažďování materiálů bylo zjevné, že je „krizová intervence“ (definovaná v dnešním slova smyslu) mladou disciplínou. Publikace jsou velmi aktuální. Tento fakt je určitým pozitivem, zároveň však je velmi složité komparovat zkušenosti dřívější s těmi dnešními, když teprve v poslední době se této oblasti dává integrovaná písemná forma.

Má bakalářská práce má být přínosem svoji komplexností a aktuálností a to nejenom ve vztahu k záchranáři a jejich práce, ale i z druhého pohledu, tedy pomoci právě těmto pracovníkům, kteří denně nasazují své životy, aby pomohli nám, našim blízkým a dalším.

Pro vypracování následného textu hodlám čerpat z českých publikací a materiálů od předních odborníků -P. Bartůňka, J. Knora J. Šeblové, J. Štětiny, D. Vondráška,

a dalších. Též však publikace zahraniční např. „*Crisis intervention handbook*“ napsanou Albertem R. Robertsem nebo France Kenneth a jeho publikace „*Crisis intervention: a handbook of immediate person-to-person help*“. K nabytí celistvosti a aktuálnosti využijí i odborné internetové zdroje.

2. SOUČASNÝ STAV

Kapitoly níže věnuji současnému stavu urgentní medicíny a jejím součástí (zdravotnická záchranná služba, zdravotnické operační středisko, výjezdové skupiny a vystavení odborníků stresu). Kapitoly obsahují aplikaci ve Středočeském kraji.

2.1. Urgentní medicína

„Urgentní medicína (medicína neodkladných stavů, akutní medicína) je interdisciplinární medicínský obor, který má řešit náhlé vzniklé stavy poranění nebo onemocnění bezprostředně ohrožující zdraví nebo život postiženého. Tyto stavy mohou být vyvolány jak endogenními, tak exogenními faktory.“ (Štětina et al., Grada, 2014, str. 63)

Jedná se o poměrně mladý medicínský obor i ve světě. Charakterizuje se na diagnostiku neurčitých obtíží pacienta a jeho rychlou stabilizací momentálního stavu. Zaobírá se akutními stavy medicínských oborů a všemi věkovými skupinami (Ptáček et al., Grada, 2011).

V dnešní době se urgentní medicína rozděluje do třech základních pilířů. V první řadě se jedná o přednemocniční péči (zahrnuje všechny výjezdové skupiny zdravotnických záchranných služeb), v druhé řadě nastupuje urgentní nemocniční péče (spolupráce s urgentním příjmem) a jako poslední je sem zařazena i příprava na řešení mimořádných událostí.

Důležitou podstatou pro všechny zdravotníky v oboru urgentní medicíny je výborná znalost, připravenost, dovednost, správná diagnostika všech úrazů a nemocí, které mohou postihnout lidstvo v celém globálu různých psychických a somatických onemocnění. To vše je poté navíc stíženo časovou naléhavou urgencí. V některých případech se jedná o pouhé minuty. Rychlost a pohotovost hraje velmi zásadní roli v kvalitní a adekvátní péči pro všechny občany kdykoliv, kdy to potřebují. Pro celou urgentní medicínu je pak i neméně důležitá hlavně praxe, která se skládá z přednemocniční i nemocniční péče. Úkolem všech zdravotníků a lékařů je kvalitní

a správné zvládnutí různých situací, které jsou pokaždé jiné a občas nás i překvapí (Šeblová et al., Grada, 2013).

2.2. Zdravotnická záchranná služba v Středočeském kraji

Právním předpisem, který aktuálně stanovuje podmínky pro správné fungování zdravotnické záchranné služby je zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, v platném znění. Přijat byl jako jeden z tzv. reformních zdravotnických zákonů s účinností dne 1. 4. 2012. Zákon prošel i speciální právní úpravou na úroveň podzákonného právního předpisu, a to vyhláškou 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě, v platném znění. K tomu také patří obecná úprava obsažená v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění.

Při definování zdravotnické záchranné služby se používá mnoho termínů. Obecně je považována za zdravotní službu, která na základě tísňové výzvy poskytuje přednemocniční neodkladnou péči lidem se závažným postižením zdraví, nebo pokud jsou v přímém ohrožení života (Mach et al., Grada, 2013).

Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje již přes 11 let zajišťuje pro cca 1,3 milionu obyvatel přednemocniční neodkladnou péči. V nepřetržitém provozu je 80 sanitních vozů, které vyjíždějí za pacienty ze 44 výjezdových stanovišť.

V roce 2003 došlo ke sloučení 12 okresních záchranných služeb. Vytyčená cesta byla velmi složitá, avšak nyní je středočeská záchranná služba spolehlivá fungující organizace s nejmodernější technikou a kvalitní péčí.

ZZS spolupracuje také s Asociací Samaritánů ČR a s TransHospital v Řevnici. Tím je vybudována jedna z nejhustších výjezdových stanovišť v České republice. Dále spolupracuje s Leteckou záchrannou službou Hlavního města Prahy a to hlavně při zásazích v terénu u těžkých traumat.

Výjezdové posádky se dělí do tří skupin, na RZP (Rychlá zdravotnická pomoc), RLP (Rychlá lékařská pomoc), RV (Rendes-vous). O vysílání vozidel do terénu za pacienty rozhoduje zdravotní operační středisko, které se řídí indikací a vážností zdravotního stavu pacienta.

Též provozujeme Vodní záchrannou službu ČČK na Vodní nádrži Slapy ve Ždání. Od roku 1999 - 2007 mělo stanoviště k dispozici záchranný člun a posádku RLP. Od roku 2008 je k dispozici člun a posádka RZP. Dále zabezpečujeme Orlik ve složení posádky RZP a záchranného člunu.

Jelikož bývá cesta sanitním vozem při přejezdu okolo vodní plochy mnohdy zdoluhavá a těžko přístupná, je člun mnohem rychlejším řešením při první pomoci pro pacienta a tudíž i velkou výhodou.

Jako jediná zdravotnická záchranná služba v ČR byla zapsána mezi znalecké ústavy s rozsahem znaleckého oprávnění v oboru urgentní medicína a tímto prestižním označením disponuje (<http://www.uszssk.cz/soucasnost-zzs-stredoceskeho-kraje>).

2.3. Zdravotnické operační středisko (ZOS)

Jedna z nejdůležitějších součástí záchranné služby je operační středisko, které můžeme hodnotit jako centrálu. Na centrále se přijímají tísňová volání, která se dále přepojují na posádky záchranné služby. ZOS Středočeského kraje vzniklo v září 2013 postupným slučováním okresních dispečinků a má sídlo v Kladně. Pracuje se zde v nepřetržitém provozu a operátoři se střídají po 12 hodinových službách. Na každé směně slouží 8 operátorů. Za den se zde vyhodnotí přibližně 300 hovorů (<http://www.uszssk.cz/zdravotnicke-operacni-stredisko>).

Všichni operátoři zdravotnických operačních středisek v ČR jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci- sestry pro intenzivní péči nebo zdravotničtí záchranáři se specializovanou působností. Pracují samostatně, bez odborného dohledu (<http://www.uszssk.cz/zdravotnicke-operacni-stredisko>).

Dochází zde k prvnímu kontaktu s člověkem, který potřebuje pomoc buď pro sebe, nebo pro postiženého. Od prvního zavolání na linku 155 přes vyslání posádek až k jejich navigaci na místo události řídí operátor na tísňové lince. Toto povolání je velice náročné. Operátoři jsou pod neustálým psychickým tlakem, jelikož musí správně posoudit a vyhodnotit závažnost situace a zdravotní stav pacienta. Též musí umět poradit, jak poskytnout první pomoc před příjezdem sanitního vozu včetně tzv. TANR (Telefonické asistované neodkladné resuscitace). Zvládají náročné telefonáty s vyděšenými lidmi obávajícími se o své blízké. Důležité je zklidnit rozrušeného svědka

nehody, který není schopen pro psychický stav souvisle říci, kam je nutné poslat sanitní vůz, ani jak vypadá stav pacienta na místě události. Popřípadě kolik zraněných se na místě nachází. Dále telefonáty s agresivními volajícími nejsou mnohdy jednoduché a operátorka musí vyhodnotit i nepravou výzvu, kdy se lidé baví zneužíváním tísňové linky.

Každý hovor, jenž je na linku 155 přijat, je nahráván povinně ze zákona a archivuje se po dobu 5 let. Zpětně lze tedy vyhodnocovat nahrávku jako důkazní materiál pro možnost soudních sporů, znaleckých posudků, zneužití záchranné služby, nebo stížnosti občanů.

Žádná zdravotnická škola nenaučí operátory schopnost sociální a psychologické komunikace. Řídí se pouze svými zkušenostmi, instinktem a intuicí. Všichni absolvují specializované kurzy a přednášky, které by je teoreticky měly připravit k řešení těchto hovorů (<http://www.uszssk.cz/zdravotnicke-operacni-stredisko>).

Zaměstnanci dispečinku záchranné služby musí denně samostatně a aktivně řešit spoustu psychicky náročných úkolů. Přesto je právě práce na dispečinku vnímána za méně náročnou, než mají kolegové v terénu. I přesto, že v poslední době se pohled na práci operátorů zlepšuje, tak se stále místy, bohužel, zaměstnání v operačním středisku považuje jako za trest. Vnímají jej jako zařízení pro záchranáře, kteří již nestačí na práci v terénu. Mezi faktory působící na pozitivní změnu vnímání lze považovat i uvědomění náročnosti povolání. Se vznikem slučování dispečinků došlo k nárůstu práce, zvětšila se zátěž, je nutné rychlé rozhodování a další. Trvalou součástí operátorů je bohužel stres. S tím se setkávají pokaždé, když zvednou sluchátko. Příčinou je asi přesné a nevratné rozhodnutí a i občasný pocit bezmoci (Vilášek et al., Karolinum, 2014).

Od roku 2009 je v provozu na operačním středisku první zdravotnická poradenská služba v ČR- Call centrum. Jedná se o první doplňkovou službu pro veřejnost, která funguje při zdravotních problémech. Služba je k dispozici 24 hodin. Volání na linku je zdarma. Operátorka zde funguje jako poradkyně při dotazech ohledně zdraví. Doporučí návštěvu pohotovosti (odborného lékaře), poradí při podávání léků, popřípadě pohovoří s člověkem, který chce jen třeba informaci, kde je otevřena nejbližší lékárna. Uleví se tak tísňové lince 155 a zároveň pomůže lidem, kteří potřebují poradit. Komunikovat lze telefonicky přímo s operátorkou nebo přes email. Elektronická varianta je velkým přínosem pro neslyšící nebo pro osoby s komunikačním blokem. Call centrum přijme za měsíc přibližně 500 hovorů (<http://www.uszssk.cz/proverejnost/call-centrum/100-call-centrum1>).

2.4. Výjezdové skupiny a jejich využití

Výjezdové skupiny se rozlišují podle typu posádek a povahy při zásahu činností v místě události. Při výjezdech se posádky společně setkávají například s vozem RV. Výhodou je větší přemístitelnost, a to především lékaře (Mach et al., Grada, 2013).

O poslání výjezdových skupin rozhoduje zdravotnické operační středisko. Hlavním úkolem všech posádek je poskytnout odbornou neodkladnou přednemocniční péči od příjezdu na místo události, provedení všech možných lékařských výkonů, až po předání do nemocničního zařízení. Výjezd vozů od přijetí výzvy nesmí být delší než 2 minuty. Systém rozdělení posádek (hlavně v umístění) je dáno tak, aby dojezdový čas na místo zásahu byl maximálně do 20 minut od přijetí výzvy. Důležitá je hlavně neustálá komunikace jak mezi posádkou, tak i s operačním střediskem. Musí být přesně stanovené kompetence (Vilášek et al., Karolinum, 2014).

Výjezdové skupiny ve Středočeském kraji se rozdělují na:

- RLP (Rychlá lékařská pomoc) - posádku vozu tvoří lékař, zdravotní sestra a řidič – záchranář;
- RZP (Rychlá zdravotnická pomoc) – posádku vozu tvoří diplomovaná zdravotní sestra a řidič – záchranář;
- RV (Rendez – vous), kterou tvoří lékař a řidič – záchranář (<http://www.uszssk.cz/o-nas/soucasnost>).

V týmu posádek RLP a RV je lékař, který určuje postupy práce, stanovuje diagnosticko- terapeutické úkony, komunikuje s posádkou a určuje, jak bude zásah postupovat dále. V případě příjezdu na místo mimořádné události se stává automaticky velitelem zásahu. Indikací k výjezdu jsou život ohrožující stavy (infarkt myokardu, těžké dopravní nehody, střelná poranění, popáleniny...).

V posádce RZP se naopak stává vedoucím týmu zdravotnický záchranář, který vede zásah a rozhoduje o postupu léčby. Záchranáři fungují tedy v obou rolích, jak vedoucí, tak i podřízený vůči lékařům (Ptáček et al., Grada, 2011). Pro činnost posádky RZP musí mít záchranář nebo sestra způsobilost k výkonu povolání a to bez odborného dohledu. Kompetence zdravotnických záchranářů jako nelékařský obor je daná vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v § 17 a 109 (Remeš et al., Grada, 2013).

Řidič- záchranář se řídí na místě zásahu pokyny lékaře nebo nelékařského zdravotnického pracovníka. Je hlavně zodpovědný za rychlou a bezpečnou jízdu a předání tak pacienta do zdravotnického zařízení.

2.5. Zátěžové situace a stres u profese zdravotnického záchranáře (osobnost záchranáře)

Práce v záchranné službě je náročná, zodpovědná a často stresující. Ve srovnání s jiným zaměstnáním jsou zde na denním pořádku kritické události (vážné úrazy, dopravní nehody, neúrazové stavy apod.). Záchranáři nesou riziko vlastního ohrožení zdraví. Situace vyžadují rychlé rozhodování, schopnost komunikace se všemi vrstvami společnosti. K tomu je zapotřebí velká trpělivost a míra empatie. Z tohoto důvodu se předpokládá, že odolnost záchranářů při jejich výkonu práce je vždy na profesionální úrovni. Záchranáři jsou vzhledem k nabytým zkušenostem a výcvikům skutečně psychicky odolnější jedinci, ale nesmíme zapomínat, že i oni jsou lidé. Kritické události mohou vnímat velice emočně. Někdy právě pro potlačení jejich citů může nastat psychické či somatické poruchy zdraví záchranáře.

Jedním z největších stresorů pro záchranáře při výkonu povolání je záchrana vlastní rodiny a jejich příbuzných, traumatická smrt dítěte, smrt nebo závažné zranění kolegy během služby, sebevražda kolegy nebo mimořádné události s hromadným počtem zraněných. Ke stresu může přispět i nevstřícnost zdravotnických zařízení při předávání pacientů. Nemůžeme opomenout i vlastní ohrožení při výkonu služby (dopravní nehoda sanitního vozu či napadení pacientem) a pocit bezmoci při samotném zásahu (Štětina, Grada, 2014).

V osobnosti záchranáře by neměla chybět schopnost zvládat velkou psychickou zátěž při jakékoliv situaci. Dále zdolávat náročné situace, pracovat v improvizovaných podmínkách a odolávat svým emocím.

V reálném životě záchranáři mívají potřebu rozhodovat. Mají vysokou potřebu stimulace či pochvalu za dobře odvedenou práci. Též mají problém říkat ne, proto je u osobností zdravotníka občas zmiňován tzv. „syndrom pomahačů či pomocníků“.

Záchranáře dělíme podle typu chování na typ „A“ a „B“. Záchranář typu A má většinou vysoké ambice, je netrpělivý, podrážděný až vznětlivý, soutěživý a zapálený do své práce. Neumí skoro vůbec odpočívat, klade na sebe vysoké nároky a je často ve stresu. Proto je více ohrožen vznikem syndromu vyhoření, ale i psychosomatickými dopady a k riziku infarktu nemá také daleko.

Naopak záchranář s chováním typu B je trpělivý, klidný, vyrovnaný s vyšší tolerancí. Dává si rozumné cíle, není ve stresu a hlavně umí relaxovat (Andršová, Grada, 2012).

2.6. Napadení posádky ZZS

Bohužel rizikem, se kterým se může záchranář poměrně často setkat, je napadení posádky při výjezdu záchranné služby. Dnes je tato problematika probírána i v médiích. Příčiny agresivního chování jsou většinou kombinace různých okolností, které se mnohdy i prolínají do sebe. Agresivita se může projevit jak verbálně (rozčilení, nadávky, ironie, vyhrožování, křik), tak i neverbálně (zrudnutí, ztuhnutí, zatínání pěstí, gestikulace, stup do osobní zóny). Je potřeba sledovat tyto projevy verbálních a neverbálních signálů a v případě nutnosti, co nejrychleji zasáhnout. Zajistit klidné prostředí, soukromí, prostor pro komunikaci, odstranit nebezpečné předměty, popřípadě co nejrychleji vyslat signál o pomoc posádky (spolupráce s PČR). Tyto faktory alespoň o poměrnou část sníží riziko napadení. Vždy je ale nutné ponechat si i možnost úniku z dosahu možného agresora.

Každý záchranář má dodržovat zásady komunikace s pacientem. Nejdůležitější je přiměřený tón v hlase, zůstat klidný, zdvořilý, informovat ho o všem, nabídnou mu řešení situace. Dát mu prostě najevo, že jsme tady pro něj (Řičan, Portál, 2009).

V praxi se nejvíce můžeme setkat s agresivitou u lidí, kteří jsou pod vlivem alkoholu a drog (psychotropní látky), psychicky nemocní lidé, lidé ve stresu a při nemocech, například hypoglykemie. Důvodem napadení může být i strach o svého blízkého, kterému nedokáže sám pomoci. Velkou roli tak hraje stres i emoce pomáhající osoby. Útoků přibývá většinou ve večerních hodinách a to hlavně v restauračních zařízeních,

kde mají větší přístup k alkoholu. Dále to mohou být diskotéky, koncerty či zábavné podniky.

3. CÍL PRÁCE

Cílem mé bakalářské práce je komplexně popsat posttraumatickou intervenční péči u ZZS a její užití ve Středočeském kraji. Práci rozdělím na dva logické celky. Obsahem první teoretické části bude urgentní medicína a práce ZZS. Dále faktory, se kterými se musí denně pracovníci vypořádat a následná pomoc pro vypořádání se s traumatizujícími událostmi. Celou část profiluji podle Středočeského kraje. V části druhé jsem si stanovila za cíl obsáhnout do kapitol kromě historie krizové intervence i ukázkou tréninku pro zaměstnance ve formě soutěže „Pípní“ a kazuistiky.

4. METODIKA

Základní zvolená metoda je práce se zdroji. Data jsem získala z odborných publikací, internetových zdrojů a po konzultaci s experty na danou oblast. Jedná se především o oblasti, se kterými se ZZS musí potýkat (stres, krize) a s variantami řešení (krizová intervence). Ve své práci sleduji vývoj posttraumatické intervenční péče a aplikaci v praxi.

5. STRES JEHO DEFINICE A DOPADY

V předešlé kapitole jsem rozebrala nástroje urgentní medicíny, jehož hlavní složkou jsou sami zaměstnanci, tedy záchranáři, kteří se dennodenně nacházejí v krizových situacích a prožívají stres. Proto k nabytí celistvosti tématu věnuji tuto kapitolu definici a dopadům stresu.

Se stresem (z anglického jazyka „*stress*“ – zátěž, tlak, nápor) se setkáváme velice často. Každý člověk vnímá stres jinak- individuálně. Co jednoho člověka připraví úplně o nervy, druhého vůbec nezaskočí.

Mnoho knih a prací napsal světoznámý kanadský lékař maďarského původu Prof. Dr. Hans Selye (1907- 1982), který se považuje za průkopníka bádání o stresu.

Dříve se termín „*stres*“ využíval hlavně v technice a v průmyslu ke vztahu působícího tlaku na daný předmět, např. podobně jako lis. U člověka ve stresu se dá říci, že na něj působí také lis, ale ze všech stran najednou.

Právě Hans Selye v roce 1956 pojem stres zavedl do biologie a tím tak označil změny v biologickém systému (tzv. stresový syndrom), které se mohou vyvolat různými škodlivými vlivy (nedostatek potravy, intoxikace, horko, chlad, fyzická námaha atd.) (Venglářová, Grada 2011).

V mnoha knihách, zabývající se stresem, můžeme najít hodně definic nebo vyjádření, o tom, co je to stres. Vybrala jsem jen několik z nich:

„Stres je výsledkem interakce (vzájemné činnosti) mezi určitou silou působí na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku.“ (H. Selye)

„Stres je extrémní a neobvyklá situace, jejíž hrozba vyvolává významnou změnu chování.“ (R.G. Miller)

„Stres je takový stav organismu, kdy nadměrné množství energie je využíváno na řešení problémů. Tolik energie by nemuselo být použito, kdyby se tyto problémy daly řešit normálně.“ (A. Antonovsky) (Křivohlavý, Grada-Avicenum, 1994, str. 10)

„Stres je jakýkoli vliv životního prostředí (fyzikální, chemický, sociální, psychologický, politický), který ohrožuje zdraví některých citlivých jedinců.“ (Schreiber, Academia, 2000, str. 17)

Stres je prakticky odpověď na naši psychickou a fyzickou zátěž organismu. Uplatňují se zde obranné mechanismy, které jsou odpovědné za přežití při vystaveném nebezpečí (Čevela et al., Grada, 2009).

5.1. Dělení stresu

Stres dělíme podle intenzity stresové reakce (malá či velká intenzita) na hyperstres, kdy se překračuje hranice adaptability, schopnosti vyrovnání se se stresem a na hypostres tzv. „ministresor“. V tomto případě se obvykle nedosahuje tolerance stresu, projevují se známky monotónnosti, nudy, frustrace apod. (Křivohlavý, Grada-Avicenum, 1994).

Stres dělíme i podle kvality stresové reakce (negativní či pozitivní) na „eustres“ (z řeckého eu = „dobrý, dobře“) a „distres“. Pojem „eustres“ vyznačuje pozitivní zátěž, jenž člověka stimuluje kladně, a to k lepším a vyšším výkonům. Jedná se o hlavní motivační prvek při lidské činnosti. Příkladem modelové situace může být příprava na svatbu. Občas bývá vyhledáván formou počítačových her, filmových thrillerů nebo adrenalinových sportovních výkonů.

Termín distres (dis = latinsky, špatný, patologický“) je naopak nadměrná zátěž, která může člověka oslabit, nebo dokonce vyvolat i onemocnění (Čevela et al., Grada, 2009).

5.2. Příznaky stresu a stresory

Stres má mnoho různých příznaků, které působí na náš organismus. Mnoho odborníků se pokoušelo sestavit seznam všech obtíží, co způsobují stres. Světová zdravotnická organizace (WHO) dohodla a sjednotila všechny seznamy příznaků stresu (Křivohlavý, Grada-Avicenum, 1994).

Seznam příznaků stresu se dělí na tři skupiny- behaviorální, psychologické a fyziologické. Příznaky behaviorální (chování) vznikají z našeho jednání a objevují se nejdříve. Patří k nim nerozhodnost, problémy se spaním, nepravidelnost spánku se spojenou únavou, stěžováním si na život, nechutenství, snížená pozornost, zhoršená kvalita v práci, neustálé nářky a bědování a postupná ztráta chuti do práce. Dále sem zařazujeme i zvýšené množství vykouřených cigaret, zvýšený příjem alkoholu a užívání drog.

Do psychických příznaků řadíme například změny nálady, zvýšená podrážděnost, popudlivost, pocit únavy, úzkost, stažení se do sebe až negativní postoj o sobě i k okolí, nadměrné trápení s věcmi, které nejsou tak potřebné.

Příznaky fyziologické se projevují pocity bušení srdce (palpitace), bolestí hlavy, migrénou, vyrážkou po těle, bolestí břicha, plynatostí, tlakem za hrudní kostí, pocity dušnosti, křečemi v dolní části břicha, změnami menstruačního cyklu, nezájmem o sex až impotencí a mnoho jiných příznaků (Venglářová, Grada, 2011).

Stresory jsou stresové faktory, které ovlivňují naše chování. Mezi nejčastější stresory patří:

- Fyzikální faktory: příliš velký hluk, teplota nízká i vysoká, prudké světlo.
- Různé události: dlouhodobé onemocnění, ztráta zaměstnání, zkoušky ve škole, narození nebo úmrtí dítěte, válka, znásilnění, rozvod.
- Zodpovědnost: nedostatek financí, dluhy, neproplacené účty.
- Osobní prohry: hádky, nevěra, citové a fyzické vydírání, frustrace.
- Životní styl: nezdravá strava, kouření, alkohol, spánkový deficit.
- Stres v dětství: týrané a zneužívané děti.
- Věk (Čevela et al., Grada, 2009).

Stresory můžeme rozdělit na malé a velké, na krátkodobě a dlouhodobě působící.

- **Ministresory** neboli **mikrostresory** (mikros- malý) - jsou to mírné až velmi malé okolnosti, které vyvolávají stres. Příkladem může být nedostatek lásky, který časem dosáhne hranice stresu a může působit pocit vnitřní tísně. Nebo ponižování člověka, dlouhodobá kritika, nemožnost vyjít s někým v dobrém.
- **Makrostresory** (makros- velký) - jsou děsivé, deptající až ničící vlivy.

- Krátkodobě působící stresor- bolest, nadměrné teplo či chlad, neúspěch při řešení určitého problému.
- Dlouhodobě působící stresor- vojáci v dlouhodobé akci, posádka kosmických letů, dlouhodobá obrana proti útokům (Křivohlavý, Grada-Avicenum, 1994).

5.3. Reakce na stres

Reakce na stres se rozdělují do čtyř skupin. První skupinou je emoční reakce, tedy pláč, vztek, křik, agrese, strach, úzkost, apatie, deprese. Druhou skupinou je reakce v chování a v činnosti- neustále nás to nutí něco dělat, např. chodit, nadávat, křičet, kouřit, uklízet. Další reakcí je reakce v tělesných příznacích- nadměrné pocení, zrychlení dechu a tepu, bolesti břicha, napětí těla, pocit knedlíku v ústech, tlak na hrudi. Posledním typem je reakce v myšlení- neustále myslíme jen na rozebírání stresové situace, stále si ji opakujeme a připomínáme. Hledáme nová řešení a rozebíráme celou situaci znovu. Často nám to narušuje spánek a odebírá energii na další věci.

Často má stres negativní vliv na náš celkový organismus. Působí jako spouštěč nebo urychlovač některých nemocí:

- kardiovaskulární systém (hypertenze, angina pectoris, ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, srdeční selhání)
 - gastrointestinální systém (opakované zvracení, žaludeční vředy, onemocnění střev)
 - imunitní systém (snížení imunity, zvýšená únava, náchylnost k nemocem)
 - močopohlavní systém (časté nucení na močení, impotence)
 - svalový systém (bolesti zad, za krkem, bolesti hlavy)
 - dýchací systém (astma, dechová nedostatečnost, hyperventilace)
- (Venglářová, Grada, 2011).

5.4. Důsledky stresového stavu a jeho zvládnutí

Z hlediska času lze důsledky stresu rozdělit na:

- bezprostřední projevy stresu, které se dělí na krátkodobé stavy s psychickou reakcí (lze sem zařadit emoční nálady, únavu, ztráta motivace, výkonnosti), somatické (bolesti břicha, hlavy) a krátkodobé behaviorální reakce (pasivita, stažení se, agrese)
- účinky trvalejšího rázu, které se rozdělují na psychologické symptomy (vyčerpání, nespokojenost), somatické symptomy onemocnění (dlouhodobé bolesti hlavy, břicha, respirační a oběhové problémy, negativní a dlouhodobé změny nálad) a zvýšení poruch duševního zdraví (adaptační poruchy, posttraumatická stresová porucha) (Paulík, Grada, 2010).

Stres lze zvládnout odstraněním jeho příčiny. Za určitých okolností nám k tomu mohou dopomoci i léky nebo jen potravní doplňky, které lépe překonají těžkou životní situaci. Používají se hlavně při depresivních a úzkostných stavech (Čevela et al., Grada, 2009).

Je rozdíl mezi taktikou zvládnání stresu u žen a u mužů. Ženy dávají přednost relaxačním a regeneračním technikám, muži to řeší raději náročnější fyzickou aktivitou. V jednom se však shodnou- u 58 % žen a 45 % mužů dávají přednost spánku. Chtějí „zaspát“ stres.

Lidé se snaží zvládat stresovou situaci i jinými způsoby. Jednou z variant je povídat si o stresu- mluvit a diskutovat o stresu s partnerem, s kolegy v práci, s kamarádem, prostě s někým, komu naprosto důvěřujete a můžete se mu svěřit. Ten vám na oplátku nabídne svůj pohled na celou situaci a může změnit i váš náhled na věc. Tím, že se někomu svěříte, tak se odreagujete, vypustíte své emoce, uvolníte v sobě napětí, popřípadě si zakřičíte, popláčete, nebo se spolu zasmějete. A v závěru se vám mnohdy uleví.

Další možností je relaxace - relaxační techniky jsou dalším cenným pomocníkem. Existuje jich celá řada a každý si vybere pro sebe tu nejpříjemnější. Ať už je to cvičení tělesné, duševní nebo tvořivé. K nejvíce používaným patří jóga, aromaterapie, terapie barvami či dechová cvičení, procházky v lese (Kraska-Lüdecke, Grada, 2007).

V oblasti zvládnání stresu existují tři základní termíny, které nám pomohou se s tím lépe vyrovnat- „adaptace“, „koupink“ a „strategie boje se stresem“. „Adaptace“ (přizpůsobování se) je latinského původu. Odvozuje se od složeného slova „ad-aptare“,

to znamená připravit a upravit. Slovo adaptovaný tedy v hlubším slova smyslu je- být dobře připraven na to, co mě čeká. Termín adaptace se používá v psychologii již v celé historii studia. Též je klíčovým pojmem v biologii, v sociologii, v architektuře, sportu apod. Používá se při vyrovnání zátěže, která je relativně v mezích a pro člověka obvyklá, běžná a snadno zvládnutelná. V poslední době již výraz adaptace u nás zdomácněla a váže se k němu druhé slovo, doposud méně známé tzv. „koupink“. Koupink je počestěné slovo anglického původu „coping“ a v českém překladu znamená „zvládat nadlimitní zátěž“ (Křivohlavý, Grada-Avicenum, 1994). Jedná se o označení pro aktivní a vědomý způsob zvládání stresu. Představuje zvládnutí náročných a stresových stavů. Používá se v době, kdy je zátěž nadlimitní (mimořádně silná a dlouhá) a je potřeba vyvinout úsilí k jejímu vyrovnání (Paulík, Grada, 2010).

Strategie boje se stresem se dříve používalo ve vojenské terminologii. Nově ho můžeme najít např. ve sportu, v matematice apod. Termínu strategie se v širším slova smyslu rozumí postup k dosažení vytčeného cíle, pečlivě vypracovaný plán (Křivohlavý, Grada-Avicenum, 1994).

6. AKUTNÍ STRESOVÁ REAKCE U PRACOVNÍKŮ ZZS

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (dále též jako „MKN“ - 10) je onemocnění označeno a definováno pod zkratkou F 43.0. (MKN-10, BomtonAgency, 2008).

Akutní stresová reakce (dále také „ASR“) u profesionálů je popisována jako působení po traumatizujícím zážitku s katastrofickým charakterem. Vlivem četných stresů u pracovníků ZZS se posouvá i hranice pro spuštění akutní reakce na stres. Setkáváme se s ní jak u zasahujícího profesionála, tak i u zasažené osoby. Dá se říci, že se jedná o normální reakci, není to nemoc, patologie, proto nepotřebuje různou medikaci.

Akutní reakce na stres se může projevit v řádu minut nebo až do 72 hodin s příznaky od „omráčení“ a snížení pozornosti, přes panické tělesné projevy úzkosti (pocení, bušení srdce) až k asociativnímu stuporu (nadměrná strnulost a ztuhlost) nebo únikové reakci. Příznaky odcházejí během několika hodin či dnů. Většinou je porucha jen přechodná a příznaky samovolně odezní. Na období po působení traumatického zážitku může vzniknout i amnézie. Někdy se může zvrhnout i do přetrvávající (chronické) posttraumatické stresové poruchy. S tou se ale pracovníci ZZS primárně nesetkávají (Baštecká, Grada, 2005).

U ZZS se s akutní stresovou reakcí můžeme setkat například při neúspěšné resuscitaci, při smrtelných úrazech či dopravních nehodách. Dále též po napadení, znásilnění či po zážitku z živelné pohromy. Více ohroženi jsou starší osoby nebo vyčerpaní jedinci.

V době, kdy se rozvíjí akutní stresová reakce, je vhodné zajistit krizovou intervenci, než podávat pacientovi uklidňující léky. Postižený především potřebuje citlivou formou dostat veškeré informace (co se bude dít, další postup) a zajistit fyzické potřeby (tepelný komfort, dát mu napít, podat kapesníky při pláči). Zajištění přítomnosti blízkých osob postiženého či alespoň vyškoleného intervenanta je vhodná a přínosná. Občas je nutné zajistit i transport na specializované pracoviště k další péči.

Rozeznáváme dva typy akutní reakce na stres:

- Reakce typu A – jedná se o častější reakci ve formě „útok-útěk“, rychlá mobilizace sil vlastní obrany. K reakcím člověka typu A můžeme zařadit:

- pocení, zrychlený puls a dech, svalové napětí, zrudnutí
 - pláč, křik, vztek, smích i agresivita
 - třes celého těla
 - rychlé tempo v řeči, pobíhání, neúčelné pohyby
 - neustálá kontrola okolí.
- Reakce typu B- jedná se o méně častou reakci, většinou v 20%. Je to spíše pasivní reakce, ustrnutí, tzv. „mrtvý brouk“. Jedinec se tím chrání před silnými emocemi, které by momentálně nebyl schopen ustát. Příznaky člověka typu B:
 - zcela bez emocí, bez prožitku situace
 - zpomalené pohyby, strnulost, zahleděnost
 - studený pot a pocit zimy, třes
 - je schoulený a nelze s ním navázat oční kontakt
 - čas mu plyne pomalu, neschopnost porozumět okolí
 - obranné mechanismy: „jen se mi to zdá“ (derealizace), „nejsem to já, komu se to stalo“ (depersonalizace).

Právě osoba s typem příznaků B na nás může působit jako že je v pohodě, je statečná, protože po nikom nic nechce (Humpl et al., Brno, 2013).

Základní zásady krizové intervence u akutní stresové reakce:

- zrcadlení- smyslem je sdělovat, pojmenovat pocity a pochopení
- rekapitulace- celkové shrnutí, potvrzení o naslouchání
- parafráze- převyprávění, zpětná vazba
- kotvení- ujištění v odpovědích a reakcích
- zhodnocení (Šeblová et al., Grada 2013).

7. POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA U PRACOVNÍKŮ ZZS

Člověk, který si prožil nějakou traumatickou událost, může často trpět různými fyzickými a psychickými příznaky. Vše záleží samozřejmě na okolnostech a intenzitě traumatu, následné pomoci a podpoře, životních zkušenostech a na osobnosti člověka. Často nerozumí situaci, ve které se nachází. Domnívá se, že si trauma zavinil sám, že se zbláznil a je zcela bezradný. Často sahá po alkoholu a drogách. Je dobré si uvědomit, že traumatická událost může postihnout kohokoliv z nás. Tuto poruchu prožívají miliony lidí, kteří byli vystaveni traumatu, jako je například válka, únos, zemětřesení, záplavy, znásilnění, loupeže, týrání, autonehody, dramatické změny zdravotního stavu, ztráta násilnou smrtí apod. Člověk nemusí být jen obětí události, může být jenom přítomen (Praško et al., Praha, 2002).

Především důležité je věnovat pozornost lidem, a to je okruh profesí, které jsou označeny jako obzvláště rizikové. Jedná se o skupinu profesionálů (policistů, hasičů, záchranářů), kteří přicházejí opakovaně do kontaktu s otřesnými zážitky. Právě opakovaný kontakt se situacemi překračující běžnou lidskou představivost zvyšuje pravděpodobně vznik posttraumatické stresové poruchy (Matoušková, Grada, 2013). Proto se u složek Integrovaného záchranného systému začali školit zaměstnanci, kteří jak zasaženým obětem, tak i svým kolegům nabízejí krizovou intervenční péči.

7.1. Definice posttraumatické stresové poruchy a začátky historie posttraumatické stresové poruchy

„Posttraumatická stresová porucha (F43.1) známá rovněž pod zkratkou PTSD (z anglického PostTraumatic Stress Disorder) se rozvíjí po výjimečně závažné stresující události, která jednoznačně přesahuje běžnou lidskou zkušenost a je traumatizující pro většinu lidí.“ (Orel, Grada, 2012)

V mezinárodní klasifikaci nemocí (10. revize) má PTSD označení F43.1, podle americké psychiatrické klasifikaci DSM-IV označení 309.81 (Mareš, Grada, 2012).

První počátky pocházejí z roku 1879, kdy se v USA stalo několik železničních havárií. U zasažených lidí byly popisovány poruchy spánku, deprese, změny nálad, noční můry a mnoho dalších příznaků. Již v obou světových válkách byl stejný obraz psychického vypětí a označovalo se to jako „traumatická neuróza.“ Byla hlavně popisována jak u vojáků, tak u civilního obyvatelstva a samozřejmě u lidí, uvězněných v koncentračních táborech. Největší zájem o tuto problematiku přinesla válka ve Vietnamu a problémy veteránů po návratu domů. Zkoumalo se, jak silné a otřesné emociální zážitky prožívali např. skrz jejich následnou neschopnost zůstat v jednom povolání delší dobu. Na tomto základě vznikla studie výzkumu s názvem „National Vietnam Veterans Readjustment Study“. Později ji američtí psychiatři pojmenovali na tzv. „postvietnamský syndrom“ a byla zařazena do odborné klasifikace nemocí. Zkoumala, proč několik let po ukončení války začínají někteří vojáci trpět nespavostí, agresivitou, podrážděností a různými zvláštními potížemi.

Další výzkumy pak ukázaly, že se i takové obtíže vyskytují u ostatních lidí, kteří zažili otřesný zážitek (oběť přepadení, znásilnění, oběti katastrofických nehod, přírodních katastrof apod.). Tím vzniká samostatná diagnostická kategorie s označením jako posttraumatická stresová porucha, která je od roku 1979 v USA zařazena do oficiálního klasifikačního manuálu pro evidenci psychiatrických poruch a nemocí D-S-M.

Ve výsledcích zkoumání vyšlo i to, že profesionální skupiny záchranářských týmů a dalších speciálních jednotek trpí často také obdobnými symptomy jako účastníci neštěstí. Od poloviny 80. let je tato problematika podrobněji a intenzivněji zkoumána (Čírtková, Praha, 1998).

7.2. Charakteristika a diagnostická kritéria posttraumatické stresové poruchy

Vzniká jako opakovaná, opožděná reakce na traumatizující událost nebo situaci neobvyklého charakteru, která vyvolává v člověku tíseň. Je to opakované ožívání traumatu ve snech či vzpomínkách. To vše může trvat několik týdnů až měsíců.

Diagnostická kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí:

- A. Zasažený musel být vystaven krátkodobé či dlouhodobé stresové události, nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně vyvolala rozrušení u kohokoliv.
- B. Neustálé a opakované prožívání a vybavování vzpomínek v podobě rušivých „flashbacků“, vzpomínek, snů a tím navození úzkostí spojeným se stresem.
- C. Zasažený se vyhýbá všem okolnostem, které mu připomínají ošklivou událost, kterou prožil.
- D. Musí být výskyt některých z následujících kritérií:
- částečné nebo úplné nevybavení si důležitých momentů ze stresové události
 - přítomnost dvou z následujících příznaků, které neměl před expozicí stresoru:
 - a) problémy se spánkem a usínáním
 - b) podrážděnost a neklid
 - c) problémy s koncentrací
 - d) hypervigilita (nadměrná bdělost, nadměrné soustředění pozornosti, vylekanost, vyplašenost)
 - e) přehnané úlekové reakce
- E. Kritéria B, C a D musí být v průběhu 6 měsíců od traumatické situace nebo od konce období stresu. Někdy se mohou diagnostikovat i déle než po 6 měsících, ale příčiny musí být zřetelně specifikovány (Praško et al., Praha, c 2002).

7.3. Příznaky posttraumatické stresové poruchy (dále též jako „PTSD“)

Vlivem přetrvávajícího traumatického zážitku dochází k psychickým i somatickým potížím.

- Emoční příznaky

Jsou důsledek nezpracovaného zážitku, který působí rušivě, i kdyby byl vytěsněn z vědomí. Člověk je nevyrovnaný a nemůže docílit celkové pohody. Typickým příznakem je přetrvávající úzkost, strach, hrůza, napětí, podrážděnost, úlekové reakce. Vyvolají to hlavně v době, kdy nám nějaká situace připomene vzpomínky z minulosti. U nemocných se mohou vytvořit fobické reakce, deprese až suicidální tendence.

Emoční porucha může být i ve formě strnulosti, vyhaslosti či lhostejnosti. Člověk není schopen se radovat, je zcela bez citů, celkově vyčerpaný.

- Změny kognitivních funkcí

Do této skupiny patří hlavně přetrvávající potlačení až vytěsnění nepříjemných zážitků. Lze to chápat jako obranu před dalším utrpením, které by zasazený již nemohl dál zvládat. Může zde nastat i selektivní amnézie.

Mohou i nastat opačné problémy: opakovaně se vracejí vzpomínky na prožití traumatu. Příznaky jsou děsivé (noční můry, vyčítavé myšlenky, flešbky, představy) a nemůže se jich zbavit. Dochází zde i ke změnám v sebehodnocení i okolního světa. Může převažovat otupělost, lhostejnost nebo neustále převažuje negativní hodnocení.

- Změny v chování

Chování lidí s PTSD může vyvolat příznaky, např. napětí, podrážděnost, sklon k agresivnímu jednání, které člověk neumí sám dobře ovládat. Další změnou je i inhibice veškeré aktivity- ztráta zájmu, motivace na činnosti v běžném dění. Lidé mají pocit nepochopení, proto volí tendence se izolovat od světa lidí.

- Tělesné příznaky

Dlouhodobé problémy se projeví i somatickými potížemi. Typické jsou poruchy spánku, děsivé sny, různé bolesti, únava, vyčerpání, třes, pocení, hypoventilace, tachykardie, nevolnost.

- Změny osobnosti

V této oblasti jde většinou o změny vztahu ke světu i k sobě samotnému. Člověk se stane snadno nejistým, ostražitým, podezřivým, nedůvěřivým. Má pocit odlišnosti od druhých lidí a to hlavně v negativním smyslu. Pociťuje pocit beznaděje a prázdnoty. Může se zde ale i objevit nadměrná závislost k jiné osobě (Vágnerová, Portál, 2004).

7.4. Výskyt, průběh, důsledky a léčba PTSD

PTSD se vyskytuje u žen i mužů v kterémkoliv věku. Častěji je v mladším věku, protože je člověk vystaven více traumatizujícím událostem. U mužů patří mezi největší traumata válečné zážitky a autonehody, u žen znásilnění. Častěji postihuje svobodné, rozvedené, ovdovělé, sociálně či ekonomicky slabé lidi (Práško et al., Praha, 2002).

Průběh je daný závažností situace, ale i odolností osobnosti, reakcí okolí, i dalších možných zátěží, které dotyčný prožívá. Častěji se rozvine u lidí, kteří již trpěli nějakými psychickými potížemi v minulosti (Vágnerová, Portál, 2004).

Důsledky pro život po PTSD ztěžují celkovou psychickou pohodu. Kazí nám radost ze života. Vede k vegetativním potížím, deformuje prožitky v životě, snižuje soustředěnost a pracovní výkonnost, omezuje životní styl, snižuje sexuální život (Práško et al., Praha, 2002). PTSD může vést i k narušení partnerských vztahů. Většinou je to u 10 % případů. U 30 % dochází k uzdravení a u dalších 30 % k dlouhodobým obtížím. Ve zbylých případech se jedná o středně těžké příznaky, které vedou k osobnímu i pracovnímu selhání (Pidrman, Praha, 2002).

PTSD je možné léčit pomocí psychoterapie, farmakologickou léčbou nebo kombinací obou.

- Psychoterapeutická intervence se zasaženým jedincem
 - Zaměřena na komunikaci k traumatické události. Cílem je vyrovnání se zasaženého s traumatickou událostí a minimalizace negativních vlivů na duševní a tělesný stav člověka. Je možno využít mnoho psychoterapeutických metod: podpůrná či psychodynamická psychoterapie, relaxační techniky, hypnóza. Může se volit jak individuální, tak i skupinová forma terapie. Je vhodné do terapie zapojit i blízké lidi z okolí. Nutné je pracovat jak se zasaženými osobami, tak i s ostatními členy rodiny.

- Farmakologická léčba
 - Používá se především na zmírnění akutních příznaků, např. poruchy spánku, deprese, úzkost (Vágnerová, Portál, 2004).
- Peer systém a péče o psychické potřeby
 - Je součástí činnosti Systému psychosociální intervenční služby (SPIS). Poskytuje psychosociální podporu zdravotníkům v urgentní medicíně i v nemocnicích. Cílem je jak prevence, tak i napomáhá vytvořit odolnost proti psychické zátěži. Je velice důležitou součástí v životě zdravotníků (Humpl et al., Brno, 2013). Úloha peera je empaticky vyslechnout, usměřňovat hovor, pokusit se znormlizovat pocity postiženého, v případě potřeby se znovu ozvat. Peer musí zachovat mlčenlivost.

8. SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření se označuje také názvem „burnout“ (původně v podobě „burn-out“). O syndromu vyhoření se v posledních letech docela často diskutuje a stává se předmětem mnoha výzkumů. Byl mnohokrát popisován, ale jednotná definice neexistuje. Pouze se v určitých bodech definice shodují. Syndromem vyhoření jsou zasaženi hlavně ti lidé, kteří přicházejí do práce s velkou mírou nadšení a s odhodláním udělat cokoli. Je to ještě horší v situaci, když svoje zaměstnání berou jako poslání (Humpl et al., Brno, 2013). Ohroženi jsou i lidé, kteří jsou na sebe příliš tvrdí. Permanentně o sobě pochybují a nevěří si. Mají strach z nezvládnutí nároků, ať už v osobním, tak v pracovním životě. Dlouhodobá nervozita a hektičnost jsou věci, které jim nedovolí se uvolnit a relaxovat. Mají dokonce strach ze stavu klidu. Aby se nemuseli zastavit a pohlédnout na svoji beznaděj a utrpenou ztrátu, raději neustále pracují. (Kallwass, Portál, 2007)

U lidí v pomáhajících profesích je syndrom vyhoření nazýván také jako syndrom vypálení, vyprahnutí, burn-out syndrom. U záchranářů dochází k rozvoji vyhoření často. Je to hlavně vlivem obsahu práce, zátěže, frustrace, nedostatku uznání, délka praxe, malé zpětné vazby nebo konfrontace s pacienty a kolegy. Nemůžeme opominout i pracovníky operačních středisek. Jejich náplň práce je také stresující (čas, okamžité rozhodnutí, bez zpětné vazby, téměř žádné ocenění). Vyskytuje se i u profesí, které mají pravidelný kontakt s lidmi.

8.1. Diagnostika syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je závažným neurotizujícím faktorem a diagnostikuje podle hodnocení MKN-10 jako Neurotická porucha, Stresová porucha a Somatoformní porucha (F10- F48). I když se váže na pracovní výkon, neklasifikuje se jako nemoc z povolání. Podle mezinárodní klasifikace nemocí se přiřazuje ke kódu ICD 10, kategorie Z 73.0. – Problémy spojené s uspořádáním života. Diagnostika se provádí z pozorování symptomů, příznaků a není jednoduchá. Nejužívanější metodou jsou posuzovací škály. Zjišťování syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků je doposud nejpoužívanější metodou tzv. metoda Maslach Burnout Inventory- MBI.

Obsahuje 22 otázek a rozděluje se do tří skupin. Měří emocionální vyčerpání, depersonalizaci a snížený pracovní výkon (Ptáček et al., Praha 2011).

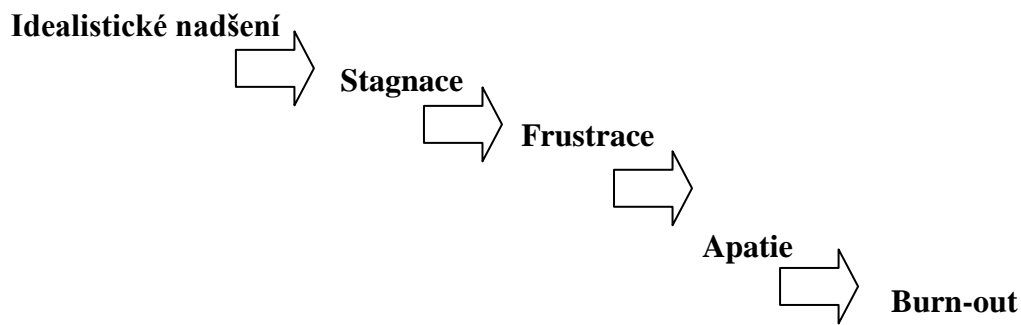
Obecně se může říct, že v syndromu vyhoření jde o specifickou emoční únavu, stav citové vyčerpanosti. Dochází k vyčerpání psychických rezerv a významná je nerovnováha mezi výdejem a příjmem, zátěží a klidem, aktivitou a odpočinkem. Na rozvoj vyhoření má vliv jak dlouhodobý stres, tak i charakteristika člověka (snaha o dokonalost, pracovní nasazení, vysoká cílevědomost, sebehodnocení apod.) (Andršová, Grada 2012).

Herbert Freudenberger, americký psychoanalytik, zakladatel ve zkoumání problematiky syndromu vyhoření, popsal v roce 1974 v časopise „Journal of Social Issues“ syndrom následovně:

„U někoho jsou to pocity únavy a exhausce (vyčerpání), neschopnost setrást pocit chladu, pocit fyzické vyčerpanosti, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy, až po nespavost a depresi. Ve stručnosti lze říci, že tento syndrom zasahuje na nejrůznějších místech celou psychosomatickou oblast. To jsou převážně tělesné projevy. Mohou se však objevit příznaky ve sféře psychické a behaviorální (chování): například osoba známá povídavostí je náhle zamlklá. Objevuje se psychická únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená iritabilita (podrážděnost), ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny.“ (Venglářová, Grada, 2011, str. 23)

8.2. Vývoj syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je popisován jako dlouhodobý děj. Postižený prochází různými fázemi a občas může některé fáze i vynechat. V mnoha knihách se setkáme s různými vývoji fází syndromu vyhoření. Od nejjednodušších, které obsahují tři fáze až k těm nejsložitějším, ty mají stádií dvanáct. Zvolila jsem fázový model od autorů Edelwiche a Brodského.



Idealistické nadšení

Jedná se o fázi, kdy jedinec na začátku pracuje nadprůměrně, práce se mu daří, přináší mu uspokojení a je pro něj vším. Dotyčný klade na sebe vysoké nároky a má v sobě velké ideály. Veškerou svoji energii vkládá do práce, podceňuje své síly a žije tedy jen svým zaměstnáním. Jsou samozřejmě i lidé, kteří se práci věnují naplno, ale umějí zdravým rozumem překonat překážky a tím u nich nedochází k rozvoji vyhoření.

Stagnace

Ve stádiu stagnace většinou uvádá nadšení, člověk se seznamuje s pravou realitou a zjišťuje, že ne všechny ideály bude možné splnit. Většinou již prožil i několik zklamání. Pořád pracuje, ale jeho práce není již tak vzrušující, jako na začátku. Začíná se koukat na práci i z druhé strany (možnost kariérního růstu či výše platu). V jeho rodinném životě začínají být problémy. V této fázi dotyčný ani jeho okolí nepozoruje žádné známky onemocnění.

Frustrace

Ve stádiu frustrace člověk zjišťuje, že má pouze omezené možnosti, objevují se spory a překážky. Začíná o sobě pochybovat a přestává se pomalu snažit. Je většinou bezmocný a roste jeho zklamání.

Apatie

Dostavuje se po dlouhotrvající frustraci a spojí se nakonec s rezignací. Práce již nepřináší potěšení, je to pouze nutnost a postižený pouze dělá to, co je opravdu nutné. Pracuje co nejrychleji a vyhýbá se náročným úkolům. (Stock, Grada, 2010)

Další členění při procesu vyhoření nabízí A. Laengle:

- fáze nadšení- člověk má svůj konkrétní cíl a hlavním tématem je smysluplnost;
- fáze vedlejšího zájmu- zde už není motivace svého cíle, ale pouze jeho prostředky, co za práci získá. Začíná pohasínat jeho nadšení a přestává být tím, kým chtěl být dříve;
- fáze popela- nemá smysl života, ztrácí úctu k sobě, k ostatním lidem, neváží si vlastního života, svých přesvědčení (Jeklová et al., Praha, 2006).

8.3. Příčiny rozvoje syndromu vyhoření a jeho příznaky

Hlavní příčinou a zdrojem rozvoje stresu je práce a pracovní nasazení, vztahy na pracovišti, prostředí. Dále i pozice a úloha v práci, odpovědnost, postavení či profesionální rozvoj. Pracovní stresory lze klasifikovat takto:

- Fyzická zátěž
 - stereotypnost pohybů, vysoká koordinace pohybů, přesnost pohybů, trvalé stání či sezení, omezený prostor, extrémní polohy apod.
- Biologická zátěž
 - nepravidelné směny, nedostatek spánku, nepravidelná strava.
- Senzorická zátěž
 - vysoké nároky na přesnost ve čtení, snížená viditelnost, neustálé koukání na jedno místo, nedostatek sluchových podnětů apod.
- Mentální zátěž
 - monotónní práce, náročné rozhodování v mimořádných situacích, vysoce náročná práce.
- Hluk a vibrace
 - nadměrný hluk a vibrace, vysoké tóny a impulsy.
- Osvětlení
 - špatná barva světla, nedostatečné osvětlení a intenzita.
- Klimatické podmínky
 - změny teploty, vlhkost vzduchu, proudění větru.
- Chemické látky
 - zdraví škodlivé plyny, výpary či zápach, kontakt s chemickými látkami, léky.
- Rizika pracovního úrazu

- mechanické příčiny, radiace, infekce, elektrický proud, exploze.
- Sociální faktory
 - velký počet lidí, uzavřený prostor, velké nároky na spolupráci apod.

K rozvoji vyhoření také výrazně působí i osobní charakteristika člověka např.: perfekcionalismus, sebekritika, schopnost empatie, vysoká disciplinovanost, idealismus, nízká flexibilita, nerozhodnost. Vše je ale velice individuální a každý má úplně jiné své hranice. Hrají velkou roli i stresory osobní, fyzické i psychické.

Příznaky syndromu vyhoření můžeme rozdělit na fyzické, psychické a pracovní. Mezi fyzické patří - únava, vyčerpání, lhostejnost, bolesti hlavy, svalů, zad, bušení srdce, problémy se spánkem, trávicí obtíže, pocit dechové tísně apod. Psychické syndromy jsou smutek, neklid, hněv, zlost, celkový útlum, netečnost, vyhýbání se práci, lhostejnost, sklíčenost apod. Posledním typem příznaku je pracovní syndrom - přemýšlení, že „nic nemá cenu“, ztráta zájmu o práci, negativní hodnocení, bezcennost apod.

8.4. Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření, prevence a léčba syndromu vyhoření

Přehled profesí s velkou pravděpodobností vzniku syndromu vyhoření:

- lékaři (klinici v oboru onkologie, chirurgie, JIP, psychiatrie, urgentní medicíny atd.);
- zdravotní sestry (pracovníci ve zdravotnictví- ošetřovatelky, laborantky apod.);
- psychologové a psychoterapeuti;
- sociální pracovníci ve všech oborech, úředníci;
- učitelé na všech stupních škol;
- pracovníci pošty i poštovní doručovatelé;
- dispečeri záchranných služeb a v letectví;
- policisté a hasiči, příslušníci ozbrojených sil (armáda, letectvo);
- právníci a advokáti;
- zaměstnanci vězeňské služby;
- manažeři, politici, funkcionáři;

- duchovní a řádové sestry (Kebza et al., Praha, 2003).

V prevenci je důležitá hlavně rovnováha mezi prací a odpočinkem, pravidelným režimem a zdravým životním stylem. Ani krátká dovolená nepřináší řešení pro změnu vyhaslosti v práci. Je nutné se naučit relaxovat, dobře si naplánovat pracovní dobu a svoje koníčky. Dbát na dostatek spánku a dodržovat stravovací návyky. Práce nesmí být naším hlavním smyslem života (Ptáček et al., Praha, 2011). Důležité je také snažit se využít volno mezi prací, omezit v práci přesčas. Hlavně pokud na sobě člověk pociťuje energetický deficit, přepracovanost a duševní únavu. Člověk by měl být asertivní, nekonfliktní a udržovat kamarádské vztahy na pracovišti. Je dobré se naučit pochválit sebe samotného a umět přijmout pochvalu.

Když se cítí člověk sám, je mu smutno, má starosti, měl by si najít někoho, komu se může svěřit. Mít možnost využít podporu (u přátel, kolegů, rodiny) je velice důležité. A nejdůležitější je myslet na sebe. Dělat to, co nám naplňuje energii, kterou obratem dáváme do náročné profese. Udělat si radost, odpočívat, poslouchat hudbu, dát si dobré jídlo, sportovat aj. Je lepší včasná prevence, než pomoc v době již rozvinutých příznaků syndromu vyhoření (Humpl, Brno, 2013).

V léčbě je důležité, aby si každý člověk uvědomil, že něco není v pořádku a věděl, že se jedná o závažný stav. Podmínkou je, aby se chtěl sám léčit. Při léčbě je důležitá sociální opora okolí (podpora lidí, přátel, rodiny, spolupracovníků), tak i pomoc ze strany zaměstnavatele (změna pracovní pozice, snížení požadavků, příznivé prostředí na pracovišti či vymezení pracovních povinností).

K pravidelné korekci profesionálního chování patří i proces nazývaný supervize. Jedná se o pomoc při řešení profesionálních problémů. Pravidelná a odborně provedená supervize je nejlepší prevencí u syndromu vyhoření.

Při léčbě syndromu vyhoření je důležité:

- mít odstup od klientů;
- rozdělovat osobní a pracovní život;
- dávat najevo své pocity a umět o nich mluvit;
- mít dostatek odpočinku a relaxace;
- snažit se neprožívat své pracovní problémy;
- změna je život, nebát se změn;
- počítat s tím, že přijdou stresové situace a vhodně je přijímat;

- otevřenost k tomu, co má přijít a co se děje;
- udržovat dobré vztahy kolem sebe;
- vytvořit si příjemné prostředí;
- nalezení smysluplnosti v práci;
- získání a převzetí profesionální autonomie a opory (Ptáček et al., Praha, 2011).

9. KRIZE

Pojem krize pochází z řeckého slova „krisis“ (od „krinein“ – rozhodnout (Baštecká, Grada, 2005, str. 13)) – *soud, proces, v němž vrcholí spor a dochází k rozhodnutí*“ (Humpl et al., Brno, 2013, str. 19). Termín je poměrně frekventovaně užíván, v různých slova smyslech. Například v různých vědních disciplínách, ekonomická krize, energetická krize nebo i v běžném životě - krize v rodině, „měl jsem dnes v práci kritický den“. Běžně se mylně zaměňuje deprese nebo konflikt za krizi (Humpl et al., Brno, 2013). Dále známe pojem krize i z antického dramatu (expozice, kolize, krize, peripetie katastrofa, katarze), mezi níž patří i krize a to ve smyslu rozhodné chvíle. Medicína užívá termín pro rozhodující okamžik nemoci, pro ten moment, kdy se rozhodne, zda klient zvítězí nad nemocí či nikoliv. Obecně lze říct, že v těchto disciplínách lze krizi považovat, jako naléhavý a ohrožující stav.

V oblasti psychosociální se pojmu krize, jako průběh reakce na určitou pro jedince samostatně nezvladatelnou a nevyřešitelnou situaci, věnovali v 60. letech 20. století ve svých pracích Eric Lindemann a Gerald Caplan (Baštecká, Grada, 2005).

Význam krize je zcela subjektivní, jde o pocity klienta (nikoli názoru pracovníka), o to jak hodnotí a vnímá situaci (France, 2007). To, co pro jednoho je bezvýznamnou událostí může být pro druhého důvodem k dezintegraci jeho osobnosti. „*Potenciální zdroj krize spočívá v subjektivním hodnocení životní události a vlastních možností – nikoliv v události samotné*“ (Humpl et al., Brno, 2013, str. 19-20). Můžeme konstatovat, že ke krizi dochází v momentu, kdy jedinec kvalifikuje událost jako nebezpečnou a též pokud nenalézá způsob, jak se s danou situací vyrovnat.

Američtí psychologové v roce 1964 T. H. Holmes a R. H. Rahe sestavili tabulku životních událostí (viz níže), která orientačně ukazuje míru stresu a zátěže a to podle odehraných událostí za posledních 12 měsíců. Za hraniční hodnotu se považuje 250 bodů.

Tabulka 1 - **Tabulka životních událostí** (Štěpánková, Grada, 2004)

Pořadí a body (Holmes-Rahe)		Životní události
1.	10	smrt životního partnera
2.	73	rozvod
3.	65	rozvrat manželství
4.	63	uvěznění
5.	63	úmrť blízkého příbuzného
6.	53	úraz nebo vážné onemocnění
7.	50	sňatek
8.	47	ztráta zaměstnání
9.	45	usmíření a přebudování manželství
10.	45	odchod do důchodu
11.	44	změna zdravotního stavu člena rodiny
12.	40	těhotenství
13.	39	sexuální potíže
14.	39	příchod nového člena rodiny
15.	39	změna zaměstnání
16.	38	změna finančního stavu
17.	37	úmrť blízkého přítele
18.	36	přeřazení na jinou práci
19.	30	propadnutí hypotéky, ztráta větší částky peněz
20.	29	změna pracovní způsobilosti
21.	29	odchod syna nebo dcery z domova
22.	29	nesoulad v manželství
23.	28	mimofádný osobní úspěch
24.	26	manželka nastupuje (příp. odchází) ze zaměstnání
25.	26	začátek nebo konec školní docházky
26.	25	změny v životních podmínkách
27.	24	revize osobních zvyků, návyků
28.	23	potíže s nadřizným
29.	20	změna bydliště – změna školy
30.	19	změna během rekreace
		změna v náboženských činnostech
31.	18	změna v sociálních činnostech
32.	16	změna spánkového návyku
33.	15	změna stravovacích návyků
34.	13	prázdniny
35.	12	Vánoce
36.	11	menší přestupky zákona

Krize je ovlivňována řadou faktorů tzv. moderátorů. Mezi ně řadíme pohlaví, věk a osobnostní faktory, dále zdravotní stav v jakých se jedinec nachází, životní situaci i jak je ji schopen zvládat. Ovlivňujícím faktorem jsou i dřívější nevyřešené krize, zda má sociální oporu a naději (bráno z pozitivního hlediska) (Humpl et al., Brno, 2013).

9.1. Krize a její fáze – G. Caplan, J. Cullberg, M. J. Horowitz

G. Caplan ve své teorii Princip homeostázy popsal čtyři fáze krize. Fáze jsou vzestupné. V prvním stádiu může i přes narušenou rovnováhu dojít k vyrovnání jedince pomocí „*zažitých, automaticky probíhajícího vzorce chování*“ (Mlčák, Ostrava, 2005, str. 12). Pokud ovšem nedojde k emoční rovnováze a bude se tenze zvyšovat, může klient dojít až do fáze čtvrté, kdy se jedná již o poruchy chování, sebevražedné tendence, abúzus alkoholu a drog a jiné.

Na rozdíl od G. Caplana dělí J. Cullberg ve své teorii krizi na tři základní fáze. První fází je šok. Tato fáze má krátkodobé trvání, klient se namísto řešení problému více soustřeďuje na kontrolu svých emocí. Po šoku jedinec přechází do fáze druhé, reakce neboli odezva, která trvá 4- 6 týdnů. Zde klient aktivuje dříve účinné obranné mechanismy, jež v tomto stádiu jsou ale často neefektivní a nepomohou. Dále se též snaží zvládnout situaci nadměrným množstvím alkoholu nebo psychotropních drog. V třetí fázi- zpracování, se v pozitivním případě klientovi podaří adaptovat nebo v negativní variantě dojde k psychickému zhroucení a ke vzniku řady psychopatologických symptomů. Tato poslední fáze probíhá až několik měsíců (Paulík, Grada, 2010).

Dalším autorem teorie psychické krize je M. J. Horowitz. Autor rozděluje krizi na pět po sobě jdoucích fází. Fáze výkřiku, fáze popření (negace), fáze intruze, fáze vyrovnání a fáze smíření.

Fáze výkřiku je silná emoční fáze - panika, nadměrný strach. V další fázi negace dochází k útlumu, k apatii. Jedinec se snaží kritickou událost vytěsnit, může dojít až k amnézii. Třetí fáze intruze je typická „*nutkavým vtíráním myšlenek ve vědomí člověka, které se vztahují k proběhlé kritické události. Tyto myšlenky se blíží svou kvalitou obsesím a člověk je jen s velkými obtížemi zvládá, mnohdy dochází pod náparem těchto nutkavě se objevujících myšlenek a pocitů až k psychickému zhroucení.*“ (Mlčák, Ostrava, 2005, str. 14) Ve fázi vyrovnání se klient snaží neustále s kritickou událostí vyrovnat, avšak ke smíření dojde až ve fázi poslední, kdy jako jedinec o situaci mluví a přemýšlí bez výrazně negativních pocitů a vnějších projevů.

9.2. Typologie krizí

Prvně je podstatné krizi dělit podle toho, odkud působí, zjistit, co je podnětem (Mlčák, Ostrava 2005). Zda se jedná o precipitory vnější, tedy autonehoda, ztráta bližního či změna např. stěhování anebo podnět zevnitř, kdy se to odvíjí od vlastního vývoje jedince.

Nejčastěji se v českém prostředí vychází z Baldwinovi typologie krizí. Celkem ji autor rozděluje na šest po sobě jdoucích tříd. Krize situační, přechodové (tranzitorní), též jako krize z očekávaných životních změn, dále krize z náhlého traumatizujícího stresoru, krize vývojové či krize z neřešených vývojových otázek, krize pramenící ze zranitelnosti a jako poslední třída psychiatrické neodkladnosti (Marková et al., Grada 2006).

Publikace L. Humpla a kol. – *První psychická pomoc ve zdravotnictví* uvádí zjednodušenou typologii krizí zjednodušeně na vývojové, situační, kumulované a krize pramenící z psychopatologie.

10. KRIZOVÁ INTERVENCE

V předešlých kapitolách jsem poukázala na náročnost zaměstnání záchranářů a to s čím se musí potýkat. V této kapitole se zaměřím na nástroje, které pomáhají nejenom záchranářům se s tragickými prožitky smířit – krizová intervence.

Termín „krizová intervence“ (dále též jako „KI“) nemá jednotnou definici. Obecně můžeme konstatovat, že pojem vyjadřuje pomoc člověku v situaci psychické krize odborníkem (Humpl et al., Brno, 2013). Publikace *Krizová Intervence* od D. Vodáčkové a kol. uvádí : „*Pojem krizová intervence v sobě zahrnuje dvě základní sdělení- jde o určitý druh odborné práce s člověkem, který se ocitl v krizové situaci.*“ (Vodáčková, Portál, 2012, str. 59)

Nejčastěji mezi tzv. krizové interventy řadíme psychologa, psychiatra, lékaře, speciálně vyškoleného pracovníka nebo sociálního pracovníka (Mlčák, Ostrava 2005). V publikaci Bohumily Baštecké a kol. *Terénní krizová práce* autoři vymezují termín jako „*zásah v krizi*“, přičemž pojem dále významově člení na užší a širší. V užším slova smyslu se jedná o techniky a strategie při jednání s postiženou osobou (Baštecká, Grada, 2005). Jde „*o tahy, selektivně užívané při práci s lidmi, kteří nejsou nemocní, nýbrž se ocitnou v krizi*“ (Baštecká, Grada, 2005, str. 163). Smyslem je, aby nad sebou daná osoba získala opět kontrolu. Krizová intervence v širším pojetí znamená metodu – zvolení a posloupnost postupů. Cílem je vyřešit aktuální situaci a zregenerovat síly a to v pořadí od nejmenšího cíle. Kdybychom měli člověka navrátit na úroveň před krizí, až postupně dojdeme k cíli největšímu, kdy dojde přes prohloubené zkušenosti člověka (vzhledem k prožité krizi) k jeho osobnímu růstu (tzv. pokrmový růst) (Baštecká, Grada, 2005). KI se zaměřuje jak na minulost, tak budoucnost postižené osoby.

KI dělíme podle jejího charakteru na čtyři typy. Mezi první řadíme lékařskou krizovou intervenci, jejímž smyslem je stabilizace elementárních aspektů duševního a tělesného zdraví osoby. K nástrojům patří poradenství, psychoterapie, farmakoterapie, a krátkodobá hospitalizace. Druhým typem krizové intervence je sociální. Zde je hlavním účelem pomoci osobě v životní nouzi, při frustraci z nedostatku základních životních potřeb. Mezi základní instrumenty řadíme např. formu materiální, finanční, sociální nebo emocionální oporu. U třetího typu tzv. právní krizové intervence, kde je hlavním nástrojem právní poradenství, je snahou obnovit práva a potřeby klienta.

Psychologická krizová intervence je čtvrtým a posledním typem. Hlavní funkcí je navrátit osobu do stavu před krizí. Cílem je navrátit jeho duševní rovnováhu a snížit pravděpodobnost možného návratu. Jako nástroj se užívá psychoterapeutické metody, které jsou odvozené z psychoterapie (Mlčák, Ostrava, 2005).

Při aplikaci krizové intervence je nutné dbát na její principy. Hned zpočátku si musíme uvědomit, že krizi vnímá každý jedinec jinak (má individuální charakter) a tudíž, že je KI eklektická, tedy se má řešení problému ušít na míru. Pokusit se při nalézání řešení zapojit i klienta samotného, nalézt společně kdy a jak krizová situace vznikla (blízká minulost), zároveň pracovat s klientem pouze do blízké budoucnosti. Je důležité uvědomit si, že krizový stav je časově limitován, proto je podstatné zahájit krizovou intervenci včas a vnímat při ní klienta jako celek, z pohledu bio-psycho-sociálně duchovní. *„V práci s krizovými stavy by měli mít krizoví pracovníci za sebou zázemí týmu, který vytváří důležitou základnu pro bezpečí pracovníků i klientů a zprostředkovává celistvost bio-psycho-sociálně-duchovního pole“* (Vodáčková, Portál, 2012, str. 60).

Pracovník by měl klientovi v krizové situaci poskytnout pocit bezpečí. Být mu oporu a vnést do jeho nestabilní situaci jasnou strukturu, pomoci mu ji zpřehlednit situaci. Avšak opět se vracíme k jednomu z principů. Je důležité zapojit při řešení klienta samotného, nepřebírat veškerou iniciativu za postiženou osobu, zajistit mu tak svou vlastní individuální cestu (Vodáčková, Portál, 2012).

Postup KI se liší podle potřeby, může se jednat o jednorázové setkání či až osmi na sebe navazující hodinových sezení. Doktor Albert Roberts ve své knize uvádí *„Cílem krizové intervence je vyřešit nejvíce obtížný problém v období od jednoho do dvanácti týdnů.“* (Roberts, 2005, str. 12)

10.1. Formy krizové intervence

Krizovou intervenci uplatňujeme dvěma způsoby - prezenční, tedy tváří v tvář (např. krizové centrum, terénní služby) s klientem, jeho blízkými, případně s přihlížejícími či komunitou nebo tzv. distanční (Špaténková, Grada, 2011), to znamená přes telefonní linku důvěry („krizový telefon“) a nově vznikající distanční KI

je i prostřednictvím internetu (Špaténková, Grada, 2011). Vzhledem k zvyšujícímu počtu uživatelů tohoto poměrně nového média, lze počítat s rozšířením i tohoto způsobu distanční krizové intervence.¹

Ač se na první pohled při řešení problémů u výše uvedených typů krizových intervencí může jevit jako totožné, nelze mezi ně vložit rovnítko. Pro komparaci použijeme čtyři kritéria:

1. *„Pohled na problém,*
2. *Časové omezení,*
3. *Přístup pracovníka z hlediska aktivity a požadavků na flexibilitu,*
4. *Signály, které jsou k dispozici“* (Vodáčková, Portál 2012, str. 70).

Z pohledu prvního kritéria – pohledu na problém. Oproti KI tváří v tvář se při TKI pracovník zaměří pouze na ten nejnaléhavější a nejzřetelnější problém. Situace neumožňuje pracovníkovi zjišťovat klientovu životní historii a velmi těžce se po telefonu odhaduje klientova otevřenost. V tomto bodě přecházíme na kritérium druhé – časová omezení. Při TKI je časová omezenost (pokud nedojde k technické závadě-přerušení) stanovena klientem, kdy on položí sluchátko. Případně, pokud volá z telefonní budky, kdy mu dojdou impulzy na kartě, to bývá zdrojem napětí. Průměrná délka hovorů na linku důvěry je 30 minut (<http://www.hbo.cz/linky-duvery/>). Přibližně 60% z nich trvá pouhých 10 minut (Vodáčková, Portál 2012). Přerušovaný hovor nebo časový nátlak ze strany klienta je pro pracovníka psychicky náročné, přichází např. pocity úzkosti. Zavolat zpět je možné pouze tomu, kdo dá pracovníkovi telefonní číslo. Třetí kritérium je velmi podobné jak u prezenčního, tak u distančního typu krizové intervence. Pracovník musí být už od samotného počátku rozhovoru s klientem správně vyladěný, což je velmi těžké, hlavně u přetížených linek, kdy se střídají komplikované hovory, které vyžadují jinou výši iniciativy a tempa od hovorů méně závažných. Pracovník zde musí prokázat vysokou míru flexibility. Posledním kritériem je vnímání signálů, které jsou k dispozici. Pokud pracovník jedná s klientem prezenčně, může využít verbální, ale i neverbální komunikaci – gesta, mimiku, pohyby. Pracovník TKI má k dispozici omezené množství těchto signálů, prakticky je závislý na akustických slovních a mimoslovních tzv., paraverbálních signálech. Mezi ně řadíme tempo řeči, přízvuk, hlasitost, pomlky zřetelnost, smích, pláč, spisovnost, hyperkorektnost a jiné. Je

¹ Ve své bakalářské práci, hodlám srovnávat pouze tváří v tvář s telefonní linkou.

nutné umět dobře ovládat jazyk a opatrně, citlivě formulovat. Pracovník při hovoru musí být opatrný, aby nedošlo ke sklouznutí na řešení jeho vlastních osobních problémů (Vodáčková, Portál 2012).

10.2. Historie krizové intervence

V minulosti byla podávána pomoc laickým způsobem, jež se dá považovat za předchůdce dnešní krizové intervenci. Vzhledem k historickým událostem lze konstatovat, že při kritických událostech (např. v době válek) byla laickým interventem především církev.

Přesná datace vzniku krizové intervence tváří v tvář prakticky není možná. Vyvíjela se postupně. První nejčastější zmínky o krizové intervenci je z období mezi světovými válkami, kdy sehrála velmi významnou roli. Valná část lidí byla zasažena ztrátou v rodině, stresem z bombardování a odstřelování, bojovým vyčerpáním. Mnoho osob bylo postihnuo válečnou neurózou, nemocemi, hladem.

První techniky intervence, podobné dnešním, se začaly tedy objevovat s 1. světovou válkou. Většinou se jednalo o individuální intervence s psychiatrem, kde byl hlavní cíl vrátit vojáky zpět do boje. Při okamžité psychické pomoci od začátků příznaků se podařilo v 65% vrátit zpět vojáky do bojové linie. U pomoci, která byla poskytnuta s odkladem, byla úspěšnost jen 40%. Většinou se zde pracovalo s termínem např.: bojová stresová reakce, šok z bombardování či šok z odstřelování.

V období druhé světové války se v literatuře můžeme setkat s pojmy jako: bojové vyčerpání, bitevní únava nebo již zmiňovaná válečná neuróza. Z individuálních intervencí se spíše přešlo ke skupinovým pohovorům. V Normandii vedl Dr. Glen Srodes skupinové pohovory s cílem připravit vojáky na další bitvu. Dr. S. L. A. Marshall používal metodu debriefingu, jež se podobá pozdějšímu Mitchellovu modelu. Debriefingy se využívaly i ve válce v Koreji v 50. letech 20. století a ve Vietnamu v 60. letech. Významný proces debriefingu byl i z období Libanonské války v roce 1982. Poté se v odborné literatuře začíná psát o Mitchellově modelu z roku 1983 (Šeblová, dizertační práce, Praha, 2007).

Mezi první známé organizace na našem teritoriu poskytující krizovou intervenci řadíme Vlastenecký pomocný spolek pro Království české. Spolek vznikl 5. září 1868

jako 13. národní společnost na světě, z něhož pak vznikl 6. února 1919 Československý červený kříž (<http://www.cervenyriz.eu/cz/kdojsme.aspx>).

11. PREVENTIVNĚ INTERVENČNÍ PROGRAMY PRO PRACOVNÍKY NA ZZS

Jednotlivé intervenční techniky (zahrnuté v systému krizového managementu stresu – CISM- Critical incident stress management) vznikly jako prevence pro psychologickou péči osobám, kteří jsou vystaveni kritickým událostem ve své profesi. Programy CISM jsou většinou založené na dobrovolnosti. Tyto metody však nejsou tedy zaměřené na oběti, ty mají své jiné podpůrné psychologické služby. Níže jmenované metody pomáhají především členům zásahových jednotek (hasiči, policisté, záchranáři), pracovníkům v nemocničním zařízení, prostě osobám, kteří čelí velké psychické zátěži ve svém zaměstnání a mohou se setkat s potencionálním psychotraumatem.

Nejde o psychoterapii, ani o psychologické poradenství nebo jejich léčbu. Zahrnuje to soubor postupů a prvků, které pomáhají předcházet pozdější psychologické morbiditě a tím i také ke snížené pracovní výkonnosti. Jedná se o podporu, diskuzi či rozhovor po události, nebo se může využít jako prevence s cílem se lépe srovnávat se svou profesní zátěží.

Celý systém intervenčních technik je nezbytnou součástí v psychické rekonvalescenci po různých kritických událostech. Proto je momentálně snaha o to, aby se techniky zařadily do plánů krizové připravenosti a tak i do běžné praxe záchranných služeb (Šeblová, dizertační práce, Praha, 2007).

U profesionálních záchranářů se většinou časné intervence odehrávají spontánně ihned po zásahu. Není proto ani nutnost, aby defusing nebo demobilizaci zajišťoval psycholog. Mnohdy vede intervenci velitel zásahu či proškolený pracovník a vytváří tak podporu celému týmu (Baštecká, Grada, 2005).

Již několik let nám záchranářům v České republice také pomáhá Systém psychosociální intervenční služby (SPIS). Dává podporu zdravotníkům pracujícím v urgentních oborech, ale poskytuje pomoc i zdravotníkům v nemocnicích. V dnešní době je do rozvíjení intervenčních potřeb zařazeno hodně záchranných služeb. Celý systém má hlavně charakter prevence, dává potřebné informace, napomáhá ke zvládnutí případné stresové reakce či psychické zátěži.

SPIS je postaven na tzv. „peer podpoře“, tedy na vyškolených pracovnících. Většinou se jedná o zdravotníky záchranných služeb nebo zaměstnance z nemocnic. Musejí umět naslouchat, podporovat zdravotníky při vyrovnání se s následky, znát problematiku zasaženého a poskytnout jim psychickou pomoc. Každý peer prošel speciálním školením a jeho výhodou je v tom, že zná problematiku naší profese. Musí zachovat diskretnost, mlčenlivost, nekritizuje ani nehodnotí. Vše zůstává anonymní a nevedou se žádné záznamy. Celá tato metoda může být postavena na individuálním nebo skupinovém sezení. Samozřejmě v intervenční službě mohou pracovat i kliničtí psychologové, kteří znají zacházení s nadlimitní zátěží.

System se neustále rozvíjí a použití má jak v záchranných službách, tak i u HZS či PČR. Dlouhodobě se buduje i v zahraničí, kde jeho reference jsou velice příznivé. Pomáhá totiž kvalitním pracovníkům po „očistění“ od velké zátěže zase kvalitní návrat do práce (Humpl et al., Brno, 2013).

11.1. Debriefing, defusing, demobilizace

Jednotlivé techniky intervenčních programů v systému krizového managementu stresu můžeme rozdělit na debriefing, defusing, demobilizaci či podporu na místě události (Šeblová, dizertační práce, Praha, 2007).

Pojem debriefing je z angl. slova debrief - podat hlášení. Je to jedna z technik CISM (Raphael Beverley, 2000), zaměřená na zvládnání stresu a stabilizovat tak zasahujícího profesionála, aby mohl v co nejkratším čase normálně pracovat.

Zakladatelem nejrozšířenějšího typu debriefingu byl v 80. letech Jeffrey T. Mitchell (Myers et al., 2005, str. 148), který založenou metodu aplikoval na oběti z řad záchranářů po mimořádné události. Poprvé byl použit v roce 1982 při leteckém neštěstí ve Washingtonu D.C. Celý debriefing může vést psycholog, psychiatr, záchranář, zkrátka odborník, který je řádně proškolený v debriefingu a poskytne tak podporu kolegům.

Dá se říct, že za debriefing můžeme považovat jakékoliv skupinové sezení, kde se probírá mimořádná událost (Baštecká, Grada, 2005). Na debriefing nechodí lidé s psychopatologickou diagnózou, ale zasažení profesionálové po určitém stresu. Proto je velmi důležité, aby celé sezení vedl proškolený člověk, který zahájí úvod, vysvětlí důvod a možný přínos. Nakonec poděkuje všem účastníkům a zdůrazní tak naprostou

rovnost co se týče hierarchie. Asi největší přínos v debriefingu mají proškolení pracovníci stejných nebo podobných profesí- tzv. peeři, kteří na základě svých vlastních zkušeností a zážitků pomáhají kolegům. Celého sezení by se měli zúčastnit všichni zasahující a to se týká i pracovníků operačního střediska. I ty se dostávají do krizových situací a špatně tak mohou snášet pocit, že nemohou v daný moment přímo pomoci. Asi celkový dojem příjemné atmosféry při sezení pak navozuje i zdánlivě malé, ale neméně důležité aspekty. Například úprava místnosti, občerstvení či zasedací pořádek na nás působí neformálně a klidně a tím prohlubuje komunikaci se zasaženými pracovníky. Mnohdy to otevře cestu i těm, co se z počátku nechtěli vůbec do konverzace připojovat (Šeblová, dizertační práce, Praha, 2007). Doporučuje se provádět s časovým odstupem (asi 48 hodin) po události, nikoliv ihned po ní a do kdy není stanovena. I po mnoha měsících či letech přináší debriefing svoje dobré výsledky.

Intervenční model CISM obsahuje 7 fází, který je nutný dodržet:

- 1. fáze:** Úvod- je velice důležitý, patří sem představení se základními informacemi, stanovení pravidel, vysvětlení celé situace setkání a sdělení, co se bude dělat a jak to bude probíhat. Není zde místo pro nadřizenost nebo podřizenost. Celý úvod zabere tak pět minut.
- 2. fáze:** Úsek skutečností- v této fázi jsou účastníci přímo tázáni: Co se stalo? Co jste tam dělal? Jaký jste tam měl úkol?
- 3. fáze:** Úsek myšlenek- přechod do emocí, dotazy na vaši první myšlenku, když se to stalo.
- 4. fáze:** Úsek reakcí- volné dotazy, např.: Co bylo na té situaci pro vás nejhorší? Jak jste se cítil? A jak následující den?
- 5. fáze:** Úsek symptomů- přechod od emocí do roviny kognitivní, shrnutí stresových příznaků, vysvětlení.
- 6. fáze:** Přípravy- učí se, jak se vypořádat s projevy stresu a zvládnání jejich technik.

7. fáze: Úsek zakončení- konec debriefingu, čas na dotazy, případná individuální konzultace, nabídka k občerstvení (Vodáčková, Portál, 2012).

Pojem defusing je odvozeno z angl. slova defuse- zbavit situaci výbušnosti (Baštecká, Grada, 2005). Je to kratší a časově úspornější verze. Obsahuje úvod, pak následuje úsek průzkumu, kam můžeme ve shrnutí zařadit fázi faktů, myšlenek, příznaků a na závěr fáze shrnutí (Šeblová, dizertační práce, Praha, 2007). Většinou se provádí v malých skupinkách, do 12 hodin po události. V tomto sezení odděluje oběti od zvládajících a ohrožených danou situací. Většinou to bývá úkol velitele nebo dvou vycvičených peerů, aby vytvořili správnou atmosféru, pohodu a případnou podporu (Baštecká, Grada, 2005). Celý defusing probíhá většinou spontánně. Je to jedna z nejpoužívanějších metod v praxi záchranných služeb.

Pojem demobilizace vyjadřuje v překladu snížení vojenské pohotovosti, z lat. „de-a mobilis“ pohyblivý a porada týmu. Cílem demobilizace je informovat a uvolnit celkovou atmosféru po krizové události. Provádí se ve skupinkách bezprostředně po směně (Baštecká, Grada, 2005). Odcházející směna utvoří skupinku, proberou se v ní ve zhruba 10 minutovém rozhovoru potřebné informace a pak následuje dvacetiminutový odpočinek a relaxace. Používá se ojedinelé (Šeblová, dizertační práce, Praha, 2007).

11.2. Podpora na místě události

Mezi další ostatní techniky patří i podpora na místě události. Používá se především k omezení stresu u vedoucích zásahu či pracovníků s jasnými příznaky stresové reakce. Je krátká, praktická a jejich podporu poskytují dobrovolníci na místě události. Mohou se využívat u dlouhodobých zásahů, kde záchranáři pracují několik hodin či dnů. Nedílnou součástí je i následná služba- setkání se skupinou o několik dnů až měsíců později, individuální sezení, terapie, telefonické rozhovory. Lze sem zařadit i podpurnou práci s členy rodiny (Šeblová, dizertační práce, Praha, 2007).

12. KAZUISTIKY A KRIZOVÁ INTERVENCE V PRAXI VE STŘEDOČESKÉM KRAJI

Druhou část mé bakalářské práce věnuji užití výše zmíněné teorie v praxi. V kapitolách níže se vzhledem k mé profesní působnosti zabývám využití SPIS ZZS ve Středočeském kraji a to nejen historii, ale i testování pracovníků v krizových situacích a poté kazuistikám. Cvičení jsou důležitá nejenom pro udržení a připomínání svých schopností, ale i k poznávání sebe a svých kolegů. Na závěr se věnuji kazuistikám a diskuzi.

12.1. Historie a využívání SPIS ZZS Středočeského kraje

Na přelomu tisíciletí se v odborných časopisech objevuje zmínka o psychické náročnosti zaměstnanců v oboru - urgentní medicína (jedná se o zdravotnické záchranné služby a urgentní příjmy). V České republice proběhlo mezi lety 2002- 2008 několik výzkumů o zátěži a stresu záchranářů. Později, kolem roku 2003- 2006, se prováděly ve zdravotnictví certifikované kurzy CISM s americkým lektorem. První dvě zdravotnické záchranné služby (ZZS Středočeského a Moravskoslezského kraje) přišly s nabídkou preventivních a intervenčních technik. Postupně pak vznikl v Brně (NCO NZO) i český akreditovaný kurz pro výcvik peerů. V kurzu bylo od roku 2010 proškoleny asi 90 peerů a postupně jejich nárůst úspěšně stoupá. Také začala vznikat pod záštitou Odboru krizové připravenosti MZ ČR a ve spolupráci se Společností urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP celostátní síť koordinátorů v jednotlivých krajích, kde byly uvedeny správné postupy a podmínky poskytování psychosociálních intervencí. Všechny kraje měly své koordinátory a ty pak se starali o nábor peerů a přesvědčovali managementy ZZS o potřebu péče o své zaměstnance. Vše se tedy naplno začalo provádět od roku 2011.

K výrazné změně došlo v roce 2012. Jednalo se o nabytí účinnosti zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Zde je popsána povinnost organizace zajistit tuto službu. Při mimořádné události to platí i pro jiné zdravotníky, například z příjmových oddělení nemocnic.

Doslovně je v textu zákona uvedeno:

„§ 16 : *Pracoviště krizové připravenosti:*

a) Pracoviště krizové připravenosti je určeno pro koordinaci úkolů vyplývajících pro poskytovatele zdravotnické záchranné služby z krizového plánu kraje, havarijního plánování a dokumentace integrovaného záchranného systému,

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

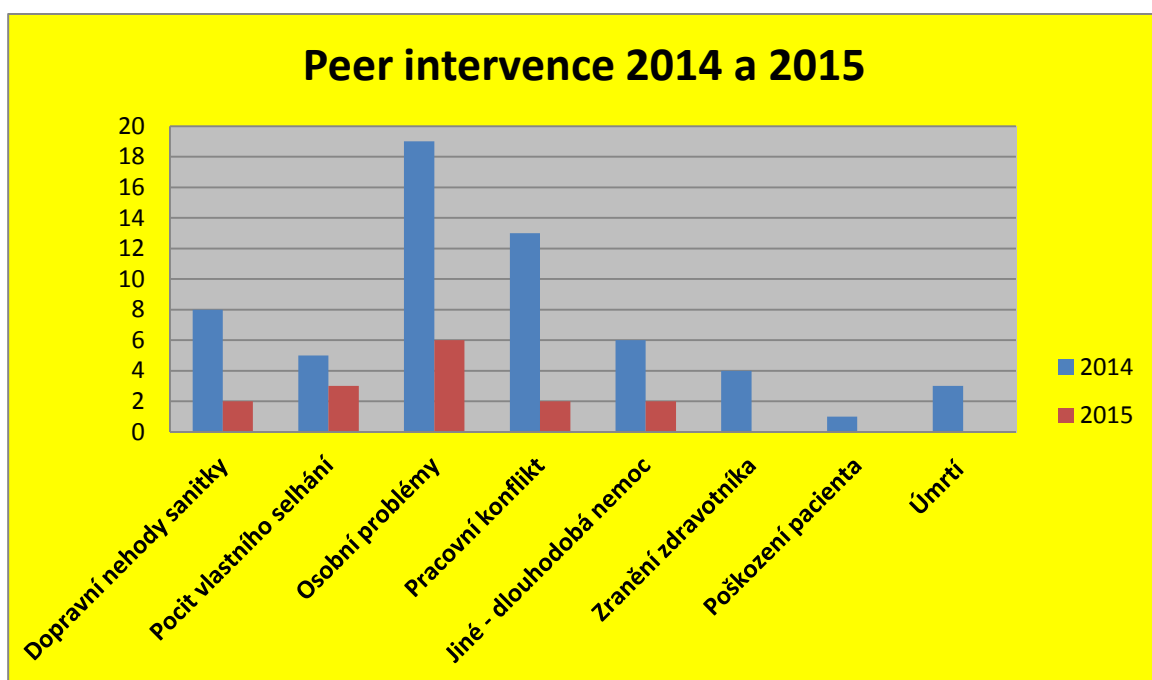
c) vzdělávání a výcviku pro plnění úkolů poskytovatele zdravotnické záchranné služby v oblasti krizového řízení, urgentní medicíny a medicíny katastrof;“ (Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů).

Po domluvě ředitelů ZZS na valné hromadě Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR dne 2. března 2012 přešel SPIS pod tuto organizaci, s odbornou garancí ze strany Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP. Celkovou administrativu zajišťuje Odbor bezpečnosti a krizového řízení FN Brno. Na konci roku 2013 je vedeno v programu pod odbornými garanty (PhDr. Lukáš Humpal a PhDr. Blanka Čepická) 15 psychologů, 108 peerů a 13 krajských koordinátorů (Intranet ZZS SČK).

Celková evidence intervencí je od roku 2011. Od letošního roku se používá v elektronické formě a bez informování koordinátora. Do databáze použije peer své přístupové údaje a vyplňuje pouze anonymní informace o datu, typu a obecně předdefinovaném důvodu intervence. Zásada intervence je dobrovolnost a zachování důvěrnosti. Nikdo o obsahu intervence nebude informován (žádní kolegové či nadřízení). V ZZS ve Středočeském kraji je za poslední roky počet intervencí zhruba stejný (zhruba okolo 20 událostí). Více se zajišťuje spíše individuální intervence a jsou poskytnuty kolegy než psychology. Jedná se většinou o dopravní nehodu sanitního vozu se zraněním někoho z posádky, neúspěšné resuscitace (zejména dětí) či dopravní nehody s větším počtem zranění. Dále je intervence využívána u úmrtí či dokonce sebevraždy kolegy. V tomto případě si vyžádají spíše intervence pro celý kolektiv stanoviště (Intranet ZZS SČK).

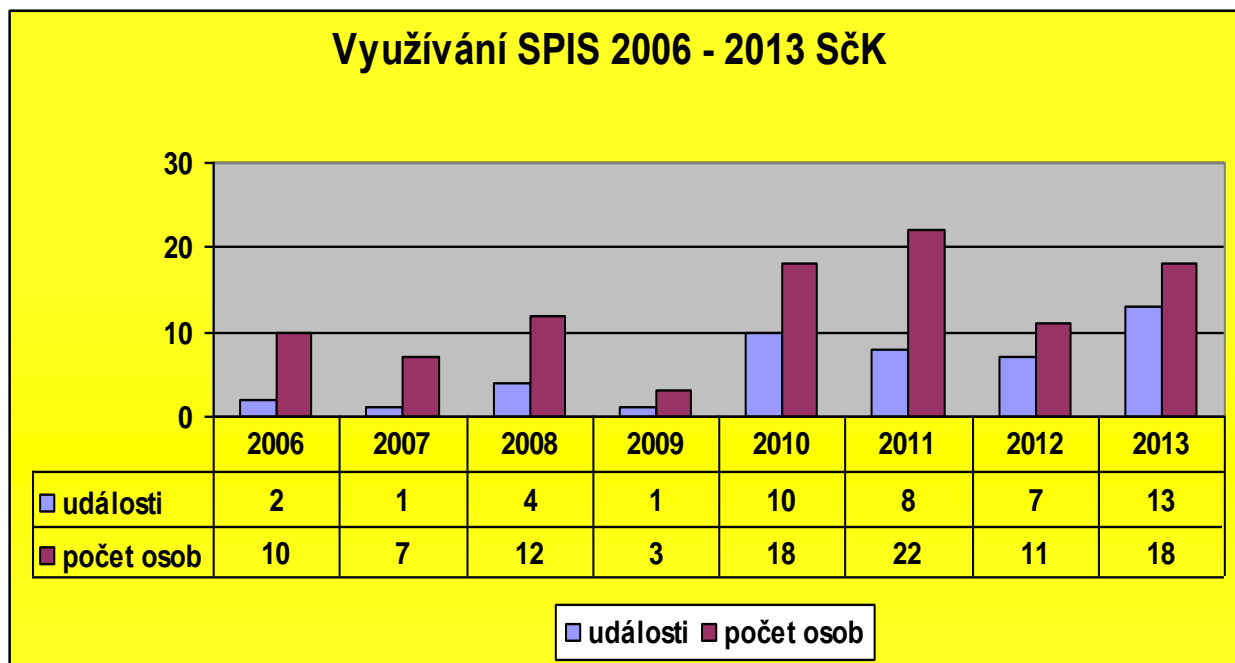
Za rok 2015 (dubna) až do dubna proběhlo v SČK deset peer intervencí, školení doposud žádné (jednalo by se o proškolení budoucích peerů). Jednalo se celkem o dvě dopravní nehody sanitky, tři pocity vlastního selhání, u šesti případech o osobní problémy, dva pracovní konflikty a dvě jiné události, např. dlouhodobá nemoc. Za rok 2014 proběhlo v SČK celkem 36 intervencí (29 školení a seznamování se systémem ve školách a ve zdravotnických zařízeních). Jednalo se o osm dopravních nehod sanitky, čtyři případy zranění zdravotníka, jednou o poškození pacienta, dále tři úmrtí, pět pocitů vlastního selhání, devatenáct případů osobních problémů, třináct pracovních konfliktů a šest jiných např. dlouhodobá nemoc.

Graf č. 1 - Peer intervence 2014 a 2015

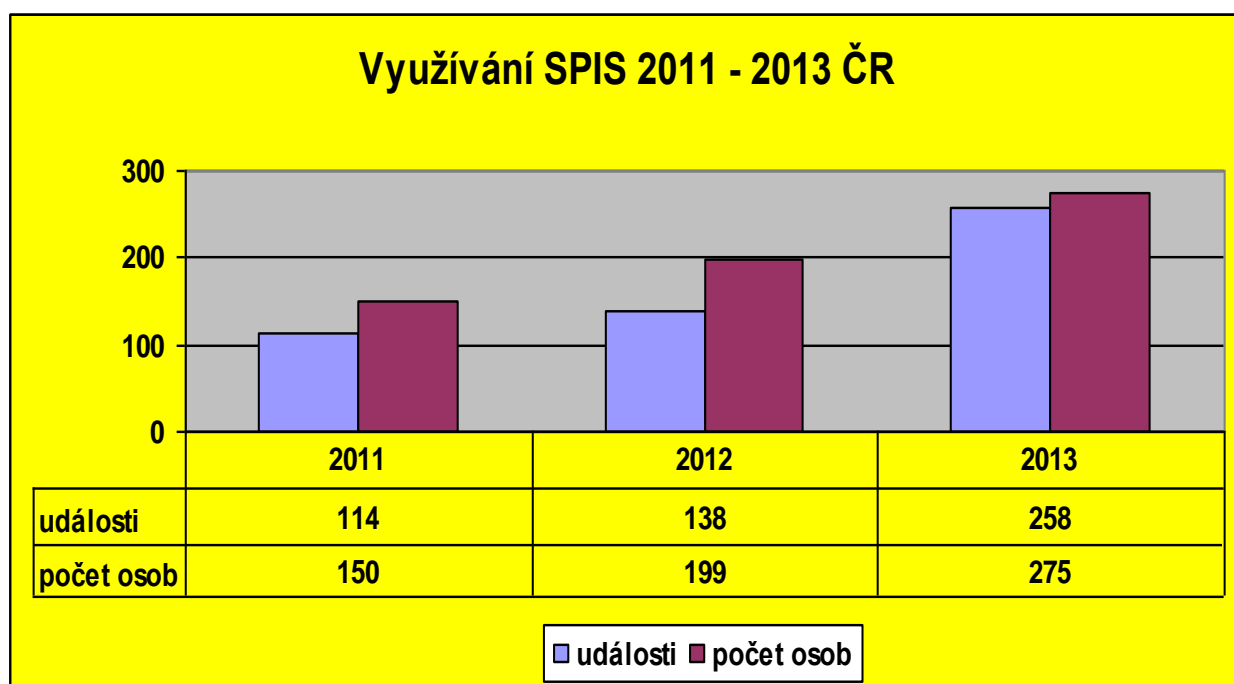


Vzhledem k dostupnosti údajů znázorňují tabulky níže využití SPIS v SČK pouze v letech 2006-2013 a v ČR 2011-2013.

Graf č. 2 – Využívání SPIS 2006 – 2013 SČK



Graf č. 3 – Využívání SPIS 2011- 2013 ČR



12.2. Nesoutěžní úloha na soutěži Rallye Rejvív 2010 s názvem „Pípní“

V národní soutěži Rallye Rejvív byla zařazena nesoutěžní úloha nazvaná „Pípní“. Soutěže se účastnily posádky RZP i RLP. Cílem úlohy bylo vystavit soutěžící psychické zátěži, popsat veškeré emoce krátce po úkolu, i s odstupem času a hlavně poukázat na psychickou pomoc pro profesionály. Každá posádka obdržela stejnou výzvu. Jedná se o resuscitaci novorozeného dítěte. Na místě je matka a otec dítěte- policista. Před příjezdem volá otec dítěte znovu na tísňovou linku a urguje celou posádku.

Po příjezdu na místo se záchranáři ocitli v místnosti, kde byla zoufalá plačící matka s figurínou naličenou tak, aby bylo vidět, že je novorozenec delší dobu mrtev. I přes zjevné známky smrti zahájily všechny posádky resuscitaci novorozence. V době ošetřování dítěte je začal ohrožovat otec střelnou zbraní (střílel) a vyhrožoval, že pokud nezachrání jeho dítě, tak je nepustí z bytu. Poté byla nedokončená úloha ukončena. Celou dobu byla posádka v místnosti sama (pouze s figuranty) a v místnosti byla zapnuta kamera, díky níž celou akci ve vedlejším pokoji sledovali peeri a psychologové. Jednalo se tedy o kumulaci kritických událostí, která byla pro všechny stejná. Právě nejčastější intervence jsou u případů resuscitace dětí a ohrožení posádek jinou osobou. Ihned po ukončení úkolu šli všichni účastníci vedle do místnosti na pohovor s psychologem a peerem. Rozebírala se celá úloha z hlediska jejich pocitů, emocí a někdy i reflexe z prožitých minulých ohrožení. Poté byli všichni seznámeni s psychickou pomocí pro profesionály.

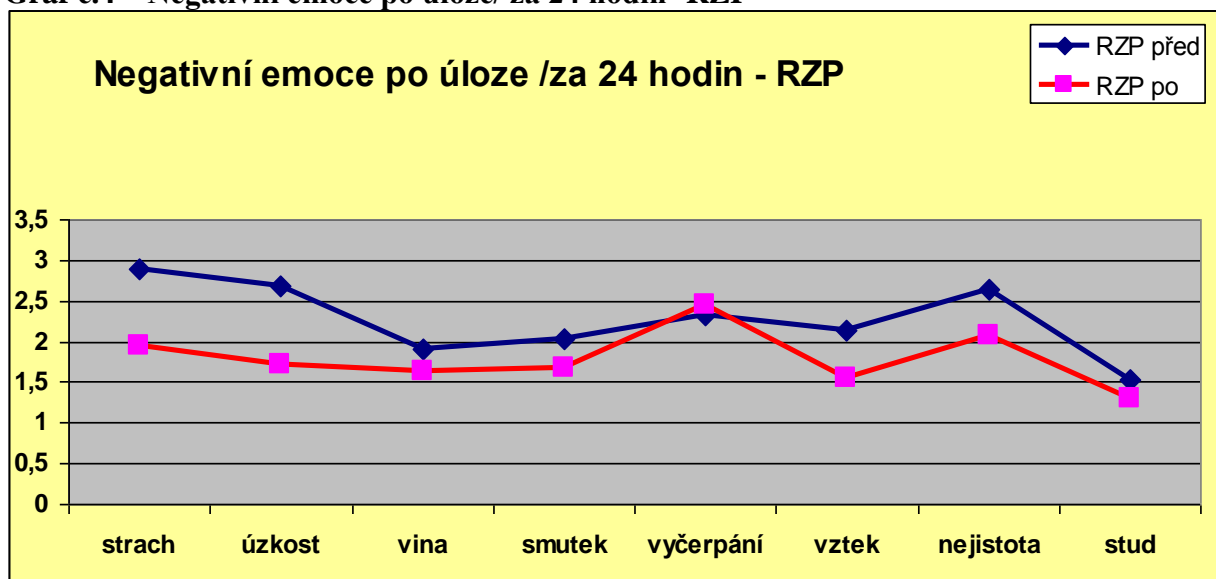
12.2.1. Vyhodnocení

Po skončení cvičné akce soutěžící vyplnili na požádání dotazník a další (totožný) dotazník po 24 hodinách. V dotazníku² byla hodnocena škála intenzity pozitivních a i negativních emocí (od 1 - vůbec do 5 – velmi silně), tedy strach, úzkost, vina, smutek, radost, úleva, vyčerpání, vztek, euforie, stud, nejistota. Dále účastníci museli zhodnotit vlastní výkon a potřeby – jídlo pití, spánek, možnost to někomu sdělit, přerušování služby a jiné. Vše se poté spárovalo a vyhodnotilo (Šeblová et al., Urgentní

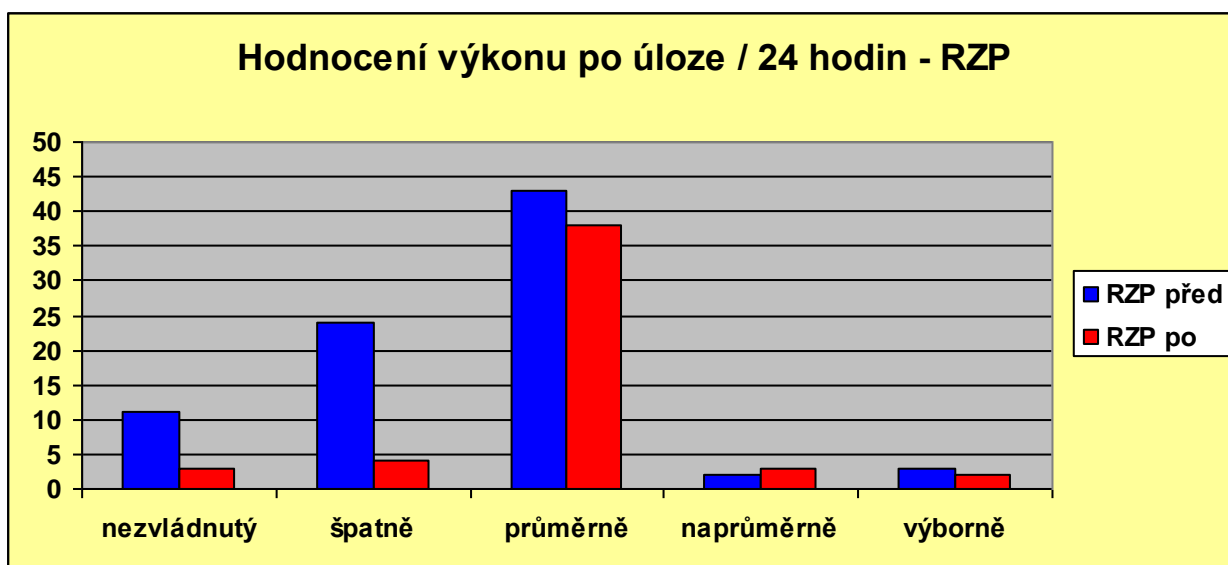
² Viz příloha č. 1.

medicína, č. 1, 2012). Cílem výzkumu bylo sledování emocí při napjaté situaci, zjištění potřeb posádek podle jejich definic, hodnocení jejich výkonů a celkové porovnání posádek RLP a RZP z hlediska srovnání emocí. Z celkem 84 členů posádek RZP vyhodnotilo dotazníky 44 osob a ze 75 členů RLP posádek 49 osob (Šeblová et al., Urgentní medicína, č. 1, 2012, str. 22-24). Výsledky jsou znázorněny v tabulkách 4 a 5.

Graf č.4 – Negativní emoce po úloze/ za 24 hodin- RZP



Graf č. 5 – Hodnocení výkonu po úloze/ 24 hodin- RZP



Je důležité konstatovat, že jsou závěry celé situace pouze spekulativní. Všichni účastníci si od začátku byli vědomi, že se jedná o modelovou situaci. Ale i přes to bylo zajímavé sledovat kolegy při své práci a pak zhodnotit jejich pocity a emoce.

Z celkového hodnocení dotazníků vyšlo najevo, že záchranáři jsou psychicky odolní a dokážou se dobře vyrovnat se zátěží pomocí vlastních zdrojů. Svědčí o tom právě i ústup negativních emocí s odstupem času a nástup pozitivních. Většinou mobilizují své síly pomocí rodiny a dalších blízkých osob. Členové posádek RLP i na svůj výkon nahlízejí více pozitivně a mají větší posun v pozitivních pocitech. U obou typů posádek vyšlo průměrné sebehodnocení. Asi největší vzniklou potřebou bylo někomu vše sdělit, popovídat si o celé události. Z fyziologických potřeb se uvádělo pití, nikoliv jídlo a spánek. Většinou posádky uvádějí také potřebu žádného dalšího výjezdu, bezpečné prostředí a vyrovnání se s akutním stresem, a to ne zrovna zdravě (alkohol, cigarety). Požadavek na odbornou pomoc byl zaškrtnut třikrát. Právě modelové situace na soutěžích nám pomáhají dozvědět se něco o tom, jak se chovají a co prožívají posádky při psychicky náročných situacích (Šeblová et al., Urgentní medicína, č. 1, 2012, str. 22-24).

12.3. Kazuistiky

Tuto kapitolu věnuji kazuistikám. Kazuistiky rozdělím na skupinové a individuální intervence a dále podle typu událostí. Případy intervencí jsem zvolila tak, abych komplexně obsáhla dané téma.

Z důvodu ochrany osobních údajů neuvádím u případů jména a příjmení.

12.3.1. Skupinové intervence

12.3.1.1. Dopravní nehody sanitních vozů

Dne 14. dubna 2008 – Středočeský kraj (Rudná) – Dopravní nehoda s účastí sanitního vozu

V 17:11 rychlá lékařská pomoc z Rudné vyjela k dopravní nehodě na dálnici D5 u Rudné u Prahy. Při příjezdu rychlé záchranné služby na místo narazilo kolemjedoucí auto do sanitního vozu. V době střetu byli záchranáři v sanitním voze bez pacienta. Celá posádka utrpěla zranění: lékař- poranění hlavy a zad, zdravotní sestra a řidič-

zhmoždění břicha. Záchranáři se snažili pomáhat ostatním zraněným do příjezdu dalších sanitních vozů. Celkem bylo při obou dopravních nehodách zraněno sedm osob včetně třech pracovníků zdravotnické záchranné služby a jedna osoba na místě zemřela. Zdravotnické operační středisko poslalo další sanitní vozy (Zbraslav, Hořovice, Praha). Celkem na místě zasahovalo šest sanitních vozů, Policie ČR a Hasičský záchranný sbor.

Debriefing proveden po propuštění všech z nemocnice 24. dubna 2008 v Jesenici u Prahy.

Dne 20. října 2008 – Středočeský kraj (Benešov) – Dopravní nehoda s účastí vozu R-V

V říjnu 2008 se stala dopravní nehoda vozu RV s lékařem, kde celý vůz po nárazu rotoval přes střechu. Posádka z vozu RZP poskytovala pomoc raněným.

Debriefing se uskutečnil 23. října 2013. Celého debriefingu se účastnilo šest lidí ÚSZS SK (lékař a řidič RV, dvě operátorky, posádka vozu RZP).

Dne 6. ledna 2010 – Středočeský kraj (Neratovice) – Dopravní nehoda sanitního vozu

Přibližně v 7:15 se stala dopravní nehoda sanitního vozu z Neratovic, kde největší zranění utrpěla zdravotní sestra. Posádka RLP z Mělníka ji se středně těžkým zraněním (zlomenina hrudního obratle a sterny) odvezla do nemocnice Královské Vinohrady. Na chirurgické ošetření se odvážel i lékař a řidič z havarovaného sanitního vozu.

Debriefing byl proveden 21. ledna 2010 v Mělníku s účastí řidiče sanitky a posádky vozu RZP.

12.3.1.2. Napadení

Dne 10. 5. 2009 - Středočeský kraj (Kolín) – Napadení posádky

Po desáté hodině v noci volal na tísňovou linku muž, který tvrdil, že se u něj neznámý muž domáhá zavolání záchranné služby. Má poraněnou ruku a začíná být agresivní. Zdravotnické operační středisko vyslalo na pomoc posádku rychlé lékařské pomoci a žádala i o asistenci PČR. Ta však v tu chvíli vyjízďela k jinému závažnějšímu případu. Před příjezdem posádky zraněný muž již z místa odešel a záchranáři ho museli hledat. Po chvíli ho našli v příkopu u cesty a byl pod značným vlivem alkoholu. Lékař

u muže konstatoval tržnou ránu ruky a měl podezření na pohmoždění hrudníku. Po celou dobu ošetřování byl ale muž velice hrubý, slovně je napadal a byl agresivní. Při transportu do nemocnice se odpoutal z lehátka a fyzicky napadl zdravotní sestru, která s ním seděla v zadní části vozu. Řidička zastavila vůz a spolu s lékařem šli pomoci kolegyni a opět volali PČR. Pacient do příjezdu policie napadl všechny tři členy posádky a hrozilo, že zničí i zařízení v sanitním voze. Nakonec se podařilo záchranářům muže udržet a zklidnit a poté s pomocí police ho transportovat na chirurgickou ambulanci. Všichni tři členové posádky (lékař, zdravotní sestra a řidička) utrpěli četné pohmožděniny a hematomy. U výjezdové sestry a lékaře musela být vyloučena zlomenina ruky a zhmoždění kolene. I přes traumatizující zkušenost se členové posádky rozhodli, že nechtějí být ve zbytku směny nahrazeny a noční službu doslouží.

Debriefing proveden 15. května 2009 s účastí výjezdové sestry, řidiče a dispečerky. Jako priorita celého pohovoru byla bezpečnost posádky při podobné situaci. Bohužel se to v poslední době vyskytuje velice často. Primář oblasti pak následně odesílal stížnost na chování policie vůči našim zaměstnancům.

12.3.1.3. Traumata s úmrtím dětí, neúspěšné KPR

Dne 5. března 2010 – Dopravní nehoda ve Velkých Popovicích

Kolem 13:30 se stala dopravní nehoda u Velkých Popovic (osobní auto vs. nákladní), kde bylo vážně zraněno v osobním voze tříleté dítě. Chlapec utrpěl vážný úraz hlavy a byl v bezvědomí. Jako první na místě nehody byla posádka s lékařem. Byl to začínající lékař na záchranné službě a tento výjezd byl pro něj pořádný křest. Nikdo si nepřeje zasahovat na výjezdu, kde jsou vážně zraněné děti. Shodou náhod byl svědkem nehody i záchranář záchranné služby SČK, který následně pomáhal lékaři s poskytováním první pomoci zraněnému dítěti. Po příletu letecké záchranné služby předali dítě do jejich péče. Dítě první den hospitalizace umírá. V osobním autě také bylo středně těžce zraněno druhé dítě a lehce zraněna jejich matka.

Debriefing se uskutečnil 10. března 2010. Účastník byl záchranář ZS (svědek nehody), lékař, zdravotní sestra RZP Říčany a operátorka zdravotnického střediska. Asi největší obavy ze zásahu měl začínající lékař. A to hlavně pocit viny, že neudělal

všechno, co si představoval. Debriefing byl hodnocen velice kladně a všem pomohl při jejich dalších těžkých výjezdech.

Dne 21. listopadu 2010 – Středočeský kraj – úmrtí dvou malých dětí při dopravní nehodě

Nedaleko kruhového objezdu na silnici vedoucí směrem na Kolín se čelně srazila dvě osobní auta. Zraněno bylo šest lidí a zemřely dvě děti. Na místě svým zraněním zemřelo tříleté dítě a devítiměsíční chlapec zemřel po převozu do nemocnice.

Debriefing byl proveden 28. listopadu 2010- lékařka letecké záchranné služby a sestra RLP (zdravotní sestra navíc měla v tu dobu úmrtí v rodině). V tomto případě se debriefing prováděl až po týdnu.

Dne 27. února 2011 – Středočeský kraj (Brandýs nad Labem) – neúspěšná KPR desetiletého chlapce

Mediálně probíraný případ, smrt desetiletého chlapce, se stal v únoru 2011. Po ošetření chlapce (měl vysoké horečky) v pražské nemocnici mu lékař předepsal léky a poslal ho domů. Ten však druhý den umírá v náručí svého otce. Byla zavolána posádka záchranné služby, ale ani po dlouhé resuscitaci se záchranářům nepodařilo chlapce zachránit.

Debriefing proveden po dvou dnech. Dne 1. března 2011 proběhl telefonický kontakt (cca 30min.) s peerem. Pro zasahující lékařku byla poté velice důležitá zpráva ohledně závěru pitvy. Každá zpětná informace pro zasahující členy je nesmírným přínosem, neboť pak přestanou mít pocit, že mohli udělat více a dotyčného zachránit. Tudíž i informace mohou být de facto součástí intervence.

12.3.1.4. Vážné zranění či úmrtí kolegy (suicidium)

Dne 24. září 2011- Středočeský kraj – Dopravní nehody zdravotní sestry

Posádka z Vranova byla poslána na ošetřování šestnácti měsíčního dítěte po tonutí. A ihned poté k dopravní nehodě. Jednalo se o čelní náraz dvou osobních aut. Jedna řidička osobního auta byla zdravotní sestra, která jela do práce. Bohužel měla vystřídat

kolegyni, která ji resuscitovala. Na místě ještě před příjezdem posádky byla zahájena operátorkou telefonická asistovaná neodkladná resuscitace u zraněné kolegyně. Poté na místo dojely i dvou posádek RLP a RV. Ty ošetřovaly šestileté dítě z protijedoucího auta, které bylo v bezvědomí, transportovali ho na ARO do FN Motol.

Tentýž den se spojila zasahující sestra a oba lékaři telefonicky s odborníkem. Sestra využila telefonickou pomoc i následující den. Koordinátorka vrchní sestra nabídla skupinový debriefing. Posádky neprojevíly zájem.

Dne 25. května 2011 – Středočeský kraj – sebevražda kolegy

V květnu na pracovišti záchranné služby našli zaměstnanci oběšeného svého kolegu v garáži.

Zde byla 30. května 2011 provedena telefonicky krátká intervence (cca 20 min.) se zastupující vrchní sestrou. Dále se dohodla na 31. května 2011 intervence pro sestru a řidiče, kteří našli svého kolegu.

Dne 7. listopadu 2011 – Středočeský kraj – resuscitace kolegy

Posádka RLP a RZP vyjžděla k nahlášenému bezvědomí. Po příjezdu však zjistila, že se jedná o kolegu. Ten šel asi dva měsíce předtím do předčasného důchodu, aby se mohl starat o těžce nemocnou manželku. Bohužel došlo k neúspěšné resuscitaci.

Debriefing proveden 9. listopadu 2011.

12.3.1.5. Aktivace traumaplánu

Dne 16. července 2006 – Středočeský kraj – Dopravní nehoda autobusu ve Zdibech u Prahy

Nehoda autobusu se stala na sjezdu u obce Zdiby, kde bylo 10 zraněných a 5 lidí mrtvých na místě. Autobus najel do svodidel a poté mostního pilíře. Jednalo se o dopravní nehodu s extrémně vysokou mortalitou a to vlivem mechanismu nehody.

Operační středisko provedlo aktivaci traumaplánu. Do terénu bylo posláno více zasahujících zdravotnických záchranných složek.

Debriefing proveden 20. července 2006- Toulcův dvůr. Přišlo 5 účastníků nehody (včetně lékaře a jedné operátorky).

Dne 28. července 2007 – Středočeský kraj – zřícení haly Poldi Kladno

Dne 28. července po sedmé hodině ráno se zřítila bývalá hala válcoven v průmyslovém areálu POLDI – Koněv. Hasičský záchranný sbor začal vyprošťovat postupně tři muže ze závalu stavební sutě a ocelových konstrukcí. Ke zřícení haly došlo po laickém odřezávání ocelových nosníků v hale. Špatný přístup k zavaleným ztěžovala nepřehlednost prostředí. Pro vyhledávání zavalených osob byli povoláni nejen záchranáři, ale cvičeni psi. Na místě byli vyproštěni dva muži, kteří měli zranění neslučitelná se životem (<http://www.pozary.cz/clanek/7937-zricena-hala-v-arealu-poldi/>).

Celkově bylo pět zraněných, z toho tři těžce a dvě osoby zemřeli. Při poskytování pomoci zde bylo i možné ohrožení záchranářů.

Debriefing byl proveden 31. července 2007 v zasedací místnosti ředitelství Kladno.

12.3.2. Individuální intervence - Pracovní, osobní a rodinná problematika

V rámci pracovní problematiky se řešili dvě sobě podobné záležitosti. V roce 2008 na úrovni středního managementu, problém se týkal řízení organizace. V roce 2012 byla na vyžádání provedena individuální intervence- staniční sestra, pracovní problémy. Jednalo se o otázky kvality práce. Pohovor trval přibližně hodinu, zároveň byla nabídnuta i konzultace s psychologkou.

Dne 23. listopadu 2013 – Střelba v Hořovicích – případ osobní a rodinné problematiky

Ve večerních hodinách byla posádka poslána na střelné poranění do nedaleké restaurace. Po příjezdu na místo posádka zjistila, že zraněná osoba je syn jejich kolegy (řidiče), který si náhodou vyměnil službu. Pro zasahující sestru to byl spolužák ze školy.

Postup intervence byl konzultován s odborníkem. V tomto případě se jednalo o neostrou hranici mezi intervencí záchranářů a rodinou zasaženého. Intervenci využila zdravotní sestra a řidič (otec) zasaženého.

Při individuální konzultaci kvůli osobní a rodinné problematice byly řešeny v posledních letech tato témata:

- V souvislosti se syndromem vyhoření na základě dlouhodobější krize (2008)
- Zaměstnanec u ošetřování závažného stavu příbuzného (2010)
- Po napadení záchranáře opilcem, který našel doma mrtvou matku (2010)
- Operátorka s „prokletím“ DN sanitních vozů, 2x v rozmezí asi 2 měsíců nabírala stejná operátorka nehodu sanitního vozu (2010)
- Sestra po napadení a reakce okolí a veřejnosti na malém městě (médiá- 2010)
- Lékařka – ošetření dítěte s polytraumatem, kritika nadřízených (2010)
- Lékař po nočním verbálním napadání a manipulaci ze strany příbuzných pacienta (2010)
- „Absolutní“ požadavky na vlastní výkon (2011)
- Telefonický kontakt přibližně 30 minut s řidičem havarované sanitky, sice odmítá další intervenci, ale na debriefing v prosinci přišel s ostatními.

13. DISKUZE

Je důležité zdůraznit, že v České republice je výše zmíněná problematika řešení následků po krizové situaci u ZZS velmi raným tématem. Krizová intervence je spjata s managementem, bez jeho souhlasu a podpory nelze tuto službu provozovat. Novodobé uvědomění, že je potřeba dané stavy a situace řešit považují za velké pozitivum a krok vpřed. Je přirozené vzhledem k povaze lidské i přes to, že se jedná o profesionály, dostat se do stádia vyhoření kvůli předešlé nadměrné zátěži. Považují za podstatné zmínit, že díky „nové“ disciplíně se ubírá od modelu „všichni musí všechno vydržet“ a může si profesionál nahlas říci o pomoc, pokud se cítí událostí zasažen.

Za další velký přínos považují rostoucí transparentnost, tedy zvýšenou informovanost mezi pracovníky ZZS, a to nejen o rizicích. Disponují daty, která mohou čerpat online, z přednášek, seminářů a konferencí. Na peera se mohou díky zveřejněným informacím obrátit přímo. Pozitivním výsledkem je dostání potřebných informací do povědomí pracovníků.

Vzhledem k počtu provedených intervencí lze konstatovat, že tato služba či podpora je v extrémních situacích (individuální vnímání) důležitá a prakticky nezbytná. Nyní má ZZS SčK přibližně 800 kmenových zaměstnanců a externistů a probíhá kolem 100 000 výjezdů za rok. K dispozici jim je aktuálně přibližně 8 peerů.

Služba je dostupná a nabídnuta všem. Po dopravní nehodě se kontaktují všichni účastníci, kteří sami zváží, zda pomoc chtějí. Jelikož se jedná o novou službu, pociťují někteří zasažení ostych si o pomoc říci. Lze předpokládat, že se v budoucnu nejen i díky plánovanému zavedení služby do zákona, ale i neustálou snahou peerů propagovat informaci o možnosti pomoci, bude tento druh intervence standardem.

V rámci zlepšení psychické zátěže u zaměstnanců ZZS je také důležitý systém péče tzv. „nepsychologických“ opatření. Zde velice záleží na managementu organizace a jejího přístupu k pracovníkům. Právě úloha managementu je v rozvoji preventivních psychologických intervencí velice důležitá, protože jím hodně ovlivňuje stres. A to buď v pozitivním či negativním slova smyslu. Mezi toto opatření patří například správná organizace práce, atmosféra v organizaci s demokratickou diskuzí mezi zaměstnanci a vedením, nebo mezi zaměstnanci na stejném postavení, kultivace vztahů na pracovišti, jasné vymezení rolí a tím spjatá odpovědnost a vhodné pracovní podmínky. Dále pak k podpoře patří zvyšování kvalifikace, vzdělávání a profesní růst. Velice důležité je pro

nás také zpětná vazba ve formě „kouzelného slůvka“ děkuji, ať již ze strany nadřízených nebo i kolegů.

Příklady kazuistiky prokázaly, že je debriefing ve valné většině prováděn do týdne od události. Měření účinnosti systému je prozatím velmi složité. Tím, že nelze s určitostí říci, jak bude daná osoba na krizovou událost reagovat, je podstatné intervenci provést vždy. Systém není pouze proti vyhoření, ale též, aby se podchytila akutní stresová reakce a nevznikla z toho posléze posttraumatická stresová porucha.

Komparace mé práce s obdobnou je vzhledem k neprobádanosti zvoleného tématu v České republice značně problematická.

Do nedávna základní složky IZS neměly v zákonech zahrnutou první psychickou pomoc pro své pracovníky i přes to, že jsou právě oni nejvíce zasaženi mimořádnou událostí. Policie České republiky byla první složkou, u které se začalo na toto téma mluvit. Od roku 1999 se v rámci projektu Phare EU zabývají systémem posttraumatické intervenční péče a v roce 2001 jej aplikovali do praxe. Dva roky poté, v roce 2003, se v rámci rezortu Ministerstva vnitra ČR uplatnil i u Hasičského záchranného sboru. Zdravotnická záchranná služba nyní čeká na zapsání krizové intervence do zákona.

V současné době lze v rámci IZS kladně hodnotit posttraumatickou intervenční péči u Hasičského záchranného sboru České republiky, především v porovnání s PČR je systém u hasičského sboru Středočeského kraje na velice dobré úrovni. Intervence u ZS jsou dokonce povinné z rozhodnutí velitele zásahu (podle charakteru rozsahu). Hasičský záchranný sbor má k dispozici od roku 2008 Sbíрку interních aktů řízení generálním ředitelem HZS ČR. Jsou v ní popsány postupy a úkoly příslušníků a zaměstnancům hasičského záchranného sboru při poskytování posttraumatické péče, kteří si zažili traumatizující událost v práci. Dále zřizují také v každém kraji posttraumatickou péči v tzv. Týmech posttraumatické péče. Je to odborně proškolená skupina lidí, obvykle příslušníků či zaměstnanců HZS, kteří pak svým kolegům dobrovolně pomáhají zvládnout traumatickou událost. Jako u ZZS se neustále Týmy posttraumatické péče proškolují a předávají mezi sebou potřebné informace a zkušenosti. V současné době má Tým posttraumatické péče HZS Středočeského kraje 35 členů. K dispozici má HZS i svého psychologa, který jim je k dispozici při jakémkoliv problému (<http://www.hzscr.cz/clanek/posttraumaticka-pece.aspx>).

O psychologickou péči středočeských policistů se stará policejní psycholog. Základnu mají na Zbraslavi (Krajské ředitelství policie Středočeského kraje), jsou ve služebním poměru, ale jsou to vystudovaní psychologové.

Na Odboru psychologických služeb Krajského ředitelství policie Plzeňského kraje poskytují psychologickou péči pro policisty a jejich zaměstnance formou konzultace, poradenství, preventivní psychologické péče či krizové intervence a provádí přednášky, výcviky a semináře v komunikaci, sociálních dovednostech, schopnosti, jak lépe zvládat konflikty a vzdělávání středního managementu a další. Kooperují nejen s psychologickými pracovišti PČR a týmy posttraumatické intervenční péče, ale i s týmem anonymní telefonní linky, s psychology bezpečnostních sborů při pomoci zasaženým osobám při MU většího rozsahu a i s dalšími institucemi mimo PČR za účelem zajistit návaznou psychologickou péči (<http://www.policie.cz/clanek/oddeleni-psychologickych-sluzeb.aspx>)

V porovnání se zahraničím. Posttraumatická intervenční péče v zahraničí se liší podle vyspělosti daných států. Např. nezisková členská organizace „Crisis Intervention Team International“ (dále „CIT International“) jejíž hlavním cílem je podporovat službu, vývoj a následnou implementaci krizové intervence. CIT International se zabývá tematikou krizové intervence nejen pouze v USA, ale též i mezinárodně. Cílů se snaží dosáhnout informováním veřejnosti a pomoci členům aplikovat krizovou intervenci a to skrz programy, asistenci, výzkumy a mezinárodními konferencemi, kde dochází k výměně informací. Nezisková organizace má stanovený koncept, jakým způsobem pomoci. Členem se může stát prakticky kdokoliv za členský příspěvek.

Zvýšení potřeby posttraumatické péče přichází především ze západního světa, kde je jiná kultura než v ostatních částech. Události typu 11. září 2001 v USA zvyšují tendence užívání této služby. Při zahraničních misích např. do Afghánistánu jezdí s vojáky za účelem těchto služeb vojenský kaplan. V Kanadě existuje organizace British Columbia Ambulance Service, ta služby zajišťuje a i financuje. V Austrálii zařadili téma i do výuky na univerzitách. Využívají systém peerů, CISM a i skupinovou péči. V Maďarsku je zavedený systém s názvem „BURNOUT GROUP“. V Polsku a Bosně a Hercegovině prozatím vítězí model „naši záchranáři jsou silní jedinci a pomoc tuzíž nepotřebují“, z tohoto důvodu, zde zatím služba není zavedena (<http://www.spis-cr.info/cs/spis-a-rallye-rejviz-2013/t1061/>).

Domnívám se, že jedním z hlavních důvodů využití služeb ve vyspělejších zemích světa jsou finance a s tím spojený vyšší počet profesionálů. Dalším důležitým faktorem kromě financí a odborníků je určitě i míra zapojení země ve válkách a bojích. Jedním z příkladů užití posttraumatické péče je pomoc u profesionálních vojáků, kteří se vrátili z mise. Nelze též opomenout fakt, že státy rozvojové vzhledem k výše

zmíněnému využívají spíše pomoc z venku – od mezinárodních organizací. Krizovou intervencí se obecně zabývá např. Světová zdravotnická organizace a to konkrétně v oblastech konfliktu. Aplikace služby vnitrostátně se opět liší podle finančních možností a i dle kultury.

14. ZÁVĚR

Na začátku své bakalářské práce jsem si stanovila za cíl komplexně popsat posttraumatickou intervenční péči u ZZS a její užití ve Středočeském kraji. Z obsahu je zřejmé, že jsem cíle splnila. Vzhledem k tomu, že je posttraumatická intervenční péče u ZZS u nás poměrně novou disciplínou, publikace nejsou starší, než dvě dekády. Knihy jsou tedy odrazem dnešní doby, zároveň, ale nelze vycházet ze zkušeností z doby tomu předcházející. Změnu v pohledu v posledních letech na posttraumatickou péči u pracovníků ZZS a vytváření konceptu považuji za velké pozitivum. Disciplína je na počátku zrodu, uvidíme, kam se techniky posunou.

V prvních kapitolách vycházím z publikací předních odborníků paní J. Šeblové a Jiřího Knora „*Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*“ či knihy J. Štětiny a J. Knora „*Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*.“ Dále z publikace „*Univerzita medicínského práva*“ sepsanou J. Machem P. Bartůnkem a D. Vondráškem nebo knihy odborníků – J. Vilášek, M. Fialy a opět D. Vondráška „*Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*.“ V dalších částech práce vycházím z nepřehledného množství aktuálních publikací ke stresu a krizové intervenci např. od B. Baštecké. „*Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*.“, dále publikace R. Čevely, L. Čeledové a H. Dolanského „*Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*“, od A. Andršové „*Psychologie a komunikace pro záchranáře*“ a dalších. V kapitolách zabývajících se debriefingem se opírám též o zahraniční publikace.

K zachování aktuálnosti vycházím z materiálů ze zaměstnání, jako je například intranet a z odborných internetových stránek typu SPIS ČR a HZS ČR.

Jak jsem již zmínila v úvodu, téma své bakalářské práce jsem si zvolila vzhledem k svému blízkému vztahu a aktivnímu zájmu o tuto oblast. Aby má bakalářské práce nebyla pouhým výčtem odborné literatury rozpracovala jsem reálné události a užití debriefingu. Při bližším zkoumání spatřuji nedostatky v právní ochraně a to zejména u možností obrany proti napadení a při jízdě sanitních vozů. Domnívám se, že bezpečnost práce ZZS by zvýšila možnosti větší obrany před útočníkem, který napadne posádku. Řešení se nabízí např. v kurzech sebeobrany a rozšíření možností ochranných prostředků (kaser, paralyzér), které by byly stanovené zákonem. Dalším důležitým bodem ke zlepšení by bylo zvýšit bezpečnost jízdy sanitních vozů. Tohoto lze

dosáhnout neustálým proškolením v rámci bezpečnosti práce a organizováním školy smyku, též mít větší podporu v zákonech.

Vzhledem k událostem nejen v zahraničí, ale i u nás je zřejmé, že k traumatizujícím událostem bude bohužel docházet i v budoucnu. V momentu, když není v našich silách události zabránit, můžeme se aspoň pokusit zmírnit dopady. Správným a včasným užitím posttraumatické intervenční péče nejenom u ZZS, ale i u ostatních osob můžeme případnému dominovému efektu zabránit.

SEZNAM LITERATURY

Publikace:

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, Sestra. ISBN 978-802-4741-192.

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

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 108 s. Sestra. ISBN 978-802-4728-605.

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

FRANCE, Kenneth. *Crisisintervention: a handbook of immediate person-to-person help*. 5th ed. Springfield, Ill.: Charles C Thomas, Publisher, c2007, xiii, 305 p. ISBN 9780398077112.

HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ. *První psychická pomoc ve zdravotnictví: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 134 s. ISBN 978-807-0135-624.

JEKLOVÁ, Marta, Eva REITMAYEROVÁ a Alena TOBIÁŠOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-869-9174-1.

KALLWASS, Angelika, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Vyd. 1. Překlad Petr Babka. Praha: Portál, 2007, 139 s. ISBN 978-807-3672-997.

KEBZA, Vladimír, Iva ŠOLCOVÁ a Alena TOBIÁŠOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-707-1231-7.

KRASKA-LÜDECKE, Kerstin, Libuše ČELEDVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Nejlepší techniky proti stresu*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Brejlová. Praha: Grada, 2007, 116 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-802-4718-330.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, Libuše ČELEDVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Překlad Dagmar Břejlová. Praha: GradaPublishing, 2010, 119 s. Management (Grada). ISBN 978-802-4731-490.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. 2., upravené vyd. Praha: Grada - Avicenum, 1994, 190 s. ISBN 80-716-9121-6.

MACH, Jan, Petr BARTŮNĚK a David VONDRÁŠEK. *Univerzita medicínského práva*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 232 s. ISBN 978-802-4751-139.

MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 198 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4730-073.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MATOUŠKOVÁ, Ingrid. *Aplikovaná forenzní psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 296 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4580-0.

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

MLČÁK, Zdeněk. *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005, 62 s. ISBN 80-736-8036-X.

MYERS, Diane Garaventa a David F WEE. *Disastermentalhealthservices: a primerforpractitioners*. New York: Brunner-Routledge, 2005, xix, 285 p. Brunner-Routledgepsychosocial stress series, [no. 27]. ISBN 1583910638.,

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché. ISBN 978-802-4737-379.

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

PIDRMAN, Vladimír. *Posttraumatická stresová porucha: manuál pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2002, 22 s. ISBN 80-851-2145-X.

PRAŠKO, Ján, Tomáš HÁJEK a Marek PREISS. *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Vyd. 1. Praha: pro společnost Pfizer vydal Maxdorf, c2002, 93 s. Psyché. ISBN 80-85912-80-5X.

PTÁČEK, Radek a Libuše ČELEDVÁ. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011, 117 s. ISBN 978-80-246-1998-9.

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a David VONDRÁŠEK. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, c2011, 528 p. ISBN 978-802-4739-762.

RAPHAEL, Beverley a John P WILSON. *Psychologicaldebriefing: theory, practice, and evidence*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000, x, 376 p. ISBN 0521647002.

REMEŠ, Roman, Silvia TRNOVSKÁ a David VONDRÁŠEK. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 240 s. ISBN 978-802-4745-305.

ROBERTS, Albert R. *Crisisintervention handbook: assessment, treatment, and research*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, c2005, xxvi, 845 p. ISBN 01-951-7991-9., Str. 12 K dispozici na <http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archieve/e-book/PSYCHIATRIC-%20ILMU%20PENYAKIT%20JIWA/Crisis%20Intervention%20Handbook.pdf>

ŘÍČAN, Pavel a Jiří KNOR. *Psychologie*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2009, 557 s., [24] s. obr. příl. ISBN 80-736-7560-9.

SCHREIBER, Vratislav. *Lidský stres*. 2., upravené vyd. Praha: Academia, 2000, 106 p. ISBN 80-200-0240-5.

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

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 400 s., xvi s. barev. obr.příl. ISBN 978-802-4744-346.

ŠEBLOVÁ, Jana, Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 400 s., xvi s. barev. obr.příl. ISBN 978-802-4744-346.

ŠEBLOVÁ, Jana. *Prevence a léčba syndromu vyhoření*. Praha, 2007. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/8000959146/?lang=cs>. Dizertační práce. Univerzita Karlova v Praze.

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

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 195 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠTĚTINA, Jiří a Jiří KNOR. *Zdravotnictví a integrovaný záchraný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 557 s., [24] s. obr. příl. ISBN 978-802-4745-787.

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

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, c2011, 184 s. Sestra. ISBN 978-802-4731-742.

VILÁŠEK, Josef, Miloš FIALA a David VONDRÁŠEK. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. 1. vyd. V Praze: Karolinum, 2014, 189 s. ISBN 978-802-4624-778.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 543 s. ISBN 978-80-262-0212-7.

Internetové zdroje:

Kdo jsme. *Český červený kříž* [online]. [cit. 2014-09-28]. Dostupné z: <http://www.cervenyriz.eu/cz/kdojsme.aspx>

KŘIVAN, Ladislav. Zřícená hala v areálu Poldi. *Požáry.cz* [online]. 2007 [cit. 2015-02-22]. Dostupné z: <http://www.pozary.cz/clanek/7937-zricena-hala-v-arealu-poldi/>

Linky důvěry: Linky důvěry v číslech. In: *HBO* [online]. 2014 [cit. 2014-10-12]. Dostupné z: <http://www.hbo.cz/linky-duvery/>

Linky důvěry: Linky důvěry v číslech. In: *HBO* [online]. 2014 [cit. 2014-10-12]. Dostupné z: <http://www.hbo.cz/linky-duvery/>

Oddělení psychologických služeb. In: *Policie České republiky* [online]. 2015 [cit. 2015-04-07]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/oddeleni-psychologickych-sluzeb.aspx>

Posttraumatická péče. In: *HZS Středočeského kraje* [online]. 2015 [cit. 2015-04-07]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/posttraumaticka-pece.aspx>

SPIS a RALLYE REJVÍZ 2013. In: *SPIS ČR* [online]. 2013 [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: <http://www.spiscr.info/cs/spis-a-rallye-rejviz-2013/t1061/>

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=1&idBiblio=75502&recShow=15&fulltext=Pracovi~C5~A1t~C4~9B~20krizov~C3~A9~20p~C5~99ipravenosti&rpp=15#parCnt>

Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje. In: [Http://www.uszssk.cz/](http://www.uszssk.cz/) [online]. [cit. 2014-09-09]. Dostupné z: <http://www.uszssk.cz/soucasnost-zzs-stredoceskeho-kraje>

Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje. In: [Http://www.uszssk.cz/](http://www.uszssk.cz/) [online]. [cit. 2014-09-

09]. Dostupné z:<http://www.uszssk.cz/zdravotnicke-operacni-stredisko>

Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje. In: *Http://www.uszssk.cz/* [online]. [cit. 2014-09-09]. Dostupné z:<http://www.uszssk.cz/pro-verejnost/call-centrum/100-call-centrum1>

Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje. In: *Http://www.uszssk.cz/* [online]. [cit. 2014-09-09]. Dostupné z: <http://www.uszssk.cz/o-nas/soucasnost>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Tabulka životních událostí

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Peer intervence 2014 a 2015

Graf 2 – Využívání SPIS 2006 – 2013 SČK

Graf 3 – Využívání SPIS 2011- 2013 ČR

Graf 4 – Negativní emoce po úloze/ za 24 hodin- RZP

Graf 5 – Hodnocení výkonu po úloze/ 24 hodin- RZP

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha č. 1 Dotazník Rallye Rejvíz

Příloha č. 2 Žádost: Schválení použití materiálů k bakalářské práci

DOTAZNÍK RALLYE REJVÍZ

(moje číslo je.....)

1. Zaškrtněte prosím, které pocity právě v tomto okamžiku (= po skončení této úlohy) máte a v jaké intenzitě.

	vůbec	mírně	středně	silně	velmi silně
strach	1	2	3	4	5
úzkost	1	2	3	4	5
radost	1	2	3	4	5
úlevu	1	2	3	4	5
vínu	1	2	3	4	5
uspokojení	1	2	3	4	5
smutek	1	2	3	4	5
vyčerpání	1	2	3	4	5
vzteky	1	2	3	4	5
nejistotu	1	2	3	4	5
euforii	1	2	3	4	5
stud	1	2	3	4	5
jiný pocit (vypíšte jaký)	1	2	3	4	5

2. Svůj výkon v této úloze hodnotíte jako

- nezvládnutý
- špatně zvládnutý
- průměrně zvládnutý
- nadprůměrně zvládnutý
- výborně zvládnutý

3. Co byste po takovéto akci potřebovali? Zaškrtněte nebo i doplňte:

Jídlo.....pití.....spánek.....žádný další výjezd.....
 možnost to někomu sdělit.....přerušeni služby.....bezpečné prostředí (jaké?.....)
 nový výjezd.....
 následnou úspěšnou resuscitaci.....
 (doplňte první další nápad).....

**K rukám hlavní sestry Bc. Pavel Tlustý, DiS
ÚSZS SK Kladno**

Žádost: Schválení použití materiálu k bakalářské práci

Dobrý den, žádám o schválení použití materiálů k tématu bakalářské práce „Posttraumatická intervenční péče u zdravotnických záchranářů záchranné služby Středočeského kraje“. Jedná se o bakalářskou práci pro ČVUT obor Plánování a řízení krizových situací. Výsledkem této práce má být komplexně popsaná posttraumatická intervenční péče u ZZS a použití kazuistik z oblasti Středočeského kraje.

Vedoucím práce je MUDr. Jana Šeblová Ph.D.

V Kladně 24. 4. 2015

Michaela Veselá, DiS

zdravotnický záchranář ZZS Kladno

Souhlasím

Bc. Pavel Tlustý
náměstek pro nelékařská
zdravotnická povolání ZZS SČK

Zdravotnická záchranná služba
Středočeského kraje
příspěvková organizace
Vančurova 1544, 272 04 Kladno
IČ: 750 30 926
Tel.: 312 256 601

2