

**ČESKÉ VYSOKÉ  
UČENÍ TECHNICKÉ  
V PRAZE**

**FAKULTA  
BIOMEDICÍNSKÉHO  
INŽENÝRSTVÍ**



**BAKALÁŘSKÁ  
PRÁCE**

**2019**

**ALEXANDRA  
PLAČKOVÁ**



**ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE**

---

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

**Analýza připravenosti pracovníků zdravotnické záchranné služby  
v oblasti první psychické pomoci**

**Analysis of the Preparedness of Employees of Emergency Medical  
Service in the Area of First Psychological Help**

Bakalářská práce

Studijní program: Ochrana obyvatelstva  
Studijní obor: Plánování a řízení krizových situací  
Vedoucí práce: Ing. Denisa Charlotte Ralbovská

**Alexandra Plačková**

---

**Kladno, květen 2019**



# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

## I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Plačková** Jméno: **Alexandra** Osobní číslo: **465289**  
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**  
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**  
Studijní program: **Ochrana obyvatelstva**  
Studijní obor: **Plánování a řízení krizových situací**

## II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

**Analýza připravenosti pracovníků zdravotnické záchranné služby v oblasti první psychické pomoci**

Název bakalářské práce anglicky:

**Analysis of the Preparedness of Employees of Emergency Medical Service in the Area of First Psychological Help**

Pokyny pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude analýza připravenosti pracovníků zdravotnické záchranné služby v poskytování první psychické pomoci zasaženým osobám, na místě mimořádné události. V rámci teoretické části se bude definovat odborná terminologie, faktory ovlivňující zasažené osoby, včetně možných reakcí a chování pod vlivem mimořádné události. Rovněž bude věnována pozornost základům krizového vyjednávání, zahrnující osobnost zdravotníka a způsoby komunikace se zasaženými osobami. Praktická část se bude zabývat podrobným zpracováním výsledků získaných anonymním dotazníkovým šetřením zaměřeným na pracovníky zdravotnické záchranné služby, kdy minimální počet respondentů bude 50. Ve výsledcích pak budou zhodnoceny údaje, kdy porovnání informací ze zkoumaného šetření může přispět ke sjednocení přístupu v této problematice. V závěru práce, v diskuzi, bude komparován analyzovaný stav s výsledky prací jiných autorů.

Seznam doporučené literatury:

- [1] HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ, První psychická pomoc ve zdravotnictví, ed. 1., Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, ISBN 978-80-7013-562-4
- [2] ŠÍN, Robin et al., Medicína katastrof, ed. 1., Praha: Galén, 2017, 351 s., ISBN 978-80-749-2295-4
- [3] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Krize a krizová intervence, ed. 1., Praha: Grada, 2017, ISBN 978-80-247-5327-0

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

**Ing. Denisa Charlotte Ralbovská**

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

**PhDr. Lukáš Humpl**

Datum zadání bakalářské práce: **18.02.2019**


Platnost zadání bakalářské práce: **18.09.2020**

  
prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc., MBA, dr.h.c.  
podpis vedoucí(ho) katedry

  
prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc.  
podpis děkana(ky)

## III. PŘEVZETÍ ZADÁNÍ

Student(ka) bere na vědomí, že je povinnen(a) vypracovat bakalářskou práci samostatně, bez cizí pomoci, s výjimkou poskytnutých konzultací. Seznam použité literatury, jiných pramenů a jmen konzultantů je třeba uvést v bakalářské práci.

  
Datum převzetí zadání

  
Podpis studenta(ky)

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem „Analýza připravenosti pracovníků zdravotnické záchranné služby v oblasti první psychické pomoci“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

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

V Kladně dne 16.05.2019

.....  
podpis

## **Poděkování**

Ráda bych v první řadě touto cestou poděkovala své vedoucí Ing. Denise Charlottě Ralbovské za vstřícné a trpělivé vedení mé práce a také za neutuchající optimismus a podporu v době, kdy z mého pohledu bylo vše špatně.

Mé další poděkování bude směřovat PhDr. Lukáši Humplovi z Moravskoslezského kraje, který mi svými konstruktivními připomínkami a hlavně proaktivním přístupem umožnil realizaci praktické části této práce.

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou první psychické pomoci ve zdravotnictví, konkrétně u poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, kde toto téma řeší Systém psychosociální intervenční služby (SPIS).

Teoretická část je zaměřená na definování odborné terminologie, vysvětlení faktorů, které ovlivňují zasažené osoby na místě mimořádné události, dále na typy chování a situací, se kterými se může setkat člen SPIS týmu. Také se shrnují základy komunikace v krizi a vysvětluje se struktura a význam Systému psychosociální intervenční služby.

Cílem praktického šetření je zhodnotit připravenost členů SPIS týmu v poskytování první psychické pomoci sekundárně zasaženým osobám, na místě mimořádné události.

K výzkumnému šetření byl použit nestandardizovaný anonymní dotazník, jehož výsledky přispěly k vyhodnocení námi stanovených hypotéz a ke splnění cílů práce.

## **Klíčová slova**

Krizové vyjednávání, podpora, první psychická pomoc, sekundárně zasažení, Systém psychosociální intervenční služby, zdravotnický intervent.

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with the problematics of the first psychological help in health care, specifically with the providers of emergency medical services, where the topic is solved by the System of Psychosocial Intervention Service (SPIS).

The theoretical part is focusing on the terminology, explanation of factors that are affecting affected people in the place of an emergency situation, the types of behavior and situations that the member of the SPIS team may face during his duty. This part follows with the summarization of communication in crisis and the structure and importance of the Psychosocial Intervention Service System.

The aim of the practical investigation is to evaluate the preparedness of the members of the SPIS team in providing the first psychological help to the secondary affected people, in the place of an emergency situation.

A non-standardized anonymous questionnaire was used for the research and the results contributed to the evaluation of our hypotheses and to the fulfillment of set goals.

## **Keywords**

Crisis negotiation, support, first psychological help, secondary affected persons, system of psychosocial intervention services, medical intervent.

## Obsah

1	Úvod.....	10
2	Současný stav .....	11
2.1	Odborná terminologie.....	11
2.1.1	Mimořádná událost x traumatizující událost.....	11
2.1.2	Místo MU .....	12
2.1.3	Zasažené osoby .....	12
2.1.4	První psychická pomoc (dále jen PPP) .....	12
2.1.5	Zdravotnický intervent.....	13
2.1.6	Krizová intervence.....	13
2.2	Stres.....	13
2.3	Krize.....	15
2.3.1	Subjektivnost vnímání krize .....	15
2.4	Zasažené osoby .....	16
2.5	Reakce osob na mimořádnou událost.....	17
2.5.1	Fáze reakcí na událost.....	18
2.5.2	Vybrané typy reakcí u zasažených osob .....	18
2.6	Problémy vznikající pod tíhou MU.....	21
2.6.1	Jednotlivec .....	21
2.6.2	Skupina .....	23
2.6.3	Procentuální odhad chování lidí na místě MU .....	24
2.7	SPIS – Systém psychosociální intervenční služby.....	24
2.7.1	Organizační dělení .....	25
2.7.2	Intervent SPIS týmu .....	28



2.8	První psychická pomoc na místě MU .....	28
2.8.1	Cíle první psychické pomoci.....	29
2.8.2	Komunikace v krizové situaci.....	29
2.8.3	Postupné kroky první psychické pomoci.....	32
2.8.4	Komunikace v závislosti na vybraném typu situace.....	33
3	Cíl práce a STANOVENÍ hypotéz.....	39
3.1	Cíle práce.....	39
3.2	Stanovení hypotéz.....	39
4	Metodika.....	41
4.1	Popis výzkumného šetření .....	41
4.2	Stanovení kritérií výzkumného vzorku.....	41
4.3	Výzkumný nástroj.....	41
4.4	Vyhodnocení získaných dat .....	42
5	Výsledky.....	43
5.1	Vyhodnocení dat z dotazníkového šetření.....	43
5.2	Vyhodnocení zadaných hypotéz .....	65
6	Diskuze .....	68
7	Závěr .....	75
8	Seznam použitých zkratk.....	76
9	Seznam použité literatury .....	77
10	Seznam použitých obrázků.....	82
11	Seznamu použitých tabulek.....	83
12	Seznam Příloh.....	84

# 1 ÚVOD

České zdravotnictví, konkrétně zdravotnická záchranná služba (dále jen „ZZS“) zřizována v rámci krajů jako příspěvková organizace, je obecně velice dobře připravená na zvládnutí jakékoli mimořádné události (dále jen MU) či krizové situace (dále jen KS) z pohledu medicínského. Dnes je již obecně požadovaným standardem, aby každý lékař a zdravotnický záchranář dokázal poskytnout tu nejkvalitnější medicínskou péči o pacienta.

Co ale ještě není běžným standardem a na poli zdravotnictví dosti podceňovanou oblastí je poskytování péče i z hlediska duševní pohody zasažených osob. Každý účastník, ať již přímý či nepřímý, se během MU či KS musí popasovat i s vlastní psychikou, která dokáže v některých případech napáchat rozsáhlejší škody než samotné fyzické zranění.

Pro účely poskytování tohoto specifického druhu pomoci je v České republice zaveden Systém psychosociální intervenční služby, která má v rámci jednoho ze svých úkolů také za cíl zajistit péči pro osoby sekundárně zasažené na místě MU nebo následně ve zdravotnických zařízeních.

Tato bakalářská práce se bude zabývat začleněním pojmu „První psychická pomoc“ do obecného systému zdravotnické záchranné služby u nás a také aktuální připraveností **zdravotnických interventů** zapojených do Systému psychosociální intervenční služby (SPIS).

## 2 SOUČASNÝ STAV

V této kapitole si rozebereme základní odbornou terminologii pro lepší pochopení dané problematiky. Zaměříme se na faktory, které ovlivňují zasažené osoby na místě MU a tím zlepšují či zhoršují jejich psychické rozpoložení z dané situace. Také si popíšeme možné reakce osob, které zpravidla vyvolávají potřebu po určitém typu komunikace a vysvětlíme způsob a průběh poskytování první psychické pomoci pracovníky zdravotnické záchranné služby, kteří jsou součástí SPIS (Systém psychosociální intervenční služby) týmu.

### 2.1 Odborná terminologie

#### 2.1.1 Mimořádná událost x traumatizující událost

##### **Mimořádná událost**

Mimořádnou událost definujeme dle zákona [1], paragraf č. 2, odst. b), jako: *„Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.“*

##### **Traumatizující událost**

Traumatizující událost není, na rozdíl od mimořádně události, definovaná žádným zákonem, a proto se dá pojmut vícero způsoby.

Ralbovská [2, s. 288] uvádí, že traumatizující událost je: *„Událost s velkou silou působení na jedince, jehož tělesná či duševní celistvost je ohrožena. (...) Trauma se projevuje především emocemi. Člověk po prožití traumatu ztrácí pocit bezpečí a jistoty v životě.“*

Vztah mezi mimořádnou a traumatizující událostí z hlediska psychologické stránky je ale odlišen výrazněji. Každá událost, kterou pojmemme jakožto mimořádnou či kritickou, nemusí být současně událostí traumatizující. Jen malé

procento se stane skutečným traumatem, které je schopno ovlivnit jak aktuální, tak budoucí duševní zdraví daného jedince [3].

### **2.1.2 Místo mimořádné události**

Stejně jako MU, i **místo zásahu (MU)** definuje zákon [1], paragraf č. 19, odst. č. 1 jako: *„Místo nasazení složek integrovaného záchranné systému v prostoru předpokládaných účinků mimořádné události, kde probíhá koordinování záchranných a likvidačních prací.“*

### **2.1.3 Zasažené osoby**

Zasažená osoba je osoba, kterou buď primárně, nebo sekundárně ovlivnila určitá MU a její následky se jí přímo nebo nepřímo dotkly. Může se jednat o zraněné, pomáhající, zasahující, přihlížející, ale také o rodinné příslušníky, přátelé, společenské skupiny a další. Dříve se o tomto typu osob mluvilo jakožto o „obětech“ dané MU, to se ale časem změnilo, neboť slovo „oběť“ působí pasivně a osoby se tak dostávají do podřízené role [4].

V některých publikacích je také možné nalézt pojem „survivor“, který v překladu znamená „ten, kdo přežil“ nebo také „přeživší“ [2].

### **2.1.4 První psychická pomoc**

První psychická pomoc (dále jen PPP) dnes není plně legislativně definována. Jedna z možných formulací tohoto pojmu je, že se jedná o opatření, která mají za úkol stabilizovat jedince zasaženého MU tak, aby se jeho stav nezhoršoval. Součástí PPP je i poskytnutí základních lidských potřeb [5].

Velice často se můžeme setkat i s pojmem „Psychologická první pomoc“, který zpravidla vychází z anglického překladu „psychological first aid“ a z toho nám může logicky vycházet, že první psychickou pomoc, respektive první

psychologickou pomoc by měl poskytovat pouze studovaný psycholog. To ovšem není tak zcela pravda, neboť PPP musí poskytnout každý, kdo se do takové situace dostane a je vystaven otázce, zda ji řešit či nikoli [6].

### **2.1.5 Zdravotnický intervent**

Zaměstnanec zdravotnické záchranné služby, který současně zaujímá místo člena SPIS týmu a vyjíždí na pomoc sekundárně zasaženým osobám (viz kapitola 2.7.2).

### **2.1.6 Krizová intervence**

Jak již z názvu vyplývá, jedná se o pomoc osobám, které postihla krize. Vymětal (2009) tento pojem popisuje jako odbornou, specificky zaměřenou pomoc, jejíž součástí může být pomoc psychologická, lékařská, sociální či dokonce právní [4].

Často diskutovaným tématem je, jaký je rozdíl mezi PPP a krizovou intervencí. PPP je určitá forma laické pomoci, která nutně nevyžaduje psychologa či psychiatra a na místě MU mimo jiné také představuje již zmíněné zajištění základních potřeb zasažené osobě. Na rozdíl od toho je krizová intervence pomocí odbornou, kterou poskytuje speciálně vyškolená osoba. Krizová intervence představuje odbornější a rozsáhlejší způsob pomoci, než jak je tomu u první psychické pomoci [7].

## **2.2 Stres**

Stres zažíváme ve chvíli, kdy nároky okolí převýšily naše možnosti je splnit. Stejně jako u vnímání krize, je i reakce na stres velice subjektivní. Uvedeme si příklad dopravní nehody – srážka dvou aut s lehkým zraněním, v jednom voze sedí pár ve středním věku, muž, pracující jako úředník si při nehodě zlomí nohu. Jeho žena je vlastně šťastná, že se nic horšího nestalo. V danou chvíli nepocituje

výraznější stres, neboť ví, že noha se uzdraví a mezitím bude manžel pobírat nemocenskou. V druhém autě sedí mladý pár, muž, profesí fotbalista si přivodí stejné zranění. Jeho těhotná partnerka je stresem ochromena, protože ví, že by to mohl být i konec kariéry jejího partnera a nároky dalších jejích 2 dětí a nově koupeného domu s hypotékou na ní vyvíjí silný nátlak [8].

- **Rozdělení na akutní a chronický**

Toto dělení se uvádí hlavně z hlediska časového působení stresu. **Akutní stres** nemusí být vždy jen negativní, může nás tzv. vybičovat k lepším výkonům. Ovšem intervent PPP u ZZS se ve své profesi s tzv. eustresem, tedy pozitivním stresem, příliš nesetkává. Naopak u zasažených osob nejčastěji pracuje s tzv. distresem, což představuje stres, který není žádoucí, nemá pozitivní vliv na psychiku jedince a zvláště pokud je dlouhodobý, tedy chronický, může působit vážně potíže [9].

Námi popsany příklad se spíše řadí do akutního stresu, pokud tedy partnerka fotbalisty náhle nezjistí, že je její přítel kvalitně pojištěn. V opačném případě by se takováto situace mohla přehoupnout do chronického, tedy dlouhodobého stresu, kdy se budou řešit otázky následného zajištění celé rodiny [8].

- **Projevy stresu – fyzické a psychické**

**Fyzické projevy stresu** mohou být různého charakteru, daná osoba se může: zadýchávat; červenat nebo naopak ztratit barvu v obličeji; svalově ztuhnout nebo trpět křečemi. Může se dokonce po těle objevit vyrážka a mnoho dalších příznaků. **Psychické projevy stresu** může signalizovat změna chování, vyšší nebo naopak nižší emoční labilita, snížené kognitivní funkce ve formě poruchy poznávání, atd. [3].

## 2.3 Krize

Krize, jakožto pojem, je dnes hojně používán. Setkáváme se s krizí v zaměstnání (nedostatečný zisk), hospodářství (dlouhodobá sucha), ekonomii (devalvace měny), ekologii (potopení ropného tankeru), vedení státu (rozpad vlády), v energetickém průmyslu (dlouhodobý výpadek elektrické sítě) a také v rámci lidské psychiky a vnímání, kterou se budeme zabývat [10].

Aby u člověka nastala krize, měly by se naplnit její tři základní charakteristiky, kdy nejvíce záleží na kroku č. 2, neboť vnímání dané situace jakožto nebezpečné, může být značně subjektivní:

1. Nastane událost.
2. Ze subjektivního hlediska ji vnímáme jako nebezpečnou.
3. I přes snahu situaci zvládnout se to nepovede [6].

Z pohledu pacienta může být jako krize vnímán například rozchod či rozvod s partnerem/kou, finanční problémy, sociální nezačlenění, atd. Situace (událost), která na místě MU ovlivní zasažené osoby natolik, že způsobí krizi, může být: teroristický útok, úmrtí, znásilnění, týrání, fyzické napadení, atd. [11].

### 2.3.1 Subjektivnost vnímání krize

Každá osoba, kterou zasáhla silná emoční událost, má specifickou odolnost v rámci vnímání dané krize. Vzhledem k této odolnosti buď může tato osoba nastalou situaci v sobě samé vyřešit rychle a efektivně nebo se mohou projevit různé typy psychických reakcí, které jsou značně individuální [2].

Právě to, jakým způsobem se se situací daná osoba tzv. popere, záleží na mnoha faktorech. Špatenková [10] mluví o vlivu věku, ale i pohlaví, kdy například předpokládá, že ženy jsou emočně labilnější a častěji než muži vyhledávají odbornou pomoc, také se ale zmiňuje o determinantu působení

aktuální životní situace nebo vrozené schopnosti zvládat mimořádné události, která může předurčit, jakým způsobem bude vyrovnávání se se situací probíhat.

To, jakým způsobem zvládneme krizi je i o stupni zátěže. Zátěž v tomto případě znamená vztah mezi tím, co se po člověku chce, aby zvládnul v návaznosti na danou situaci, a mezi tím čeho je reálně schopný [12].

Zátěž můžeme dle Dobiáše [12] rozdělit:

1. *stupeň – běžná zátěž*

Každodenní typ činnosti, osoba nemá potíže tyto činnosti zvládat.

2. *stupeň – zvýšená zátěž*

Většinou se jedná o situace, které jsou pro nás nové, přizpůsobujeme se jim, snažíme se s nimi pracovat. To v nás vyvolává vyšší psychickou zátěž.

3. *stupeň – hraniční zátěž*

Situace je pro nás psychicky velice náročná. Dostáváme se na dno své psychické odolnosti a vyřešit tuto situaci se dá pouze s mimořádnou snahou.

4. *stupeň – extrémní zátěž*

Jak už z názvu vyplývá, jde o situace, na které již nejsme schopni reagovat a efektivně je vyřešit. Podepisují se na našem zdraví.

## **2.4 Zasažené osoby**

V rámci vysvětlení odborné terminologie byl také použit pojem „traumatizující událost“, v závislosti na charakteru takovéto události se u osoby může projevit psychická traumatizace a ta se dle způsobu, jakým se zasažená osoba s danou událostí setká, dělí na:



- Traumatizaci primární, která se týká přímo zasažených osob. Může to být zraněná osoba na místě MU či jinak traumatizovaná osoba, na kterou následky MU přímo dopadají.
- Traumatizaci sekundární, kdy se převážně jedná o osoby blízké.
- Traumatizaci terciální, ta je specifická tím, že se sem mohou přiřadit i pomáhají složky, které jsou v kontaktu jak s osobou primárně, tak sekundárně zasaženou a skrze ně mohou být traumatizováni [2].

Z hlediska vymezení pojmů [5] se zasažené osoby dělí na:

- a) *„přímí účastníci MU, mezi zvláště ohrožené skupiny patří zejména:*
  - i. *děti,*
  - ii. *staří lidé,*
  - iii. *lidé trpící materiální nouzí ohrožující jejich přežití,*
  - iv. *lidé se zdravotním či duševním postižením,*
  - v. *lidé žijící v kolektivních zařízeních,*
  - vi. *lidé prožívající současně jiné trauma,*
  - vii. *lidé s psychotraumatem v osobní historii;*
- b) *osoby blízké zasaženým osobám (nemusí být přímo na místě MU),*
- c) *svědci MU,*
- d) *v některých případech i poskytovatelé pomoci.“*

Příručka WHO [13] také hovoří o lidech vyžadující zvýšenou pozornost na místě MU, jedná se o: osoby vážně zraněné, vyžadující urgentní lékařskou péči; osoby natolik rozrušené nastalou situací, že se nejsou schopné postarat ani o sebe, ani o své děti; osoby, které se mohou zranit; osoby, které mohou zranit ostatní.

## **2.5 Reakce osob na mimořádnou událost**

Komunikace je základní stavební kámen poskytování PPP. Ovšem je dobré si uvědomit, že přístup k pacientovi musí být individuální. Každý člověk vyrůstal

v jiných podmínkách, v jiných sociálních skupinách, a to co se jednomu může zdát jako samozřejmost, je pro druhého nepřijatelné. Intervent by měl mít k pacientovi úctu, jednat s ním pozitivně a snažit se vcítit do jeho pocitů, ať jsou jakékoli [14].

### 2.5.1 Fáze reakcí na událost

Obecně se reakce na MU dělí na několik fází, které jsou časově odstupňované:

- „ 1. fáze – omráčení a šok (až 36 hod. po události)
- 2. fáze – výkřik (do 3 dnů po události)
- 3. fáze – hledání smyslu MU (do 2 týdnů po události)
- 4. fáze – popření a znovuprožívání (do 1 měsíce po události)
- 5. fáze – posttraumatická fáze (do 3 měsíců po události)“ [2, s. 289]

Pro potřeby této práce se zaměříme pouze na 1. fázi, která časově bezprostředně zapadá do prováděného zásahu na místě MU.

Mezi úplně první reakce zasažené osoby je ale hlavně potřeba vykonávání činností na záchranu sebe sama, následně svých blízkých a v neposlední řadě také k ochraně svého vlastního majetku [2].

### 2.5.2 Vybrané typy reakcí u zasažených osob

Událost, při které vzniká potřeba vyjádření svého aktuální rozpoložení pomocí emocí, je událostí běžnou. Každý člověk ovšem může reagovat jinak a ať je to jakákoli z níže uvedených forem, jedná se o filtrování svého přepětí směrem ven, a měla by se brát jakožto způsob, jakým se zasažená osoba snaží svou situaci zvládnout [15].

Níže jsou řečeny vybrané konkrétní typy reakcí u zasažené osoby, se kterými se intervent může v reálné praxi setkat:

## **Agrese**

Agrese je většinou krátkodobá reakce proti okolí. Oproti tomu agresivita je již dlouhodobý proces založený na osobnosti daného člověka [12].

Agrese je dána situací, kdy si sekundárně zasažená osoba vyčítá, co se stalo, je našťvaná na sebe, na ostatní, ale třeba i právě na zdravotnický personál a potřebuje si svůj zármutek vybit. Intervent by se měl hlavně snažit takového pacienta uklidnit a vše mu řádně vysvětlit. Pomocí může být i pokládání vícero otázek, kdy se intervent snaží směřovat pacientovu pozornost jinam. Pokud se intervent setká s agresivním pacientem, měl by si ale rovněž uvědomit, že nemá povinnost snášet agresivní jednání, ba dokonce fyzické napadání [16].

## **Hněv, vztek**

Hněv je rovněž snaha o vyfiltrování prožité situace. Hněv se může prolnout do 2 směrů. Sekundárně zasažená osoba může být rozzlobená sama na sebe, neboť si může vyčítat, že situaci nedokázala zabránit, rovněž může být ale i rozzlobená na samotné záchránce, protože čekala, že to její blízký zvládne. Ať je to první či druhá varianta, intervent by neměl dovolit, aby se hněv přehoupnul do agrese, kdy už se pacient daleko hůře koordinuje. Intervent by se měl pokusit pro klienta najít jiný způsob, jak ventilovat emoce, aby tato osoba neublížila ani sobě, ani ostatním [4].

## **Pláč**

Pláč je přirozená reakce a intervent by mu neměl bránit. Věty typu „Neplačte!“ klientovi nejen že nepomůžou, ale navíc by se mohl cítit ponížně. Pokud klient pláče, měl by se mu v první řadě dopřát čas a v mezidobí se ptát, jestli něco nepotřebuje, podpořit ho. Pláč zpravidla po nějaké době přejde a klient má šanci se rozpovídat [17].

## **Panická úzkost**

Panická úzkost je stav, kdy nám pocit vlastní bezmoci či paniky naprosto rozhodí vnitřní vnímání. Zasažená osoba na místě MU, která právě prožívá panickou úzkost, se může projevovat jakožto člověk zmateně pobíhající, těkající očima z jedné strany na druhou, který se třeba i snaží pomoci, ale v záchvatu panické úzkosti není schopný soustředit se na jeden hlavní bod. Takováto osoba v sobě zažívá vnitřní boj a hlavním cílem intervanta je jí uklidnit, zastavit ji a pomoci jí nalézt zpět orientaci v prostoru [15].

## **Popření x lhostejnost**

Rozdíl mezi popřením a lhostejností se leckdy na první pohled může zdát jako mizivý, neboť zasažená osoba nejeví zájem ani o informace, které ji jsou podávány, ani výrazně nespolupracuje. U lhostejnosti ale varovnou zprávou můžeme zvýšit pocit strachu a tím ji dostat do větší aktivity. Naopak u osoby, která popírá realitu, nemá cenu ji výrazně strašit či uklidňovat, měly by se jí podat reálná fakta a snažit se, aby tyto skutečnosti přijala takové, jaké jsou. Dobrým přístupem může být i osobu v popření zaměstnat určitou prací, zadat ji úkol, kterým může někomu pomoci, bude pak mít větší pocit zadostiučinění [4].

## **Strach a úzkost**

Dle Zacharové [14, s. 138] je rozdíl mezi strachem a úzkostí: *„Strach bývá označován jako reakce na poznané nebezpečí, úzkost jako reakce na tušení nebezpečí.“*

Strach je reakce na něco, co nám ze subjektivního hlediska připadá nebezpečné, známe hodnotu tohoto nebezpečí a dokážeme si představit míru ohrožení. Naopak úzkost je reakce, vnitřní pocit na něco, co úplně přesně nedokážeme specifikovat, a proto je úzkost pro zasaženou osobu leckdy horší, neboť představuje něco neznámého [14].

## Vina

Vina je velice častý jev, zvláště v případech, kdy se jedná o smrt někoho blízkého. Pocit viny zasaženou osobu silně tíží, i přesto, že bývá vina u dané osoby v mnoha případech iracionální<sup>1</sup>. V hlavě sekundárně zasažené osoby se mohou klást různé otázky, typu: „Mohl jsem tomu zabránit? Co když je to celé moje vina?“. Rizikové na tomto jevu je, že lidé ve fázi šoku, kteří jednají v návalu emocí, mohou chtít v důsledku pocitu viny i například spáchat sebevraždu, ale jedná se o situace spíše výjimečné [6].

## 2.6 Problémy vznikající pod tíhou MU

Problémy a důsledky MU, která byla svým charakterem traumatizující, dělí Humpl [3] do 2 základních kategorií.

### 2.6.1 Jednotlivec

Zasažená osoba na traumatizující událost reaguje dle svých zvládacích schopností. To, že je situace nad možnosti daného jedince můžou signalizovat různé projevy, ať už tělesné či duševní. Pokud situace přetrvává a my nejsme schopni se s ní sami vypořádat, může se přehoupnout do některého z duševních stavů, které níže definuje Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů [3, 18].

- **Akutní stresová reakce – typ A i B**

MKN [18] pojímá akutní stresovou reakci jako krátkodobou poruchu, zpravidla utichající do několika hodin, maximálně do doby 3 dnů, která se sebou nese určité psychické a fyzické reakce. Projevuje se nestandardním

---

<sup>1</sup> Informace zjištěné na základě emailové komunikace – PhDr. Lukáš Humpl, 16. 4. 2019

chováním, v přímé závislosti na typu obranné reakce. Jinak také: „*Nenormální reakce na nenormální věci.*“ [19, s. 65].

Při reakci typu A, tedy aktivní reakci je základem rychlá, neutuchající aktivita. I fyzicky se osoba zrychlí, začne se potit, vznikne svalové napětí a očima zpravidla cuká ze strany na stranu, neschopná se soustředit. Rovněž se může zakoktávat, špatně artikulovat [2].

Obranná reakce typu B, tedy tzv. „*mrtvý brouk*“ je naopak reakcí neaktivní, osoba bojuje se svými pocity, uzavře se do sebe, vytěsňuje, co se stalo, zpravidla nekomunikuje s okolím, neprojevuje žádné emoce, nespolupracuje. Z tělesných projevů - začne se potit, ovšem v tomto případě se jedná o studený pot, aktuální je i pocit zimy a ztráta barvy v obličeji [3].

- ***Posttraumatická stresová porucha***

Jde o poruchu, která výrazně zasahuje do běžného života člověka a vzniká jakožto reakce na zvlášť stresující událost. Může se jednat o různé situace – přírodní katastrofy, smrt v rodině či smrt blízké osoby, nějaký násilný čin, atd. [20].

Porucha se projevuje jako opožděná reakce na těžký stresor, který byl svým charakterem velice traumatizující a hlava se s ním nedokáže vyrovnat. Stále nacházíme případy, kdy se projevuje například i u válečných veteránů. I z tohoto důvodu se poruše kdysi přezdívalo „*válečná neuróza*“ či „*bitevní únava*“ [21].

Příznakem poruchy může být určitý tělesný projev, vyhýbání se konkrétnímu prostoru, činnosti či lidem, znovuprožívání ve snech nebo také zvýšená podrážděnost, lekavost [12].

- **Přetrvávající změna osobnosti**

Přetrvávající změnu osobnosti nedefinuje mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Jako poruchu ji ale můžeme označit, pokud změna osobnosti trvá více než 2 roky. Jedná se o poruchu, která výrazně komplikuje mezilidské vztahy osobě, která zažila silně traumatizující událost, se kterou se nebyla schopna vyrovnat. Tato osoba nespolupracuje se svým okolím a její přístup k životu se mění, zpravidla negativně [2].

## 2.6.2 Skupina

- **Útěk**

Skupina lidí, či dokonce dav, který utíká z místa MU, se prvotně snaží dostat z nebezpečného prostoru do improvizovaného bezpečí. Takovýto útěk může být buď organizovaný (např. řízená evakuace), kdy se určí konkrétní subjekt, který bude mít za tento útěk odpovědnost nebo neorganizovaný útěk, při kterém vzniká velká míra nebezpečí, neboť takovýto dav může být velice zranitelný. V obou případech hraje hlavní roli při útěku panika a strach o vlastní bezpečí [22].

- **Hromadné chování**

Hromadné chování můžeme popsat jako jev, který vzniká nejen při stresové situaci a působí na členy dané skupiny. Zpravidla se v tu chvíli projeví jedna či více vůdčích osobností a jejich názory budou následovat i ostatní, pokud výrazně nepůjdou proti zájmu celé skupiny [23].

- **Davová panika**

Davová panika je v základu obdobná jako hromadné chování, ovšem s tím rozdílem, že zde jdou všechny ohledy stranou a může se jednat o nejhorší verzi běžného útěku. Pokud nastane situace bombového útoku, je velice pravděpodobné, že nastane davová panika, v tomto případě lidé

nejspíše začnou utíkat a pokud nebude dostatečný prostor k útěku, mohou být bezmyšlenkovitě agresivní ke svému okolí. Z praxe ale vychází, že tento scénář nemusí být naplněn a lidé si při hromadných neštěstích snaží co nejvíce pomáhat, bez ohledu na to, zdali se jedná o blízké osoby či nikoli [4].

### 2.6.3 Procentuální odhad chování lidí na místě MU

Humpl [3, s. 40] uvádí procentuální rozložení osob na místě MU, dle jejich očekávaného chování:

- *„5-25% osob zůstává relativně klidných a emočně chladných*
- *50-75% je šokovaných, zmatených, nicméně se dají v zásadě ovládat (...)*
- *10-25% je pro přítomnou panickou reakci zcela nepoužitelných“*

## 2.7 SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

SPIS v současné chvíli není zakotven v legislativě České republiky. Prozatím byla pouze uznána jeho existence, a to roku 2010, podpisem tehdejšího ministra zdravotnictví doc. MUDr. Leoše Hegera, CSc. Určitá forma dnešního SPISu vznikala ve světě už dříve, například v rámci Critical Incident Stress Management, ze kterého SPIS vychází. V ČR se jedná spíše o novodobý projekt, který ale v různých podobách na většině ZZS již prakticky funguje a dokonce se s ním můžeme setkat i v rámci některých nemocnic [24].

Dnešní doba se snaží nahraovat zdravému životnímu stylu, to v překladu znamená, že čím méně chemických látek do těla dostáváme, tím lépe. Ovšem zdravotnictví tuto vizi až donedávna příliš nesdílelo. Při MU platil, až na výjimky, většinově naučený systém, že sekundárně zasažené osobě, která situaci nezvládá vlastními silami, se posádkou ZZS podá injekce na uklidnění a tím je situace pro danou chvíli vyřešena. To je sice velice jednoduché řešení, které ale pouze



protáhne proces, kterým si zasažená osoba musí projít a v mnoha případech by k tomuto zvládnutí nepotřebovala podávání uklidňujících látek [25].

Tuto skutečnost si naštěstí již spousta ZZS uvědomila a začala reagovat na nastalou situaci. V roce 2014 se do SPIS přidalo i odvětví PPP, které řeší právě zdravotnické interventy, využívající se pro podporu sekundárně zasažených osob. V současné chvíli je snaha systém dále rozvíjet, například spoluprací se zdravotnickými školami, kde se školí studenti o problematice psychické zátěže [24].

### 2.7.1 Organizační dělení

Celý SPIS systém má **dvě základní zaměření**. Jedna jeho část se zabývá pomocí uvnitř organizační jednotky, tedy **peer podpora**, kdy tento specifický druh pomoci je zaměřen na samotné záchranáře. Tato pomoc probíhá ve formě kolegiální pomoci. Pečeři jsou zpravidla klasičtí zaměstnanci ZZS, sloužící na svých pracovních pozicích, kteří ale v případě potřeby mohou kdykoli pomoci [26].

**Peer podpora** u ZZS je značně specifická, peer nemusí být nutně psycholog, naopak postačí kvalitně vyškolený kolega, který je schopný pomoci všem svým kolegům, nebo minimálně těm, kteří o to stojí. U lidí se kterými pracujeme a kde podrobně známe jejich životní příběhy, je totiž leckdy snazší navázat takovýto rozhovor, než s psychologem [27, 28]. Vzhledem k vysoké náročnosti takovéto profese je totiž běžné a naprosto akceptovatelné, že mohou tyto osoby trpět vnitřní krizí. Důvodů přitom může být nespočet. Mezi ně můžeme řadit například častý kontakt s tragickými, traumatizujícími životními situacemi lidí, ať už se jedná o ztrátu blízké osoby, fyzické napadení, sexuální násilí či hromadné postižení osob atd., kdy se s podobnými situacemi běžný smrtelník někdy ani za celý život neseťká [3]. Intervent, ale i běžný výjezdový záchranář se může potýkat například se syndromem vyhoření, pokud situaci nezvládne správně odhadnout a přecení své síly. Syndrom vyhoření může být charakterizován náhlým nezájmem o obor,

o svou práci, leckdy i nechutenstvím obor dále vykonávat. Jeho vztahy s okolím jsou na bodu mrazu, stejně tak komunikace s klientem [6]. V tu chvíli platí, že „*Vyhořelý zdravotník, stejně jako intervent škodí – nepomáhá!*“ [3, s. 87].

První metodou a nejspíše tou nejvíce používanou metodou pomoci je pomoc od partnera/ky, kamarádů, rodiny a blízkých, se kterými si zdravotník může promluvit. Stejně tak může požádat o pomoc právě v rámci peer podpory, která na začátku svého vzniku sice nebyla hojně využívanou službou, ale postupem času si pracovníci ZZS navykli na nový systém a dnes je již poptávka vyšší [27, 28].

Je možné využít i krizově-intervenční techniky, systému Critical Incident Stress Management (dále jen CISM), který zahrnuje následující skupinové metody:

- **Demobilizace** – Časově nejkratší, krátké shrnutí proběhlých událostí.
- **Defusing** – Zde mluvíme o krátkém (časově do 1 hodiny) skupinovém rozhovoru, který by měl přijít na řadu hned po návratu od klienta. Pracuje se zde s nepříjemnými myšlenkami, v krátkosti se analyzuje proběhlá situace.
- **Debriefing** – Skupinové sezení, vedené psychologem, kde se podrobně analyzuje celý průběh situace, mluví se o pocitech, obavách a strachu, který byl dané události přítomen. Obvykle trvá v rádech několika hodin.
- **Supervize** – Supervize není metoda, která by řešila akutní stres a nespadá pod Systém psychosociální intervenční služby. Jedná se o pravidelné setkávání s tzv. supervizorem za účelem zlepšení a hlavně zefektivnění práce týmu či konkrétního zdravotníka s klientem [2, 19].

V České republice se ale u ZZS tyto metody využívají spíše výjimečně. Obvykle se uplatňuje individuální kontakt s daným zdravotníkem právě ve formě peer podpory nebo za pomoci psychologa<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Informace zjištěné na základě emailové komunikace – PhDr. Lukáš Humpl, 16. 4. 2019

**Zdravotníčtí interventi**, druhá strana SPIS týmu, na které se tato práce primárně zaměřuje, cílí na sekundárně zasažené osoby. ZZS dlouho dobu praktikovala pouze pomoc fyzicky zasaženým osobám, kteří mají nějaká zranění. V tu chvíli se stala daná osoba pacientem a už se nebralo příliš ohledů na osoby, které situaci přihlíží, ať už se jednalo o příbuzné či jen náhodně procházející. Tato doba už je pryč a dnes zdravotníčtí interventi fungují v 9 krajích České republiky a i v některých nemocnicích [26, 29].

**Zdravotníčtí interventi se dělí** tedy také dle místa působení. Můžeme se s nimi setkat jak u ZZS, kdy jsou vysíláni na místo MU, tak ve zdravotnických zařízeních, obvykle fakultních nemocnicích [30].

Z hlediska početního rozložení **peer podpora x zdravotníčtí interventi** je uvedena tabulka níže, v současné chvíli ovšem není primárním kritériem rozlišení interventů z řad ZZS a z řad nemocnic, a proto se dá počet interventů ZZS pouze odhadnout, kdy mluvíme o počtu asi 130 interventů ZZS<sup>3</sup>.

*Tab. 1 – Rozložení členů SPIS týmu skrze ČR<sup>4</sup>*

<b>Pomáhající</b>	<b>jako peer</b>	<b>jako intervent</b>
Hlavní město Praha	12	9
Středočeský kraj	19	30
Jihočeský kraj	5	14
Plzeňský kraj	14	21
Karlovarský kraj	1	1
Ústecký kraj	5	0
Liberecký kraj	15	8
Královéhradecký kraj	12	23
Pardubický kraj	22	6
Kraj Vysočina	7	12
Jihomoravský kraj	15	14
Olomoucký kraj	18	20
Zlínský kraj	19	18
Moravskoslezský kraj	32	61
<b>CELKEM</b>	<b>196</b>	<b>237</b>

<sup>3</sup> Informace zjištěné na základě emailové komunikace – PhDr. Lukáš Humpl, 13. 3. 2019

<sup>4</sup> Informace zjištěné na základě emailové komunikace – PhDr. Lukáš Humpl, 13. 3. 2019

### 2.7.2 Intervent SPIS týmu

Zdravotnickým interventem se může stát jakýkoli zaměstnanec ZZS se zdravotnickým vzděláním, který projde požadovaným školením [29]. Tato školení probíhají v Brně pod záštitou Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, formou 96 hodinového kurzu „První psychické pomoci ve zdravotnictví“ [2].

Intervent pomáhá sekundárně zasažené osobě, poskytuje jí PPP na místě MU. Vzhledem ke své zdravotnické profesi rovněž může klientovi vysvětlit, co se bude dít z medicínálního hlediska, jaké kroky budou následovat. Tím může přispět k celkovému zklidnění situace. Intervent tím může klienta nejen utišit, ale také díky tomu zajistí, že bude mít zasahující zdravotnický záchranář či lékař čas věnovat se zdravotně indisponovanému pacientovi, aniž by musel řešit své okolí [30].

Ze statistik vyplývá, že za rok 2018 se provedlo *486 intervencí* a celkem bylo ošetřeno *1105 zasažených osob* [29].

## 2.8 První psychická pomoc na místě MU

První psychická pomoc je základní termín, tuto pomoc by měl stejně jako první zdravotnickou pomoc, umět poskytnout každý občan, který se byt jen shodou náhod ocitne u MU, zatímco interventi SPIS týmu jsou na takové situace speciálně školeni [31].

PPP se poskytuje na MU, což v praxi může znamenat například rodinný dům, kde se daná situace odehrála; při hromadném neštěstí téměř kdekoli, při evakuaci za přírodní katastrofy nebo i třeba při identifikaci těla zemřelého [32].

### 2.8.1 Cíle první psychické pomoci

První psychická pomoc slouží pro překonávání akutní situace, zajištění bezpečnosti a základních potřeb zasažené osoby. Důležitým úkolem je i prevence dalšího rozvíjení psychické nestability. Hlavními cíli je danou osobu uklidnit, snížit její úzkost, zajistit, aby spolupracovala, stejně tak jí pomoci pochopit, co se stalo a dát jí naději do budoucna, například nabídkou následné ambulantní psychologické péče, s doporučením na konkrétní zařízení [33].

### 2.8.2 Komunikace v krizové situaci

Pro účely této práce se do role hlavního komunikujícího staví člen SPIS týmu, tedy pracovník zdravotnické záchranné služby.

Vymětal (2009) mluví o určitém faktoru vnímané důvěryhodnosti. V základu se jedná o způsob, jakým zasažená osoba, ale i široká veřejnost vnímá a propůjčuje důvěru určitým skupinám osob, kterých se MU dotýká nebo ji řeší. Z tohoto zdroje vyplývá, že právě zdravotníci, společně s dalšími osobami, zastávají nejvyšší příčku v rámci tabulky tradičního rozložení vnímané důvěryhodnosti [4].

Na interventy SPIS týmu jsou z hlediska jejich zaměření také kladeny vysoké nároky. Jako hlavní předpoklad úspěšného plnění své práce je profesionální přístup, vysoká odolnost vůči stresu, empatie, ale také smysl pro humor, nadhled a určitá schopnost se distancovat od dané situace [11].

Špatenková [6, s. 119] charakterizuje: „požadavky na to, co by měl krizový intervent“:

- *„Znát (odborná kompetence)*
- *Co by měl umět (praktická kompetence)*
- *Jaký by měl být (osobnostní kompetence)“*

V rámci praktické kompetence by měl mít i dobré komunikační schopnosti, které v sobě skrývají více faktorů. Některé intervent může ovlivnit, jiné jsou vrozené. Vnější vzhled lze ovlivnit, ale například způsob, jakým jednáme, se přeučuje těžko a dlouho [34].

- **Vnější vzhled**

Můžeme si říci, že v takto napjatých situacích může být naprosto bezvýznamné, jakým způsobem bude intervent oblečený či upravený, nehledě na to, že zpravidla se bude jednat o služební oděv udaný konkrétní ZZS. Opak může být pravdou, z praxe vychází, že při komunikaci je tento prvek důležitý. Pacient bude více spolupracovat s osobou, která tzv. „není cítit“, ať již potem či přehnaným výběrem parfému, nebude mu zapáchat z úst a bude minimálně vypadat, že u něj ráno proběhla základní hygiena. Rovněž uniforma by měla být v rámci možností čistá a upravená [35].

- **Postavení těla**

Tzv. nonverbální komunikace a její správné pochopení je pro interventa klíčové. Existuje mnoho postojů, kterým dáváme najevo svou sebejistotu a angažovanost, ovšem v komunikaci s pacientem by měl být intervent spíše pokorný posluchač, který bude udržovat oční kontakt a tím se snažit pacientovi vštípit, že je tu pro něj. Rozhodně se nedoporučují gesta typu založené ruce na prsou, příliš rozkročený postoj či přehnaný odstup od pacienta. Naopak se doporučuje mít dlaně otevřené směrem k zasažené osobě, výraz obličeje uzpůsobit situaci a při konverzaci sebou neškubat, nedělat zbrklé pohyby [36].

- **Styl komunikace**

Komunikace je základ. Pokud nebude intervent umět komunikovat, nepomůže mu ani skvělé postavení těla a ani čerstvě vypraná uniforma. Zasažené osoby musí být osloveny, ideálně vřelým a nevyčítavým tónem,

kdy se intervent nabídne se svou pomocí, která by neměla být manipulativní [37].

Rozhovor by měl být veden pomalu, na nic nespěchat, výšku hlasu přizpůsobit situaci, nekřičet a dát dostatek prostoru klientovi. Dlouhé monology nejsou dobrou volbou [38].

Zasažené osoby, které potřebují přítomnost interventa, většinou ocení, když na někoho mohou přenést část své bolesti, a proto by intervent neměl mít direktivní komunikaci, někomu něco přikazovat [8].

Vymětal [4, s. 97–98], definuje správně i nesprávně použité věty v komunikaci se zasaženou osobou:

***„Nevhodné (zraňující) věty:***

- *Chápu, jak se cítíte.*
- *Všechno bude v pořádku.*
- *Uklidněte se!*
- *Každý musí umřít.*
- *Jste mladí, můžete mít další dítě.*
- *Ani nemáte žádné těžké zranění... (...)*

***Výroky, které pomáhají:***

- *Je mi líto, co se stalo.*
- *Neumím si vůbec představit, jak těžké to pro vás je.*
- *To je v pořádku, každý by měl v takové situaci mnoho emocí...*
- *Co pro vás teď můžu udělat?*
- *Které úkoly jsou pro Vás nejobtížnější?“*

Vyjmenované druhy komunikace bychom mohli nazvat rovněž jako komunikaci verbální a neverbální, tedy to co říkáme, a to co děláme tzv. mimoslovně. Richter [39] přidává i 3. druh komunikace – komunikaci činem. V praxi to může být například prosté podání přikrývky nebo vody.

### 2.8.3 Postupné kroky první psychické pomoci

Typová činnost [5], v rámci poskytování psychosociální pomoci vymezuje základní kroky PPP, kterými by se měly základní složky IZS při zásahu řídit a tím zamezit zhoršení psychického stavu zasažené osoby. Gestorem pro tyto úkoly je Ministerstvo vnitra – generální ředitelství Hasičského záchranné sboru ČR, ovšem reálně je mohou vykonávat i zaměstnanci ZZS, členové SPIS týmu.

Daná typová činnost hovoří o následujících úkolech:

- *„Navaž kontakt*
- *Zjisti zdravotní stav*
- *Chraň soukromí – dbej na důstojnost*
- *Informuj, co se děje, a naslouchej*
- *Zjišťuj a zajišťuj základní potřeby*
- *Hlídej bezpečí*
- *Řeš situaci tady a teď „*

V rámci PPP by zdravotnický intervent měl především vysvětlit, co se stalo a co se bude v následujících chvílích odehrávat. Měl by se také zaměřit na snížení pacientovy nejistoty a strachu tím, že mu vysvětlí vše, čemu neporozuměl. V neposlední řadě by měl intervent navázat spolupráci s pacientem tak, aby se případně dozvěděl potřebné informace a mohl mu více pomoci [40].

Důležitost říci klientovi reálná fakta spočívá hlavně v tom, aby si informace nezačal shánět jinde, kde by mohly být nepravdivé nebo nedostatečné a tím v něm nevzbuzovaly zbytečnou paniku, která by mohla negativně ovlivnit jeho psychické rozpoložení [39].



#### 2.8.4 Komunikace v závislosti na vybraném typu situace

Každá situace je jiná, jiná bude komunikace se ženou, která viděla, jak její manžel páchá sebevraždu skokem z mostu, jinak se bude jednat v situaci se starší ženou, která očekává smrt svého manžela vlivem dlouhodobé nemoci či stáří [8].

##### **Situace trestné činnosti**

Po dohodě s Policií ČR je možné, aby se intervent ZZS dostal do kontaktu s obětí trestného činu, i když se jedná o zcela výjimečné případy, kdy touto osobou může být například žena po znásilnění nebo pozůstalá osoba. Pravidlem ovšem je, že v této oblasti se pohybuje převážně Policie ČR, který má své školené interveny právě pro oběti trestné činnosti. Intervent ZZS, pokud bude zasahovat, tak u příbuzných či blízkých osob oběti<sup>5</sup>.

Při komunikaci výrazně záleží na události, kterou daná osoba prožila, viděla. Například u ženy po znásilnění si intervent musí dát pozor na odstup, pokud zasažená osoba nechce, neměl by se jí vůbec dotýkat. Obecně platí, že oběti trestných činů by se měly posadit do klidu, pokud jsou v místnosti, tak zády ke stěně, nikoli ke dveřím. Stejně tak by jim neměl nikdo chodit za zády, křičet. Zde by mělo být základním úkolem interveny osobu informovat a snažit se jí uklidnit [41].

##### **Demonstrování úmyslu sebevraždy**

Při úmyslu sebevraždy (suicidia) je pro okolí důležité, potažmo i pro záchranáře, jakým způsobem si daná osoba chtěla nebo chce vzít život. Zdali použije měkké prostředky nebo tvrdé. Mezi měkké řadíme léky nebo plyn, tedy metody, které většinou nejsou na první pohled rozeznatelné. U tvrdých

---

<sup>5</sup> Informace zjištěné na základě emailové komunikace – PhDr. Lukáš Humpl, 30. 3. 2019

prostředků se mluví o zastřelení, oběšení nebo například skoku z výšky, tedy metody, které se bezprostředně dotknou okolí, pokud se situace odehraje na veřejnosti [12].

PPP se interventy ZZS zpravidla poskytuje hlavně v situaci dokonáního suicidia, tedy ve formě pro pozůstalé. Takováto komunikace může být opravdu obtížná, neboť pozůstalí nemohou uvěřit způsobu odchodu jejich blízké osoby, ve světě je tento způsob ukončení života stále nepřijatelný a nepochopitelný. Spousta pozůstalých si ani nechce přiznat, že jejich blízký zemřel, popírají, co se stalo. Při komunikaci s nimi bychom měli dát průchod jejich emocím, ujistit je, že není vina na jejich straně a pokusit se je začlenit do nějaké sociální skupiny v blízkém okolí s podobnou zkušeností [11].

### **Dětský pacient**

Komunikace s dětským pacientem je velice specifická a záleží na mnoha faktorech, jak se k takové práci intervent postaví. Hlavním parametrem pro komunikaci je věk dítěte, jinak budeme mluvit s batoletem, které zpravidla ještě moc nerozumí tomu, co se kolem něj odehrává za procesy a jinak s 12letým dospívajícím chlapcem. Další věcí je mentální vyspělost dítěte a v neposlední řadě také náročnost nastalé MU [38].

Pokud si jako modelovou situaci uvedeme dopravní nehodu, kdy jsou zraněni oba dva rodiče dítěte a musí být odvezeni do nemocnice, zažívá dítě bolest primárně ze ztráty kontaktu, zvláště malé děti, které jsou zpravidla na rodiče fixovány. Pokud se dítě dostane do péče interventu ZZS, měl by k němu intervent přistupovat v závislosti na věku, ale vždy by mu měl v první řadě poskytnout bezpečí. K tomu přispěje, i pokud dítě bude znát interventovo jméno, bude mu tykat a naopak. Interventovou snahou by mělo být co nejrychlejší zajištění

kontaktem s blízkou dospělou osobou, ať už se jedná o prarodiče či dospělého sourozence, který si dítě převezme [40].

Při intervenci, ale i u standardních zásahů s dětským pacientem se u ZZS celorepublikově proslavil Kryštůfek Záchranář, tedy hračka, která může dítěti poskytnout oporu v podobě plyšového kamaráda. Vybavení ZZS ve vztahu k dětským pacientům není nijak vnitřně upraveno a je ponecháno v působnosti jednotlivých ZZS. Například interventi ZZS Moravskoslezského kraje využívají při své práci i třeba knížku „Když dinosaurům někdo umře“ od Laurie Krasny Brown a Marca Browna, na které se dá i velice malým dětem vysvětlit smrt blízké osoby. Objevují se ovšem i případy, kdy interventi vozí hračky zakoupené z vlastních prostředků<sup>6</sup>.

### **Účastníkem události je cizinec**

Tato situace nenastává příliš často, ale za podmínky, že pomineme fakt, že naše země hraje při novodobé migrační krizi spíše tranzitní roli, tak Česká republika je hlavně domovem různých národnostních menšin, ať už se jedná o občany původem ze Slovenska, Německa či Polska, atd. To se sebou přináší vyšší nároky na zdravotnický systém ČR, zvláště v souvislosti s neznalostí jazyka naší země, kdy se sice například u pacientů původem ze Slovenka jazykové rozdíly poměrně smazávají, ovšem ostatní cizinci jsou v tomto případě v komplikovanější situaci. Intervent by si tedy při komunikaci s cizincem měl dát v první řadě pozor na správné vysvětlení nastalé problematiky, aby nedošlo k nepochopení a následnému nedorozumění ze strany klienta [42].

Pro práci interventa není vyžadovanou povinností umět cizí jazyk, vzhledem k malé četnosti událostí, kde se poskytuje PPP cizincům. Z praxe ale vyplývá,

---

<sup>6</sup> Informace zjištěné na základě emailové komunikace – PhDr. Lukáš Humpl, 28. 3. 2019

že velká část interventů je schopná některého cizího jazyku na komunikativní úrovni. V případě, že by to situace vyžadovala, může být použit i překladatel<sup>7</sup>.

### **Účastníkem události je osoba se zdravotním postižením**

Takováto událost opět není příliš častá, ovšem i mezi námi žijí osoby, které trpí některým typem zdravotního postižení. Obecně rozeznáváme 4 typy postižení – mentální, zrakové, sluchové, tělesné. Komunikace s těmito osobami je specifická a intervent by měl znát alespoň základní informace, aby byl schopný pomoci [43].

Hasičský záchranný sbor (dále jen HZS) vydal v roce 2014 metodická videa, která se snaží vysvětlit postup během zásahu, kdy je účastníkem osoba se zdravotním postižením. Interventům SPIS týmu se samozřejmě nedoporučuje se s takovým zásahem ztotožňovat, to v reálných podmínkách totiž ani není možné, ale tato videa vysvětlují problematiku základní komunikace s těmito osobami, která může být pro interventy ZZS přínosem [44].

- **Mentálně postižená osoba**

Mentální postižení u zasažené osoby může mít různou podobu, od lehké formy až po těžkou, kdy jedinec skoro nevnímá a interventovi nerozumí. Při práci s takovou osobou by intervent měl mluvit jednoduše, v krátkých větách, dostatečně nahlas a pomalu, ideálně navázat i fyzický kontakt, například chycením za ruku. Rozhodně by se ovšem měl vyvarovat mluvení s danou osobou jako s dítětem [45].

- **Zrakově postižená osoba**

Tato osoba není mentálně postižená, pouze jí chybí jeden ze základních smyslů. To znamená, že by s ní měl intervent mluvit naprosto normálně.

---

<sup>7</sup> Informace zjištěné na základě emailové komunikace – PhDr. Lukáš Humpl, 28. 3. 2019

Nebát se používat pojmy typu „No vidíte!“, atd. Při MU je zrakově postižená osoba pohlcena zvuky, rámusem, křikem či pláčem, to ji samozřejmě stresuje. Při navázání kontaktu je doporučen i lehký fyzický kontakt, například ve formě poklepání na paži. Měla by se jí hlavně vysvětlit a popsat situace, která se stala, aby si ji dokázala představit [45].

- **Sluchově postižená osoba**

Pokud intervent nedisponuje schopností ovládnutí znakového jazyka, tak pro něj bude práce s takovou osobou daleko náročnější. Měl by zjistit, zda mu osoba porozumí, pokud bude mluvit pomalu, v krátkých větách a zřetelně artikulovat. Některé osoby ale neumí tak dobře odezírat a v tu chvíli přichází řada na tlumočníka nebo klasickou metodu „tužka a papír“. Rozhodně na sluchově postiženou osobu nekřičte, pokud vůbec nedoslýchá, tak jí takovýmto gestem můžete ještě více rozrušit [45].

- **Tělesně postižená osoba**

S tělesně postiženou osobou zpravidla manipulují hlavně hasiči (HZS), ve chvíli, kdy se dostane do rukou intervenčního SPIS týmu, tak už je ve většině případů opět soběstačná. Pokud se tělesné postižení nepojí i s nějakou sluchovou, zrakovou či mentální vadou, tak s danou osobou komunikujeme dle běžných postupů PPP [45].

## **Umírání a smrt**

Součástí umírání blízké osoby je i fáze sdělování této skutečnosti blízkým osobám. Přičemž takovýto rozhovor je i pro samotného intervenčního velice náročným úkolem a ke každému pacientovi by se v závislosti na dané situaci, mělo přistupovat individuálně [16].

V současné době neexistuje přesně stanovený postup, jak informovat o špatných zprávách, v základu by se měl intervent držet obdobného postupu jako

při sdělování obecné informace, ale s větší dávkou empatie, v klidovém prostředí, bez časového nátlaku a ujistit se, že pacient vidí z dané situace východisko [40].

Doporučuje se také projevít soustrast a dát zasažené osobě čas, aby informaci vstřebala, případně by jí měl intervent sám nabídnout, že jí odpoví na všechny její otázky a pomůže jí s formálními náležitostmi, které provází smrt blízké osoby [46].

## 3 CÍL PRÁCE A STANOVENÍ HYPOTÉZ

### 3.1 Cíle práce

Teoretická část má především za cíl poskytnout obecný náhled na problematiku poskytování první psychické pomoci sekundárně zasaženým osobám na místě MU a objasnit význam a strukturu Systému psychosociální intervenční služby, potažmo zdravotnických interventů, na území České republiky.

Hlavním cílem praktické části je zhodnotit připravenost pracovníků zdravotnické záchranné služby, konkrétně členů SPIS (Systém psychosociální intervenční služby) týmu, v poskytování první psychické pomoci zasaženým osobám na místě mimořádné události a vyvrácení či potvrzení námi zadaných hypotéz. Při tomto šetření budeme vycházet z výsledků nestandardizovaného anonymního dotazníku, který byl distribuován členům SPIS týmů po celé České republice. V rámci dotazníku se zjišťovala aktuální situace na poli zdravotnických interventů ZZS.

### 3.2 Stanovení hypotéz

V této práci je určeno 5 hypotéz, které budou následně jednotlivě zhodnoceny dle získaných dat z dotazníkového šetření.

#### **HYPOTÉZA 1**

*Předpokládáme, že více než 50% respondentů poskytuje PPP několikrát do měsíce.*

#### **HYPOTÉZA 2**

*Předpokládáme, že více než 50% respondentů již poskytovalo PPP při náhlém úmrtí v domácnosti.*

### **HYPOTÉZA 3**

*Předpokládáme, že více než 25% respondentů postrádá informace o dalším vývoji u pacienta, u kterého poskytovali PPP.*

### **HYPOZÉZA 4**

*Předpokládáme, že více než 50% respondentů využije po náročném zásahu pomoc peera či psychologa.*

### **HYPOTÉZA 5**

*Předpokládáme, že více než 50% respondentů je spokojeno s péčí zaměstnavatele (konkrétní ZZS) o jejich psychickou pohodu.*



## **4 METODIKA**

### **4.1 Popis výzkumného šetření**

Šetření probíhalo formou nestandardizovaného anonymního dotazníku (viz příloha 1), který byl za pomoci pana PhDr. Lukáše Humpla, tiskového mluvčího Moravskoslezské ZZS a garanta Systému psychosociální intervenční služby pro Českou republiku, rozšířen mezi námi stanovený výzkumný vzorek.

Toto dotazníkové šetření probíhalo od 20. ledna 2019 do 10. února 2019, ve formě online dotazníku, a to hlavně z důvodu větší možnosti rozšíření skrze jednotlivé ZZS po České republice.

### **4.2 Stanovení kritérií výzkumného vzorku**

Výzkumný vzorek měl svá předem daná kritéria, podmínkou byl pracovní poměr u zdravotnické záchranné služby, bez ohledu na konkrétní kraj a současně být také členem tamějšího SPIS týmu. Šetření nebylo omezeno věkem, pohlavím a ani profesním zařazením.

### **4.3 Výzkumný nástroj**

Jako výzkumný nástroj byl použit již zmiňovaný nestandardizovaný anonymní dotazník vlastní tvorby, který se skládal celkem ze 17 otázek, z čehož 10 otázek bylo uzavřených, 6 polootevřených a 1 zcela otevřená.

Na úvod šetření byli respondenti seznámeni s účelem využití námi získaných dat a byli informováni o tom, že je dotazník zcela anonymní.

Na závěr byl dán respondentům prostor k vyjádření zpětné vazby a jejich názoru na formu a strukturu dotazníkového šetření, a rovněž byly uvedeny kontaktní údaje pro poskytnutí dalších informací.

#### **4.4 Vyhodnocení získaných dat**

V České republice je 237 vyškolených zdravotnických interventů (viz kapitola 2.7 SPIS – Systém psychosociální intervenční služby). Z toho je předpokládaný počet 130 interventů začleněných u jednotlivých ZZS krajů.

Z počtu 130 interventů jsme pro dotazníkové šetření získali 70 respondentů, tedy více jak polovinu zdravotnických interventů ZZS v celé České republice.

Vyhodnocení námi získaných dat je strukturováno do přehledných grafů a tabulek, s procentuálním rozložením respondentů nebo jednotlivých odpovědí.

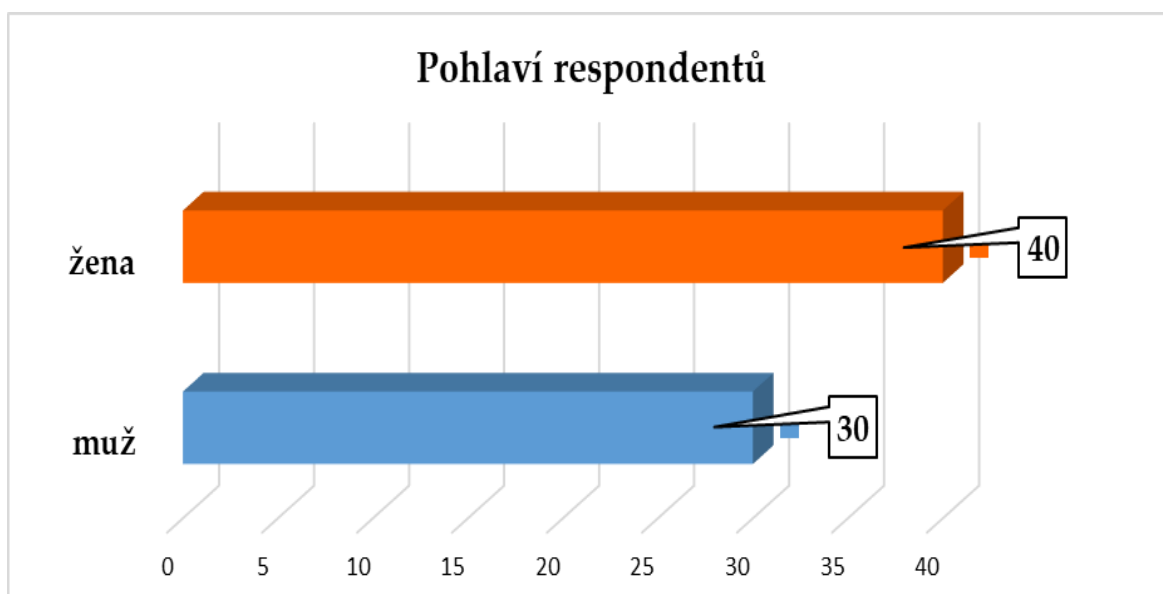
## 5 VÝSLEDKY

### 5.1 Vyhodnocení dat z dotazníkového šetření

#### OTÁZKA Č. 1

Uveďte, prosím, Vaše pohlaví:

- žena
- muž



Obr. 1 – Pohlaví respondentů

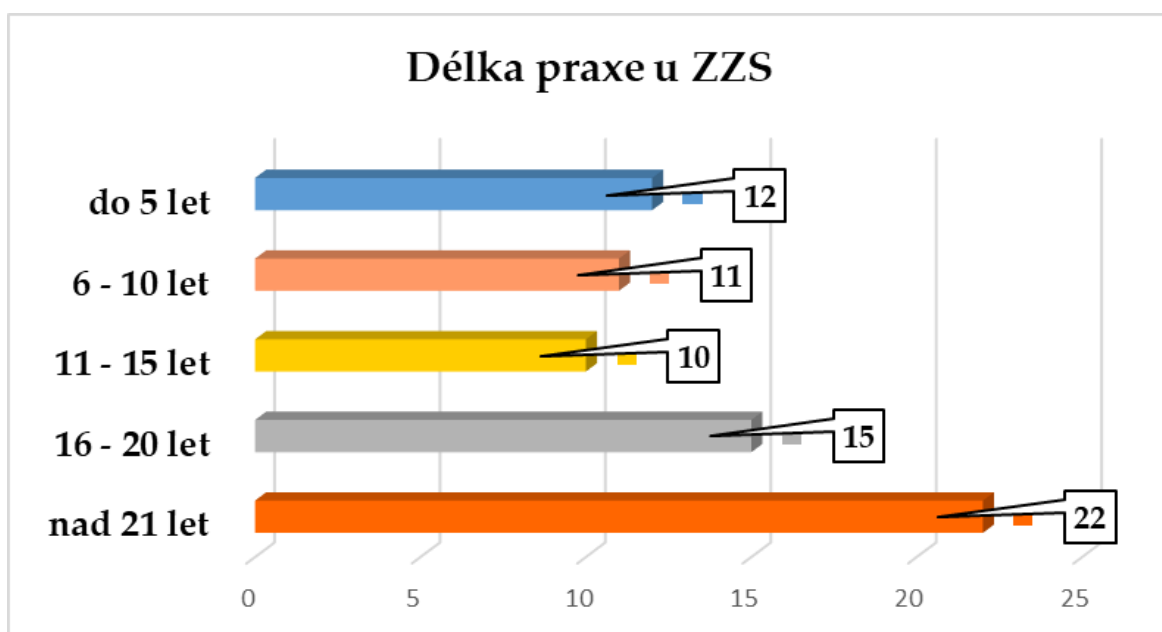
Tab. 2 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet respondentů	Procentuální podíl
žena	40	57%
muž	30	43%
<b>Celkový počet</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

## OTÁZKA Č. 2

### Délka Vaší praxe u ZZS?

- do 5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20 let
- nad 21 let



Obr. 2 – Délka praxe respondentů

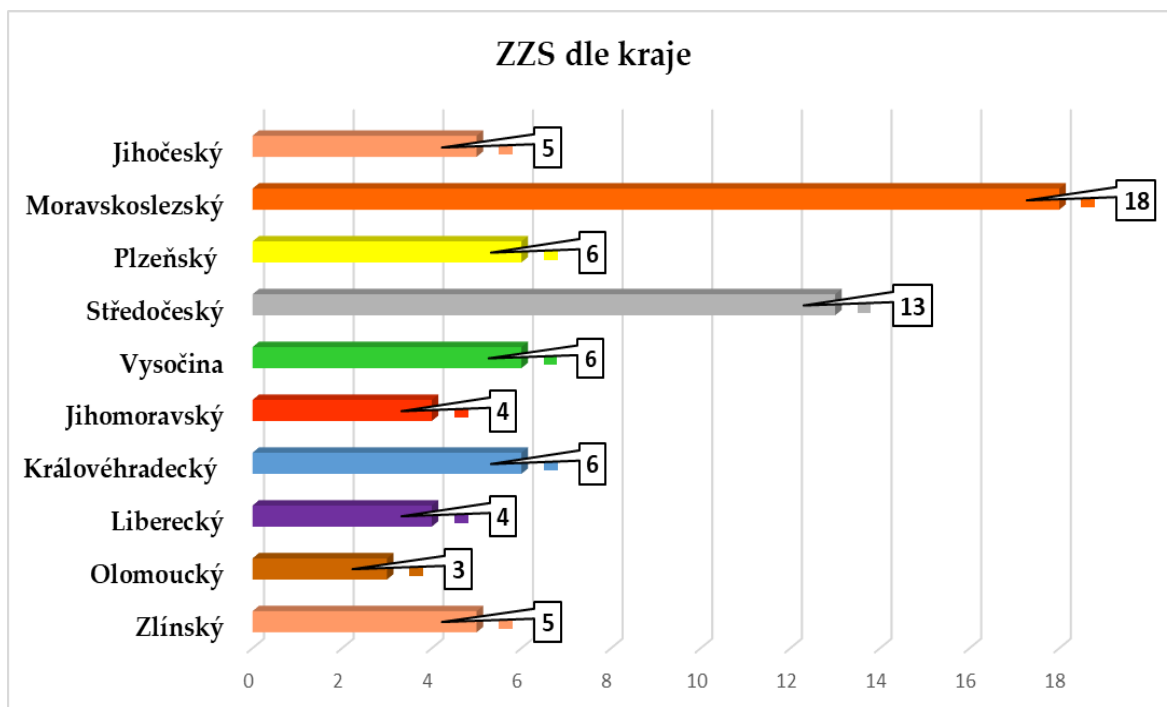
Tab. 3 – Délka praxe respondentů

Délka praxe	Počet respondentů	Procentuální podíl
do 5 let	12	17%
6 - 10 let	11	16%
11 - 15 let	10	14%
16 - 20 let	15	22%
nad 21 let	22	31%
<b>Celkový počet</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

### OTÁZKA Č. 3

U které ZZS jste v současné chvíli zaměstnán/a?

- ZZS Jihočeského kraje
- ZZS Moravskoslezského kraje
- ZZS Plzeňského kraje
- jiný kraj...



Obr. 3 – Příslušnost respondentů k ZZS dle kraje

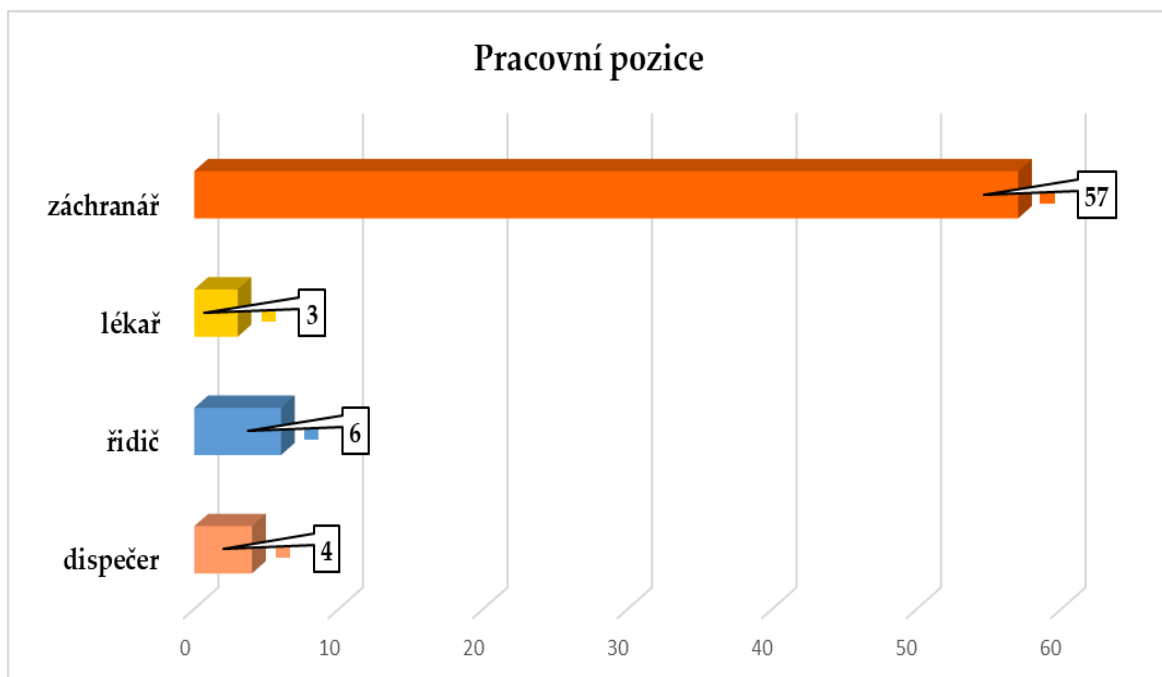
Tab. 4 – Příslušnost respondentů k ZZS dle kraje

ZZS dle kraje	Počet respondentů	Procentuální podíl
Jihočeský	5	7%
Moravskoslezský	18	26%
Plzeňský	6	9%
Středočeský	13	19%
Vysočina	6	9%
Jihomoravský	4	5%
Královéhradecký	6	9%
Liberecký	4	5%
Olomoucký	3	4%
Zlínský	5	7%
<b>Celkový počet</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

#### OTÁZKA Č. 4

##### Jaká je Vaše pracovní pozice u ZZS?

- zdravotnická záchranář
- lékař
- řidič
- dispečer operačního střediska (OPIS)



Obr. 4 – Pracovní pozice respondentů

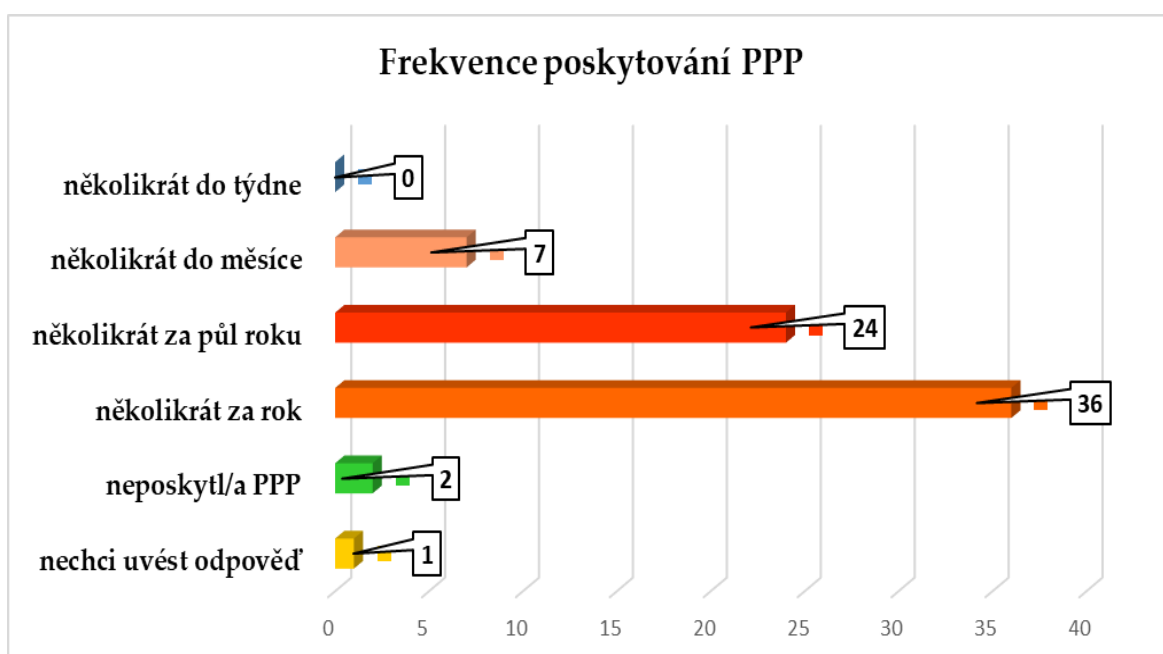
Tab. 5 – Pracovní pozice respondentů

Pracovní pozice	Počet respondentů	Procentuální podíl
zdravotnický záchranář	57	81%
lékař	3	4%
řidič	6	9%
dispečer operačního střediska	4	6%
<b>Celkový počet</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

## OTÁZKA Č. 5

Jak často poskytl/a první psychickou pomoc (PPP)?

- několikrát do týdne
- několikrát do měsíce
- několikrát za půl roku
- několikrát za rok
- doposud jsem neposkytl/a PPP
- nechci uvést odpověď



Obr. 5 – Frekvence poskytování PPP

Tab. 6 – Frekvence poskytování PPP

Frekvence poskytování PPP	Počet respondentů	Procentuální podíl
několikrát do týdne	0	0%
několikrát do měsíce	7	10%
několikrát za půl roku	24	34%
několikrát za rok	36	51%
doposud jsem neposkytl/a PPP	2	3%
nechci uvést odpověď	1	2%
<b>Celkový počet</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

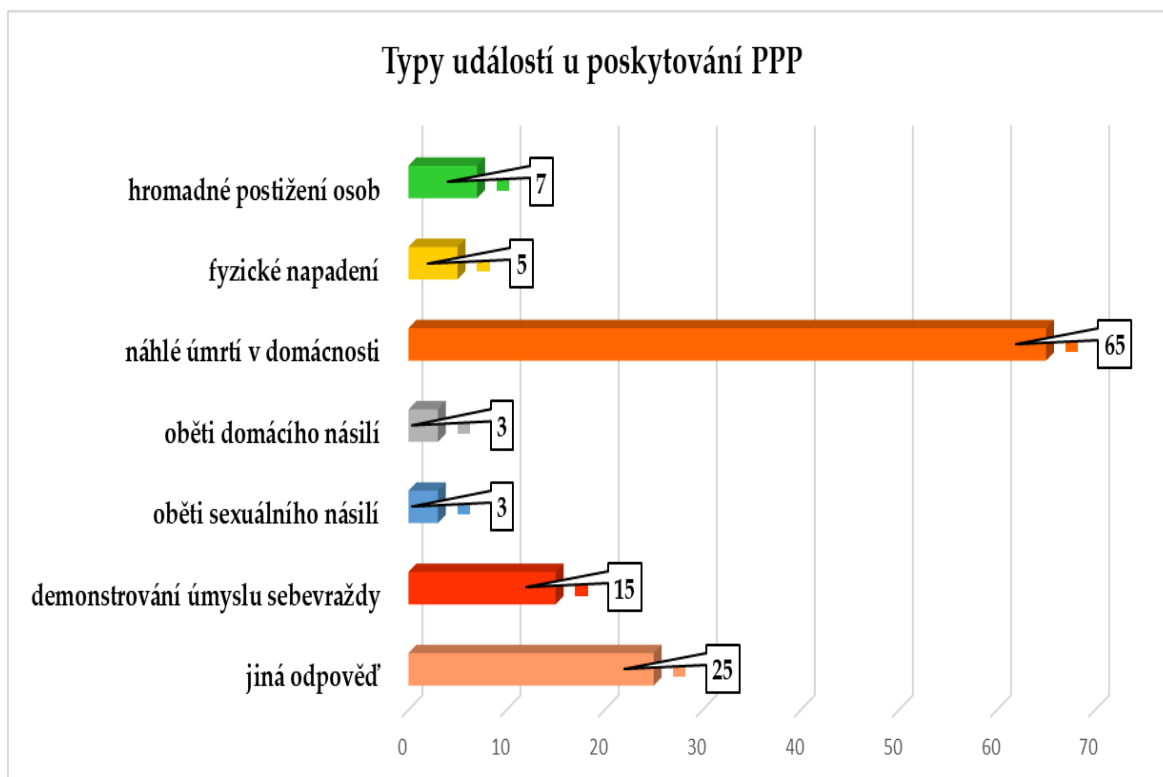
## OTÁZKA Č. 6

### U jakých typů událostí jste poskytoval/a PPP?

(možnost označit více odpovědí)

- hromadné postižení osob
- fyzické napadení
- náhlé úmrtí v domácnosti
- oběti domácího násilí
- oběti sexuálního násilí
- demonstrování úmyslu spáchat sebevraždu
- doposud jsem neposkytl/a PPP
- jiná odpověď...

Otázka hodnotí označené odpovědi celkem **68 respondentů**, kteří se již setkali se situací, kde byla nutné poskytnutí PPP. **2 respondenti** na otázku odpověděli, že nemají zkušenost s poskytováním PPP na místě MU, a proto nebyli zahrnuti do celkového hodnocení této otázky.



Obr. 6 – Typy událostí u poskytování PPP



Následující tabulka hodnotí procentuální podíl z označených odpovědí dotazovaných 68 respondentů. Těchto **odpovědí** bylo označeno celkem **123**.

*Tab. 7 – Typy událostí u poskytování PPP*

Typy událostí	Počet odpovědí	Procentuální podíl
hromadné postižení osob	7	6%
fyzické napadení	5	4%
náhlé úmrtí v domácnosti	65	53%
oběti domácího násilí	3	2%
oběti sexuálního násilí	3	2%
demonstrování úmyslu spáchat sebevraždu	15	12%
jiná odpověď	25	21%
<b>Celkový počet</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

U otázky č. 6 směli respondenti zaškrtnout nejen vícero odpovědí, ale rovněž připsat vlastní odpověď, která nebyla zahrnuta v základní nabídce dané otázky.

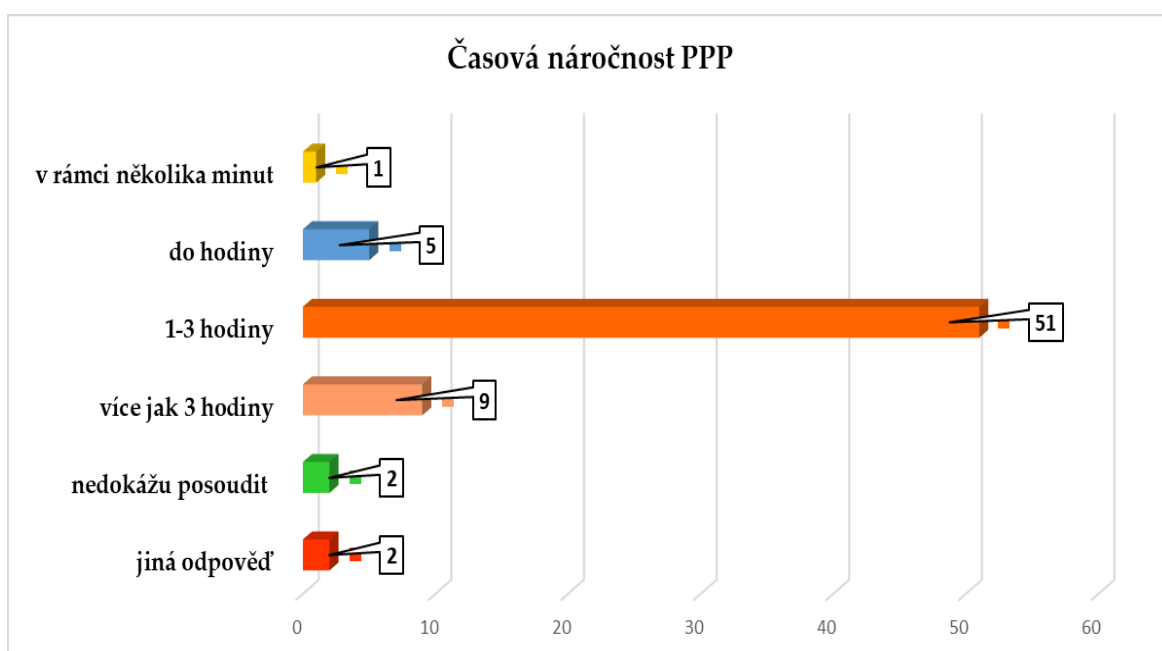
**Jiná odpověď zahrnovala:**

- úmrtí či závažné zranění u dopravní nehody = 7x
- náhlé úmrtí – suicidium = 4x
- smrtelné úrazy a závažný poranění = 3x
- náhlé úmrtí v terénu = 2x
- trauma s následkem úmrtí = 1x
- dítě jako svědek náhlého úmrtí = 1x
- očekávané úmrtí dítěte = 1x
- úmrtí dětí ve věku 0-15 let = 3x
- náhle vzniklé těžké zdravotní postižení u mladého člověka = 1x
- náhlé úmrtí mladých lidí = 1x
- úmrtí rodiče – z části očekávané, z části ne = 1x

## OTÁZKA Č. 7

**Jak dlouhou dobu nejčastěji trvá poskytování PPP u pacienta?**

- v rámci několika minut
- do hodiny
- 1-3 hodiny
- více jak 3 hodiny
- nedokážu posoudit (doposud jsem PPP neposkytl/a)
- jiná odpověď...



*Obr. 7 – Časová náročnost poskytování PPP*

*Tab. 8 – Časová náročnost poskytování PPP*

Časová náročnost PPP	Počet respondentů	Procentuální podíl
v rámci několika minut	1	1%
do hodiny	5	7%
1-3 hodiny	51	73%
více jak 3 hodiny	9	13%
nedokážu posoudit	2	3%
jiná odpověď	2	3%
<b>Celkový počet</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

**Jiná odpověď zahrnovala:**

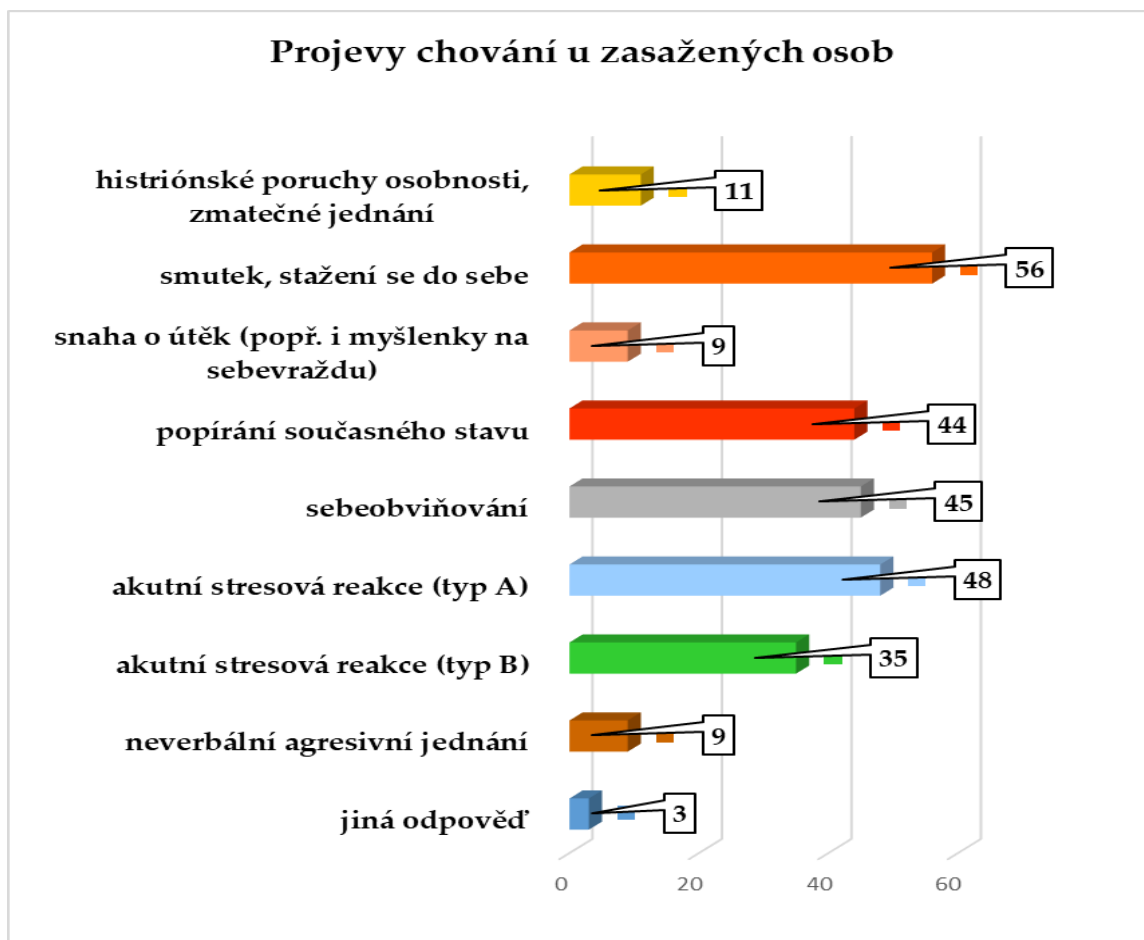
- dle časového fondu a potřeb zasažených, je to individuální = 2x

## OTÁZKA Č. 8

### S jakými projevy chování u zasažených osob se setkáváte nejčastěji?

(možnost označit více odpovědí)

- histriónské poruchy osobnosti, zmatečné jednání
- smutek, stažení se do sebe
- snaha o útěk (popř. i myšlenky na sebevraždu)
- popírání současného stavu
- sebeobviňování
- akutní stresová reakce (typ A)
- akutní stresová reakce (typ B)
- neverbální agresivní jednání
- doposud jsem neposkytl/a PPP
- jiná odpověď...



Obr. 8 – Projevy chování u zasažených osob

V otázce byly hodnoceny odpovědi celkem **68 respondentů**, kteří se již setkali se situací, kde byla nutné poskytnutí PPP, a tedy již měli možnost se setkat s některým typem chování. **2 respondenti** na otázku odpověděli, že nemají zkušenost s poskytováním PPP na místě MU, a proto nebyli zahrnuti do celkového hodnocení této otázky.

*Tab. 9 – Projevy chování u zasažených osob*

<b>Projevy chování u zasažených osob</b>	<b>Počet odpovědí</b>	<b>Procentuální podíl</b>
histrionické poruchy osobnosti, zmatečné jednání	11	4%
smutek, stažení se do sebe	56	22%
snaha o útěk (popř. i myšlenky na sebevraždu)	9	3%
popírání současného stavu	44	17%
sebeobviňování	45	18%
akutní stresová reakce (typ A)	48	19%
akutní stresová reakce (typ B)	35	13%
neverbální agresivní jednání	9	3%
jiná odpověď	3	1%
<b>Celkový počet</b>	<b>260</b>	<b>100%</b>

U této otázky měli respondenti možnost označit více odpovědí a stejně tak přidat další, svou individuální odpověď.

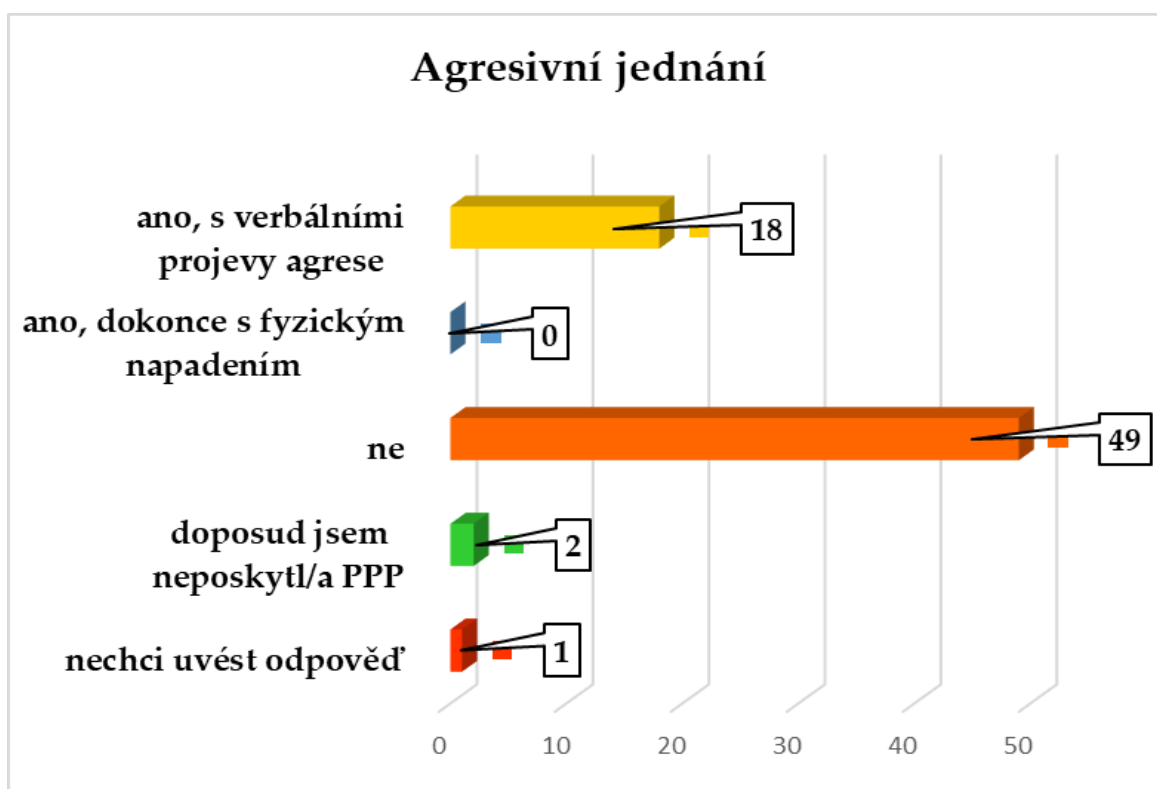
**Jiná odpověď zahrnovala:**

- Každá intervence je jiná a dalo by se zaškrtnout prvních 8 možností.
- Je to různé, individuální.
- U demonstrativní sebevraždy panika z toho, když dotyčného zachrání, že se „o něj budeme muset starat...“.

## OTÁZKA Č. 9

Setkal/a jste se s agresivním jednáním v důsledku pokusu poskytnout PPP?

- ano, s verbálními projevy agrese
- ano, dokonce s fyzickým napadením
- ne
- doposud jsem neposkytl/a PPP
- nechci uvést odpověď



Obr. 9 – Agresivní jednání při pokusu poskytnout PPP

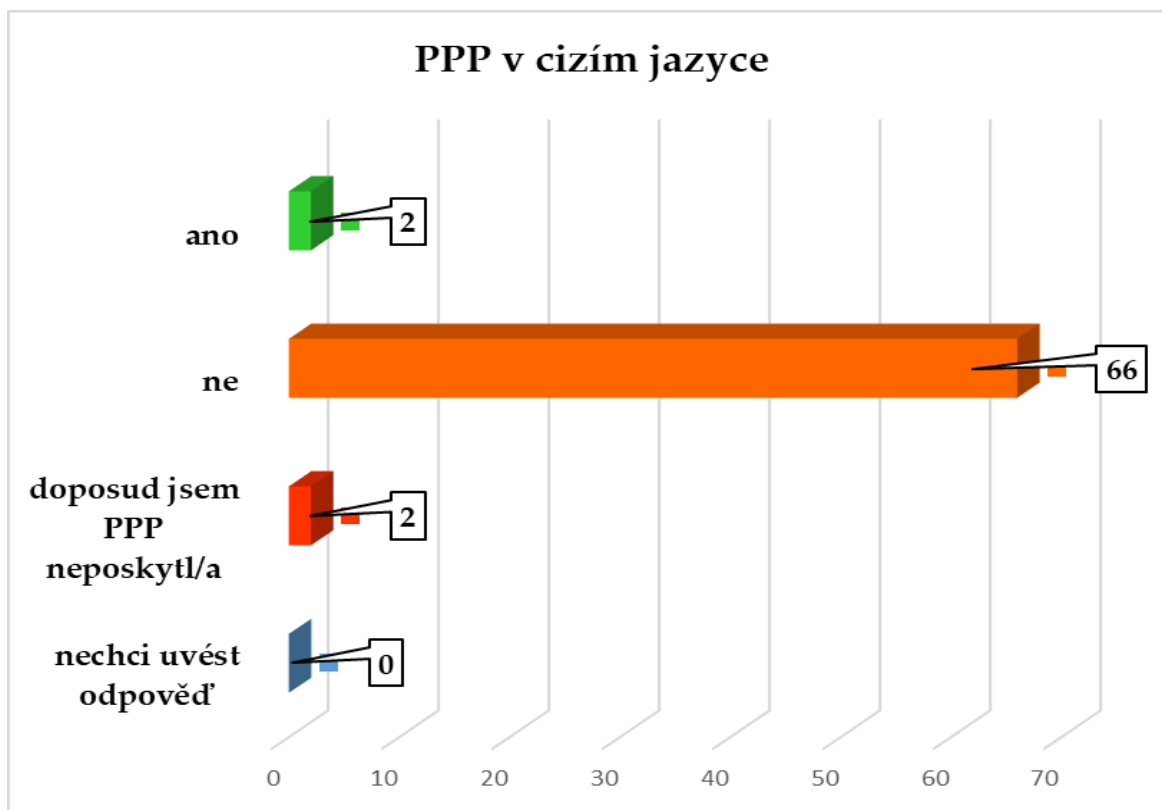
Tab. 10 – Agresivní jednání při pokusu poskytnout PPP

Agresivní jednání	Počet respondentů	Procentuální podíl
ano, s verbálními projevy agrese	18	26%
ano, dokonce s fyzickým napadením	0	0%
ne	49	70%
doposud jsem neposkytl/a PPP	2	3%
nechci uvést odpověď	1	1%
<b>Celkový počet</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

## OTÁZKA Č. 10

Poskytoval/a jste již PPP v cizím jazyce?

- ano
- ne
- doposud jsem PPP neposkytl/a
- nechci uvést odpověď



Obr. 10 – Poskytování PPP v cizím jazyce

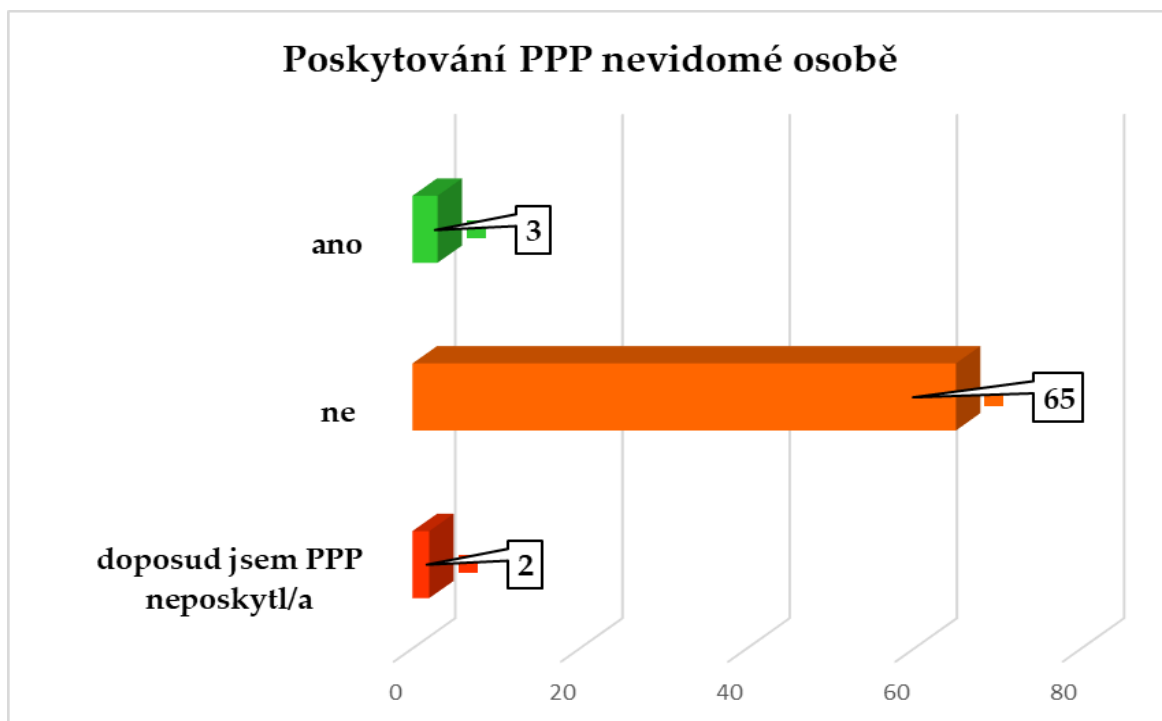
Tab. 11 – Poskytování PPP v cizím jazyce

Poskytování PPP v cizím jazyce	Počet respondentů	Procentuální podíl
ano	2	3%
ne	66	94%
doposud jsem PPP neposkytl/a	2	3%
nechci uvést odpověď	0	0%
<b>Celkový počet</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

## OTÁZKA Č. 11

Poskytoval/a jste již PPP nevidomé či neslyšící osobě?

- ano
- ne
- doposud jsem PPP neposkytl/a
- nechci uvést odpověď



Obr. 11 – Poskytování PPP nevidomé osobě

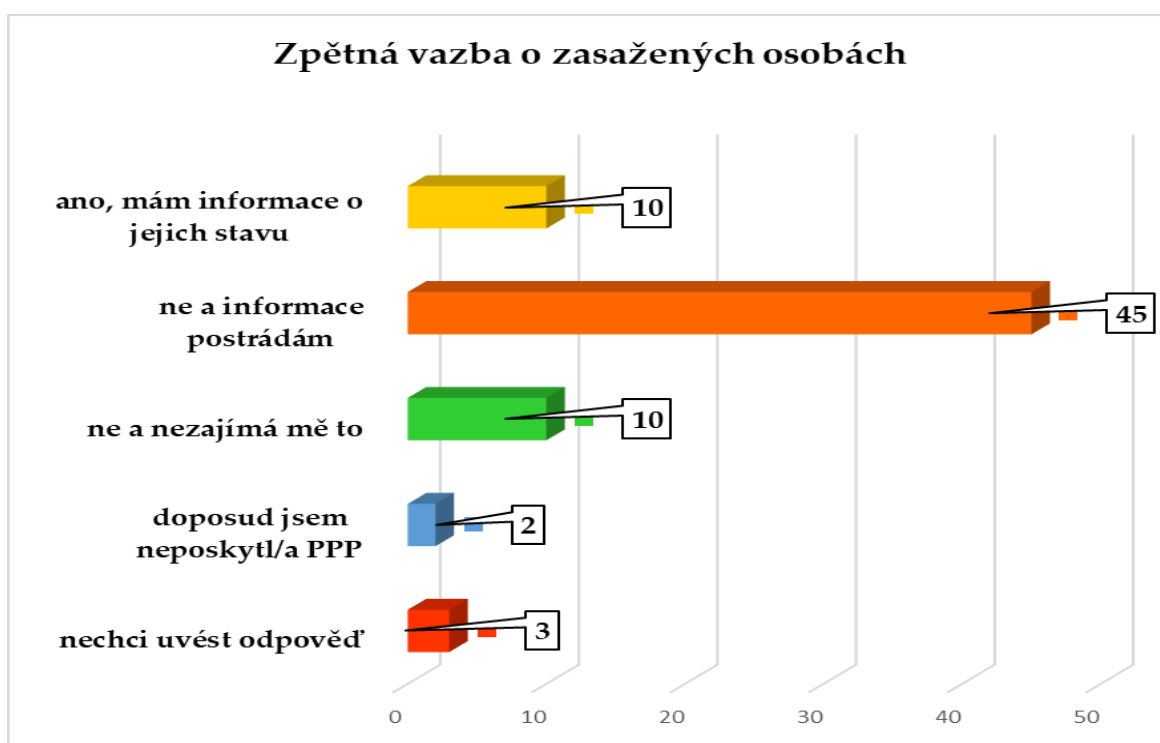
Tab. 12 – Poskytování PPP nevidomé osobě

Poskytování PPP nevidomé osobě	Počet respondentů	Procentuální podíl
ano	3	4%
ne	65	93%
doposud jsem PPP neposkytl/a	2	3%
nechci uvést odpověď	0	0%
<b>Celkový počet</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

## OTÁZKA Č. 12

Máte možnost získat zpětnou vazbu o zasažených osobách, u kterých jste prováděl/a PPP?

- ano, mám informace o jejich stavu (popř. jsem s nimi v kontaktu)
- ne a informace postrádám
- ne a nezajímá mě to
- doposud jsem neposkytl/a PPP
- nechci uvést odpověď



Obr. 12 – Zpětná vazba o zasažených osobách

Tab. 13 – Zpětná vazba o zasažených osobách

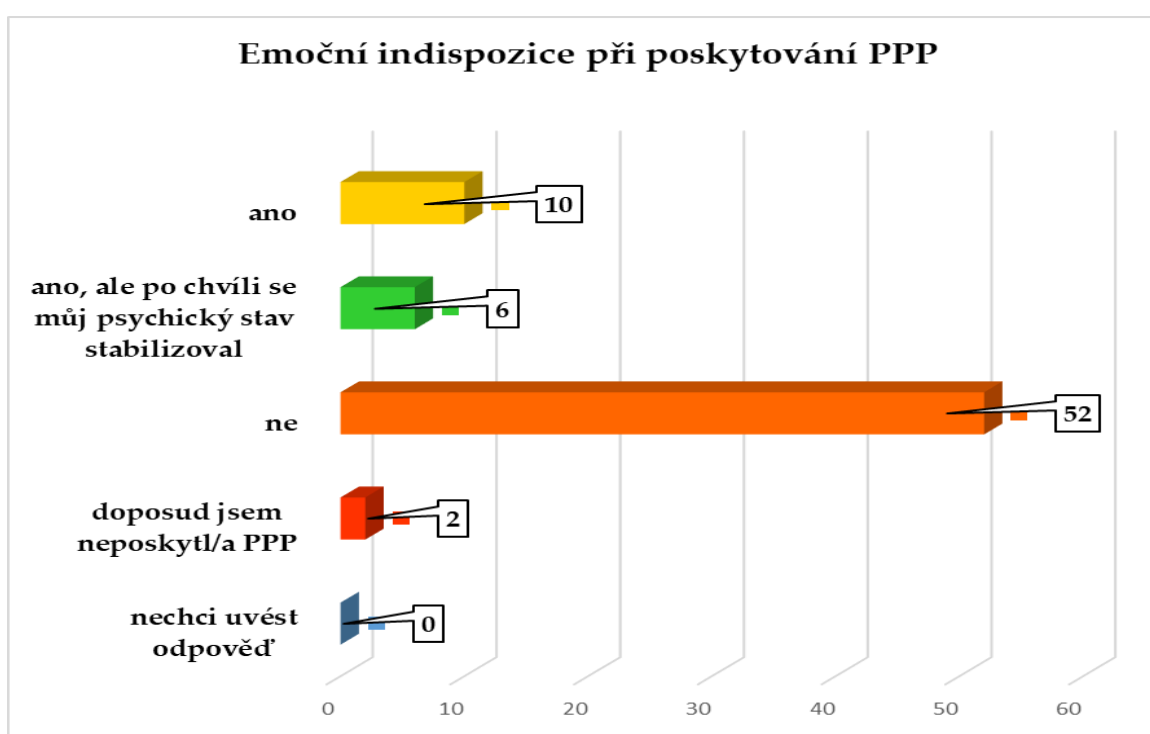
Zpětná vazba o zasažených osobách	Počet respondentů	Procentuální podíl
ano, mám informace o jejich stavu (popř. jsem s nimi v kontaktu)	10	14%
ne a informace postrádám	45	65%
ne a nezajímá mě to	10	14%
doposud jsem neposkytl/a PPP	2	3%
nechci uvést odpověď	3	4%
<b>Celkový počet</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>



### OTÁZKA Č. 13

Ocitl/a jste se v situaci, že jste vzhledem k akutní emoční indispozici nebyl/a schopen/a poskytnout PPP zasažených osobám?

- ano
- ano, ale po chvíli se můj psychický stav stabilizoval
- ne
- doposud jsem neposkytl/a PPP
- nechci uvést odpověď



Obr. 13 – Emoční indispozice při poskytování PPP

Tab. 14 – Emoční indispozice při poskytování PPP

Emoční indispozice	Počet respondentů	Procentuální podíl
ano	10	14%
ano, ale po chvíli se můj psychický stav stabilizoval	6	9%
ne	52	74%
doposud jsem neposkytl/a PPP	2	3%
nechci uvést odpověď	0	0%
<b>Celkový počet</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

## OTÁZKA Č. 14

### Jakým způsobem se vyrovnáváte s náročným zásahem?

(možnost označit více odpovědí)

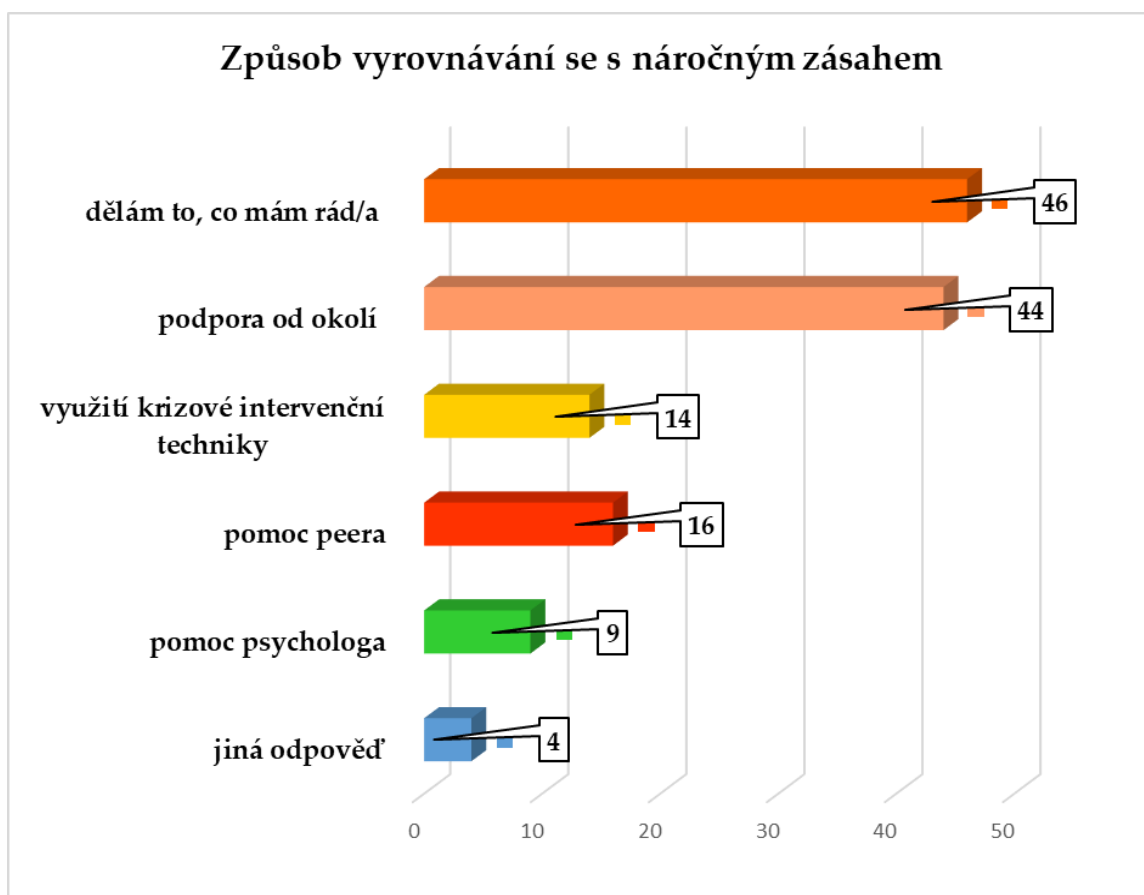
- dělám to, co mám rád/a (co mě těší)
- podpora od okolí (partner/ka, rodina, kamarádi, kolegové, sousedi)
- využití krizové intervenční techniky (demobilizace, defusing, debriefing)
- pomoc peera
- pomoc psychologa
- doposud jsem nezažil/a náročný zásah
- doposud jsem PPP neposkytl/a
- nechci uvést odpověď
- jiná odpověď...

Graf hodnotí označené odpovědi celkem **64 respondentů**, kteří označili celkem 133 odpovědí různého druhu. **6 respondentů** uvedlo následující odpovědi, a proto nebyli zahrnuti do celkového hodnocení této otázky.

*Tab. 15 – Odpovědi respondentů nezahrnuté do hodnocení otázky č. 14*

Odpovědi respondentů nezahrnuté do hodnocení	
Označená odpověď	Počet respondentů
doposud jsem nezažil/a náročný zásah	2
doposud jsem PPP neposkytl/a	1
nechci uvést odpověď	3
<b>Celkový počet</b>	<b>6</b>

Graf hodnotí metody, za pomoci kterých se respondenti vyrovnávají s náročným zásahem.



Obr. 14 – Způsob vyrovnávání se s náročným zásahem

Tab. 16 – Způsob vyrovnávání se s náročným zásahem

Vyrovnávání se s MU	Počet odpovědí	Procentuální podíl
dělám to, co mám rád/a (co mě těší)	46	34%
podpora od okolí (partner/ka, rodina, kamarádi, kolegové, sousedi)	44	33%
využití krizové intervenční techniky (demobilizace, defusing, debriefing)	14	11%
pomoc peera	16	12%
pomoc psychologa	9	7%
jiná odpověď	4	3%
<b>Celkový počet</b>	<b>133</b>	<b>100%</b>

V otázce č. 14 byli respondenti dotazováni na způsob, jakým se vyrovnávají s náročným zásahem, pokud již nějaký zásah absolvovali. Krom široké nabídky, kde směli respondenti volit vícero odpovědí, současně mohli také přidat svůj vlastní způsob zvládnání takovýchto situací.

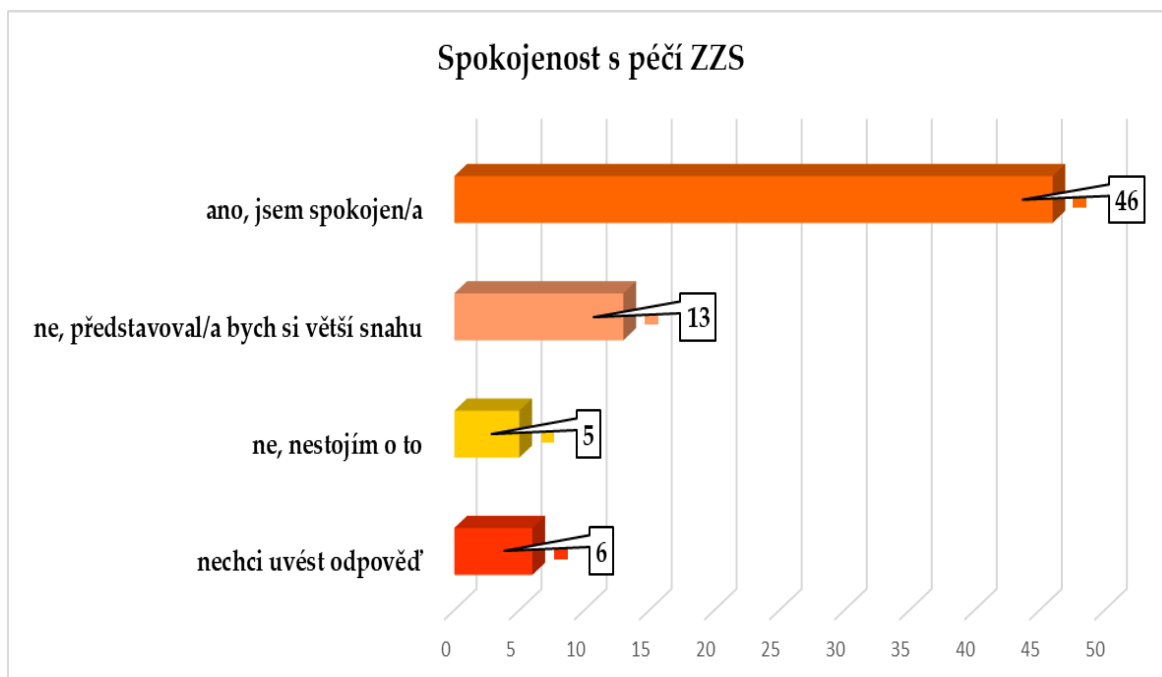
**Jiná odpověď zahrnovala:**

- modlitba – kontemplativní
- intervize
- supervize
- pomoc kolegů – tým SPIS

## OTÁZKA Č. 15

**Jste spokojen/a s péčí o Vaši psychickou pohodu ze strany zaměstnavatele?**

- ano, jsem spokojen/a
- ne, představoval/a bych si větší snahu
- ne, nestojím o to
- nechci uvést odpověď



*Obr. 15 – Spokojenost s péčí své ZZS*

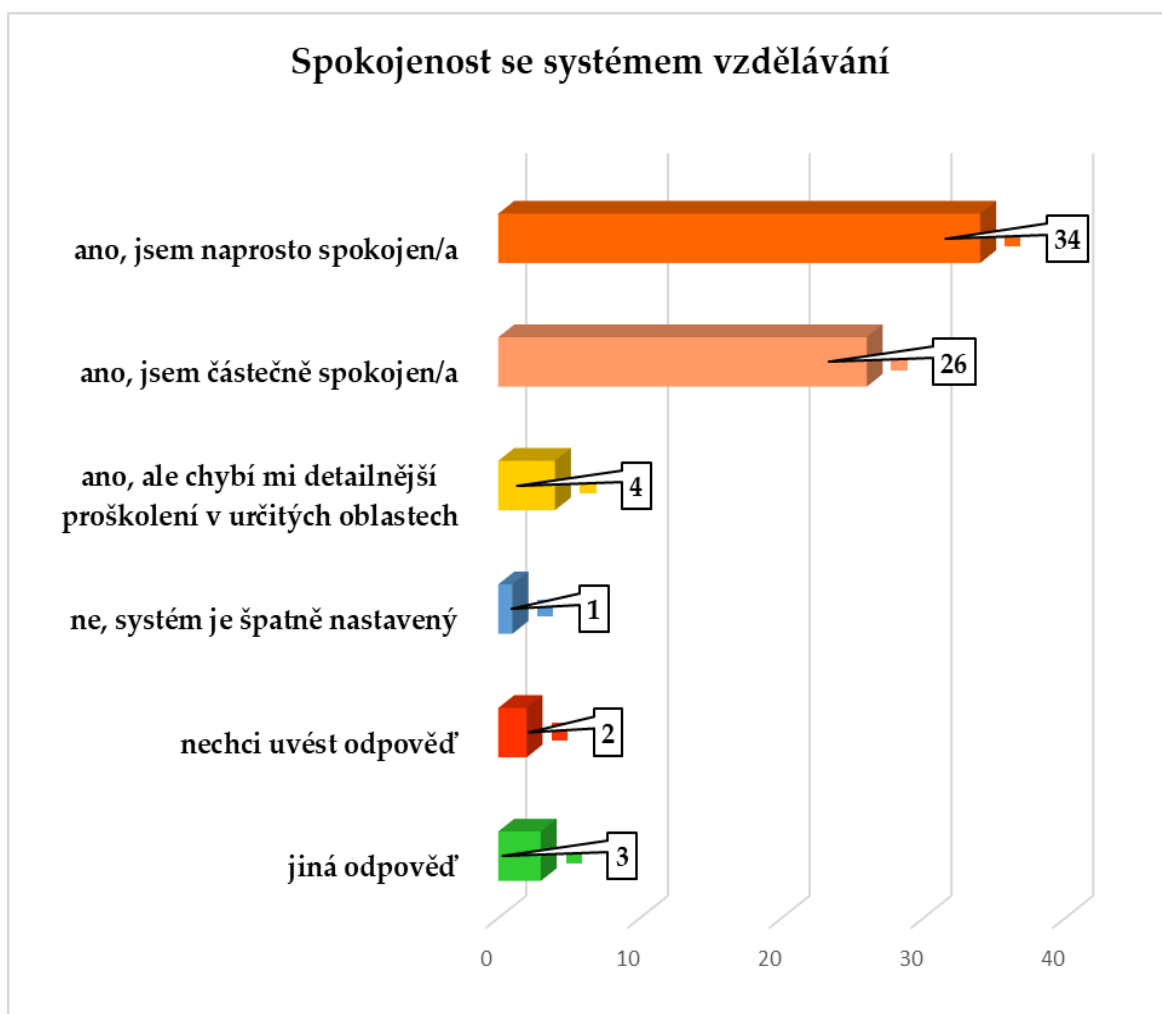
*Tab. 17 – Spokojenost s péčí své ZZS*

Spokojenost s péčí ZZS	Počet respondentů	Procentuální podíl
ano, jsem spokojen/a	46	65%
ne, představoval/a bych si větší snahu	13	19%
ne, nestojím o to	5	7%
nechci uvést odpověď	6	9%
<b>Celkový počet</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

## OTÁZKA Č. 16

**Z pohledu krizového intervenanta, jste spokojen/a s nastaveným systémem vzdělávání pracovníků ZZS v oblasti PPP?**

- ano, jsem naprosto spokojen/a
- ano, jsem částečně spokojen/a
- ano, ale chybí mi detailnější proškolení v určitých oblastech
- ne, systém je špatně nastavený
- nechci uvést odpověď
- jiná odpověď...



*Obr. 16 – Spokojenost se systémem vzdělávání*

*Tab. 18 – Spokojenost se systémem vzdělávání*

Spokojenost se systémem vzdělávání	Počet respondentů	Procentuální podíl
ano, jsem naprosto spokojen/a	34	49%
ano, jsem částečně spokojen/a	26	37%
ano, ale chybí mi detailnější proškolení v určitých oblastech	4	6%
ne, systém je špatně nastavený	1	1%
nechci uvést odpověď	2	3%
jiná odpověď	3	4%
<b>Celkový počet</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

U otázky č. 16, kde byli respondenti dotazováni na spokojenost s nastaveným systémem vzdělávání, směli označit pouze jednu z nabízených možností, nebo pokud jim navrhované odpovědi nevyhovovali, připsali svou vlastní.

**Jiná odpověď zahrnovala:**

- Jsem spokojený se vzděláváním interventů, chybí ale alespoň základní vzdělávání ostatních pracovníků, především lékařů.
- Na každé ZZS je to jiné, záleží na podpoře vedení.
- Všichni pracovníci ZZS by měli projít „rychlou kurzem“ PPP.

## OTÁZKA Č. 17

Poslední otázka dotazníku byla plně otevřená a nepovinná, **navazovala** svým podáním **na otázku č. 16**, kde byla jako z jedna uvedených možností odpovědí, že dotyčnému respondentovi chybí proškolení v určitých oblastech. Níže je uvedené, které konkrétní oblasti respondenti uvedli.

- Jak přichystat pole pro interventy.
- Práce s viníkem.
- Telefonicky poskytovaná psychická pomoc.
- Proškolení a informování ostatních zaměstnanců ZZS o možnostech využívání interventů.
- Základy komunikačních dovedností pro zdravotnické záchranáře.



## 5.2 Vyhodnocení zadaných hypotéz

### HYPOZÉZA 1

*Předpokládáme, že více než 50% respondentů poskytuje PPP několikrát do měsíce.*

K této hypotéze spadá otázka č. 5 dotazníkového šetření. Tato otázka je zaměřená na zjištění frekvence poskytování PPP u dotazovaných respondentů. Výsledky ukázaly, že největší část respondentů (36, 51%) poskytuje PPP několikrát za rok, 24 respondentů (34%) několikrát za půl roku a 7 respondentů (10%) několikrát do měsíce. Na otázku nechtěl odpovědět 1 respondent a 2 respondenti nemohli odpovědět, neboť ještě PPP neposkytovali. (viz Obr. 5 – Frekvence poskytování PPP, Tab. 6 – Frekvence poskytování PPP)

### HYPOTÉZA 1 NEBYLA POTVRZENA.

### HYPOTÉZA 2

*Předpokládáme, že více než 50% respondentů již poskytovalo PPP při náhlém úmrtí v domácnosti.*

U této hypotézy se odkazujeme na otázku č. 6, která řeší typy událostí, se kterými se již respondenti setkali a poskytovali při nich PPP. Zde bylo možné, aby respondenti označili více odpovědí nebo i napsali svou vlastní. Z tohoto důvodu je procentuální výpočet zaměřen na celkový počet odpovědí, nikoli počet respondentů. Pracujeme tedy s počtem 123 odpovědí. Výsledky ukazují, že nejčastěji se respondenti setkali s náhlým úmrtím v domácnosti, konkrétně zde bylo 65 odpovědí (53% z celkového počtu odpovědí), na pomyslném druhém místě s počtem 15 odpovědí (12% z celkového počtu odpovědí) je poskytování PPP u demonstrování úmyslu sebevraždy. Následuje hromadné postižení osob (7 odpovědí, 6% z celkového počtu odpovědí), fyzické napadení (5 odpovědí, 4% z celkového počtu odpovědí) a oběti domácího (3 odpovědí, 2% z celkového počtu odpovědí) a sexuálního násilí (3 odpovědí, 2% z celkového počtu odpovědí). Jiná odpověď pak zahrnovala například úmrtí či závažné zranění u dopravní

nehody, úmrtí dětí ve věku 0-15 let, atd. (viz Obr. 6 – Typy událostí u poskytování PPP a Tab. 7 – Typy událostí u poskytování PPP)

### **HYPOTÉZA 2 BYLA POTVRZENA.**

#### **HYPOTÉZA 3**

*Předpokládáme, že více než 25% respondentů postrádá informace o dalším vývoji u pacienta, u kterého poskytovali PPP.*

Tato hypotéza souvisí s otázkou č. 12, která zjišťuje, kolik respondentů má zpětnou vazbu o pacientech, u kterých poskytovali PPP. Z odpovědí vychází, že 45 respondentů (65%) nemá informace o pacientovi a postrádá je, 10 respondentů (14%) informace má nebo je s pacienty stále v kontaktu a u 10 respondentů (14%) informace nejsou a považují věc za uzavřenou, nezajímá je to. Pouze 3 respondenti nechtěli na tuto otázku odpovědět, 2 respondenti odpovědět nemohli z důvodu stejných jako u hypotézy 1, neb prozatím PPP neposkytovali. (viz Obr. 12 – Zpětná vazba o zasažených osobách a Tab. 13 – Zpětná vazba o zasažených osobách)

### **HYPOTÉZA 3 BYLA POTVRZENA.**

#### **HYPOTÉZA 4**

*Předpokládáme, že více než 50% respondentů využije po náročném zásahu pomoc peera či psychologa.*

S touto hypotézou je spjata otázka č. 14, která se zajímá o konkrétní způsoby, jakými se respondenti vyrovnávají s náročným zásahem. 6 respondentů nebylo zahrnuto do celkového hodnocení, neboť 2 respondenti odpověděli, že doposud nezažili náročný zásah, 1 respondent uvedl, že doposud neposkytl PPP a 3 respondenti svou odpověď uvést nechtěli. U této otázky mohli respondenti volit více odpovědí nebo v případě potřeby i připsat svou vlastní. U této otázky je tedy opět procentuální výpočet zaměřen na celkový počet odpovědí, nikoli počet

respondentů. Pracujeme s počtem 133 odpovědí od 64 respondentů. 46 odpovědí (34% z celkového počtu odpovědí) označují, že respondenti dělají to, co mají rádi. 44 odpovědí (33% z celkového počtu odpovědí) označuje způsob, který využívá podporu od okolí (svých blízkých). Následuje využití peera (16 odpovědí, 12% z celkového počtu odpovědí), využití krizové intervenční techniky (14 odpovědí, 11% z celkového počtu odpovědí), pomoc psychologa (9 odpovědí, 7% z celkového počtu odpovědí). Mezi jiné metody, jak se respondenti vypořádávají s náročným zásahem, uvedli například modlitbu či intervizi. (viz Obr. 14 – Způsob vyrovnávání se s náročným zásahem, Tab. 15 – Odpovědi respondentů nezahrnuté do hodnocení a Tab. 16 – Způsob vyrovnávání se s náročným zásahem)

#### **HYPOTÉZA 4 NEBYLA POTVRZENA.**

#### **HYPOTÉZA 5**

*Předpokládáme, že více než 50% respondentů je spokojeno s péčí zaměstnavatele (konkrétní ZZS) o jejich psychickou pohodu.*

Poslední hypotéza se vztahuje k otázce č. 15, která se dotazuje respondentů na jejich spokojenost s péčí o jejich psychickou pohodu ze strany zaměstnavatele. Dle odpovědí je 46 respondentů (65%) spokojeno s touto péčí, 13 respondentů (19%) označilo, že nejsou spokojeni a zároveň, že by si představovali větší snahu. 5 respondentů (7%) o péči vůbec nestojí a 6 respondentů na tuto otázku odpovědět nechtělo. (viz Obr. 15 – Spokojenost s péčí své ZZS a Tab. 17 – Spokojenost s péčí své ZZS)

#### **HYPOTÉZA 5 BYLA POTVRZENA.**

## 6 DISKUZE

Následující kapitola má za úkol zhodnotit jednotlivé části této práce, zejména pak detailněji rozebrat námi vydefinované analýzy a komparovat výsledky našeho dotazníkového šetření s pracemi jiných autorů.

Na úvod by bylo dobré objasnit, z jakého důvodu jsme zvolili právě toto téma. Vzhledem k aktuální mezinárodní situaci, kde zvláště v zahraničí začíná pojem bezpečnost nabírat úplně jiný význam, zpravidla v závislosti na teroristických útocích, které jsou nejvíce medializované, je problematika sekundárně zasažených osob velice aktuální. Z původně pouze přihlížejících obyvatel se vlivem tragické události, kterou živě sledují, stávají pacienti, kteří ve většině případů ale nepotřebují medikaci, potřebují pomoc ve srovnání vlastních myšlenek, aby je úplně nepohltily. V České republice, a věříme, že ne jen u nás, se tento problém ale týká i daleko méně rozsáhlých mimořádných událostí, které se oproti takto velkým situacím, mohou zdát banální, ale s ohledem na frekvenci jejich výskytu, jsou pro nás prvořadé. Jedná se o nečekaná úmrtí, těžké dopravní nehody, fyzická napadení, atd. Pokud pomineme aktuálnost tématu, tak důvodem pro výběr bylo zjištění a současně také překvapení, že někteří lidé neberou toto téma jako důležité, ba dokonce zastávají názor, že pokud se se situací sekundárně zasažená osoba nedokáže vyrovnat, měla by dostat medikaci. U pracovníků ve zdravotnictví může obdobný názor znamenat, že pokud nezvládají psychický nápor, nemají ve zdravotnictví co dělat. Z těchto důvodů se pokoušíme vysvětlit význam a hlavně důležitost této problematiky, abychom vyvrátili tyto, dle našeho názoru, mylné názory.

Teoretická část, popisující současný stav, je zaměřena na odbornou terminologii, vysvětlení pojmů první psychická pomoc, Systém psychosociální intervenční služby a dalších. Následující kapitoly řeší stres, krizi, ale i zasažené osoby, jejich možné reakce, projevy chování a problémy vznikají na místě MU.

Samostatná kapitola je učena Systému psychosociální intervenční služby (SPIS), kde je nastíněno organizační dělení, zahrnující například i počet členů tohoto systému skrze všechny kraje České republiky. Poslední velká kapitola teoretické části rozebírá první psychickou pomoc na místě MU, včetně komunikace v krizi, v závislosti na typu situace.

Nejdůležitější částí této práce je bezpochyby výzkumné šetření zaměřující se na aktuální připravenost zdravotnických interventů, členů SPIS týmu, kteří v rámci své práce poskytují PPP sekundárně zasaženým osobám na místě MU a vyhodnocení hypotéz, které jsme si určili v počátku šetření. Hlavním cílem je tedy potvrzení či nepotvrzení těchto hypotéz.

Na úvod dotazníkového šetření jsme zjistili, že vyšší procento respondentů tvoří ženy a nejvíce zastoupený kraj je Moravskoslezský. Stejně tak, že až z 81% se jedná o respondenty pracující u ZZS na pozici zdravotnického záchranáře.

Délka praxe u ZZS se dle našich výsledků nejvíce pohybovala v úrovni nad 21 let praxe, konkrétně takto odpovědělo 22 respondentů (31%). Naopak Maškové [47] ve výzkumu vyšlo, že nejvíce respondentů 43 (76,8%) ze ZZS se pohybovalo v rozmezí do 10 let praxe. Tento rozdíl může být zapříčiněn, že Mašková si jako výzkumný vzorek zvolila všechny pracovníky ZZS bez rozdílu, naším kritériem bylo, aby daný respondent byl současně členem SPIS týmu. Z toho můžeme usoudit, že členi SPIS týmu jsou zpravidla pracovníci ZZS s delší dobou vykonávané praxe. To potvrzují i výsledky Levé [48], která se zaměřila na stejný výzkumný vzorek a dosáhla obdobných výsledků, největší procento zastoupení tvořili respondenti s délkou praxe nad 15 let, konkrétně 21 respondentů (42%). Jako jedna z posledních otázek byla řešena spokojenost respondentů s nastaveným systémem vzdělávání pracovníků ZZS v oblasti PPP z pohledu zdravotnického interventa. Zde 60 respondentů (86%) uvedlo, že jsou částečně či naprosto

spokojeni, někteří ale také vyslovili žádost, aby byli v základech PPP proškoleni všichni pracovníci ZZS.

Níže rozvádíme jednotlivé hypotézy a porovnáme námi získané informace s daty jiných autorů.

U **hypotézy 1** jsme stanovili tvrzení, že *předpokládáme, že více než 50% respondentů poskytuje PPP několikrát do měsíce*. Na základě výsledků se nám **nepotvrdila hypotéza 1**, neboť PPP poskytuje několikrát do měsíce pouze 7 respondentů (10%), naopak nejvíce respondentů, tedy 36 (51%) poskytuje PPP zpravidla několikrát za rok. Levá [48] položila otázku jinak, ale s obdobným výsledkem, kdy největší množství respondentů, konkrétně 24 (48%) poskytlo do 5 intervencí za svou profesní praxi. Doba, po kterou nejčastěji trvá poskytování PPP, byla výsledky stanovena na rozmezí 1-3 hodiny, takto odpovědělo více než 73% respondentů. Překvapením bylo, že u Vaňáskové [49] 32 respondentů (73%) ze ZZS odpovědělo na otázku ohledně frekvence setkávání se se situací s poskytováním psychosociální péče, že s takovou MU se ještě nesetkali.

Žalud [50] ale, s ohledem na všechny základní složky IZS, uvádí, že 84 respondentů (87,5%) považuje za podstatné poskytnutí psychosociální intervenční péče jak zasaženým osobám, tak rodinným příslušníkům i zasahujícím složkám. To stejné si myslí i 62 respondentů (76,5%) v dotazníkovém šetření Lodinské [51]. Ovšem podle Škábové [52] pouze 23% respondentů dokáže přesně říci, co znamená zkratka SPIS (Systém psychosociální intervenční služby), 39% o této službě slyšelo, ale dále se jí nezabývali. To vyvrací Levkov [53], kde 68 respondentů (86,1%) odpovědělo, že zná zkratku SPIS, ale jen 12 z nich se jí pokusilo vysvětlit.

U **hypotézy 2** jsme stanovili tvrzení, že *předpokládáme, že více než 50% respondentů již poskytovalo PPP při náhlém úmrtí v domácnosti*. Dle získaných dat

se nám **potvrdila hypotéza 2**, neboť 65 respondentů (53% z počtu všech odpovědí) již poskytovalo PPP u tohoto typu situace, naopak nejméně zastoupenou odpovědí, 3 respondenti (2% z počtu všech odpovědí) bylo poskytování PPP u obětí domácího či sexuálního násilí.

Žalud [50] například ve svém výzkumném šetření naopak zjistil, že nejvíce zásahů respondenti absolvovali u dopravních nehod (32,3%) a u požárů (19,8%). Tento údaj je nejspíše zkreslený hlavně z důvodu toho, že do uvedeného dotazníkového šetření byly zahrnuty všechny základní složky IZS, včetně Hasičského záchranné sboru. Lodinská [51] se naopak zabývala pouze ZZS, kde ve výsledcích vyšlo, že nejčastěji respondenti poskytovali psychosociální krizovou intervenci u náročných výjezdů, typu dopravní nehoda s poraněním, resuscitace či záchrana dětí.

Respondenti se setkávají s různými typy situací, některé z nich mohou být i nebezpečné, zvláště pokud se u někoho ze zasažených osob projeví agresivní jednání. Naše výsledky ukazují, že pokud se respondenti setkávají s agresí, tak u 18 respondentů (26%) se jednalo pouze o verbální projevy agrese. Dle výsledků Maškové [47] se v ohrožení života někdy ocitlo až 62,5% respondentů (35 respondentů) z řad ZZS. To je nejspíše zapříčiněno tím, že Mašková vztahuje své šetření na všechny členy ZZS, kteří přijíždí na místo jako první bez znalosti situace, respondenti našeho výzkumu jsou na místo zpravidla přivoláni až po zjištění a případně i uklidnění situace. Naše další výsledky ukázaly, že mezi nejčastější projevy chování v situaci, kdy je potřeba poskytnutí PPP, můžeme řadit smutek, stažení se do sebe, akutní stresová reakce typu A či sebeobviňování.

Rovněž nás v souvislosti s typem situace na místě MU také zajímalo, zda již respondenti za svou praxi u ZZS poskytovali PPP v cizím jazyce či nevidomé osobě. Nebylo překvapením, že s touto situací se příliš respondentů ještě nesešlo, ale i přesto se někteří našli, konkrétně 3% respondentů poskytovalo PPP

v cizím jazyce a 4% respondentů se setkali při poskytování PPP s nevidomou osobou. Jak nám ale potvrdil PhDr. Lukáš Humpl, garant SPIS pro Českou republiku, není tato problematika vzhledem k malé četnosti případů prozatím zahrnuta do obecného vzdělávání zdravotnických intervencí<sup>8</sup>.

U **hypotézy 3** jsme stanovili tvrzení, že *předpokládáme, že více než 25% respondentů postrádá informace o dalším vývoji u pacienta, u kterého poskytovali PPP*. Zajímalo nás tedy, zdali a v jaké míře mají respondenti zpětnou vazbu, případně informace o svých pacientech. Šeblová [54] ve svém výsledkovém šetření totiž narazila na fakt, že až 136 respondentů (47,6%) pracuje pro zdravotnickou záchrannou službu v závislosti na pozitivním aspektu, že mohou pomoci lidem a zachránit život. To svými výsledky potvrzuje i Levkov [53]. Mašková [47] zjistila, že dokonce 75% respondentů (42 respondentů) ze ZZS má přímo radost z toho, že mohou někomu pomoci. Na to navazujeme našimi výsledky, které uvádí, že až 45 respondentů (65%) postrádá informace o další budoucnosti pacienta, u kterého prováděli PPP, což **potvrdilo hypotézu 3**. S tím souhlasí svým šetřením i Levá [48], kde se v tomto případě jedná o počet 24 respondentů (69%).

U **hypotézy 4** jsme stanovili tvrzení, že *předpokládáme, že více než 50% respondentů využije po náročném zásahu pomoc peera či psychologa*. Náročným zásahem může být například úmrtí mladých lidí a dětí, což je dle výsledků Sittové [55] pro respondenty nejvíce stresující faktor. Výsledky Sittové potvrzuje svým šetřením i Brandejská [56], kde až 125 respondentů (87,4%) ze ZZS vnímá tragickou smrt dítěte jako těžkou kritickou událost. Levá [48] uvádí i další příklad náročného zásahu, kde jeden z respondentů na tuto otázku odpověděl, že poskytoval PPP u porodu mrtvého dítěte, což byl jeden ze zásahů, který ho nejvíc zasáhl. Respondenti našeho šetření dokonce uvedli, že v minulosti pod tíhou emoční

---

<sup>8</sup> Informace zjištěné na základě emailové komunikace – PhDr. Lukáš Humpl, 28. 3. 2019



indispozice 14% respondentů nebylo schopno poskytnout PPP, 9% potřebovalo chvíli, aby se z nastalé situace jejich psychický stav stabilizoval.

Této problematiky se okrajově dotýká i Koutná [57], kde 41 respondentů (39%) hodnotí své zaměstnání (u složek IZS) za asi rizikové, proti je 18 respondentů (21%). Levkov [53] svými výsledky doplňuje, že je toto zaměstnání nejen fyzicky náročné, ale rovněž psychicky náročné, takto se vyjádřilo 44 respondentů (55,7%). Z těchto důvodů je důležité, aby se respondent zvládl s náročným zásahem vyrovnat a byl schopný efektivně pokračovat ve své práci. Dle našich výsledků 46 respondentů (34%) zvládá náročnost těžkého zásahu tak, že následně na odreagování dělá to, co má rád, co ho nějakým způsobem těší. Mezi takové metody zvládání stresu Mašková [47] uvedla například sport, na který kladně odpovědělo 30 respondentů z řad ZZS (34,1%). V podobných procentech se pohybuje i Brandejská [56], kde respondenti jejího výzkumu určili sport za nejčastější metodu, jak se vyrovnat se stresem. 44 respondentů (33%) se zase vyrovnává se situací za pomoci svých blízkých. Dle Sittové [55] nejvíce procent respondentů konkrétně za pomoci své rodiny. Pouze 25 respondentů (19%) využívá pro vyrovnávání se s náročným zásahem pomoc psychologa či peera, což **nepotvrdilo hypotézu 4**. Ba dokonce dle Žaluda [50] až 87 respondentů (90,6%) využilo po náročném zásahu jinou metodu než kontaktovat psychologa či peera. To potvrzují i výsledky Jiříšty [58], který se zaměřil na ZZS Moravskoslezského a Královéhradeckého kraje, kde sice 177 respondentů (83,9%) ví, že mohou využít služeb peera, ale 137 respondentů (64,9%) prozatím nezažilo situaci, kdy by si myslela, že je vhodné toto využít. Stejně tak u Vaňáskové [49] odpovědělo 38 respondentů (87%) ze ZZS, že doposud nevyužili služeb peera či psychologa. Jedním z důvodů může být, že dle Škábové [52] až 50% dotazovaných respondentů z řad IZS nikdy neslyšelo o pojmu „peer“.

U **hypotézy 5** jsme stanovili tvrzení, že *předpokládáme, že více než 50% respondentů je spokojeno s péčí zaměstnavatele (konkrétní ZZS) o jejich psychickou*

*pohodu*. Zjistili jsme, že 49 respondentů (51,1%) dle Žaluda [50] uvedlo, že vnímají systém psychosociální intervenční služby u zasažených osob na místě mimořádné události za plně či částečně dostačující. Na tom se se shodují společně s Lodinskou [51], kde stejně odpovědělo 50 respondentů (61,8%). Zajímalo nás rovněž, zdali jsou respondenti našeho šetření stejně tak spokojeni i s péčí ZZS o jejich duševní pohodu. Škábová [52] ve svých výsledcích totiž zjistila, že až 60% všech respondentů považuje poskytování psychosociální intervenční péče svým zaměstnancům za důležité a dokonce až 190 respondentů (z celkového počtu 263, zahrnutý všechny základní složky IZS) z výzkumu Kubíčka [59] se zúčastnilo alespoň jedné či více vzdělávacích akcí na téma stres, které pořádal zaměstnavatel. Naše výsledky ukazují, že 46 respondentů (65%) je s péčí zaměstnavatele o jejich psychickou pohodu spokojeno, což **potvrdilo hypotézu 5**. Levá [48] naše výsledky potvrzuje, v rámci jejího šetření je maximálně spokojeno 23 respondentů (46%) z celkového počtu. Ovšem dle Zacharové [60] by ke zvýšení pohody a snížení stresu z práce zaměstnavatel přispěl, pokud by zavedl rekondiční pobyty (16 respondentů – 15% z celkového počtu respondentů ze ZZS) a zvýšil finanční ohodnocení (15 respondentů – 14% z celkového počtu respondentů ze ZZS).

## 7 ZÁVĚR

Hlavními cíli této práce bylo poskytnout čtenáři ucelený náhled do problematiky poskytování první psychické pomoci v České republice a rovněž potvrdit či vyvrátit námi stanovené hypotézy, zabývající se připraveností zdravotnických interventů, kteří tvoří Systém psychosociální intervenční služby. Tyto cíle byly v rámci této práce, dle našeho názoru, splněny.

Jeden ze zajímavých poznatků, který vyplynul z výzkumné části, byla iniciativa respondentů hovořící o potřebě provedení základního školení v oblasti poskytování první psychické pomoci u všech pracovníků ZZS z důvodu alespoň základního obecného povědomí o řešené oblasti.

Vzhledem k celkovým výsledkům šetření se domníváme, že by se měl Systém psychosociální intervenční služby v zájmu všech, tedy jak sekundárně zasažených, tak samotných pracovníků ZZS, dále rozvíjet a ideálně se stát legislativně stanovenou povinností u poskytovatelů ZZS ve všech krajích České republiky.

Celá tato práce se, až na výjimky, převážně zajímala o aktuální situaci v návaznosti na poskytování PPP sekundárně zasaženým osobám. Problematika je ale daleko rozsáhlejší. Bylo by nejspíše přínosné, pokud by se podobné výzkumné šetření provedlo i ve vztahu k pracovníkům ZZS, a tím se zjistila aktuální situace i u poskytování peer podpory.

## 8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CISM	Critical incident stress managment
ČR	Česká republika
HZS	Hasičský záchranný sbor České republiky
IZS	Integrovaný záchranný systém
KS	Krizová situace
MKN - 10	Mezinárodní klasifikace nemocí
MU	Mimořádná událost
PPP	První psychická pomoc
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

## 9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] *Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů*. Sbírka zákonů České republiky. 28. červen 2000
- [2] ROBIN ŠÍN. *Medicína katastrof*. 2017. ISBN 978-80-7492-295-4.
- [3] HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-562-4.
- [4] VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.
- [5] *Typová činnost složek IZS při poskytování psychosociální pomoci - STČ 12/IZS*. Katalog typových činností IZS. Praha 2015
- [6] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Vydání 1. Praha: Grada, 2017. Psyché. ISBN 978-80-247-5327-0.
- [7] MLČÁK, Zdeněk. *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. ISBN 978-80-7368-036-7.
- [8] AYERS, Susan, Richard DE VISSER a Helena HARTLOVÁ. *Psychologie v medicíně*. 2015. ISBN 978-80-247-5230-3.
- [9] PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.
- [10] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-0888-1.
- [11] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2624-3.
- [12] BULÍKOVÁ, Táňa, Peter HERMAN a Viliam DOBIÁŠ. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2., dopl. a preprac. vyd. Martin: Osveta, 2012. ISBN 978-80-8063-387-5.
- [13] SNIDER, Leslie, Mark VAN OMMEREN a Alison SCHAFER. *Psychological first aid: guide for field workers* [online]. [vid. 2019-03-13]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011. ISBN 978-92-4-154820-5. Dostupné z: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9789241548205\\_eng.pdf;jsessionid=2EBA5CF7FE426C49CF65855C84EDE560?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9789241548205_eng.pdf;jsessionid=2EBA5CF7FE426C49CF65855C84EDE560?sequence=1)
- [14] ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

- [15] VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.
- [16] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Jitka ŘENČOVÁ a Dagmar TISOVSKÁ. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3736-2.
- [17] HANUŠ, Petr a Kateřina HELLEBRANDOVÁ. *Krizová intervence* [online]. [vid. 2019-03-13]. Praha: Vzdělávací Institut ochrany dětí, 2006. ISBN 978-80-86991-84-9. Dostupné z: <http://www.viod.cz/editor/assets/download/publikace/krizovka.pdf>
- [18] Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [vid. 2019-03-13]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>
- [19] ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4119-2.
- [20] BULIKOVA, Tana. *Medicína katastrof*. 2011. ISBN 978-80-8063-361-5.
- [21] LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4.
- [22] KOVALČÍK, Milan. Vplyv znalostí, skúseností, informácií, osobnostných charakteristík a vlastností obyvateľov na správanie sa v stresových situáciách. *Časopis krízový manažment*. Leden, 2014. ISSN 1336-0019.
- [23] BAŠTECKÁ, Bohumila. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4195-6.
- [24] Vznik a vývoj systému | SPIS. *Systém psychosociální intervenční služby* [online]. [vid. 2019-04-09]. Dostupné z: <https://spis.cz/kdo-jsme/vznik-a-vyvoj-systemu/>
- [25] IRMIŠ, Felix. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: příklady, příčiny, psychosomatika, etika*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-130-8.
- [26] SPIS | Systém psychosociální intervenční služby. *Systém psychosociální intervenční služby* [online]. [vid. 2019-03-12]. Dostupné z: <https://spis.cz/>
- [27] OPERAČNÍ ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ, ed. *Operační řízení ve zdravotnictví: sborník abstraktů přednášek česko-slovenského kongresu Operační řízení ve zdravotnictví : 4.-5.11.2008*. Praha: Life Support, 2008. ISBN 978-80-904017-1-6.

- [28] Kolegiální (peer) podpora | SPIS. *Systém psychosociální intervenční služby* [online]. [vid. 2019-04-09]. Dostupné z: <https://spis.cz/kolegialni-peer-podpora/>
- [29] HUMPL, Lukáš. Psychosociální a intervenční služba. In: *Zimní konference o závažných traumatech a jak je zvládáme*. 2019.
- [30] První psychická pomoc sekundárně zasaženým | SPIS. *Systém psychosociální intervenční služby* [online]. [vid. 2019-04-09]. Dostupné z: <https://spis.cz/kdo-jsme/prvni-psychicka-pomoc-sekundarne-zasazenym/>
- [31] BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-0708-2.
- [32] BLAŽEK, Ondřej. Systém civilnej ochrany v Ruskej federácii. *CIVILNÁ OCHRANA, revue pro civilnú ochranu obyvateľstva* [online]. Únor, 2018. ISSN 1335-4094. Dostupné z: [https://www.minv.sk/swift\\_data/source/civilna\\_ochrana/dokument\\_skr/revue\\_co/revue\\_co\\_2018/revue\\_CO\\_1\\_2018\\_na\\_web.pdf?fbclid=IwAR1AhtJrpZTmBeKK1bPx2c\\_hoVfbCm6J8R14-uGncym5dMbh\\_YESgKjjUWg](https://www.minv.sk/swift_data/source/civilna_ochrana/dokument_skr/revue_co/revue_co_2018/revue_CO_1_2018_na_web.pdf?fbclid=IwAR1AhtJrpZTmBeKK1bPx2c_hoVfbCm6J8R14-uGncym5dMbh_YESgKjjUWg)
- [33] AUSTRALIAN RED CROSS SOCIETY a AUSTRALIAN PSYCHOLOGICAL SOCIETY. *Psychological First Aid - An Australian guide to supporting people affected by disaster* [online]. [vid. 2019-04-09]. 2013. ISBN 978-0-909896-00-3. Dostupné z: <https://www.redcross.org.au/getmedia/23276bd8-a627-48fe-87c2-5bc6b6b61eec/Psychological-First-Aid-An-Australian-Guide.pdf.aspx>
- [34] ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.
- [35] ŠPAČKOVÁ, Alena. *Moderní rétorika: jak mluvit k druhým lidem, aby nám naslouchali a rozuměli*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1704-3.
- [36] THIELE, Albert. *Jak na „špinavé“ triky a útoky v komunikaci: úspěšná argumentace ve stresu*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3310-4.
- [37] DEVITO, Joseph A, Milan BARTUŠEK a Jiří REZEK. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada, 2001. ISBN 978-80-7169-988-0.
- [38] PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2968-8.
- [39] RICHTER, Rostislav. *Komunikace s obyvatelstvem při krizových situacích*. Praha: Ministerstvo vnitra, generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2009. ISBN 978-80-86640-65-5.

- [40] PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
- [41] VELIKOVSKÁ, Martina. *Psychologie obětí trestných činů: proces viktimizace, status oběti a jeho význam, prevence a vyrovnávání se s viktimizací, reálné případy z policejní praxe*. 2016. ISBN 978-80-247-4849-8.
- [42] PRŮCHA, Jan. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3069-1.
- [43] VOČKA, Zbyněk. *Příručka pro efektivnější komunikaci zdravotnických pracovníků a osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Olomoucký kraj, 2012. ISBN 978-80-87535-53-0.
- [44] DITTRICHOVÁ, Zuzana. Deset let psychologické služby HZS ČR. 112 : odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva. Leden, 2014. ISSN 1213-7057.
- [45] *Zrakově postižení; Sluchově postižení; Tělesně postižení; Mentálně postižení* [online]. Institut ochrany obyvatelstva, Lázně Bohdaneč: VIDEOSTUDIO. Metodické DVD - „Komunikace s osobami se zdravotním postižením při MU“. Dostupné z: <https://www.hasici-vzdelavani.cz/content/materialy-ke-stazeni-1>
- [46] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
- [47] MAŠKOVÁ, Martina. *Aspekty psychické zátěže při mimořádných událostech u členů pomáhajících profesí*. Kladno, 2014. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, fakulta biomedicínského inženýrství.
- [48] LEVÁ, Jana. *Psychosociální intervence, poskytovaná Zdravotnickou záchrannou službou*. Kladno, 2015. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, fakulta biomedicínského inženýrství.
- [49] VAŇÁSKOVÁ, Pavla. *Psychosociální péče při mimořádných událostech*. Kladno, 2014. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze, fakulta biomedicínského inženýrství.
- [50] ŽALUD, Jaroslav. *Psychologická pomoc poskytována členům složek IZS při mimořádných událostech*. Kladno, 2015. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, fakulta biomedicínského inženýrství.
- [51] LODINSKÁ, Michaela. *Psychosociální krizová intervence, poskytovaná Zdravotnickou záchrannou službou*. Kladno, 2016. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, fakulta biomedicínského inženýrství.



- [52] ŠKÁBOVÁ, Zlata. *Poskytování psychosociální intervenční péče členům pomáhajících profesí*. Kladno, 2015. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze, fakulta biomedicínského inženýrství.
- [53] LEVKOV, Leonid. *Péče o duševní zdraví zdravotnických záchranářů*. Brno, 2017. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, lékařská fakulta.
- [54] ŠEBLOVÁ, Jana. *Zátěž, stres a syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb - možnosti včasné diagnózy, prevence a terapie*. Praha, 2007. Dizertační práce. Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta.
- [55] SITTOVÁ, Soňa. *Možnosti psychologické intervence u lékařů a nelékařů zdravotnických záchranných služeb*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, fakulta zdravotnických studií.
- [56] BRANDEJSKÁ, Dana. *Zátěž a stres pracovníků na záchranné službě*. Hradec Králové, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové.
- [57] KOUTNÁ, Eliška Karina. *Vplyv mimoriadnej udalosti na psychiku zasahujúceho človeka*. Kladno, 2015. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, fakulta biomedicínského inženýrství.
- [58] JIŘIŠTA, Vladimír. *Vliv akutního stresu na zdravotnického záchranáře a následná krizová intervence*. České Budějovice, 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- [59] KUBÍČEK, Pavel. *Srovnání psychosociální krizové intervence u základních složek Integrovaného záchranného systému*. České Budějovice, 2013. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- [60] ZACHAROVÁ, Dana. *Profesionálny stres u záchranárov Záchrannej zdravotnej služby a hasičov, dopad stresu na zdravie*. Bratislava, 2014. Diplomová práce. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety v Bratislavě, katedra verejného zdravotníctva.

## 10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obr. 1 – Pohlaví respondentů .....	43
Obr. 2 – Délka praxe respondentů.....	44
Obr. 3 – Příslušnost respondentů k ZZS dle kraje.....	45
Obr. 4 – Pracovní pozice respondentů .....	46
Obr. 5 – Frekvence poskytování PPP .....	47
Obr. 6 – Typy událostí u poskytování PPP .....	48
Obr. 7 – Časová náročnost poskytování PPP .....	50
Obr. 8 – Projevy chování u zasažených osob .....	51
Obr. 9 – Agresivní jednání při pokusu poskytnout PPP .....	53
Obr. 10 – Poskytování PPP v cizím jazyce .....	54
Obr. 11 – Poskytování PPP nevidomé osobě .....	55
Obr. 12 – Zpětná vazba o zasažených osobách .....	56
Obr. 13 – Emoční indispozice při poskytování PPP .....	57
Obr. 14 – Způsob vyrovnávání se s náročným zásahem .....	59
Obr. 15 – Spokojenost s péčí své ZZS .....	61
Obr. 16 – Spokojenost se systémem vzdělávání .....	62

## 11 SEZNAMU POUŽITÝCH TABULEK

Tab. 1 – Rozložení členů SPIS týmu skrze ČR .....	27
Tab. 2 – Pohlaví respondentů .....	43
Tab. 3 – Délka praxe respondentů .....	44
Tab. 4 – Příslušnost respondentů k ZZS dle kraje .....	45
Tab. 5 – Pracovní pozice respondentů .....	46
Tab. 6 – Frekvence poskytování PPP .....	47
Tab. 7 – Typy událostí u poskytování PPP .....	49
Tab. 8 – Časová náročnost poskytování PPP .....	50
Tab. 9 – Projevy chování u zasažených osob .....	52
Tab. 10 – Agresivní jednání při pokusu poskytnout PPP .....	53
Tab. 11 – Poskytování PPP v cizím jazyce .....	54
Tab. 12 – Poskytování PPP nevidomé osobě .....	55
Tab. 13 – Zpětná vazba o zasažených osobách .....	56
Tab. 14 – Emoční indispozice při poskytování PPP .....	57
Tab. 15 – Odpovědi respondentů nezahrnuté do hodnocení otázky č. 14 .....	58
Tab. 16 – Způsob vyrovnávání se s náročným zásahem .....	59
Tab. 17 – Spokojenost s péčí své ZZS .....	61
Tab. 18 – Spokojenost se systémem vzdělávání .....	63

## 12 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník .....	85
----------------------------	----

## **Příloha 1 – Dotazník**

Dobrý den, vážení respondenti,

ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma "Analýza připravenosti pracovníků zdravotnické záchranné služby v oblasti první psychické pomoci".

Tento dotazník se zaměřuje na členy SPIS týmu (Systém psychosociální intervenční služby) a je zcela anonymní.

Předem Vám mnohokrát děkuji za Váš čas a ochotu.

Alexandra Plačková

ČVUT, studijní program ochrana obyvatelstva

Vedoucí práce: Ing. Denisa Charlotte Ralbovská

Konzultant práce: PhDr. Lukáš Humpl

### **OTÁZKA Č. 1**

**Uved'te, prosím, Vaše pohlaví:**

- žena
- muž

### **OTÁZKA Č. 2**

**Délka Vaší praxe u ZZS?**

- do 5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20 let
- nad 21 let

### OTÁZKA Č. 3

**U které ZZS jste v současné chvíli zaměstnán/a?**

- ZZS Jihočeského kraje
- ZZS Moravskoslezského kraje
- ZZS Plzeňského kraje
- jiný kraj...

### OTÁZKA Č. 4

**Jaká je Vaše pracovní pozice u ZZS?**

- zdravotnická záchranář
- lékař
- řidič
- dispečer operačního střediska (OPIS)

### OTÁZKA Č. 5

**Jak často poskytujete první psychickou pomoc (PPP)?**

- několikrát do týdne
- několikrát do měsíce
- několikrát za půl roku
- několikrát za rok
- doposud jsem neposkytl/a PPP
- nechci uvést odpověď

### OTÁZKA Č. 6

**U jakých typů událostí jste poskytoval/a PPP?**

(možnost označit více odpovědí)

- hromadné postižení osob
- fyzické napadení
- náhlé úmrtí v domácnosti

- oběti domácího násilí
- oběti sexuálního násilí
- demonstrování úmyslu spáchat sebevraždu
- doposud jsem neposkytl/a PPP
- jiná odpověď...

#### OTÁZKA Č. 7

##### **Jak dlouhou dobu nejčastěji trvá poskytování PPP u pacienta?**

- v rámci několika minut
- do hodiny
- 1-3 hodiny
- více jak 3 hodiny
- nedokážu posoudit (doposud jsem PPP neposkytl/a)
- jiná odpověď...

#### OTÁZKA Č. 8

##### **S jakými projevy chování u zasažených osob se setkáváte nejčastěji?**

(možnost označit více odpovědí)

- histriónské poruchy osobnosti, zmatečné jednání
- smutek, stažení se do sebe
- snaha o útěk (popř. i myšlenky na sebevraždu)
- popírání současného stavu
- sebeobviňování
- akutní stresová reakce (typ A)
- akutní stresová reakce (typ B)
- neverbální agresivní jednání
- doposud jsem neposkytl/a PPP
- jiná odpověď...

OTÁZKA Č. 9

**Setkal/a jste se s agresivním jednáním v důsledku pokusu poskytnout PPP?**

- ano, s verbálními projevy agrese
- ano, dokonce s fyzickým napadením
- ne
- doposud jsem neposkytl/a PPP
- nechci uvést odpověď

OTÁZKA Č. 10

**Poskytoval/a jste již PPP v cizím jazyce?**

- ano
- ne
- doposud jsem PPP neposkytl/a
- nechci uvést odpověď

OTÁZKA Č. 11

**Poskytoval/a jste již PPP nevidomé či neslyšící osobě?**

- ano
- ne
- doposud jsem PPP neposkytl/a
- nechci uvést odpověď

OTÁZKA Č. 12

**Máte možnost získat zpětnou vazbu o zasažených osobách, u kterých jste prováděl/a PPP?**

- ano, mám informace o jejich stavu (popř. jsem s nimi v kontaktu)
- ne a informace postrádám
- ne a nezajímá mě to
- doposud jsem neposkytl/a PPP
- nechci uvést odpověď



OTÁZKA Č. 13

**Ocitl/a jste se v situaci, že jste vzhledem k akutní emoční indispozici nebyl/a schopen/a poskytnout PPP zasažených osobám?**

- ano
- ano, ale po chvíli se můj psychický stav stabilizoval
- ne
- doposud jsem neposkytl/a PPP
- nechci uvést odpověď

OTÁZKA Č. 14

**Jakým způsobem se vyrovnáváte s náročným zásahem?**

(možnost označit více odpovědí)

- dělám to, co mám rád/a (co mě těší)
- podpora od okolí (partner/ka, rodina, kamarádi, kolegové, sousedi)
- využití krizové intervenční techniky (demobilizace, defusing, debriefing)
- pomoc peera
- pomoc psychologa
- doposud jsem nezažil/a náročný zásah
- doposud jsem PPP neposkytl/a
- nechci uvést odpověď
- jiná odpověď...

OTÁZKA Č. 15

**Jste spokojen/a s péčí o Vaši psychickou pohodu ze strany zaměstnavatele?**

- ano, jsem spokojen/a
- ne, představoval/a bych si větší snahu
- ne, nestojím o to
- nechci uvést odpověď

OTÁZKA Č. 16

**Z pohledu krizového intervenanta, jste spokojen/a s nastaveným systémem vzdělávání pracovníků ZZS v oblasti PPP?**

- ano, jsem naprosto spokojen/a
- ano, jsem částečně spokojen/a
- ano, ale chybí mi detailnější proškolení v určitých oblastech
- ne, systém je špatně nastavený
- nechci uvést odpověď
- jiná odpověď...

OTÁZKA Č. 17

**Pokud jste na předchozí otázku odpověděli, že Vám chybí detailnější proškolení v určitých oblastech. Uveďte, prosím, ve kterých.**