

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Taktické přístupy k osobám postiženým
mimořádnými událostmi – psychologické
aspekty**

diplomová práce

Autor práce:	Michaela Grechová
Studijní program:	Ochrana obyvatelstva
Studijní obor:	Civilní nouzová připravenost
Vedoucí práce:	PhDr. Libor Pytel
Datum odevzdání práce:	14. srpna 2013

ABSTRAKT

S rozvojem moderní civilizace, technologií, nárůstem dopravy či klimatickými změnami souvisí také narůstající množství mimořádných událostí, které nehledě na svůj rozsah mohou způsobit psychickou traumatizaci v poměrně širokém okruhu zúčastněných lidí. Proto je v poslední době vedle záchranných a likvidačních prací věnována stále větší pozornost také psychologické či psychosociální pomoci zmírňující následky události na lidské psychice.

Téma této diplomové práce nese název Taktické přístupy k osobám postiženým mimořádnými událostmi - psychologické aspekty a zabývá se psychologickou pomocí osobám zasaženým mimořádnými událostmi.

Teoretická část práce se zaměřuje nejprve na vymezení základní používané terminologie a legislativou daných definic, dále rozčleňuje osoby zasažené mimořádnou událostí do specifických skupin a hledá odlišnosti i společné jmenovatele ve smyslu prevence či potřeb psychologické intervence. Všímá si také skupiny zranitelných osob a zároveň zohledňuje odolnost vůči zátěži v časovém průběhu události i v kontextu osobnostních rysů, či prožitých zkušeností. Dále uvádí teoretická část výčet možných zdravotních následků na psychice formou diagnóz Mezinárodní klasifikace nemocí WHO souvisejících s prožitím mimořádné události a v kontrastu také možné přínosy traumatu ve formě posttraumatického rozvoje. Cílem teoretické části je:

- Zmapování současných metod psychologické pomoci při časné péči o osoby zasažené mimořádnými událostmi v České republice.

Praktická část práce má dva cíle:

- Zmapování současného stavu a možného vývoje psychologické pomoci poskytované v souvislosti s mimořádnými událostmi z pohledu psychologů jednotlivých složek IZS.
- Zmapování potřeb, hodnot a strategií zvládnání u psychologů složek IZS ve vztahu k MU

V souvislosti s cíli výzkumu bylo formulováno 6 výzkumných otázek. Výzkumná část práce je tedy zaměřena na psychology hlavních složek IZS. Snaží se shrnout jejich zkušenosti, názory, postoje, výhrady, ale i potřeby a strategie zvládání v souvislosti s poskytováním psychologické pomoci v časné fázi po mimořádné události.

Kvalitativní výzkum je v práci realizován metodou dotazníkového šetření se 16 otevřenými otázkami. Protože byl s několika respondenty proveden sběr dat formou telefonického hovoru, prolíná se zde metoda dotazníku s metodou strukturovaného rozhovoru.

Zkoumaný vzorek tvoří 11 respondentů psychologů hlavních složek IZS. 7 respondentů z řad HZS, 3 od Policie ČR a jeden psycholog ZZS. Odpovědi jednotlivých respondentů byly zaznamenány a kompletní přepisy odpovědí jsou uvedeny jako přílohy práce.

Získaná data byla autorkou interpretována tak, aby tvořila odpovědi na výzkumné otázky. Pro větší přehlednost byla pak tato interpretace dále shrnuta do několika bodů, z nichž jsou patrné výsledky výzkumu, které jsou dále diskutovány v následující kapitole.

V rámci odpovědí na výzkumné otázky bylo zjištěno:

- jaké nedostatky spatřují psychologové IZS v současném systému poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU,
- které aspekty psychologické pomoci poskytované osobám zasaženým MU považují psychologové za dobře fungující
- jaké možnosti budoucího vývoje vidí psychologové IZS v oblasti psychologické pomoci osobám zasaženým MU
- čím jsou podle psychologů IZS další cíle a rozvoj psychologické pomoci osobám zasaženým MU limitovány
- jaké hodnoty, potřeby a strategie zvládání a zdroje se u psychologů objevují v souvislosti se zasahováním při a po mimořádných událostech

- jaké metody psychologické pomoci při časně péči o osoby zasažené MU používají oslovení psychologové IZS?

Jelikož závěry nelze zobecnit a jejich výčet je pro tento formát příliš obsáhlý, odkazuji tímto na kapitolu Shrnutí výsledků. Podrobnější rozbor výsledků obsahuje kapitola Diskuze.

Během provádění výzkumu vyvstala další neformulovaná výzkumná otázka v podobě patrně ne zcela zřetelné či nedefinované hranice mezi psychologickou a psychosociální pomocí, kterou se práce snaží nastavit.

Závěrem lze konstatovat, že výzkumné otázky byly praktickou částí práce zodpovězeny. Výzkumné otázky byly koncipovány tak, aby odpovědi na ně tvořily podklady pro SWOT analýzu systému poskytování psychologické pomoci složkami IZS. Věřím proto, že její využitelnost je možná i dále než pro studijní účely.

ABSTRACT

With the development of the modern civilization, technology, higher intensity of transport or climatic changes, the increasing number of abnormal events (other terms: extraordinary event, emergency) is associated, which, regardless to their scope, may cause the psychological traumatization to a quite wide circle of involved persons. For this reason, besides the rescue and liquidating work, growing attention is devoted also to the psychological or psychosocial aid alleviating the consequences of events on human psyche in the last time.

The topic of this thesis is Tactical attitudes to the person affected by abnormal events - psychological aspects; it deals with the psychological aid to persons affected by abnormal events.

The theoretical part of the thesis focuses first of all on defining the basic applied terminology and definitions set by legislation, moreover it splits the persons affected by abnormal events into specific groups and it looks for and defines distinguishing as well as common features in prevention or need of psychological intervention. Also the groups of vulnerable persons are mentioned and the role of resistance against the load in the time course of events as well as in context of personality features or experience is examined and taken into consideration. Moreover, the theoretical part states the list of possible health consequences on the psyche in the form of diagnoses as per International Classification of Diseases WHO associated with experiencing an abnormal event and in contrast with it also the possible trauma benefits in the form of posttraumatic development. The target of the theoretical part is:

- Mapping the present methods of psychological aid during the timely care of persons affected by abnormal events in the Czech Republic.

The practical part has two goals:

- Mapping the present state and the possible development of psychological aid provided in connection with abnormal events from the viewpoint of psychologists of individual components of the Integrated Rescue System (IZS).

- Mapping the needs, values and strategies of mastering the situation by psychologists of IZS components in view of abnormal event.

In connection with the research target, 6 research questions were formulated.

The research part of the thesis is focused on psychologists of the main components of IZS. It tries to summarize their experience, opinions, standpoints, reservations, and also needs and strategies of mastering the situation in connection with providing psychological aid in the early stage after the abnormal event.

The qualitative research is implemented in the thesis by the method of questionnaire investigation with 16 open questions. Data collection was done in the form of a phone talk with several respondents, questionnaire method is combined with the method of structured talk.

The investigated sample consists of 11 respondents – psychologists of the main IZS components. 7 respondents were firemen (HZS – Fire Rescue Service), 3 policemen (CR Police) and one psychologist of ZZS (Medical Rescue Service). The answers of individual respondents were recorded and the complete transcriptions of answers are stated in Annexes to thesis.

The acquired data were interpreted by the author in the way representing the answers to research questions. To achieve a well arranged result, this interpretation was summarized into several points from which the results of research follow which are discussed in more detail in the following chapter.

It was found out in the answers to research questions:

- What drawbacks are seen by IZS psychologist in the present system of providing psychological aid to persons affected by MU (abnormal events),
- Which aspects of the psychological aid provided to persons affected by MU are considered for well-functioning by the psychologist
- What possibilities of future development are seen by IZS psychologists in the field of psychological aid to persons affected by MU

- According to IZS psychologists, by what factors are limited other targets and development of the psychological aid to persons affected by MU
- What values, needs and mastering strategies and sources are applied by psychologist in connection with interventions during and after abnormal events
- What methods of psychological aid are applied by the addressed IZS psychologists during the early care of persons affected by MU?

The chapter Discussion contains a more detailed analysis of results.

During the research performance, other not formulated questions occurred concerning not completely clear or not defined border between the psychological and psychosocial aid which the thesis tries to determine.

It may be stated in the end that the research questions were answered in the practical part of thesis. The research questions were formulated in such a way that the answers on them represent the base for SWOT analysis of the system of providing psychological aid by IZS components. I believe for this reason, it may be utilized not only for study purposes.

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne

(jméno a příjmení)

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především své rodině a blízkým, bez jejichž podpory a pomoci by tato práce nemohla vzniknout. Rovněž bych ráda poděkovala paní PhDr. Bohumile Baštecké a pánům PhDr. Štěpánu Vymětalovi a PhDr. Lukáši Humplovi za odborné konzultace, rady a náměty a vedoucímu práce PhDr. Liboru Pytlovi za trpělivost, rady a podporu při vedení práce. V neposlední řadě patří dík také všem respondentům výzkumu za ochotu a spolupráci.

Obsah

Seznam použitých zkratk	13
Úvod	14
1 Současný stav	15
1.1 Základní pojmy	15
1.2 Oběti	19
1.2.1 Civilisté	21
1.2.2 Záchranáři	22
1.2.3 Krizoví interveni	23
1.3 Zranitelné osoby	25
1.3.1 Odolnost vůči zátěži	26
1.4 Zdravotní následky	27
1.4.1 F 43 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení	27
1.4.2 F43.0 Akutní stresová reakce	28
1.4.3 F43.1 Posttraumatická stresová porucha	28
1.4.4 F43.2 Poruchy přizpůsobení	30
1.4.5 F44.0 Disociativní (konverzní) poruchy	30
1.4.6 F44.0 Disociativní amnézie	31
1.4.7 F44.2 Disociativní stupor	31
1.4.8 F62.0 Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti	31
1.4.9 Z73.0 Syndrom vyhoření	32
1.5 Přínosy traumatu (posttraumatický rozvoj)	33
1.6 Psychologická pomoc	34
1.6.1 Časná psychologická pomoc	34
1.6.2 Critical Incident Stress Management	36
1.6.3 Psychologický defusing a debriefing	36

1.6.4	EMDR	37
1.6.5	Kognitivní přístup	38
1.6.6	Arteterapie, muzikoterapie, pohybová terapie, terapie za pomoci zvířat	38
1.7	Psychosociální pomoc	38
1.8	Strategie psychosociální pomoci	41
1.8.1	Informovanost	42
1.8.2	Sociální podpora	42
1.8.3	Terénní krizová intervence a telefonická krizová intervence	43
1.9	Systém poskytování psychologické pomoci v ČR	43
1.9.1	Psychologická služba v rámci Policie ČR	44
1.9.2	Psychologická služba Hasičského záchranného sboru ČR	46
1.9.3	Systém psychosociální intervenční služby	47
1.9.4	Psychologická služba Ministerstva vnitra	48
2	Cíle	51
2.1	Výzkumný problém	51
2.2	Cíle práce	51
2.3	Cíle výzkumu	52
2.4	Výzkumné otázky	52
3	Metodika	54
3.1	Použitá metoda	54
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	54
3.3	Metodika sběru dat	55
4	Výsledky	56
4.1	Interpretace výsledků	56
4.2	Shrnutí výsledků	76
5	Diskuze	84

Závěr	90
Seznam použité literatury	92
Seznam příloh	98
A Přepisy odpovědí na dotazníkové otázky	99

Seznam použitých zkratek

AČR	Armáda České Republiky
apod.	then a podobně
atd.	a tak dále
AZZS	Asociace zdravotnických záchranných služeb
CISM	Critical Incident Stress Management
ČČK	Český červený kříž
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČSA	České aerolinie
DN	dopravní nehoda
DSM	Diagnostický a statistický manuál
GŘ HZS ČR	Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky
HZS	Hasičský záchranný sbor
IZS	Integrovaný záchranný systém
KI	krizová intervence
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MU	mimořádná událost
MVČR	Ministerstvo vnitra České republiky
NNO	nestátní nezisková organizace
OS	operační středisko
PČR	Policie České republiky
PTSD	posttraumatic stress disorder - posttraumatická stresová porucha
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
TPP	tým posttraumatické péče
tzn.	to znamená
WHO	World Health Organization - Světová zdravotnická organizace
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Úvod

Není jistě žádnou novinkou, že spolu s neustále se rozvíjejícími technologiemi, množstvím dopravních prostředků, technickým pokrokem a měnícími se klimatickými podmínkami narůstá i množství katastrof, havárií a mimořádných událostí, které mají dopad na velký počet osob. Řešení přímo způsobených zranění a škod je očividnou samozřejmostí, ale ne vždy je tomu tak u poněkud skrytějších, zato však mnohdy závažných a dlouhodobých škod vzniklých na lidské psychice.

Tomuto tématu je v posledních letech věnována stále větší pozornost nejen ze strany profesionálních psychologů a interventů, kteří tuto pomoc poskytují a snaží se její úroveň posunout dál, ale také ze strany dalších příslušníků složek IZS či krizových manažerů, kteří stále častěji dochází k závěru, že je i tato pomoc potřebná a je třeba s ní počítat.

Ve své diplomové práci se chci zabývat způsoby, jakými je dnes poskytována psychologická pomoc lidem zasaženým mimořádnou událostí. Pokusím se zmapovat systém používaný v České republice, ale i dalších zemích. V praktické části práce je mým cílem zmapování současného stavu a možného vývoje psychologické pomoci poskytované v souvislosti s mimořádnými událostmi z pohledu psychologů jednotlivých složek IZS. Dalším cílem této práce pak je zmapování potřeb, hodnot a strategií zvládání u psychologů složek IZS ve vztahu k mimořádným událostem. Výzkumná část práce je tedy zaměřena na psychology jednotlivých složek IZS. Snaží se shrnout jejich zkušenosti, názory, postoje, výhrady, ale i potřeby a strategie zvládání v souvislosti s poskytováním psychologické pomoci v časně fázi po mimořádné události.

1 Současný stav

1.1 Základní pojmy

Pro orientaci bych nejprve ráda definovala či přiblížila některé základní pojmy, které budou dále v práci používány.

Mimořádná událost

Podle litery zákona jde o: „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.“ [42]

Vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě dále rozumí: „místem mimořádné události s hromadným postižením osob místo, kam je obvykle pro povahu nebo rozsah události nutné vyslat k poskytnutí přednemocniční neodkladné péče 5 a více výjezdových skupin současně, nebo místo, kde se nachází více než 15 osob postižených na zdraví.“ [43]

Zasáhne-li mimořádná událost větší skupinu obyvatel, mluvíme o hromadných neštěstích a katastrofách.

Hromadné neštěstí

- omezené = mimořádná událost postihující nejvíce 10 zraněných nebo zasažených, z nichž minimálně jeden je v kritickém stavu. Následky této události jsou řešeny místními zdroji, traumatologické plány nejsou aktivovány.
- rozsáhlé = mimořádná událost, která má za následek náhlý vznik většího počtu než deseti zraněných nebo zasažených. Počet zasažených však nepřekračuje číslo 50. Nezbytná je aktivace poplachových, havarijních a traumatologických plánů. Lze je zvládnout regionálně (zhruba v rozsahu bývalého okresu). [13]

Katastrofa

Samotné slovo pochází z řeckého *katastrofé* = převrat. „Jde o náhle vzniklou mimořádnou událost velkého rozsahu, která má za následek více než 50 postižených bez rozdílu počtu mrtvých, těžce či lehce zraněných. Vyznačuje se náhlým a nečekaným vznikem, bývá nedostatek času na rozhodování a řízení záchranných prací i nedostatek personálu a prostředků, hrozí vznik epidemií.“ Existuje více druhů klasifikace katastrof podle původce vzniku, náhlosti či předvídatelnosti. Nejčastěji jsou v zásadě děleny na přírodní a člověkem způsobené. [13]

Integrovaný záchranný systém (IZS)

Koordinovaný postup jednotlivých složek IZS při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací. Mezi hlavní složky IZS patří Hasičský záchranný sbor České republiky (HZS), Policie České republiky (PČR) a Zdravotnická záchranná služba (ZZS). Mezi ostatní složky IZS se řadí vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil, ostatní záchranné sbory, orgány ochrany veřejného zdraví, havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby, zařízení civilní ochrany, neziskové organizace a sdružení občanů, která lze využít k záchranným a likvidačním pracím. Ostatní složky IZS poskytují plánovanou pomoc na vyžádání. [42]

Taktický přístup (taktika)

Termín taktika nejčastěji uváděn v souvislosti se zbraněmi, vojenskými operacemi nebo sportem. Jeho význam je vysvětlován jako plánovité jednání, chytré, adekvátní chování, na čemž je jasně patrné, že tento termín zajisté najde dobré uplatnění v rámci psychologické pomoci obětem mimořádných událostí. [16]

Viktimologie

Samotné slovo pochází z latinského *victima* (oběť) a řeckého *logos* (věda). Protože je viktimologie především vědou kriminalistů a policie, bývá definována jako

věda, která: „vědeckým způsobem zkoumá oběti trestných činů.“ [8] Pro účely této práce se však lépe hodí obecnější definice „nauka o obětech“ , protože v případě traumatizace mimořádnou událostí nejde výhradně o trestné činy.

Viktimizace

„Proces poškozování a způsobování újmy, čímž se fakticky z jedince stává oběť určitého trestného činu.“ [8] Převáděno do obecnější roviny jde tedy o proces utrpení újmy nebo také stávání se obětí. Autorka dále upozorňuje, že proces viktimizace zpravidla s odezněním samotné události nekončí.

Obecně rozlišujeme tři fáze:

- **Primární** – újma, kterou jedinec utrpí v přímém důsledku mimořádné události [1]
- **Sekundární** – „újma vznikající v důsledku reakcí formálních instancí sociální kontroly nebo neformálního sociálního okolí, například druhotné poškozování oběti tím, jak na událost reaguje nejbližší okolí nebo traumatizující projednávání věci před soudem.“ [8]
- **Terciární** – neschopnost oběti přiměřeně se vyrovnat s traumatickou událostí, i když objektivně již došlo k nápravě nebo uzdravení. [8]

Psychologie katastrof a mimořádných událostí

Vymětal i Brečka ji řadí mezi mladé aplikované psychologické disciplíny a Brečka dále definuje jako: „... vědu, která se zabývá chováním a prožíváním lidí v mezních či mimořádných situacích, katastrofách, a to profesionálů i civilistů.“ Psychologie katastrof vychází jak z poznatků jiných psychologických disciplín (forenzní, vývojová, sociální, interkulturní, psychopatologie či psychologie organizace a řízení), tak i jiných vědních oborů jako urgentní medicína a medicína katastrof, psychiatrie, sociologie, hygiena, komunikační a informační technologie, právo či management krizového řízení. [1]

Psychosociální pomoc

„Aktivní emoční, praktická a duchovní pomoc, která sytí psychosociální potřeby lidí, vzniklé v souvislosti s mimořádnou událostí. Opírá se o přirozené zvládací mechanismy člověka a komunitní podporu. Vychází z přirozených poznatků, které integruje s poznatky sociální práce, krizového řízení a dalších disciplín.“ [3] Definice Světové zdravotnické organizace (WHO) doplňuje, že jde o: „proces, který jedincům, jež jsou oslabeni, zneschopněni nebo znevýhodněni svým duševním stavem, nabízí možnost dosáhnout optimálního stupně nezávislého fungování ve společnosti. Předchází psychickým obtížím nebo traumatům způsobeným neštěstím a je prováděn mimo zdravotnická zařízení.“ [18]

Psychická první pomoc

Podle psychologického slovníku jde o pojem širší než psychoterapie, zahrnuje příznivé působení příbuzných a přátel, na rozdíl od psychoterapie jde o pomoc více náhodnou a neplánovanou [15]. Podle Baštecké zde má hlavní důležitost aktivní, organizované a podporující okolí, které poskytuje praktickou pomoc, potravu a přístřeší, ochranu před další hrozbou, péči o tělesné potřeby, kontakty s blízkými. [13]

Příručka WHO o první pomoci pro terénní pracovníky vymezuje pro první psychickou pomoc tato témata: poskytování praktické péče a podpory, která nezasahuje, posuzování potřeb a zájmů, pomáhat lidem řešit základní potřeby (např. jídlo, vodu, informace), naslouchat lidem, ale nenutit je mluvit, uklidňovat lidi, pomáhat jim cítit klid, pomáhat lidem dostat se k informacím, chránit lidi před dalším poškozením. [35]

Krizová intervence

Bývá řazena mezi základní strategie psychosociální intervence. Obsáhlé definice několika autorů by se daly shrnout slovy: okamžitá, praktická, odborná metoda pomoci lidem v krizi. Pomáhá klientům jak po psychické stránce k získání stability,

pochopení a přizpůsobení se situaci, tak po praktické stránce formou právní, sociální či lékařské pomoci. [3], [11], [18] Špatenková popisuje: „Krizová intervence ve formě psychologické pomoci spočívá v časově omezeném terapeutickém kontaktu zaměřeném na problém, který krizi vyvolal. Jedinec je s krizí konfrontován a dochází k jejímu řešení.“ [5]

Trauma (psychické)

Vizinová a Preiss popisují, že: „Trauma vzniká působením extrémně stresujícího zážitku nebo dlouhotrvající stresové situace. Podstatou traumatu je, že působením vnějšího činitele jsou poničeny psychické a biologické adaptační mechanismy jedince.“ [9] Vznik a sílu traumatu může pozitivně či negativně ovlivnit řada faktorů. Mezi ně patří například míra předvídatelnosti situace, předchozí zkušenost s podobnou událostí, velikost postižené skupiny, délka působení stresoru, nebo také skutečnost, zda je původcem neštěstí přírodní živěl, či lidská zvůle. [13], [9]

1.2 Oběti

Brečka definuje oběť jako každého, kdo se subjektivně za oběť považuje, tedy jedince, který utrpěl újmu ať už během primární či sekundární viktimizace. Zároveň upozorňuje na fakt, že z hlediska psychologie je za oběť v tomto smyslu považován i případný viník (i například v případě záměrného útoku), protože i pro tuto osobu je situace extrémně náročná a může zanechat následky. [1]

Osoby zasažené mimořádnou událostí lze rozdělit do několika skupin:

- přímé oběti neštěstí (primární oběti) lidé, na něž má mimořádná událost okamžitý a přímý dopad
- příbuzní a blízcí přímých obětí (sekundární oběti) pozůstalí po zemřelých nebo lidé, jejichž život je ovlivněn traumatem blízké osoby
- svědci, přihlížející

- profesionální záchranáři
- pracovníci krizového řízení a veřejné správy
- dobrovolníci

Stojí za povšimnutí, že na rozdíl od prvních tří je ve zbylých skupinách patrná souvislost s profesí, posláním nebo přesvědčením. Proto se u posledních tří uvedených skupin předpokládá jistá míra připravenosti, schopnosti rozhodovat (se) a jednat. I přesto by však bylo mylné domnívat se, že u těchto skupin dochází k traumatizaci v menší míře nebo dokonce vůbec. Zvláštnostmi psychických následků v řadách profesionálů se zabývá jedna z následujících podkapitol.

Je samozřejmě velký rozdíl mezi přímými oběťmi neštěstí a osobami, jež jsou jím jen sekundárně ovlivněny. Brečka však upozorňuje, že nemůžeme primární oběti automaticky zařazovat mezi nejhůře postižené, neboť v některých případech může být sekundární oběť silněji stížena mimořádnou událostí než primární.[1]

Několik autorů se shoduje na faktu, že se v dnešní době společnost při zvládání extrémních situací spoléhá na práci záchranářů. Jak uvádí Stehlík: „Bylo by však mylné domnívat se, že v raných obdobích historie doléhaly extrémní situace na člověka více než v obdobích pozdějších, nebo že jim člověk v minulosti dokázal čelit lépe než nyní. Je však zřejmé, že s rozvojem společnosti došlo ke specializaci i ve sféře extrémních situací, a proto dnes existují profese, které se na zvládání extrémních situací systémově připravují.“ [2] Na tento názor navazuje i Olejníčková, se kterou plně souhlasím. „Lidé se příliš spoléhají na odborníky a neumí samostatně jednat, přitom první pomoc by měla patřit do základního vzdělání každého člověka a první psychosociální pomoc je lidskou přirozeností, kterou bychom měli v sobě probudit.“ [34]

V odborné literatuře zabývající se oběťmi neštěstí je mnohdy upozorňováno na rozdíl mezi označením „oběť“ a „přeživší“ z anglického „survivor“ . Druhé označení je přitom bráno za vhodnější jako méně viktimizující, podporující aktivní účast dotčeného na vypořádání se se složitou situací a tím i její lepší zvládnutí. Samy oběti

však na označení sebe sama zřejmě příliš citlivé nejsou a jak popisují Kohoutek a Čermák nebrání se ani termínu oběť. [10]

V textu této práce je termín oběť uváděn jen pro zestručnění, jinak jsem se termínům oběť a postižený snažila vyhnout a nahradit ho vhodnějším a méně viktimizujícím pojmem zasažený mimořádnou událostí.

1.2.1 Civilisté

Do této skupiny lze zahrnout první tři skupiny z výše uvedeného rozdělení: přímé oběti, očití svědky a přihlížející, rodiny a pozůstalé. Z pohledu viktimologie primární oběti, přímo zasažena danou mimořádnou událostí. [1]

Přestože existuje mnoho druhů mimořádných událostí a vznikají tak rozličné zátěžové podněty, De Wolfe ve své terénní příručce upozorňuje, že všechny „. . . mají za následek množství navzájem si podobných a předvídatelných reakcí a potřeb:

- Starost o základní přežití
- Žal nad ztrátou blízkých a ceněného a pro osobu významného majetku
- Strach a úzkost o osobní bezpečí sebe i blízkých
- Poruchy spánku, často s výskytem nočních můr a obrazů katastrofy
- Potřebu mluvit – často a opakovaně – o událostech a pocitech spojených s katastrofou.
- Potřebu cítit se jako součást společenství a jeho snah o obnovu“ [12]

Vymětal si všímá skutečnosti, že nejčastější reakcí na mimořádnou událost bývá klid až lhostejnost namísto paniky, která je spíše předpokládána a dle jeho názoru přeceňována. Tuto skutečnost dokládá na příkladech teroristického útoku na WTC v New Yorku 2001, bombového útoku na vlaky v Madridu 2004 a vlakového neštěstí u Studénky 2008. Ve všech těchto případech, navzdory očekávání záchranářů

a krizových pracovníků, nezavládla mezi lidmi panika, ale snažili se kooperovat a navzájem si pomáhat. Díky tomu mnoho lidí přežilo. [3]

Lidí schopných pohotově reagovat a pomáhat či dokonce organizovat pomoc je podle předpokladů spíše menšina, rozhodně však není zanedbatelná. Štětina uvádí, že přibližně 5% osob zasažených mimořádnou událostí bude bezprostředně po neštěstí schopno organizovat pomoc, 10% bude schopno samostatně pomáhat druhým a 30% bude s to pomáhat ve skupině pod vedením. Na příkladu velkého vlakového neštěstí u města Ufa v roce 1989 dokládá, že se lidé samovolně organizují do menších skupin, ve kterých přirozeně vykrytalizuje velitel. [17]

Ze stejného předpokladu vychází také tvrzení o okamžité reakci zasažených po mimořádné události. Podle něho bude největší podíl zasažených 50-70% nejprve zmateno, 10-25% může zpanikařit či se pokusit uniknout a 5-25% osob zůstane nejspíš klidných a schopných uvažovat. [17]

1.2.2 Záchranáři

Pod pojmem záchranáři jsou zde míněni především příslušníci jednotek Integrovaného záchranného systému, tedy Zdravotnické záchranné služby, Policie ČR a Hasičského záchranného sboru. Jde o prvosledové složky zajišťující záchranné a likvidační práce, čili jedny z prvních svědků neštěstí.

Viktimologicky se dají označit buďto za primární nebo za sekundární oběť, tedy takovou. . . „která sice nebyla a priori postižena přímo danou událostí, ale daná událost se jí dotkla nepřímo.“ [1]

V první vlně záchranných prací, kdy jde především o život či zdraví neštěstím zasažených osob se těžko hledá čas na řešení psychologických otázek. Přesto však nelze popřít, že jde o okamžiky, které se svou závažností mnohdy vryjí do paměti oběma zúčastněným stranám. I když jsou záchranáři profesionálové, nelze pominout, že prožívají stejné emoce jako ostatní lidé. Rozdíl ovšem spočívá v potlačování negativních emocí a jejich projevů, protože takové jednání je považováno za neprofesionální a

mohlo by mít nepříznivý účinek na jejich práci. Po dobu vlastního odstraňování následků neštěstí je odsunutí vlastních emocí do pozadí skutečně obvykle přínosem, je ovšem důležité, aby měli záchranáři možnost ventilovat negativní prožitky alespoň v časovém odstupu od náročného zásahu. Za tímto účelem zaměstnávají jednotlivé organizace zajišťující práci základních složek Integrovaného záchranného systému psychology. [3], [12], [13]

Při nemalé zátěži, se kterou se musí příslušníci zasahujících záchranných jednotek vyrovnávat, je rovněž třeba si uvědomit, že sami mohou být příčinou další sekundární viktimizace obětí. Příkladem mohou být necitlivě vedená vyšetřování či - byť dobře míněná - jednání se zasaženou osobou, jež mohou mít negativní psychický dopad i na osobu, která by se jinak se samotnou situací byla schopná vyrovnat. [1]

Specifikum psychologické intervence v řadách pracovníků Hasičského záchranného sboru ČR, Policie ČR a Zdravotnické záchranné služby je evidentní. Vymětal uvádí, že záchranáři by kvůli časté expozici traumatizujícím zážitkům měli mít nárok na: „bezplatné, cílené, systematické a účinné ošetření duševních zranění, která mohou při výkonu záchranných a likvidačních prací utřít.“ [46] A dodává, že odpovědnost za takovéto ošetření by měla nést jejich „mateřská organizace“.

1.2.3 Krizové intervenci

Role poskytovatele krizové pomoci na každé úrovni od dobrovolnictví ke specializovaným profesionálům je značně náročná. I přes dobrou vůli pomáhat, zkušenosti a profesionalitu musí poskytovatelé krizové intervence čelit únavě a stresu z množství a rozmanitosti potřeb obětí nebo z jejich utrpení. Kromě satisfakce z dobře odvedené práce může taková zátěž po čase vyústit v tělesné a duševní důsledky přetížení velmi podobné syndromu vyhoření. Pracovní přetížení se projevuje podrážděností, pocitem nevykonnosti, potížemi se soustředěním nebo při rozhodování v nejzazším případě až k depresivním stavům. [12]

Pro předcházení nadměrné zátěži a jejím důsledkům může mnohé udělat jak

organizace zastřešující a koordinující pracovníky krizové intervence, tak i oni sami.

V rukou organizace je:

- Jasná hierarchie řízení (je jasné, kdo komu velí)
- Jasně definované cíle zásahu a strategie jeho dosažení
- Průběžné informování pracovníků o průběhu mimořádné události
- Maximálně 12-ti hodinové směny následované minimálně stejně dlouhou přestávkou. Vymětal uvádí dokonce maximálně 6 hodin následovaných odpočinkem, Štětina doplňuje, že v extrémním vytížení je záchranář po 8 hodinách zcela vyčerpán [17]
- Pravidelná příprava a trénink [3]
- Dostupné komunikační prostředky (mobilní telefony, vysílačky)
- Osvěta o příznacích pracovního stresu a způsobech jeho zvládnání
- Možnost individuální či skupinové psychologické péče

Pracovník sám pak může nadměrné zátěži čelit pomocí:

- Realistický plán práce a úkoly řazené dle priorit
- Vyvážený životní styl (zdravá strava, dostatek spánku i pohybové aktivity, meditace, dýchací cvičení)
- Udržování kontaktu s blízkými
- Sdílení pocitů se spolupracovníky
- Sebereflexe (věnování pozornosti varovným známkám stresových reakcí, zkoumání vlastních předsudků a stereotypů)
- Znalost rozdílu mezi profesionálním pomáhajícím vztahem a přátelstvím

- Rozpoznání momentu, kdy zkušenost s katastrofou nepříznivě ovlivňuje výkonnost pracovníka [12]

1.3 Zranitelné osoby

V psychologii katastrof a mimořádných událostí je po právu kladen zřetel na vymezení specifické skupiny osob, jež jsou po psychické stránce zranitelnější a tudíž náchylnější k vzniku psychických onemocnění. Těmto zranitelným osobám by měla být ze strany psychologů věnována zvláštní pozornost nejen při poskytování první psychologické pomoci, ale také v dalším průběhu případné terapie. Otázkou však zůstává jakým způsobem rozlišit při prvním setkání a za extrémně stresujících podmínek psychicky zranitelnější osoby?

Brečka předkládá dvě možné varianty, kdy zjednodušeně řečeno první vychází z racionálního hlediska a druhá je výsledkem intuice či jisté životní zkušenosti. Řídíme-li se spíše rozumem nebo logikou, bereme tak v úvahu své znalosti nebo osobní, případně pracovní zkušenosti. Dostáváme se tak ke skupinám osob jako jsou děti, lidé staří, tělesně postižení nebo fyzicky či duševně nemocní, kulturní a etnické skupiny, lidé v kolektivních zařízeních. [1] Vodáčková označuje za zranitelné stejné skupiny lidí, seznam pak doplňuje o pracovníky humanitárních organizací a psychosociálních intervenčních týmů. ([11] , [12])

Pokud se však naše uvažování o zranitelnějších osobách bude klonit více na stranu emocionální či instinktivní, půjde v něm zejména o pudovost nebo morálku. Takto zabarvený výčet bude mít v zásadě odlišné složení. Do skupiny zranitelných budou zahrnuty ženy, děti, blízcí či má vlastní osoba. Brečka tento rozpor mezi rozumem a pudy, či zautomatizovanou morálkou podložil výzkumem a poukazuje, že podobné dilema může nastat i při reálné situaci a stát se základem pro špatné rozhodnutí následované pocity viny, výčitkami a v krajním případě psychickými obtížemi. [1]

Kohoutek a Čermák nahlízejí na zranitelnost osob při mimořádných událostech

z jiného úhlu pohledu a vymezují řadu faktorů, jež mohou snížit odolnost jedince vůči psychické zátěži. Jde především o prožití podobného nebo i zcela odlišného traumatu v minulosti (v některých případech však naopak znamenají zvýšenou odolnost), zhoršený zdravotní stav, věk, tíživou ekonomickou situaci, osamělost nebo problémy v rodině či zaměstnání. [10]

Popisují i další skupinu ohrožených osob: „Během neštěstí jsou pochopitelně více ohroženy skupiny lidí, které vnímají nízké ohrožení v případě vysokého rizika jako například ti, kdo bagatelizují nebezpečí, odmítají evakuaci či preventivní opatření. Neadekvátní hodnocení ohrožení u těchto lidí ovlivňuje schopnost reagovat na skutečné nebezpečí, na které nejsou připraveni.“ [10]

1.3.1 Odolnost vůči zátěži

Citlivost člověka vůči traumatické zkušenosti je odvislá od mnoha souvislostí a osobnostních rysů. Vizinová, Preiss a Vymětal vymezují obecné faktory, které tuto citlivost ovlivňují. Patří mezi ně stupeň kognitivního rozvoje, míra schopnosti odolávat zátěži nazývaná též anglickým termínem coping, sebedůvěra, kvalita mezilidských vztahů a síť sociální podpory, předchozí traumatizující zkušenost, věk, zdravotní stav, přízpusobivost nebo také pragmatičnost povahy. [9], [3]

Psychická odolnost osob v místě neštěstí se také mění v závislosti na čase. Předpokládá se, že během prvních 5 minut po přímém zásahu neštěstí klesá tato odolnost na 20%, do dalších 30 minut, kdy si člověk uvědomí, že přežil, opět vystoupá na 75%, po zjištění ztrát do 24 hodin klesá na 40% a poté opět stoupá, po 48 hodinách přibližně na 60% a během deseti dní na 80-90% původního stavu. [17]

Odolnost vůči stresu lze také posilovat pomocí postupů působících krátkodobě či dlouhodobě. Pro okamžité utlumení působení zátěže se využívají poměrně běžně rozšířené postupy jako je počítání do deseti a tím vytvořený časový odstup, prohloubené dýchání, pohyb, osvěžení vodou, převedení pozornosti na jinou činnost nebo vnitřní monolog. Pokud chceme zvýšit svou odolnost vůči stresu z dlouhodobého

hlediska, je zapotřebí přijmout komplexnější postup v podobě dobré životosprávy, rozvržení času, analýzy problémů a jejich systematického řešení, rozvíjení zájmů, zálib a dobrých mezilidských vztahů nebo rozšiřování znalostí a dovedností a v ne- poslední řadě rovněž relaxace. [3]

1.4 Zdravotní následky

Prožití mimořádné události ať už v pozici civilní oběti, či v rámci povolání jako záchranář je bezesporu citelný zásah do psychiky jedince. Přestože jsou někteří lidé psychicky odolnější, nebo byli, například v rámci své profese, takto velkému napětí opakovaně vystaveni, i přes včasnou a pokračující psychologickou pomoc mohou následky vyústit až v psychické onemocnění. Těchto případů je však menšina. Vymětal uvádí, že osob, které se z traumatických prožitků nezotaví samy nebo s podporou svého okolí a tudíž potřebují profesionální pomoc je 5-30%. [3]

Na základě Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů vydávaných WHO vybírá Brečka několik diagnóz, které podle jeho názoru přímo souvisí s prožitím mimořádné události. Úkolem psychologické pomoci je buďto pomocí pečlivé přípravy na MU zabránit jejich vzniku, nebo co možná nejvíce zmírnit jejich dopad na postiženého jedince formou včasné a správné intervence. [1]

1.4.1 F 43 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení

Je souborem diagnóz specifických pro MU, neboť jejich vznik bezprostředně souvisí s působením extrémního stresu. Na rozdíl od jiných zde uvedených diagnóz jejich vývoj lze jasně datovat od vzniku mimořádné psychické zátěže, jinak řečeno bez extrémní psychické zátěže související s mimořádnou událostí by nevznikly. [1] Jak shrnuje Mezinárodní klasifikace nemocí: „Onemocnění v tomto oddíle tak mohou být považována za maladaptivní odpovědi na těžký nebo trvalý stres, kde selhaly mechanismy úspěšného vyrovnání s ním, což vede k narušení sociálního fungování nemocného.“ [35]

1.4.2 F43.0 Akutní stresová reakce

Jedná se o krátkodobou poruchu, jež obvykle odezní v průběhu několika hodin či dnů a je bezprostřední reakcí na extrémní fyzickou i psychickou zátěž. Příznaky jsou poměrně variabilní od jisté dezorientace nebo sníženého vnímání či pozornosti po přehnanou aktivitu nebo naopak stupor jako formu úniku. Může vzniknout také částečná nebo celková amnézie na událost. Akutní reakce na stres může mít mírnou, středně těžkou či těžkou formu. [1] Její formy jsou podle MKN akutní (reakce na stres; krizová reakce), únava z boje, krizový stav a psychický šok. [35]

IV. revize Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) vydávaného Americkou psychiatrickou společností podmiňuje vznik akutní stresové poruchy přítomností nebo nebezpečím smrti či ohrožením tělesné celistvosti. [13]

1.4.3 F43.1 Posttraumatická stresová porucha

Je označována jako PTDS, což je zkratka z anglického názvu posttraumatic distress syndrom nebo rovněž PTSD z anglického posstraumatic stress disorder. Jak popisuje MKN: „Začíná jako opožděná či protrahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která je sto způsobit silné rozrušení téměř u každého.“ [35] Jako u všech ostatních psychických poruch je riziko onemocnění různé podle senzitivity a psychické lability každého jedince. Vizinová a Preiss doplňují, že: „některé zátěžové situace vyvolávají poruchy téměř vždy (například mučení), jiné pouze za určitých okolností (dopravní nehody).“ [9]

Typickými projevy PPTS jsou:

- výskyt „flashbacků“, což je opakované znovuprožívání stresové situace
- nespavost, noční můry
- pocity nepochopení a s tím související izolace od okolí
- hyperaktivita, zvýšená bdělost, zesílené úlekové reakce

- strach z aktivit, jež by mohly traumatickou událost připomínat
- úzkost, deprese, suicidální myšlenky nejsou neobvyklé
- psychická netečnost, snížená odezva na vnější svět, odcizení
- snížená schopnost prožívat emoce spojené s intimitou, něžností a sexualitou

Často popisovaným jevem jsou rovněž pocity viny za vlastní přežití v případech, kdy došlo k život ohrožující situaci a někdo další ji nepřežil.

Posttraumatická stresová porucha se často projevuje ve spojení s jinými onemocněními či syndromy a nezdá se, že by byla za některé zaměněna. Příkladem časté komorbidity může být abúzus alkoholu či jiných návykových látek, deprese a generalizovaná úzkostná porucha nebo panická porucha. Vizinová a Preiss tento fakt dokládají výsledky rozsáhlého výzkumu, podle něhož mělo 88,3% mužů a 79% žen vedle PTSD alespoň jednu další psychickou poruchu. [9]

Teorie, kterou rozvíjí Levine, uvádí, že v důsledku posttraumatického stresu dochází k funkčním změnám mozku, což ovlivňuje potřebu a míru uspokojování základních životních potřeb. Výše uvedené projevy jsou objektivním důsledkem těchto změn. [6]

Posttraumatická stresová porucha se může projevit i v horizontu několika týdnů či měsíců po prožití traumatu. Brečka uvádí, že většina případů končí uzdravením, zároveň ale podotýká, že PTDS může vyústit v chronickou podobu nebo dokonce v trvalou změnu osobnosti. [1], [35]

Specifika posttraumatické stresové poruchy u dětí

Podle britské směrnice zabývající se PTDS se u dětí, zvláště mladších 8 let často neprojevují typické příznaky jako znovuprožívání traumatizující scény nebo vyhýbání se podobným situacím. Příznaky dětské formy PTDS jsou podle ní spíše charakteru spánkových potíží, nočních můr, poruch soustředění a podrážděnosti. [36] Dále se mohou projevit potíže se separací, kdy dítě potřebuje být neustále v blízkosti

rodičů nebo zvýšená ustrašenost z věcí a lidí, na které dítě dříve nereagovalo. U dětí předškolního věku se trauma často projeví poruchami příjmu potravy, dítě buď jí nadměrně, nebo naopak stravu odmítá. V některých případech, zvláště pokud situace vyžaduje změnu prostředí, dochází u této věkové skupiny dětí k návratu k nižšímu stupni vývoje, opět se tak objevuje například noční pomočování, defekace nebo cucání palce. Děti jsou obecně náchylnější k psychosomatickým potížím jako je bolest hlavy břicha, nebo bušení srdce. Je proto třeba, aby jim byla věnována dostatečná pozornost nejbližších dospělých – rodičů nebo učitelů. [9]

Traumatizované děti se mohou stát pasivnějšími nebo naopak agresivnějšími a náročnějšími. Tento fakt je může dovést až do stavu sociální izolace, kdy kvůli svému problémovému chování přichází o vztahy s vrstevníky. U starších školních dětí může náročnost situace přerůst v depresi a suicidální myšlenky. [9]

1.4.4 F43.2 Poruchy přizpůsobení

Jedná se o stavy psychické či emoční nerovnováhy, které změny sociální interakce postiženého jedince (například přijde-li daná osoba při traumatické události o blízkou osobu, nebo musí-li se v důsledku mimořádné události přestěhovat). Mezi projevy patří úzkost, deprese, pocity neschopnosti zvládnout situaci či plánovat budoucnost až po neschopnost zvládat každodenní činnosti. Může dojít ke krátké nebo dlouhodobé depresivní reakci, poruše emocí a chování. [1], [35]

1.4.5 F44.0 Disociativní (konverzní) poruchy

Pro tuto skupinu diagnóz je podle [35] typická porucha interakce mezi vzpomínkami, vnímáním současného a vůlí ovládanými pohyby. Všechny typy těchto poruch mají sklon se po určitém časovém úseku v řádu týdnů až měsíců opakovat. Mají psychogenní původ, lékařská vyšetření při nich neprokáží přítomnost interní ani neurologické poruchy. Příznaky se tedy vyvíjí v těsné souvislosti s působením

stresoru a objeví se často náhle. Je třeba vždy myslet na riziko vzniku vážné tělesné či duševní choroby.

1.4.6 F44.0 Disociativní amnézie

Částečná (vzácněji i celková) ztráta paměti nejčastěji na období traumatické události, která nesouvisí s organickým postižením mozku. V některých případech se paměť po nějaké době vrátí nebo lze vzpomínky obnovit pomocí hypnózy.

1.4.7 F44.2 Disociativní stupor

Částečná nebo úplná neschopnost volního pohybu a reakce na zevní stimuly, která přímo souvisí s prožitím stresové situace a není zjištěno organické poškození mozku. Většinou se objeví náhle a samovolně také rychle odezní. [1]

1.4.8 F62.0 Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti

V tuto diagnózu může vyústit výše popisovaná posttraumatická stresová porucha. K tomuto vážnému a nezvratnému psychickému onemocnění dochází po dlouhodobém vystavení extrémnímu stresu. Trvání extrémní zátěže delší než dva roky, zapříčiní ireverzibilní změnu osobnosti jedince. Mezi typické projevy se řadí sociální izolace, nepřátelství a nedůvěra k okolí, očekávání nebezpečí, deprese, pocit přetrvávání stresoru. [1] MKN člení změny osobnosti po:

- zkušenostech z koncentračního tábora
- pohromách
- protrahovaném působení
 - zajetí s hrozící možností býti zabit
 - vystavení situaci ohrožující život, oběti terorismu

– mučení [35]

1.4.9 Z73.0 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je někdy i v české literatuře uváděn pod originálním anglickým názvem „Burnout syndrom“ a byl poprvé popsán v druhé polovině 20. století u hospicových sester. [18] Tuto diagnózu specifickou pro pomáhající profese výstižně definuje Jankovský: „Syndrom vyhoření představuje celý soubor příznaků projevu-jících se zpravidla u tzv. angažovaných „pomahačů“ ztrátou elánu, radosti ze života a především energie a nadšení potřebných při výkonu profese. Člověk je frustrován, reaguje podrážděností, nedůvěřivostí, depresivitou, apatií, cynismem a celkovým vyčerpáním.“ [7]

Vznik syndromu vyhoření může způsobit dlouhodobá zátěž tělesná, duševní a v neposlední řadě emocionální vypětí, kterému jsou příslušníci záchranných složek často vystavováni. Ve stejných aspektech pak můžeme pozorovat i projevy tohoto onemocnění. Po fyzické stránce jde o chronickou únavu až vyčerpanost, nespavost, bolesti hlavy, zad či potíže s trávením, psychika je laděna negativisticky a to jak směrem k okolí, tak i k sobě samému a po stránce emocionální lze pozorovat jistou labilitu, podrážděnost, pocit beznaděje a bezvýchodné situace. [7] Hoskovcová doplňuje hlavní příznaky o pocit odcizení práci, nechuť k dříve s nadšením vykonávaným činností a rezignaci. [18]

Léčba syndromu vyhoření je velmi zdlouhavá a složitá. Pro pracovníky pomáhajících profesí je proto důležité věnovat pozornost prevenci. Ta spočívá v kontinuálním rozvoji a vzdělávání se, snaze o dobré mezilidské vztahy nejen na pracovišti, udržování fyzické kondice a zdravého životního stylu a v neposlední řadě v analýze vlivů práce na osobnost, očekávání či cíle a jejich případné změny. [3]

K vybraným diagnózám, jež jsou úzce spojené s prožitím a vypořádáním se s MU z pohledu psychologie, je zajisté třeba přičíst mnoho závažných somatických onemocnění vzniklých ve vazbě na psychickou zátěž. Jejich výčet by se dostal nad

rámec této práce, ovšem zahrnoval by různorodou škálu onemocnění od jednotlivých příznaků po závažné choroby s fatálním koncem, a proto nelze význam psychosomatických onemocnění opomenout. Jak poukazuje Levine, dnešní věda a medicína má mnoho důkazů o hluboké provázanosti těla a psychiky, ale přesto se obvykle snaží léčit každou z těchto částí zvlášť. [6]

1.5 Přínosy traumatu (posttraumatický rozvoj)

Přes všechna psychická onemocnění a následky, jež velmi často dopadají na oběti mimořádných událostí, je potřeba dodat, že traumatická zkušenost nemusí mít na lidskou psychiku pouze negativní důsledky. Jak si všimají Kohoutek a Čermák: „Oběti katastrof mívají například pocit, že se naučily zvládat krize efektivně, někteří lidé dokonce považovali za štěstí, že výzvu v podobě přírodní katastrofy potkali. Často uvádějí, že si uvědomili důležité hodnoty nebo že změnili svůj hodnotový systém (materiální vs. duchovní hodnoty, postoj k rodině, majetku, bohu), že došli prohloubení nebo nalezení smyslu (zamyšlení se nad smyslem života, odpovědností za jeho naplňování, pomíjivostí, tradičními hodnotami atd.). Mnoho lidí dokazuje, že trauma může být katalyzátorem změny ke zdravějšímu způsobu života, uspořádání dříve dezorganizovaného života a změny hodnotové orientace, případně vyšší empatie, nadhledu apod.“ [10] Toto příznivé působení traumatu se označuje jako posttraumatický rozvoj. K jeho přínosům patří i vyvstávání témat a otázek, jež by bez traumatické události nebyly řešeny – hodnocení vlastní připravenosti na podobné situace, přijetí preventivních opatření, otázky solidarity a pomoci. [10]

Mareš se zabývá posttraumatickým rozvojem detailněji a uvádí definici: „významná pozitivní změna v jedincově kognitivním a emočním životě, která může mít i své vnější projevy ve změně jedincova chování, při níž se jedinec dostává nad svou dosavadní úroveň adaptace, psychologického fungování a chápání života.“ [25] A doplňuje, že výsledek tohoto rozvoje se může dostavit v řádu měsíců nebo i desetiletí. Připouští ale také, že posttraumatický rozvoj neznamená jen pozitivní obrat bez

stresu a bolesti, ale může existovat zároveň se stresem, jenž byl vyvolán traumatem. Z toho vyplývá, že tento rozvoj není následkem samotné události, ale snahy dotyčné oběti vyrovnat se s ní a žít dál. Trauma samo tedy v souvislosti s posttraumatickým rozvojem není příznivé ani vítané, pouze určité dobro, které z něho nakonec pramení, je považováno za pozitivní.

Z demografického hlediska je zajímavý fakt, že se posttraumatický rozvoj vyskytuje výrazněji u žen, než u mužů a z hlediska věku častěji u mladších lidí. Oproti tomu rodinný stav ani socioekonomický status patrně na posttraumatický rozvoj nemají vliv. [25]

1.6 Psychologická pomoc

Profesionálními psychology poskytované služby jako krizová intervence, psychologické poradenství, nebo psychoterapie, jejichž součástí je naslouchání, možnost vyjádřit emoce a zklidnění. K dosažení těchto výsledků využívají škálu metod a technik, z nichž jsem se pokusila vybrat takové, které se mohou použít nebo používají v souvislosti s následky MU.

1.6.1 Časná psychologická pomoc

Mnoho autorů zabývajících se psychologií katastrof a krizovou intervencí [1], [10], [13] se shoduje na faktu, že reakce na mimořádnou událost je proces, který probíhá ve fázích. Existuje mnoho teorií a pojmenování různých fází. Shoda panuje i v názoru, že terapeutickou intervencí je třeba přizpůsobit tomuto fázování, [1], [10] je ale třeba vzít v úvahu, že reakce na stres je individuální proces a nelze tedy očekávat, že jednotlivé fáze budou probíhat u všech jedinců ve stejném pořadí a budou mít podobný časový průběh. [10]

Pokud bychom měli fázovat průběh reakce na neštěstí podle obecných časových limitů, jimiž se řídí psychosociální pomoc, považovali bychom za akutní fázi prvních 48 hodin po události, střednědobou během několika dalších týdnů a dlouhodobou

v horizontu od šesti týdnů v řádu dalších měsíců až let podle potřeby událostí zasažených osob. [3]

Tématem časně psychologické intervence se zabývá Everly. Uvádí, že časná psychologická intervence má význam, protože období těsně po neštěstích zanechává u nezanedbatelného množství osob psychické následky, což vyžaduje následnou psychologickou podporu. Klade důraz na kontinuitu poskytování psychologické péče, v níž je časná psychologická pomoc jen jedním článkem. Tato kontinuita by měla sahát od krizového plánování a příprav přes bezprostřední pomoc po události jako je první psychická pomoc a krizová intervence, které mají zvýšit odolnost, až po vyhodnocení intervence. Zároveň nedoporučuje jednorázové intervence pro absenci podpůrného systému sledování a návazné péče. [27]

Argumentu o významu časně psychologické intervence kontruje Watsonová, když upozorňuje, že: „řada systematických přehledů časně intervence pro traumatem zasažené osoby dochází k závěru, že existují jen velmi omezené důkazy pro jakoukoli psychologickou intervenci během prvního měsíce po jakékoli traumatické události. [30]

Časnou psychologickou intervencí u dětí se zabývá...V kapitole věnované důležitosti časně péče popisuje, že: současné zdroje o dospělé populaci a několik stávajících prospektivních studií u dětí ukazuje, že během prvního roku po události lze očekávat prudký pokles incidence PTSD. Ovšem u významné část dětí, u kterých byla PTSD jako následek traumatu původně přítomná, je velmi pravděpodobné, že symptomy PTSD budou pokračovat po dlouhou dobu, pokud se jim nedostane léčby. Je tedy třeba udržet rovnováhu mezi potřebou zajistit včasný zásah, aby se zabránilo rozvoji emočních a behaviorálních problémů po traumatu, a potřebou vyhnout se léčení mladých lidí, kteří léčbu nepotřebují a uzdravili by se sami. [24]

1.6.2 Critical Incident Stress Management

Komplexní vícesložkový systém krizové intervence. Je považován za komplexní, protože se skládá z několika složek krizové intervence, které funkčně pokrývají celé časové spektrum krize. Intervence CISM sahají od předkrizové fáze přes akutní fázi až do post krizové fáze. Dále je CISM považován za komplexní díky tomu, že se skládá ze zásahů, které mohou být použity pro jednotlivce, malé funkční skupiny, velké skupiny, rodiny, organizace a dokonce i u komunit. [31]

V CISM jsou školeni jednak odborníci na duševní zdraví jako jsou psychologové, psychiatři, lékaři neb duchovní, jednak takzvaní „peři“ což jsou vyškolení kolegové. Obě tyto skupiny procházejí speciálním tréninkem, mají průběžný výcvik a jsou pořádána pravidelná setkání členů týmů. „Hlavním cílem CISM skupin je pomáhat lidem, kteří prožívají negativní následky stresu poté, co byli vystaveni kritické události, a připravit pracovníky integrovaného záchranného systému, aby dokázali zacházet se stresem, který se vztahuje k jejich profesi.“ [32]

1.6.3 Psychologický defusing a debriefing

Psychologické metody založené na strukturovaném skupinovém rozhovoru. Nejedná se o psychoterapii, jen sdílení zážitků. Diskutabilní postupy krizové intervence, které mají postiženým dát možnost ventilovat prožitky, začlenit je a sdílet strategie vyrovnání se se zátěžovou situací. Měly by sloužit k ošetření a uzavření zážitků tak, aby v budoucnu neobtěžovaly. Používají se bezprostředně po neštěstí a musí být vedeny speciálně vyškolenými profesionály. Podle odpůrců však mohou přispět k zesílení pozdějších dopadů traumatu, pokud je užíván v příliš brzké fázi reakce na neštěstí. Vymětal proto upozorňuje, že se jedná o metody: „vhodné výhradně u homogenních skupin profesionálů, kteří se společně účastnili určité akce.“ Jsou tedy častěji používány u profesionálních záchranářů. [3], [10] Baštecká dodává, že tyto metody vznikaly v 80. letech 20. století zejména pro oběti katastrof: „Druhým zdrojem vytvoření technik byla obava o výkonnost a duševní pohodu záchranářů. Mnozí

z nich se po několika letech služby stali oběťmi alkoholové či drogové závislosti.“ [14]

Debriefing (z angl. *debrief* podat hlášení). Jde obvykle o formu skupinového sezení, které by mělo probíhat až v určitém časovém odstupu od neštěstí – uvádí se dva dny, ale pozitivní výsledky může debriefing zaznamenat i s odstupem několika měsíců i let. Jak již bylo popsáno výše, jde o metodu zvládnání posttraumatického stresu na základě sdílení zážitků a pocitů. Účastníci by měli být spojeni i bližším vztahem, než společným sdílením neštěstí. [18] Bydžovský doplňuje, že je vhodné debriefing naplánovat 1-3 dny po krizové situaci, zajistit klidné, neformální prostředí a dostatek času. Vhodné je přizvat poradce, psychologa nebo zkušený tým sociálních pracovníků. Nedělat přestávky a nikoho nekritizovat. [22]

Defusing (z angl. *defuse* zbavit situaci výbušnosti). Vodáčková jej označuje za „nezbytnou součást pracovního postupu záchranářů“, která slouží k vytvoření podporující atmosféry, při které členové týmu společně podporují ty, pro které byl zásah nejnáročnější. [18] Baštecká uvádí, že není nutné, aby byl defusing veden psychologem, často probíhá spontánně. Členové týmu by měli zažít přijetí ostatními, společný humor a společnou péči o ty z nich, kteří při zásahu „dostali nejvíc zabrat.“ [14]

1.6.4 EMDR

(Eye Movement Desensitization and Reprocessing) jedná se o psychoterapeutickou metodu vyvinutou v 80. letech 20. století k odstranění symptomů vyplývajících z nevyřešených traumatizujících životních událostí. Zakládá se na teorii, že při těžké traumatizaci jedním zahlcujícím zážitkem nebo opakovaným stresem nedochází k přirozenému zpracování traumatizujícího zážitku vlivem přetížení. Tento nezpracovaný traumatický zážitek je uložen, zablokovan v neurofyziologickém systému a může vést ke vzniku symptomů. „EMDR je terapeutická metoda určená k urychlení zpracování traumatických zážitků, která využívá střídavého zaměření pozornosti na traumatický materiál a na bezpečí přítomného okamžiku.“ [38]

1.6.5 Kognitivní přístup

Cíle terapie jsou snížení fragmentárnosti zážitků a vzpomínek, upravit mylná hodnocení události a symptomů PTSD, redukovat dysfunkční strategie zvládání (kognitivní a behaviorální vyhýbavost), důležitým prostředkem je rozhovor, případně skupinová práce. [10]

1.6.6 Arteterapie, muzikoterapie, pohybová terapie, terapie za pomoci zvířat

Metody častěji a s větším efektem využitelné u dětí. Pomáhají jim dosáhnout klidu, uvolnění a lepšího soustředění. Malování a pohybové aktivity jsou pak nepřijatelnějším způsobem vyjádření pocitů a emocí nebo možností vybití nahromaděné negativní energie a získání kontroly nad pocity hrůzy a zmatku. [18], [9]

1.7 Psychosociální pomoc

V české i zahraniční terminologii existují pro tentýž postup termíny „psychosociální pomoc“, „psychosociální krizová pomoc“, „krizová asistence“, „psychosociální podpora“ nebo „psychosociální péče“. Význam je však stejný a spočívá ve: „zjišťování a naplňování specifických psychosociálních potřeb lidí, které u nich vznikly v souvislosti s mimořádnou událostí.“ [3]

Hoskovcová zdůrazňuje, že u psychosociální intervence jde ruku v ruce změna psychiky jednotlivce a sociální skupiny, která jej obklopuje. K tomuto účelu je vhodné využití vrstevníků, tzv. peer programů, pro ovlivnění postojů celých skupin. Prostřednictvím ovlivnění psychiky určitého okruhu lidí lze docílit pozitivní změny u jednotlivců, ale i naopak, silnější jedinci mohou příznivě ovlivnit celou skupinu lidí. [18]

V psychologické pomoci osobám zasaženým MU je trendem současnosti respektování faktu, že většina lidí je schopna se s neštěstím vypořádat sama ve svém

přirozeném sociálním prostředí a příliš unáhlená diagnóza by mohla spíše uškodit. Tento názor podtrhuje Hoskovcová radou určenou zejména odborníkům, a sice že je třeba „odložit bílý plášť“ a zabývat se událostmi prakticky a konkrétně. [18] Tento přístup podporují i standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce, které považují za východisko úvah o pomoci pojetí odolnosti (=lidé zvládají), nikoli pojetí zranitelnosti (=lidé jsou oběťmi) a současně pokládají za základ antropologii, která praví, že: „Člověk si obvykle dokáže pomoci sám, zvláště, pokud ho ostatní podpoří.“

Přesto není pochyb o tom, že je erudovaná psychologická pomoc již v raném stadiu vyrovnávání se s neštěstím potřebná. Aby byla také efektivní, je zapotřebí jak znalost různých potřeb postižených lidí a schopnost včas a kompetentně na ně reagovat, tak také určitý cit pro vhodné načasování a formu nabídky takové pomoci. [3], [13], [10] Hoskovcová zahrnuje mezi důležité předpoklady úspěšné intervence dobrou připravenost realizátora, aktivitu účastníků, komplexnost, návaznost v podobě například kontaktu na další odborná zařízení, která by mohla péči doplnit nebo podpořit a po ukončení intervence ověření jejího účinku. [18]

Prvním místem poskytování psychosociální péče je místo řešení následků mimořádné události, kam můžeme, kromě samotného místa neštěstí zařadit nemocnice, evakuační tábory nebo místa, kde jsou shromážděni přeživší. Tato roztržitost a nekoordinovanost poskytování psychosociální pomoci, jež nejednou vyústila ve špatné zkušenosti, vede k tendenci o sjednocení této péče do jednoho místa, centra psychosociální pomoci, jež bude shromažďovat a poskytovat informace a jednotně poskytovat psychosociální pomoc všem osobám stíženým neštěstím po potřebně dlouhou dobu. [3]

De Wolfe v překladu Bohumily Baštecké shrnuje osvědčené obecné zásady pro poskytování psychosociální pomoci, jejichž platnost byla ověřena mnohými zkušenostmi.

- Každého, kdo katastrofu prožije, se tato událost dotkne.
- Většina lidí se vzchopí a v průběhu katastrofy i po ní účelně funguje, ale jejich

výkonnost se zmenší.

- Postkatastrofické projevy a projevy zármutku jsou normálními reakcemi na nenormální situaci, oběti považují za vysoce užitečné letáky a informace o normálních reakcích na katastrofickou zátěž.
- Většina lidí, kteří přežili katastrofu, se nedomnívá, že by potřebovali psychosociální pomoc, a psychosociální služby nevyhledá.
- Oběti mohou po katastrofě odmítat jakoukoli pomoc.
- Přeživší často snesou pojmy jako „pomoc se zajištěním a zařizováním věcí“ a „rozhovor o postkatastrofickém stresu“, kdežto o službách, označených jako „psychologické poradenství“ a „psychiatrické služby“ se domnívají, že jsou určeny pro někoho jiného.
- Oběti vítají opravdový zájem, naslouchající ucho a pomoc při okamžitém řešení problémů. [12]

Tento výčet ještě doplňuje Hoskovcovou uváděný soubor zásad shrnutý do mnemotechnické pomůcky ve formě anglického slova IMPRESS (=učinit dojem). Podle ní by měla být psychosociální pomoc poskytována:

IM mediacy	bezprostředně, co nejdříve po události
PR oximity	blízko místu zásahu
Ex pectancy	pracovníky s očekávanou způsobilostí
Sec urity	bezpečně, na bezpečném místě a s garancí mlčenlivosti
Sim plicity	jednoduše [18]

V neposlední řadě je třeba připomenout téma nepsychologické, které je však mnohdy pro psychosociální pomoc určující, a sice ekonomické důvody a důsledky této péče. Jak vyplývá z předešlého textu, jde o prevenci mnoha tělesných, ale především duševních onemocnění, která se, jak je obecně známo, ve srovnání s léčbou vyplatí. Zároveň jde také o formu podpory jak záchranných a likvidačních prací, tak i znovuoobnovení a návratu původní rovnováhy jednotlivců, komunity, obce či oblasti. [3]

1.8 Strategie psychosociální pomoci

Určujícím směrem a cílem pro jakoukoli psychologickou pomoc je co nejrychlejší zjištění aktuálních potřeb lidí zasažených MU a pokud možno jejich saturace. Vymětal uvádí, že potřeby obětí neštěstí jsou stupňovány podle Maslowovy pyramidy hierarchického uspořádání potřeb, kdy nejdříve musí být uspokojeny základní potřeby, aby přišly na řadu vyšší. [3] V počáteční fázi řešení následků neštěstí jde o základní potřeby jako je ošetření, bezpečí, strava, pití, hygiena, léky nebo oblečení a s postupným odstupem se přidává potřeba klidného a bezpečného prostředí s alespoň minimálním soukromím a potřeba kontaktu s okolím. [3]

Kohoutek a Čermák přináší několik výzkumů, z nichž vyplývá, že pro většinu zasažených je důležité, aby s ohledem na psychologické aspekty byly koncipovány i ostatní formy pomoci. [10] Otázkou však zůstává, kolik prostoru může zůstat na psychologii při počáteční organizaci záchranných a likvidačních prací.

Větší možnosti má psychosociální pomoc následně po odeznění akutního nebezpečí. Pak je možné začít více uplatňovat její formy a strategie.

1.8.1 Informovanost

Více autorů se shoduje na názoru, že informace jsou důležitou formou první psychosociální pomoci. Kohoutek a Čermák je označují za nezbytnou podmínku orientace, jež redukuje nejistotu a pocity bezmocnosti zasažených a mohou tím pomoci předcházet vzniku traumatu a dlouhodobých následků. [10] Nejde přitom pouze o informace související s mimořádnou událostí a jejím vývojem, ale také o tom, že cítit strach či smutek je normální reakcí na vzniklou situaci a o možnostech a metodách zvládnání potíží. [18]

1.8.2 Sociální podpora

Ať už chápeme sociální podporu jako neformální kontakt s blízkou osobou nebo okolím či pomoc od odborníka v rámci krizové intervence, patří sociální podpora mezi významný prediktor dopadu události na psychiku jedince. Je proto vhodné posilovat již existující vazby v rámci komunity a podporovat vzájemnou pomoc, která je díky velmi podobným prožitkům a zkušenostem mnohdy rovnocennějším vztahem, než v případě oběti a psychologa. Hoskovcová dokonce označuje svépomocné skupiny za nejrychleji se rozvíjející formu pomoci ve světě. Důvodem je oboustranná prospěšnost takové pomoci, protože fakt, že člověk je schopen kromě přijímání pomoci i poskytnout, ho zbavuje pocitů bezmoci a závislosti a je tak zdrojem naděje a síly ke zvládnutí složité situace. Další nespornou výhodou svépomocných skupin je finanční nenáročnost, při které se ale dostane pomoci poměrně velkému množství lidí. [18]

1.8.3 Terénní krizová intervence a telefonická krizová intervence

Cíle obou těchto metod jsou stejné, jde o mobilizaci fyzických a psychických sil k hledání východiska ze složité životní situace, stabilizaci psychiky postiženého, poskytnutí podpory a pocitu bezpečí a tím zabránění zhoršení krizového stavu. [18]

Obecně zahrnuje krizová intervence zpravidla 4 intervenční aktivity:

- **Desenzibilizace** snižuje přecitlivělost klienta na těžkosti, které zažil. Pracuje se jeho úzkostí, napětím nebo vyhybavým chováním.
- **Narace** neboli vyprávění. Při něm zasažená osoba spojuje fragmenty události do celku, hledá sama sebe, ujasňuje si co se vlastně stalo, což jí pomáhá v zotavování se.
- **Navození pocitu bezpečí a jistoty**, zapojení do sítě účinných mezilidských vztahů, které mu poskytnou potřebnou sociální podporu.
- **Rekonstruování pohledu na svět**. Nové uspořádání života, hledání smyslu života.

Rozdílnost spočívá v odlišnosti kontaktu při osobním setkání a telefonickém hovoru. V případě telefonického rozhovoru se může anonymita, bezbariérovost a vzdálenost jevit výhodnější, než komunikace tváří v tvář, protože usnadňuje vyjadřování a poskytuje pocit bezpečí. Česká republika má v provozování telefonních linek zaměřených na pomoc v krizi poměrně dlouhou tradici. První linka důvěry vznikla v roce 1964 na pražské psychiatrické klinice a její provoz byl tehdejšímu Československu vázán na zdravotnictví. [18]

1.9 Systém poskytování psychologické pomoci v ČR

Společným jmenovatelem všech poskytovatelů psychosociální pomoci je zajisté snaha o aktivaci osob postižených neštěstím a podpora jejich samostatnosti v řešení

problémů menšího či většího významu. To posiluje sebedůvěru a schopnost vhodně reagovat a plánovat každodenní situace, což je pro prvotní fázi řešení následků neštěstí velmi důležité. Zároveň je tak zkracována doba, po kterou bude zasažený psychosociální intervenci potřebovat.

Následující kapitola si klade za cíl zmapování systému poskytování psychologické péče osobám zasaženým MU v České republice. V zásadě lze pro přehlednost rozdělit poskytovatele této péče mezi státní instituce a neziskové organizace.

Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce

Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce byly vydány v prosinci 2010 Pracovní skupinou pro vytváření a ověřování standardů psychosociální krizové pomoci a spolupráce při Generálním ředitelství HZS ČR vedenou Bohumilou Baštecovou. Jejich vznik byl a je odbornou veřejností přijímán velmi pozitivně jako nastavení úrovně poskytování psychosociální péče a jejich tvorba jako možnost mezioborové spolupráce. [39], [48] „Standardy nejsou určeny pouze pro záchranné složky, ale měly by oslovit i širokou veřejnost. Vysvětlují, jaké jsou formy psychosociální krizové pomoci a spolupráce, jak poskytnout pomoc bezprostředně po události, jak zjistit, co člověk v určitých situacích potřebuje, jak s ním komunikovat apod.“ upozorňuje Cikhartová. [26]

1.9.1 Psychologická služba v rámci Policie ČR

Z hlavních složek IZS se psychologická pomoc začala řešit nejdříve v rámci Policie ČR. Síť psychologických pracovišť se po dobu několika posledních desítek let utvořila a byla využívána pro účely posuzování osobnostní způsobilosti uchazečů o přijetí do služebního poměru a vhodnosti uchazečů na vedoucí pozice, poskytování preventivních psychologických služeb policistům, sociálně psychologický servis nebo spolupráci při řešení mimořádných situací vyžadujících psychologickou intervenci. Neexistoval však legislativně upravený propracovaný systém.

V roce 1999 se na základě mezinárodního programu Phare začal teoreticky budovat systém posttraumatické intervenční péče a po seznámení se s více systémy v evropských zemích byl za vzor zvolen systém uplatňovaný v Sasku. Od roku 2001 byl teoretický model postupně uváděn do praxe. Je upraven právní normou a sice Závazným pokynem policejního prezidenta číslo 129 ze dne 14.11.2001. O téměř rok později, v říjnu 2002 byla ve spolupráci s Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví dohodnuta spolupráce s církví při poskytování posttraumatické intervenční péče.

V rámci Policie ČR funguje 9 týmů posttraumatické intervenční péče, které působí v jednotlivých krajích a na policejním prezidiu. Jejich služby jsou určeny zejména spádovým policistům, případně jejich blízkým. Každý z týmů je řízen koordinátorem, jehož jmenuje policejní prezident. Ostatní členové týmů jsou pak jmenováni příslušným ředitelem správy kraje. Doposud bylo proškoleno celkem 109 interventů, mezi nimiž jsou policisté, policejní psychologové a duchovní speciálně školeni a odborně připravováni na poskytování posttraumatické péče. [18], [46]

Vymětal zdůrazňuje, že důležitým předpokladem pro vstup do intervenčního týmu je vlastní zájem o působení v této oblasti. Příprava spočívá v absolvování výcviku v „Critical Incident Stress Management“ (CISM), což je: „systémový, široce pojatý a multifaktoriální přístup ke zmírnění následků stresu. Proces orientovaný na prevenci, který má povahu diskuze, podpory, strukturovaného setkání a vzdělávání (informování) ohledně stresu.“ Součástí jsou rovněž peer programy, debriefing, defusing a další následné služby. [18] Rozsah CISM je 40 hodin a na něj pak navazuje další vzdělávání a výměna zkušeností probíhající ve formě pravidelných setkání koordinátorů (4x ročně), seminářů jednotlivých týmů (1x ročně) a každoročním celostátním semináři všech interventů. [46]

Členové intervenčních týmů se prokazují speciálním průkazem a osobám, jimž poskytují pomoc je zaručena diskrétnost, zjištěné informace je možné předávat dalším osobám jen v případě jejich souhlasu. Péče je bezplatná, obvykle krátkodobá a jednorázová.

Otevřená anonymní linka pomoci v krizi

Souběžně se systémem posttraumatické intervenční péče byla od 14.11.2002 uvedena do provozu nepřetržitě fungující linka důvěry zřízená pro příslušníky Policie ČR a o rok později rozšířena také na příslušníky Hasičského záchranného sboru ČR a jejich blízké osoby. Její provoz je upraven Rozkazem policejního prezidenta číslo 162/24.11.2002. Linku mohou rovněž využívat občanští zaměstnanci Ministerstva vnitra ČR a od prosince roku 2011 byl okruh jejich možných uživatelů rozšířen o zaměstnance a příslušníky Armády ČR a Ministerstva obrany ČR. Linka není bezplatná a poskytuje i možnost volání přes Skype nebo písemnou formou prostřednictvím e-mailu, jehož zodpovězení slibuje do 72 hodin. Linka doplňuje další psychologické služby poskytované Policií ČR.

1.9.2 Psychologická služba Hasičského záchranného sboru ČR

Systém posttraumatické intervenční péče v rámci Hasičského záchranného sboru ČR byl v podstatě přenesen v rámci resortu Ministerstva vnitra od funkčního policejního vzoru. V praxi se zde uplatňuje od roku 2003. V principu je totožný s policejním systémem – v každém kraji je z příslušníků nebo zaměstnanců, kteří mají zájem o pomoc lidem nad rámec svých pracovních povinností, sestaven tým posttraumatické péče vedený koordinátorem. Prochází výcvikem v Critical Incident Stress Management i další odbornou přípravou. V současné době působí u Hasičského záchranného sboru ČR 206 členů týmů posttraumatické péče. [40]

Hasičský záchranný sbor je zákonem o IZS pověřen koordinací humanitární pomoci. Při řešení mimořádných událostí má Psychologická služba Hasičského záchranného sboru ambici vytvořit systém neodkladné psychologické pomoci v daném regionu, jehož koordinátorem by měl být místně příslušný psycholog HZS. Ten by měl mít přehled o odbornících, které by v případě potřeby bylo možné povolat na pomoc, a rovněž o možnostech místních nestátních neziskových organizací, které mají k dispozici školené a zkušené pracovníky schopné poskytnout primární, ale i násled-

nou psychologickou a duchovní pomoc. Tyto organizace jsou na základě uzavření dohody o poskytnutí plánované pomoci na vyžádání zařazeny mezi ostatní složky IZS a HZS registruje síly a prostředky těchto složek a způsob vyrozumění v případě potřeby. [46]

1.9.3 Systém psychosociální intervenční služby

V březnu 2012 vstoupil v platnost zákon 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, podle něhož tvoří zařízení zdravotnické záchranné služby vždy mimo jiné také pracoviště krizové připravenosti, které je, kromě dalšího, určeno pro koordinaci: „psychosociálních intervenčních služeb pro zaměstnance poskytovatele zdravotnické záchranné služby a další zdravotnické pracovníky v případě mimořádné události nebo krizové situace při provádění záchranných a likvidačních prací.“ [41] Záchranným službám tak byla legislativou uložena povinnost poskytování psychosociální pomoci zdravotníkům zasaženým mimořádnou událostí, a to jak z řad vlastních zaměstnanců, tedy zdravotníků zajišťujících přednemocniční péči, tak v případě potřeby i zaměstnancům nemocnic, bez ohledu na oddělení, na kterém pracují.

Na základě této povinnosti dostal nový rozměr Systém psychosociální intervenční služby označovaný zkratkou SPIS, který se vyvíjel formou přípravných studií, výzkumů a analýz již od roku 2005 a od roku 2010 začal fungovat jako pilotní projekt. Původně byla činnost SPIS koordinována a zajišťována Ministerstvem zdravotnictví, od 2. března 2012 pak přešla pod AZZS s odbornou garancí ze strany Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP. [44] Tato služba je provozována a administrována Koordinačním střediskem Medicíny katastrof Fakultní nemocnice Brno.

„Tato služba funguje na bázi peerů, čili kolegů dobrovolníků, kteří poskytují psychosociální pomoc potřebným zdravotníkům. Je založen především na kolegiální pomoci a podpoře, ale pokud je to třeba působí i směrem k občanům.“ (konzultace se Š. Vymětalem) SPIS je odborně zaštiťován dvěma guaranty systému - psychology,

kteří odpovídají za funkčnost systému, absolvovali výcvik v metodách CISM a mají alespoň 5-ti letou zkušenost s poskytováním psychologické péče v resortu zdravotnictví. Dále pak jsou v hierarchii systému zařazeni odborní garanti, rovněž vzděláním psychologové, jež dozorují činnost krajských koordinátorů. I u odborných garantů platí požadavek na absolvování výcviku v metodách CISM a alespoň 5-ti letá zkušenost s poskytováním psychologické péče o zaměstnance ve zdravotnictví a alespoň 5 let trvající aktivní účast v preventivních programech v resortu zdravotnictví. Odborným garantům podléhají jednotliví krajské koordinátory [44] .

Psychologická prevence a intervence není na úrovni Zdravotnické záchranné služby bohužel poskytována tak systematicky jako u Policie ČR nebo Hasičského záchranného sboru. [18], [46] „U ZZS se tedy systém rodí, ale je důležité, že už i tam se uplatňuje.“ [48]

1.9.4 Psychologická služba Ministerstva vnitra

Ministerstvo vnitra provozuje dvě psychologická pracoviště, z nichž obě zasahují do psychologické pomoci obětem mimořádných událostí.

První z těchto pracovišť, psychologické pracoviště odboru bezpečnostní politiky, patří pod oddělení bezpečnostních hrozeb a krizového řízení. Zabývá se především plněním úkolů v poměrně nové oblasti psychologie mimořádných událostí a krizového řízení. Mezi tyto úkoly lze zahrnout vytváření koncepčních materiálů, metodických pomůcek a doporučení pro mimořádné události ve snaze implementovat nejnovější psychologické poznatky, příprava cvičení IZS, koordinace a podpora psychologů jednotlivých resortů, ale také přímá pomoc českým občanům v případě rozsáhlých MU v ČR i zahraničí.

V oblasti krizového řízení zastává toto pracoviště vzdělávací činnost, kdy šíří poznatky jak mezi pracoviště jednotlivých složek IZS, tak i dalším subjektům mimo resort, podílí se na vzniku nebo úpravě legislativy ošetřující tuto problematiku a v neposlední řadě participuje na mezinárodních projektech vytvářených v rámci Ev-

ropské unie, ale i s dalšími státy jako je Izrael nebo USA. Výměna zkušeností, účast na mezinárodních konferencích a tvorba expertní sítě národní, evropské i celosvětové spolupráce je důležitou součástí práce psychologů psychologického pracoviště odboru bezpečnostní politiky. Dále je zde potřeba zmínit odbornou spolupráci s dalšími tuzemskými institucemi jako Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo zahraničních věcí, Univerzita Karlova, ČSA a NZO.

Druhým pracovištěm Ministerstva vnitra, jež má v psychologické pomoci osobám postiženým MU rovněž svou úlohu, je psychologické pracoviště odboru personálního ustavené na oddělení vzdělávání, personálního rozvoje a psychologických služeb. Jak jeho název napovídá, úkolem je kromě personální psychologie také koordinace psychologických pracovišť bezpečnostních sborů a péče o zaměstnance, která zahrnuje provozování psychologického poradenství, psychoterapie a také anonymní linky pomoci v krizi určené pro zaměstnance Ministerstva vnitra. V souvislosti se zákonem č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů, se toto pracoviště stalo koordinačním a metodologickým centrem pro vedoucí psychology bezpečnostních sborů, což usnadňuje spolupráci bezpečnostních sborů v oblastech psychologických činností. [40]

Zjednodušeně by se tak dalo říci, že první ze dvou zde zmiňovaných psychologických pracovišť má v případě MU na starosti plánování a péči o civilní oběti, zatímco druhé vzdělávání a psychologickou péči o zaměstnance tohoto resortu.

Ministerstvo vnitra potažmo generální ředitelství HZS ČR převzalo úkoly ochrany obyvatelstva v roce 2000 a od té doby se postupně začaly zapojovat nestátní organizace pracující s dobrovolníky. Zákon č.198/2002 Sb., o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů jim pomáhá vytvářet příznivější prostředí pro dobrovolnické aktivity v ČR. Tímto zákonem se řídí organizace akreditované Ministerstvem vnitra v oblasti dobrovolnické služby a také samo Ministerstvo vnitra, které prostřednictvím oddělení preventivních programů a dobrovolnické služby vykonává činnosti uložené tímto zákonem. Mimo jiné zajišťuje činnost akreditační komise pro oblast dobrovolnické služby, poskytování dotací na dobrovolnickou službu nebo organizaci

různých forem vzdělávání pro dobrovolníky, dobrovolnické organizace a veřejnou správu. Cílem tohoto vzdělávání je zvýšit povědomí veřejné správy o možnostech nevládních neziskových organizací a určení koordinátorů, kteří zprostředkují požadavky a nabídky.

2 Cíle

2.1 Výzkumný problém

Současný stav a možné cesty vývoje poskytování psychologické pomoci při časně péči o osoby zasažené mimořádnými událostmi z pohledu psychologů složek IZS.

2.2 Cíle práce

Byly formulovány tři cíle práce, z nichž poslední dva jsou současně cíli výzkumu.

- Zmapování současných metod psychologické pomoci při časně péči o osoby zasažené mimořádnými událostmi v České republice a zahraničí
- Zmapování současného stavu a možného vývoje psychologické pomoci poskytované v souvislosti s mimořádnými událostmi z pohledu psychologů jednotlivých složek IZS.
- Zmapování potřeb, hodnot a strategií zvládnání u psychologů složek IZS ve vztahu k MU.

V zadání této diplomové práce byl původně vytyčen cíl:

- Zkoumání efektivity užívaných metod psychologického přístupu pomocí kvalitativního výzkumu

a v souvislosti s tímto cílem také hypotéza:

- Osoby traumatizované mimořádnou událostí shledávají včasnou psychologickou pomoc účinnou a efektivní

Při prvotním studiu problematiky a konzultaci s odborníky jsem však shledala, že tento cíl značně přesahuje rámec diplomové práce a rovněž jsem nenalezla vzorek respondentů z řad osob zasažených mimořádnou událostí nutný k výzkumu a následnému splnění cíle. Tento cíl byl proto nahrazen vhodnějšími.

Zároveň jsem při podrobnějším studiu metodiky kvalitativního výzkumu došla k poznání, že: „žádné hypotézy testovat kvalitativními metodami samozřejmě nelze.“ [20] A formulace hypotéz a jejich následné testování je cílem kvantitativního výzkumu. Terminologickým ekvivalentem v kvalitativním přístupu jsou výzkumné otázky, na něž výsledky výzkumu odpovídáme. Dalším krokem následujícím po vymezení cílů výzkumu tedy byla formulace výzkumných otázek.

2.3 Cíle výzkumu

- Zmapování současného stavu a možného vývoje psychologické pomoci poskytované v souvislosti s mimořádnými událostmi z pohledu psychologů jednotlivých složek IZS.
- Zmapování potřeb, hodnot a strategií zvládnání u psychologů složek IZS ve vztahu k MU.

2.4 Výzkumné otázky

1. Jaké nedostatky spatřují psychologové IZS v současném systému poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým IZS?
2. Které aspekty psychologické pomoci poskytované osobám zasaženým MU považují psychologové za dobře fungující?
3. Jaké možnosti budoucího vývoje vidí psychologové IZS v oblasti psychologické pomoci osobám zasaženým MU?

4. Čím jsou podle psychologů IZS další cíle a rozvoj psychologické pomoci osobám zasaženým MU limitovány?
5. Jaké hodnoty, potřeby a strategie zvládání a zdroje se u psychologů objevují v souvislosti se zasahováním při a po mimořádných událostech?
6. Jaké metody psychologické pomoci při časně péči o osoby zasažené MU používají oslovení psychologové IZS?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

K získání potřebných dat byla vybrána metoda dotazníkového šetření. Tato metoda se podle některých zdrojů nachází na pomezí kvalitativního a kvantitativního výzkumu [19], některé zdroje ji do kvalitativního výzkumu vůbec nezařazují. [20] Proto byla namísto často používané formy jednoznačných otázek s předepsanou škálou odpovědí dána přednost 16 otevřeným otázkám, které spíše poskytují kvalitativní údaje, přestože se tím zvýšilo riziko špatných odpovědí. [19] Konzistence otázek, které směřují ke zodpovězení výzkumných otázek a splnění cílů práce, je rozrušena pouze otázkou č. 1 směřovanou na délku praxe jednotlivých respondentů. Tato jediná otázka získává kvantitativní data, která doplňují informace získané odpovědí na následující otázku.

Při realizaci výzkumu byl ovšem částí respondentů, oslovené formou e-mailu nabídnut z důvodu časové úspory telefonát, během kterého by mohli odpovědět na stejné otázky. Tuto možnost nakonec využili 4 z 16 takto oslovených respondentů. Další 3 respondenti byli osloveni přímo telefonicky, neboť to byla jediná forma kontaktu, kterou se mi podařilo získat. Pořadí a znění telefonicky pokládaných otázek bylo fixováno, což neumožnilo žádné úpravy a změny. [20] Tomuto popisu Miovského odpovídá metoda strukturovaného interview. Konečná metoda kvalitativního výzkumu se tak v této práci dostává na pomezí dotazníkových metod a interview.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vybrán metodou účelového výběru, kdy jsou cíleně vyhledáváni respondenti, splňující určitá kritéria. [20] Za jedno z kritérií výběru v případě této práce lze považovat zaměstnanecký poměr u některé ze základních složek IZS, tedy HZS, PČR nebo ZZS, na pozici psycholog. Dalším nezbytným kritériem je

pak ochota účastnit se výzkumu. Na základě prvního z kritérií výběru výzkumného souboru bylo formou e-mailu se základními údaji: názvem a záměrem práce, mnou studovaném oboru a prosbou o pomoc s diplomovou prací, osloveno všech 16 psychologů HZS a jeden psycholog ZZS. E-mailové adresy byly dostupné na internetových stránkách HZS ČR. Na e-mail reagovalo 9 respondentů, z nichž se 7 nakonec zúčastnilo výzkumu. Získávání účastníků výzkumu z řad PČR bylo náročnější, protože kontakty ani informace o počtu psychologů nejsou volně dostupné na internetu jako je tomu v případě HZS. Pro výzkum byli získáni 3 respondenti z řad psychologů PČR. Kontakty na tyto respondenty byly získány v jednom případě na základě konzultace, v dalším od známého, zaměstnance PČR a v posledním případě přes spojovatelku MV. Výzkumný soubor respondentů tvoří psychologové hlavních složek IZS. Jejich počet je 11, z toho jsou 3 psychologové PČR, 7 psychologů HZS ČR a jeden psycholog ZZS.

3.3 Metodika sběru dat

Sběr dat potřebných k realizaci výzkumu byl proveden v období od 18.7. - 12.8.2013. Sestavila jsem dotazník obsahující 16 otevřených otázek za účelem získání kvalitativních informací. V případě 7 respondentů byly odpovědi na otázky získány pomocí telefonického rozhovoru, ve 4 z těchto 7 případů po předchozím oslovení a prosbě o spolupráci formou e-mailu. Další 3 respondenti poskytli odpovědi na otázky prostřednictvím e-mailu a jeden respondent dal přednost osobnímu setkání, kdy byly jeho odpovědi na otázky zaznamenány na diktafon.

4 Výsledky

Po dokončení sběru dat a pořízení téměř doslovných přepisů odpovědí nahrávaných do telefonu a na diktafon vznikl kompletní soubor odpovědí, který je součástí příloh práce. (viz přílohy) Z důvodu přílišné obsáhlosti se autorka rozhodla pro interpretaci podstatných částí odpovědí. Několik respondentů si nepřálo, aby bylo u odpovědí uvedeno jejich jméno, a tak se autorka rozhodla uvést všechny respondenty výzkumu anonymně.

4.1 Interpretace výsledků

Získaná data byla analyzována a interpretována v souvislosti s cíli práce a výzkumnými otázkami. Autorka se snažila interpretovat části odpovědí respondentů tak, aby byl zachován obsah sdělení, jaký byl v kontextu celých původních odpovědí a zároveň tak, aby naznačoval odpověď na vytyčené výzkumné otázky. Za účelem zachování smyslu a kontinuity některých odpovědí nebo jejich částí je autorkou na některých místech kurzívou dopsána např. část otázky, či téma, na které bylo odpovídáno. V případě výzkumné otázky č.5 se autorka pokusila definovat hodnoty, potřeby, strategie zvládání a zdroje, aniž by byly dotazovány, z odpovědi na otázku: Co je pro Vás při zásahu nejtěžší? [49]

Výzkumná otázka č. 1: Jaké nedostatky spatřují psychologové IZS v současném systému poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU?

Respondent č. 1

- v podmínkách pro vykonávání činnosti; vím, že ne ve všech krajích jsou vytvořeny podmínky, a to třeba ve smyslu, že psycholog a jeho tým nejsou informováni rychle o této potřebě, nemají k dispozici auto a podobně.

- někde s tím (*psychologickou pomocí v krizovém plánování*) ale nepočítají vůbec. Myslím si, že v tomhle směru je ještě co dohánět.

Respondent č. 2

- v osvětě. Práce psychologa s veliteli. Dělat jim přednášky, školení, mluvit o tom, připomínat to. S veliteli a na OS také, tam si myslím, že jsou ještě určité rezervy a možnosti. Operační středisko, když vysílá síly a prostředky, tak aby myslelo na to, že tahle pomoc by se měla také zabezpečovat a že ty organizace, které to umí máme k dispozici. Aby si na to vzpomněli, aby to věděli

Respondent č. 4

- částečně asi personální nedostatky, protože těch událostí je hodně, celá řada nemůžeme se dostat ke všemu, takže je to o tom dovzdělat co nejvíc dobrovolníků hasičů

Respondent č. 5

- nejasná terminologie, spíše nejednotná terminologie
- nedostatek vnitřních předpisů IZS upravujících spolupráci psychologů jednotlivých složek
- uvnitř HZS: Nedostatečné propojení práce psychologa a úseku prevence a civilní nouzové připravenosti

Respondent č. 7

- problém je, kterého psychologa se podaří dostat nejrychleji na místo události.
- nejsou placené pohotovosti s dojezdovými časy a každý psycholog má po pracovní době volno, ve kterém se věnuje svým zálibám a může cestovat podle libosti daleko

Respondent č. 8

- pokud není v kraji dostatečný pokryv, pokud ti lidé nejsou v dosahu, pokud tam není někdo nonstop, kdo u té události může být téměř ihned, tak je to nedostatek

Respondent č. 9

- myslím si, že by měla být větší provázanost mezi nestátními organizacemi jako třeba NNO, charitami a podobně a státním aparátem (tím myslím HZS a PČR); je třeba větší provázanost, informovanost a spolupráce, možná nějaké prostředí nebo důvod, aby se Ti lidé setkali, uspořádat například nějakou konferenci
- *(odpověď na otázku: Jaký je Váš názor na přípravu a nácvik poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU)* U policie si myslím, že ta situace není dobrá. Samozřejmě se tomu nějaká pozornost věnuje při základní odborné přípravě policistů, ale jen jako dílčí část té výuky a potom už na to není moc čas a není to nějaká zásadní priorita.
- supervize pro psychology u Policie neexistuje a myslím, že je to velký problém

Respondent č. 10

- tam se pořád zvažuje a pořád není dotažena supervize pro psychology. Konkrétně to, aby měli třeba nějaká setkání, aby pro ně byly nějaké kompenzační mechanismy. Protože od psychologa se vyžaduje aby odvedl perfektní práci, ale pak nejsou nástroje, které by mu pomohly ten stres, který on sám také zažívá, postupně zvládnout, nějak se ho zbavit.

Respondent č. 11

- největší problém spatřuji v tom, že na tuhle činnost není žádná vyhláška, žádný zákon, žádné nařízení ministerstva zdravotnictví, čili všechna ta zařízení která se k tomu zatím chystají, nebo to začala dělat, to dělají vlastně na své triko a za své finanční prostředky, což je velký rozdíl oproti tomu jak to mají třeba ostatní složky IZS; absence jakékoliv legislativy na povinnost nebo potřebu poskytování takovéhle služby
- využití psychologických služeb mimorezortně by mohlo být lepší

Výzkumná otázka č.2: Které aspekty psychologické pomoci poskytované osobám zasaženým MU považují psychologové za dobře fungující?**Respondent č. 1**

- proškolení příslušníků HZS i dalších složek IZS; ve směru vzdělávání jsme hodně pokročili a je i zájem od samotných hasičů
- psychologové HZS sami školí tato témata v kurzech nebo na našich odborných školách. Učíme to my, psychologové z terénu, a ne někdo, kdo učí jen teorii. Takže příprava příslušníků je hodně praktická.
- dobrá spolupráce mezi jednotlivými složkami IZS. U PČR roku 2010 vznikl intervenční tým a úzce spolupracujeme jak při zásazích, tak i při vzdělávání. Děláme společné supervize i školení, když dělám kurzy první psychické pomoci, tak při nich školím i policisty nebo i záchranáře, takže takhle si myslím, že máme tu spolupráci dobře nastavenou
- funguje spolupráce s NNO

Respondent č. 2

- funguje spolupráce s NNO, máme i uzavřené dohody

Respondent č. 3

- je snaha psychologické služby HZS, aby příprava byla dostatečná, důraz na přípravu je veliký. Takže si myslím, že v tomhle směru děláme docela hodně práce.
- s psychologickou službou je stále víc počítáno v krizovém plánování. Nicméně krizové plánování je oblast, která byla zejména v minulých letech dělána hodně od stolu a teď je větší snaha pracovníků víc to přiblížit realitě. Takže tam vidím pozitivní trend. Jednak v tom, že to je čím dál praktičtější a také v tom, že se do toho zahrnuje čím dál víc aspektů. Jednak psychologických, ale i právnické záležitosti, dokonce i v některých krajích se počítá i s nějakou duchovní pomocí po neštěstích
- většinou koordinace probíhá na velmi slušné úrovni. Myslím si, že v rámci Evropy jsme na tom velmi dobře, ve srovnání s mnoha jinými státy
- koordinátor psychosociální pomoci při velkých MU jako jsou povodně, bývá součástí krizových štábů, ať už kraje nebo krizového štábu HZS. Dál koordinuje pomoc ve spolupráci s NNO. Takže ten systém tak, jak je nastavený, zejména od roku 2010, kdy se velmi dobře uplatnil při povodních na liberecku, funguje dobře.

Respondent č. 4

- řada hasičů nebo i policistů, kteří jsou v terénu, nebo i lidí ze ZZS, už vědí sami, jak se mohou zachovat, když mluví s člověkem, který je ve stresu, nebo akutní stresové reakci, co pro něj můžou udělat. Že tedy to třeba není primárně jen o odborné pomoci nebo o medikaci, ale že se mohou cíleně snažit toho člověka zklidnit, stabilizovat rozhovorem nebo třeba jen tím, že projeví účast s tím, co se mu stalo.

Respondent č. 5

- máme propracovaný systém vzdělávání v poskytování první psychické pomoci, posttraumatické péče a CISMU. Prevenci, přípravě a vzdělávání věnujeme velkou pozornost
- v našem kraji je spolupráce (složek IZS při poskytování psychologické pomoci) na vynikající úrovni

Respondent č. 6

- spolupráce (psychologů složek IZS) funguje dle mého názoru v zásadě bez větších problémů, myslím i díky naší vzájemné osobní znalosti a snaze společně pomoci; víme o sobě, oslovujeme se a doplňujeme
- HZS má standardizované odborné přípravy zaměřené na teorii a na nácvik první psychické pomoci; domnívám se, že je přípravě věnována dostatečná pozornost a zájem o účast je poměrně veliký.
- mohu mluvit pouze za HZS našeho kraje, ale domnívám se, že s kolegy z krizového plánování v této oblasti spolupracujeme a psychologická pomoc má potřebný prostor.

Respondent č. 7

- od dob náhodné pomoci na vyžádání (podle toho, kdo kde zrovna byl) jsme se posunuli k propracovanému systému, který je při MU většího rozsahu řízen koordinátorem.
- věnujeme se hodně přípravě členů TPP a pořádáme odbornou přípravu v první psychické pomoci pro další hasiče. Každý hasič je seznamován s Typovou činností složek IZS při poskytování psychosociální pomoci STČ 12/IZS, kde jsou popsány kroky první psychické pomoci.

- rychlé navázání kontaktu a spolupráce (mezi psychology složek IZS) na místě zásahu, protože se lidé znají z předchozích zásahů a cvičení.

Respondent č. 8

- co se v roce 2010 podařilo je vytvořit systém pomoci obětem trestných činů nebo trestné činnosti a dalších MU; máme v krajích vyškolené lidi a ti fungují nonstop a mohou být vysláni na místo ihned a věnují se obětem.
- sdílení informací nebo zkušeností se zahraničím, to se postupně rozvíjelo, takže nyní je těch informací víc a Evropa je propojenější.
- spolupráce (mezi psychology složek IZS) většinou funguje a v jednotlivých krajích mají tu spolupráci navázanou, takže se tam setkávají pořád stejní lidé, ono jich není moc.

Respondent č. 9

- psychologové HZS vyškolili tým posttraumatické péče, který je k dispozici jak hasičům, tak i zasaženým občanům a vyškolili snad už téměř všechny zasahující hasiče v poskytování první psychické pomoci, což si myslím, že je obrovská pomoc, protože hasiči jsou na místě MU první nebo mezi prvními a jsou v kontaktu se zasaženými lidmi
- v rámci Policie fungují také týmy posttraumatické intervenční péče, které jsou více zaměřeny primárně dovnitř na policisty, ale samozřejmě když je potřeba, tak mohou vypomoci v situacích u MU a děje se to
- využívá se telefonní krizová linka, zjednodušeně řečeno taková linka důvěry pro policisty i hasiče a nově také pro AČR. V případě MU se tato linka využívá jako krizová linka. Je k dispozici to číslo s týmem lidí, kteří jsou připraveni pomoci i směrem k veřejnosti. Tomuto směru je věnováno čím dál více pozornosti a myslím si, že je to dobře

- psychologové HZS a PČR spolu hodně spolupracují, hodně úzce; Také si hodně vpomáháme, třeba i směrem dovnitř do složek. Když se třeba dělá po nějakém náročném zákroku debriefing, tak to může být ve spolupráci, že tam klidně bude jeden člověk od HZS a jeden od Policie, může to tak být.

Respondent č. 10

- v současné době je věnována nácviku dostatečná pozornost.
- *(na otázku: Je podle Vás v krizovém plánování věnován dostatečný (potřebný) prostor psychologické pomoci?)* v současné době ano
- *(na otázku: Jaký je Váš názor na spolupráci složek IZS při poskytování psychologické pomoci při MU?)* Já mám dobrou zkušenost, ta spolupráce je nastavena dobře, funguje dobře
- peři provázejí pouze tou akutní fází a to zvládnou dobře

Výzkumná otázka č.3: Jaké možnosti budoucího vývoje vidí psychologové IZS v oblasti psychologické pomoci osobám zasaženým MU?

Respondent č. 1

- posun pohledu záchranářů, ale i manažerů na psychologickou péči a přednost pomoci, nejen psychologické, ale i psychosociální, nejen té věcné, materiální.
- čím dál více se psychologická pomoc zakotvuje v pokynech a systému; je to stále víc vnímáno jako potřebné

Respondent č. 2

- aby ta pomoc nebo podpora byla provázaná a následná a dlouhodobější

Respondent č. 3

- trend bude dál směřovat směrem ke komunitní péči
- těžiště pomoci se bude přesouvat směrem třeba na pracovníky NNO a různé dobrovolníky
- oblast, na kterou bychom se do budoucna měli víc soustředit je, aby sami zasahující, tzn. hasiči, policisté a záchranáři, byli víc vzděláni v téhle oblasti. Nikoliv aby museli zákonitě tu pomoc poskytovat oni, ale aby byli schopni třeba rozlišit kdo tu pomoc potřebuje a zavolat si někoho; aby tomu víc rozuměli a hlavně aby viděli smysl psychologické pomoci

Respondent č. 4

- já si myslím, že psychologové nemohou být všude a proto si myslím, že cesta je v tom, připravovat samotné záchranáře na to, jak poskytnout ne odbornou psychologickou, ale spíš jen tu první psychickou pomoc zasaženým lidem, protože oni tam jsou první a můžou to udělat. Případně potom i směřovat na nějakou následnou, navazující pomoc. Takže vzdělávání záchranářů v poskytování první psychické pomoci.
- V zapojování širší skupiny lidí do té pomoci.

Respondent č. 5

- prohlubování spolupráce mezi státní složkou a neziskovým sektorem
- posunem od koordinace události k objednávání služeb psychologa jako specifického odborníka (leckde psycholog je koordinátorem události, nejen koordinátorem psychosociální pomoci)
- vytváření spolupráce mezi psychology prvního kontaktu a psychology následné péče (psychoterapie traumatu) – tohle propojení tu zatím chybí

Respondent č. 6

- předpokládám a doufám, že (bude psychologická péče osobám zasaženým MU vyvíjet) stejným směrem, s důrazem na kvalitu poskytované péče a rozšiřování okruhu lidí, proškolených v poskytování této podpory.
- ZZS jako jedna ze základních složek IZS nemá psychologickou službu, myslím, že by v případě jejího zřízení byla v rámci celého systému využitelná.

Respondent č. 7

- systém pomoci se bude zdokonalovat a jeho těžiště se posune do období střednědobé a dlouhodobé pomoci (větší zapojení NNO, zdravotnických zařízení a soukromých psychoterapeutů)
- v prohlubování spolupráce mezi složkami IZS a dalšími poskytovateli psychologické pomoci z civilního sektoru. (Poskytnout první psychickou pomoc a předat zasaženou osobu z místa zásahu rovnou odborníkovi, který s ní bude dlouhodobě pracovat, aby nemusela svůj příběh vyprávět několikrát dalšímu poskytovateli pomoci od začátku.)

Respondent č. 8

- my bychom byli rádi, kdyby každé krajské ředitelství mělo vyškolené lidi, ať už psychology nebo policisty, kteří budou schopni při těch MU rychle a kvalitně zasáhnout a zvládnout první psychickou pomoc. To je taková touha, aby to tak ve všech krajích fungovalo dobře a to se musí dotáhnout.
- to je možná otázka na tu budoucnost a možná nějaký nedostatek, že je docela možné, že budou přibývat události, které se stanou občanům v zahraničí. Což nebývá zvykem; pak je otázka, jak se budou řešit tyto věci, když by se něco takového stávalo pravidelně, jako únosy, teroristické útoky

Respondent č. 9

- doufám, že policie bude schopná vyškolit řadové policisty, aby v případě, že se s takovým problémem setkají, věděli co dělat. Ale asi je to spíše mé zbožné přání než předpoklad, protože tuším, že se to asi nestane. Myslím, že pro policii to není priorita

Respondent č. 10

- teď to vypadá, že budou nějaká finanční odškodnění, poskytování bezplatné právní a psychosociální péče. Takže systematická bezplatná péče a vyšší finanční nároky pro oběti MU

Respondent č. 11

- ve zdravotnictví, ač ta časová prodleva a jakési zpoždění oproti ostatním složkám jsou poměrně dlouhé a v rámci let, tak bych řekl, že se některá ta zařízení začínají budít a myslet na tuhle stránku péče o pacienty nebo jejich příbuzné.
- dle mého soudu si bude čím dál tím více manažerů zdravotnických zařízení uvědomovat že v tomhle je obrovská díra českého zdravotnictví, že jsme schopni se postarat velmi profesionálně a na vysoké úrovni o ty fyzické potřeby pacientů, ale velmi málo o ty potřeby psychické, třeba právě u těch nezraněných příbuzných, svědků, atd.

Výzkumná otázka č.4: Čím jsou podle psychologů IZS další cíle a rozvoj psychologické pomoci osobám zasaženým MU limitovány?**Respondent č. 1**

- menší osvíceností některých zástupců složek IZS, ale i zástupců krizového řízení. Ne všichni to ještě vnímají jako důležité a potřebné.

Respondent č. 7

- penězi - nejsou peníze na placení pohotovostí (psychologů)

Respondent č. 9

- bylo by dobré, kdyby se pro tento účel vyčlenilo víc sil a prostředků, jak personálních, finančních, tak i větší podpora této problematice, protože je to vždycky aktuální, když se něco děje, ale když se nic neděje, tak se na to zase zapomene
- nejsou peníze;
- supervize pro psychology u Policie neexistuje a myslím, že je to velký problém

Výzkumná otázka č.5: Jaké hodnoty, potřeby a strategie zvládání a zdroje se u psychologů objevují v souvislosti se zasahováním při a po mimořádných událostech?

Respondent č. 1**Hodnoty:**

- **děti** - to vám řeknou všichni záchranáři, pro všechny je nejtěžší, když zasaženou osobou jsou děti. Pro mě osobně jsou těžké situace, kdy jde o mladé chlapce, protože mám mladé syny
- **naděje** (jako protiklad zoufalství) - Zpočátku jsem si myslela, že pro mě bude nejtěžší vidět mrtvá zdevastovaná těla, ale můžu říct, že horší je být konfrontována se zoufalstvím příbuzných nebo přeživších.

Potřeby:

- **kontakt s blízkými**, vědět, že jsou v pořádku - mívám i potřebu jim hned volat, zjistit jestli jsou v pořádku, aspoň je slyšet a podobně

- **vrátit se zpátky** - A pak jsem měla pocit, že se vracím z jiného světa a celý den jsem nebyla schopná zapojit se do toho veselí, co doma panovalo. Takže tohle někdy bývá těžké, vracet se jakoby z jiného světa a je těžké tomu vlastnímu světu vysvětlit o co jde.
- **svěřit se, ale nezatěžovat** - Na jednu stranu bych se chtěla svěřit a na druhou stranu je tím nechci zatěžovat.

Strategie zvládnání:

- i nastavený systém podpory, který funguje u HZS mi pomáhá, třeba sama volám těm svým peerům a s nimi proberu, co jsem zažila
- s kolegou z olomouckého kraje máme v tomto dobrý vztah, že si vzájemně poskytujeme podporu nebo i **intervizi**.
- a chodím třeba i na **supervize**

Zdroje:

- moje **rodina** mě v tomto směru hodně podporuje, vědí, co v tu chvíli potřebuji, takže se snaží mě nějak ošetřit
- **supervize** tedy fungují; mám svého supervizora a zrovna jsem si říkala, že je nejvyšší čas, abych tam zase zajela
- volám těm svým **peerům**
- i mezi **kolegy**

Respondent č. 2**Hodnoty:**

- **děti** - když jde o úmrtí dítěte, tak to je nejtěžší, kontakt s rodičem nebo rodiči
- **pocit, že mohu něco udělat** - pocit bezmoci. Že jsem tam ten, kdo má pomáhat a to dítě jim vrátit nemůžu

Potřeby:

- **dostat to ze sebe** - a s někým to probrat, možnost to dostat ze sebe.
- **potřebuji podporu** v tom, že jsem nemohla udělat víc, protože vždycky jsou tam pochybnosti nebo přemýšlení o tom, jestli jsem všechno udělala dobře, co mohlo být jinak
- **sdílení** - aby se mnou někdo tohle všechno sdílel.

Strategie zvládnání:

- aktivuji svoje vazby, kolegy, kterým to jednak můžu vypovědět, abych to ze sebe dostala

Zdroje:

- kolegové
- supervize funguje

Respondent č. 3

Hodnoty:

- **udržení vnitřní rovnováhy, pohody** - myslím, že je nejtěžší, postarat se o své potřeby a o to, abych tu práci mohl dělat v nějaké vnitřní pohodě; na to se často zapomíná a to je to nejtěžší. Když to totiž člověk neudělá, tak si potom fakticky nese nějaké vlastní trauma z té události, protože potom je těžší to zpracovat.

Strategie zvládnání:

- **zpracování události** - Takže potom je třeba zase si to nějak zpracovat, buďto v supervizi nebo s někým to probrat a nějak se postarat o sebe a své potřeby

Respondent č. 4

Strategie zvládnání:

- zůstat tak nějak sám se sebou
- **vědět jak jsem** na to **reagoval**, jak se třeba potom u mě odloženě projevuje ten stres a vědět, že bych pro sebe měl něco udělat,
- **věnovat se nějaké sebepéči, duševní hygieně**. Udělat si prostě potom čas i na sebe
- **oddělit emoce**, které ještě souvisí s tím případem od těch dalších emocí, které s tím nesouvisí
- mít v tom jasno, vědět, jak to na mě dolehlo, udělat si třeba zpětně takové **zhodnocení** toho **zásahu**, ať už po stránce toho, jak jsem postupoval metodicky, tak i po stránce emoční

Respondent č. 5**Hodnoty:**

- **děti, blízcí** - nasazení u těžkých zásahů (děti, známí)

Potřeby:

- udržet emoční odstup

Strategie zvládnání:

- vše si důsledně zapsat
- zajistit včasnou supervizi

Zdroje:

- supervize

Respondent č. 6**Hodnoty:**

- **život** - zásahy s úmrtím a práce s pozůstalými

Potřeby:

- **klid, nalezení rovnováhy** - pro mě je těžké, se po zásahu opět „zklidnit“ .

Respondent č. 7**Potřeby:**

- **analyzovat situaci** - (na otázku, co je nejtěžší po zásahu) Neanalyzovat, co se dělo, ale jít odpočívat nebo spát.

Strategie zvládání:

- jít odpočívat nebo spát

Respondent č. 8**Potřeby:**

- orientace - Nejtěžší je se tam v první chvíli zorientovat
- pak nejtěžší jsou ty psychické záležitosti, aby zvládal své emoce, aby působil tak, jak působit má, tzn. uklidňujícím dojmem, aby nezmatkoval, aby to v zásadě příliš neprožíval.

Strategie zvládání:

- umět z toho odejít, tzn. přestat pomáhat, odpočinout si, najíst se a případně tu situaci až poté nějak zvládnout;
- pečovat o sebe už i v průběhu události
- umět se z toho vypovídat

Respondent č. 9**Potřeby:**

- odpočinek - je z toho člověk hodně unavený

Strategie zvládání:

- sám musí provést nějakou duševní hygienu, aby se z toho nezbláznil

Respondent č. 11**Hodnoty:**

- **děti** - situace s malými dětmi, a vlastně ty úplně nejhorší bych zařadil asi pětici situací, kdy došlo k nějakým náhlým úmrtím malých dětí, a ta situace se vyhrotila po neúspěšné resuscitaci, takže maminka uchočila to dítě do náruče a odmítala ho vydat pohřební službě, záchranářům, komukoliv, a byla to v několika případech velmi těžká práce, v rádech 2, 3, 4 hodin

Potřeby:

- přizpůsobit se a pracovat s těmi možnostmi které teď aktuálně jsou

Strategie zvládání:

- jsem rád z tohoto důvodu, že už mám supervize

Výzkumná otázka č.6: Jaké metody psychologické pomoci při časně péči o osoby zasažené MU používají oslovení psychologové IZS?**Respondent č. 1**

- preferujeme první psychologickou pomoc, jde o první podporu lidem, aby dokázali situaci ustát a aby dokázali zmobilizovat své vlastní zdroje a také zdroje z blízkého okolí. Vždycky se snažíme lidi pozvednout, aby sami byli v té situaci aktivní. Nechceme z nich dělat bezmocné. Snažíme se také zapojovat přirozené sociální skupiny jako je rodina, ale třeba i sousedy, obec a podobně.

Respondent č. 2

- my mluvíme o první psychické pomoci a to je v podstatě podpora fungování toho zasaženého člověka, zajištění jeho základních potřeb, fyzických, především zdravotních samozřejmě, aby byl stabilizovaný zdravotní stav. Aby byla

zajištěna potřeba bezpečí, soukromí, ochrany soukromí toho člověka, informace poskytovat, aby věděl, co se děje, co se bude dít, orientoval se v situaci. V té akutní fázi pro psychologii není moc místo. Když bychom mluvily o psychologických metodách, tak to by souviselo s následnou pomocí po velkých událostech.

Respondent č. 3

- Těžko říct metody, protože každý psycholog má svůj vlastní přístup, každý máme nějaký vlastní výcvik a používáme jiný způsob, ale fakticky jde o běžné postupy KI a postupy tzv. první psychické pomoci, která má svoje kritéria, jak by měla probíhat a toho se držíme. Tedy aspoň já se snažím v tomto rámci postupovat.

Respondent č. 4

- zase bych chtěl přednostně uvést tu první psychickou pomoc. Což je vlastně základní způsob, jak s tím zasaženým člověkem komunikovat, jak s ním navázat kontakt a reagovat na jeho potřeby. Jak ho případně doporučit nebo předat někomu dalšímu. Je to taková jednoduchá struktura, kterou používám já, používají ji i samotní hasiči. A jinak potom se tam dají používat věci z krizové intervence. Při té terénní práci hlavně krizová intervence.

Respondent č. 5

- screening, krizová intervence, metody systému CISM (překládané jako Řízení stresu při kritických událostech nebo Strategická aplikace krizové intervence: Critical Incident Stress Management), pokud je to možné pak prevence, vzdělávání.

Respondent č. 6

- první občanská pomoc, První psychická pomoc, krizová intervence, poradenství, terapie.

Respondent č. 7

- první psychická pomoc, stabilizační techniky práce s tělem, krizová intervence. Vždy se začíná první psychickou pomocí – to zvládá každý člen týmu post-traumatické péče (dále TPP) a proškolení hasiči. Když to nestačí, pokračuje se stabilizačními technikami, které zvládne většina členů TPP a krizovou intervencí, kterou dělá psycholog, ale zvládnou ji i zkušení členové TPP.

Respondent č. 8

- tam jde o to ty lidi zklidnit, komunikovat s nimi, zajistit jim základní potřeby, teplo, tekutiny, klid, dalo by se říct psychologických 5T; informace tam jsou důležité a dostat se třeba do kontaktu s blízkými atd. U MU je to hlavně o tomhle. Nejde o žádnou konkrétní psychologickou metodu.
- v nějakém delším časovém horizontu se psychologické metody používají, ale takhle my s těmi oběťmi nepracujeme, spíš s policisty. Tam se používají metody předcházení PTSD a to je debriefing, defusing, kdo umí tak EMDR, jenže to jsou metody, které se používají de facto už při té rozvíjející se PTSD. Debriefing a defusing se používá hned po té události, ale málokdy s oběťmi, spíše s policisty nebo hasiči.

Respondent č. 9

- metody krizové intervence, tišení emočních stavů, poskytování základních informací, zajištění základních potřeb toho člověka, mezi které právě patří potřeba informací, které ho dokáží mnohdy zklidnit víc, než když začnete používat nějaké tisíce terapeutické techniky; Psychologové HZS ani PČR nemají ve

své náplni práce směřovat terapii k občanům.

Respondent č. 10

- jsou to metody zvládání akutní fáze stresu, ať už je to abreakce nebo krizová intervence. Konkrétní psychologické metody jsou pak kognitivně behaviorální postupy, těch metod je hodně, třeba ABC, v rámci krizové intervence je to ABC.

Respondent č. 11

- krizová intervence jako taková, v těchto případech povětšinou nebývá možná v té čisté podobě, a také se přikláním k psychosociální pomoci, i když ta hranice je velmi snadno prostupná
- v zásadě je to rozhovor, je to podpora emocí, jsou to informace toho zdravotnického charakteru, které těm lidem často chybí. Velmi často je to zajištění nějakých základních potřeb, ve smyslu fyzického bezpečí, tepla, tekutin, sociálních potřeb v těch dalších hodinách, třeba. A bývá to případ od případu úplně různé a jiné. Takže další metodou/potřebou kterou tam vidím z pohledu toho poskytujícího je vysoká dovednost flexibility, schopnost improvizace, a týmová práce.

4.2 Shrnutí výsledků

V této podkapitole se snažím přehledně shrnout výsledky a odpovědi na výzkumné otázky přičemž se snažím zachovat různorodost názorů respondentů. Odpovědi zvýrazněné tučným písmem se vyskytly u minimálně dvou respondentů zároveň.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké nedostatky spatřují psychologové IZS v současném systému poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU?

- absence supervize pro psychology u Policie
- částečně asi personální nedostatky, nemůžeme se dostat ke všemu,
- nejsou placené pohotovosti s dojezdovými časy
- v podmínkách pro vykonávání činnosti; nejsou informováni rychle o této potřebě, nemají k dispozici auto a podobně.
- někde s tím (*psychologickou pomocí*) v krizovém plánování nepočítají vůbec
- v osvětě velitelů a na OS, že je tato pomoc potřebná a organizace, které to umí máme k dispozici.
- větší provázanost mezi nestátními organizacemi jako třeba NNO, charitami a podobně a státním
- nedostatek vnitřních předpisů IZS upravujících spolupráci psychologů jednotlivých složek
- (*názor na přípravu a nácvik*) U policie si myslím, že ta situace není dobrá. není to priorita.
- nejasná terminologie, spíše nejednotná terminologie
- ZZS nemá psychologickou službu
- absence jakékoliv legislativy na povinnost nebo potřebu poskytování takovéto služby u zdravotnických zařízení
- využití psychologických služeb mimorezortně by mohlo být lepší

Výzkumná otázka č.2: Které aspekty psychologické pomoci poskytované osobám zasaženým MU považují psychologové za dobře fungující?

- funguje spolupráce s NNO
- s psychologickou službou je stále víc počítáno v krizovém plánování
- koordinace probíhá na velmi slušné úrovni.
- rychlé navázání kontaktu a spolupráce (*mezi psychology složek IZS*) na místě zásahu, protože se lidé znají z předchozích zásahů a cvičení; spolupráce i směrem dovnitř do složek
- příprava příslušníků je hodně praktická.
- proškolení příslušníků HZS i dalších složek IZS; propracovaný systém školení, vzdělávání a je i zájem od samotných hasičů
- sdílení informací nebo zkušeností se zahraničím, to se postupně rozvíjelo, takže nyní je těch informací víc a Evropa je propojenější.
- využívá se telefonní krizová linka. V případě MU se tato linka využívá jako krizová linka i směrem k veřejnosti

Výzkumná otázka č.3: Jaké možnosti budoucího vývoje vidí psychologové IZS v oblasti psychologické pomoci osobám zasaženým MU?

- aby ta pomoc nebo podpora byla provázaná a následná a dlouhodobější
- aby sami zasahující, tzn. hasiči, policisté a záchranáři, byli víc vzděláni v téhle oblasti., aby byli schopni třeba rozlišit potřebné; aby tomu víc rozuměli a hlavně aby viděli smysl psychologické pomoci

- systém pomoci se bude zdokonalovat a jeho těžiště se posune do období střednědobé a dlouhodobé pomoci (větší zapojení NNO, zdravotnických zařízení a soukromých psychologů)
- posun pohledu záchranářů, ale i manažerů na psychologickou péči
- trend bude dál směřovat směrem ke komunitní péči
- ZZS nemá psychologickou službu, myslím, že by byla v systému využitelná.
- doufám, že policie bude schopná vyškolit řadové policisty
- systematická bezplatná péče a vyšší finanční nároky pro oběti MU
- ve zdravotnictví začínají myslet na tuhle stránku péče o pacienty

Výzkumná otázka č.4: Čím jsou podle psychologů IZS další cíle a rozvoj psychologické pomoci osobám zasaženým MU limitovány?

- menší osvěcenost některých zástupců složek IZS, ale i zástupců krizového řízení. Ne všichni to ještě vnímají jako důležité a potřebné.
- penězi - nejsou peníze na placení pohotovostí (psychologů)
- bylo by dobré, kdyby se pro tento účel vyčlenilo víc sil a prostředků, jak personálních, finančních, tak i větší podpora této problematice, protože je to vždycky aktuální, když se něco děje, ale když se nic neděje, tak se na to zase zapomene

Výzkumná otázka č.5: Jaké hodnoty, potřeby a strategie zvládnání a zdroje se u psychologů objevují v souvislosti se zasahováním při a po mimořádných událostech?

Hodnoty:

- **děti** - pro všechny je nejtěžší, když zasaženou osobou jsou děti, **naděje** (jako protiklad zoufalství) - nejtěžší je být konfrontována se **zoufalstvím** příbuzných nebo přeživších.
- **život** - zásahy s úmrtím a práce s pozůstalými
- **pocit, že mohu něco udělat** - pocit bezmoci. Že jsem tam ten, kdo má pomáhat a to dítě jim vrátit nemůžu
- **udržení vnitřní rovnováhy, pohody** - myslím, že je nejtěžší, postarat se o své potřeby a o to, abych tu práci mohl dělat v nějaké vnitřní pohodě

Potřeby:

- **kontakt s blízkými, vědět, že jsou v pořádku** - mívám i potřebu jim hned volat, zjistit jestli jsou v pořádku, aspoň je slyšet a podobně
- **vrátit se zpátky** - bývá těžké, vracet se jakoby z jiného světa a je těžké tomu vlastnímu světu vysvětlit o co jde.
- **svěřit se, ale nezatěžovat** - Na jednu stranu bych se chtěla svěřit a na druhou stranu je tím nechci zatěžovat.
- **odpočinek** - je z toho člověk hodně unavený
- **dostat to ze sebe** - a s někým to probrat, možnost to dostat ze sebe.
- **potřebuji podporu** v tom, že jsem nemohla udělat víc, protože vždycky jsou tam pochybnosti nebo přemýšlení o tom, jestli jsem všechno udělala dobře, co mohlo být jinak

- **sdílení** - Aby se mnou někdo tohle všechno sdílel
- udržet emoční odstup
- **klid, nalezení rovnováhy** - pro mě je těžké, se po zásahu opět „zklidnit“.
- **orientace** - Nejtěžší je se tam v první chvíli zorientovat
- **analyzovat situaci** - (na otázku, co je nejtěžší po zásahu) Neanalyzovat, co se dělo, ale jít odpočívat nebo spát.
- pak nejtěžší jsou ty psychické záležitosti, aby **zvládal své emoce**, aby působil tak, jak působit má, tzn. uklidňujícím dojmem, aby nezmatkoval, aby to v zásadě příliš neprožíval.

Strategie zvládnání:

- i nastavený systém podpory, který funguje u HZS mi pomáhá, třeba sama volám těm svým peerům a s nimi proberu, co jsem zažila
- s kolegou si vzájemně poskytujeme podporu nebo i intervizi.
- a chodím třeba i na supervize
- aktivuji svoje vazby, kolegy, kterým to jednak můžu vypovědět, abych to ze sebe dostala
- vědět jak jsem na to reagoval, jak se třeba potom u mě odloženě projevuje ten stres a vědět, že bych pro sebe měl něco udělat,
- **věnovat se nějaké sebekéči, duševní hygieně. Udělat si prostě potom čas i na sebe**
- oddělit emoce, které ještě souvisí s tím případem od těch dalších emocí, které s tím nesouvisí

- udělat si třeba zpětně takové zhodnocení toho zásahu,
- vše si důsledně zapsat
- jít odpočívat nebo spát
- umět z toho odejít, tzn. přestat pomáhat, odpočinout si, najít se a případně tu situaci až poté nějak zvládnout;
- pečovat o sebe už i v průběhu události
- umět se z toho vypovídat

Zdroje:

- moje **rodina** mě v tomto směru hodně podporuje, vědí, co v tu chvíli potřebuji,
- **supervize** tedy fungují;
- volám těm svým **peerům**
- i mezi kolegy

Výzkumná otázka č.6: Jaké metody psychologické pomoci při časné péči o osoby zasažené MU používají oslovení psychologové IZS?

- **první psychickou pomoc**
- **postupy krizové intervence**, kterou dělá psycholog, ale zvládnou ji i zkušení členové TPP.
- screening, metody systému CISM, pokud je to možné pak prevence, vzdělávání.
- první občanská pomoc, poradenství, terapie.
- stabilizační techniky práce s tělem, metody předcházení PTSD a to je debriefing, defusing, kdo umí tak EMDR

- metody zvládání akutní fáze stresu, kognitivně behaviorální postupy, ABC, v rámci krizové intervence je to KBT.

5 Diskuze

Téma této diplomové práce nese název Taktické přístupy k osobám postiženým mimořádnými událostmi - psychologické aspekty. Při počátečním studiu zdrojů a materiálů vztahujících se k této problematice a následně při konzultacích s odborníky jsem zjistila, že téma je velice široké a je v něm zainteresováno a provázáno množstvím skupin, odborností a názorů. Zjistila jsem také, že původní záměr práce - zkoumání efektivity poskytované péče byl pro autora neznalého prostředí příliš ambiciózní a narazila jsem už při snaze o nalezení respondentů. Rozhodla jsem se proto zaměřit pozornost na poskytovatele psychologické pomoci v časně fázi, tedy psychology hlavních složek IZS.

Ve výzkumné části práce bylo zformulováno 6 výzkumných otázek. Na první z nich, týkající se nedostatků v systému poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU odpovědělo všech 11 respondentů. Diverzita odpovědí je však značná a v případě této výzkumné otázky nelze dospět k obecnému závěru. U respondentů z řad PČR panovala shoda v případě absence supervize, další respondenti se pak shodli na nedostacích ve smyslu personálního pokrytí nebo placených pohotovostí. Absenci supervize kritizuje i Vymětal: „další důležitá věc, opomíjená z ekonomických důvodů a to je supervize pro psychology a interveny. Externí kvalitní supervize.“ [48]

Výzkumná otázka č.2 byla zaměřena na aspekty, které se psychologům IZS jeví jako dobře fungující. Odpovědi byly získány od všech 11 respondentů. V tomto případě se většina respondentů zmínila o dobré úrovni spolupráce psychologů IZS jak při zásazích, tak i například při školení zaměstnanců; dále si více respondentů zároveň pochvalovalo nastavení spolupráce s NNO, kde v některých krajích fungují tzv. Panely NNO, který: „je neformální pracovní skupina složená ze zástupců státních, příspěvkových a nestátních neziskových organizací s působností na území kraje. Panel je organizační, koordinační a komunikační platformou pro poskytování komplexní péče o občana při řešení mimořádných událostí a krizových stavů.“ [45] Cikhartová

doplňuje: „S cílem zefektivnění, usměrnění a koordinace dobrovolnických činností při poskytování mimo jiné i psychosociální pomoci, vznikly a fungují v některých krajích ČR takzvané Panely NNO. Jde v podstatě o dohodu mezi veřejnou správou a neziskovými organizacemi. Tyto většinou neformální pracovní skupina mohou být odbornou podporou krizového štábu kraje.“ [26]

Dalším aspektem, který je respondenty vnímán jako dobře fungující je propracovaný systém školení a vzdělávání a praktičnost přípravy. Podle mého názoru toto tvrzení perfektně dokládá práce HZS Zlínského kraje, kterou popisuje psycholožka Soňa Pančochová: „vytvořili jsme metodické DVD pro výuku první psychické pomoci, kde jsme s členy týmu natočili takové scénky, modelové situace, na kterých se hasiči i ostatní složky IZS učí první psychickou pomoc. Máme tam například návod jak komunikovat s dětmi, je tam také komunikace se sebevrahem, je tam komunikace s neklidným člověkem a podobně. V letošním roce vytváříme další DVD a to je o komunikaci nebo jednání s postiženými u zásahu. Toto DVD bude obsahovat 4 oddíly jak jednat s nevidomými, neslyšícími, vozíčkáři a mentálně postiženými. Zaměřujeme se na tyto specifické skupiny, protože je potřeba specifikovat přístup s ohledem na typ postižení. Takže tento materiál teď vzniká.“ [47]

Shoda panovala v odpovědích na otázku o fungujících aspektech rovněž v případě koordinace, kterou považovalo za fungující několik respondentů. Na tomto místě je potřeba uvést, že složky IZS se při poskytování psychosociální péče řídí Typovou činností složek IZS s číslem 12. Ta ukládá že: „Koordinátor psychosociální pomoci IZS je osoba zodpovědná za koordinaci, rozdělení a naplňování činností spojených s poskytováním psychosociální pomoci. Stává se jím zpravidla psycholog toho bezpečnostního sboru, kterému přísluší velení při řešení dané MU.“ [21] Tato definice se týká bezpečnostních sborů, protože, jak upozorňuje Respondent č.3: „kromě ZZS, která vypadla v době přípravy této typové činnosti s odůvodněním, že nemají vyčleněné lidi na tuto činnost. Takže to je taková trochu zvláštní situace, že zrovna z téhle oblasti ZZS vypadla.“ Zároveň je třeba dodat, že Typová činnost číslo 12 upravuje poskytování psychosociální pomoci, psychologická pomoc není jejím předmětem.

Mezi ostatní aspekty označené respondenty výzkumu za fungující patří fakt, že s psychologickou službou a jí poskytovanou pomocí je stále víc počítáno, fungování telefonní krizové linky a sdílení informací a zkušeností se zahraničím.

Odpovědi na výzkumnou otázku č.3 se týkaly možného budoucího vývoje zkoumané oblasti. Více než jednou se na tomto místě objevilo přání posunu pohledu na psychologickou pomoc ze strany zasahujících hasičů, ale i managementu, k uznání potřebnosti a důležitosti psychologické a psychosociální pomoci a v další fázi také zvýšení počtu zasahujících příslušníků vzdělaných či školených v této problematice. Úvahy dalších respondentů se pak týkaly budoucího posunu celého systému. Víc než jeden respondent nabádá k větší provázanosti, následnosti a dlouhodobému poskytování psychologické pomoci. Dva respondenti se také shodli v názoru, že se systém bude zdokonalovat a jeho těžiště se posune do období střednědobé a dlouhodobé pomoci, kdy bude zapojeno větší množství NNO, zdravotnických zařízení a soukromých psychologů a trend bude směřovat ke komunitní péči. Poslední z množiny názorů je zaměřen na praktickou stránku a týká se možnosti systematické bezplatné péče a vyšší finančních náhrad pro oběti MU. Možnému budoucímu vývoji psychologie mimořádných událostí se věnuje i Vymětal: „Podobně jako v některých dalších evropských zemích se zde pozornost pravděpodobně zaměří na vzdělávací programy pro poradce z řad kolegů (peers support). Tento trend lze očekávat i u dalších profesí, které pracují se zvýšeným výskytem traumatizujících událostí a rizikem jejich dopadů.“ [13]

Výzkumná otázka č.4 se významově nekryla s žádnou z otázek položených v dotazníku, což zapříčinilo malé množství respondentů, kteří se na toto téma vyjádřili. I přesto však došlo ke shodě. Podle 2 ze 3 odpovědí limituje další rozvoj a cíle psychologické pomoci poskytované složkami IZS nedostatek sil a zdrojů zejména finančních, ale i personálních a také nedostatečná podpora psychologické pomoci zástupci krizového řízení. Další respondent pak volá po větší osvědčenosti v řadách managementu. Nedostatek finančních prostředků komentuje Vymětal: „Možná, že úspěchem je, že přestože se dělají různé škrty a omezení a redukce ve státní správě,

že tyto systémy (psychologické služby) se pořád udržují.“ [48]

Následující výzkumná otázka se poněkud odklání od zkoumání systému a zaměřuje se na individuální hodnoty, potřeby, strategie zvládnání a zdroje využívané psychology složek IZS v souvislosti se zásahem u MU. Shrnutí a zobecnění výsledků získaných rozbořem je v případě této otázky pro poměrně velkou rozmanitost nemožné, proto bych zde ráda odkázala na kapitolu Shrnutí výsledků. Jediné, co se dá označit společným jmenovatelem pro drtivou většinu respondentů bylo označení zásahů, při nichž je zasaženou osobou dítě jako nejtěžších. Z dalších častěji uváděných odpovědí lze vyzdvihnout zásah u známých či blízkých osob, nebo zásah, kde došlo k úmrtí. Jako důležitou pro více respondentů můžeme označit i hodnotu profesionality, protože odpovědi na otázku: *Co je pro Vás nejtěžší?* často směřovaly k potlačení či odsunutí emocí, udržení vnitřního klidu či odstupu od události, z důvodu snahy o odvedení dobré práce. Mezi častěji zmiňované strategie zvládnání patří aktivace vlastních vazeb na blízké či kolegy a schopnost svěřit se nebo prodiskutovat zásah. Mezi zdroje využívané k tomuto účelu patří rodina, kolegové či „peeři“ a supervize. Odpovědi na tuto výzkumnou otázku se do značné míry shodují s doporučeními pro předcházení nadměrné zátěži a jejím důsledkům [12] podrobněji citovaným v kapitole Krizová intervence.

Poslední z výzkumných otázek se snaží zjistit jaké metody jsou v psychologické pomoci osobám zasaženým MU užívány. Většina respondentů odpovídala upozorněním, že v akutní fázi se používá především první psychická pomoc, která ovšem není psychologickou metodou. Další ze zmiňovaných metod byla krizová intervence, která rovněž nemusí být nutně poskytována psychologem. Jak uvádí Respondent č. 7: „krizovou intervenci dělá psycholog, ale zvládnou ji i zkušení členové TPP.“ Metody psychologické péče v pravém slova smyslu jsou tak používány spíše v dalších fázích po MU. V případě složek IZS jsou tedy směřovány k příslušníkům, či zaměstnancům složek. Jak uvádí PhDr. Bohumila Baštecká: „Zkušenost s psychologickou pomocí je taková, že lidé začnou psychology vyhledávat třeba půl roku nebo 8 měsíců po události. Daleko později, než kam sahá dostupnost psychologů složek IZS.“

a souhlasně doplňuje Respondent č. 9: „Psychologové HZS ani PČR nemají ve své náplni práce směřovat terapii k občanům.“ Z psychologických metod byly častěji zmíněny debriefing, defusing, EMDR, KBT, ABC či metody systému CISM.

Nad celou praktickou částí práce se vznáší otazník v podobě jasného vymezení hranice mezi psychologickou a psychosociální pomocí. Z mého úhlu pohledu tato hranice spočívá v metodách práce psychologa, které člověk bez psychologického vzdělání a praxe buďto vůbec nezná, nebo neumí správně použít. Tohoto problému si všimají i někteří respondenti výzkumu. „Nejasná terminologie, spíše nejednotná terminologie,“ odpovídá na otázku o nedostacích psychologické pomoci Respondent č.5. Respondent č. 7 ke svým odpovědím přikládá legendu: „psychická pomoc – poskytuje laik, který nevystudoval odborné studium psychologie, psychologická – poskytuje psycholog, ale při MU není nutné, aby byl poskytovatelem psycholog – pouze u těžších případů, kde nezabírají obvyklé postupy.“ K tomuto tématu přidává svůj názor i PhDr. Štěpán Vymětal: „není velký rozdíl mez psychologickou a psychosociální pomocí v akutní fázi MU. Psycholog poskytuje psychosociální podporu také. Spíš záleží na úrovni jeho vědomostí a znalostí. Může třeba provádět triage, třídění vzhledem k potenciálu rozvoje posttraumatických potíží, což si myslím, že poučený laik nemůže, nezná tu klinickou stánku věci.“ (konzultace Vymětal) S tímto tématem souvisí také dotazníková otázka číslo 13: *Myslíte si, že vyškolený „peer“ může v terénu odvést stejně kvalitní práci jako psycholog?* Na tuto otázku odpověděli téměř všichni respondenti kladně s důrazem na osobnost a kvalitu vyškolení peera, což jen potvrzuje přesvědčení, že v akutní fázi MU není potřeba psycholog. Do opozice se však staví názor PhDr. Lukáše Humpla, který uvádí: „my peery nepoužíváme na to, aby dělali intervenční práci typu příbuzných a pacientů nebo svědků nehody. Na tohle školení nejsou, na tohle školíme intervety.“ toto tvrzení doplňuje také Respondent č. 6: „Dle mého názoru vyškolený peer poskytne stejně kvalitní první psychickou pomoc jako psycholog. Peer však není školený v krizové intervenci.“

Pokud bych měla shrnout svůj současný náhled na problematiku zkoumanou touto prací, vidím jako velký nedostatek, že ZZS potažmo zdravotnictví nedrží krok

v poskytování psychologické péče s HZS a PČR. Systém psychologické péče se ve zdravotnictví teprve začíná vyvíjet a bez legislativního rámce, jaký mají bezpečnostní sbory je to bezpochyby vývoj složitý a je proto třeba ocenit práci lidí, kteří se o tento vývoj zaslouhují mimo rámec svého zaměstnání. Co se týká nazírání výsledků výzkumu je bezpochyby třeba zohlednit fakt, že drtivá většina respondentů pochází z řad HZS, a proto jsou výsledky nutně posunuty směrem k jejich názorům. Zároveň je třeba si uvědomit, že přes jednotný systém a normy je situace v jednotlivých krajích do značné míry odlišná a v některých aspektech není možné zobecňovat.

Závěrem diskuze bych ráda reflektovala vývoj, jakým jsem během vytváření práce prošla. Téma jsem si vybrala, protože mi bylo lidsky blízké, pracuji ve zdravotnictví a psychologickým aspektům péče o lidi zasažené neštěstím osobního nebo většího rozsahu se v podstatě trochu věnuji v rámci svého povolání. Proto jsem doufala, že si při vytváření práce poněkud rozšířím obzory, což se stalo. Nemohu ovšem tvrdit, že jsem měla přehled o odborné stránce věci a při dokončování práce vidím jakou slabinou pro ni byla má počáteční neznalost prostředí, souvislostí či nejasná terminologie. Na druhou stranu jsem měla to štěstí, že i přes letní čas, ve kterém byla práce vytvářena, se mi podařilo získat poměrně velké množství respondentů, často zkušených psychologů, s mnohaletou praxí a rovněž navázat kontakt a konzultovat některá témata s odborníky v tomto oboru. Doufám, že to na výsledku práce bude patrné.

Závěr

Téma této diplomové práce nese název Taktické přístupy k osobám postiženým mimořádnými událostmi - psychologické aspekty a zabývá se psychologickou pomocí osobám zasaženým mimořádnými událostmi.

Teoretická část práce se zaměřuje na cíl: Zmapování současných metod psychologické pomoci při časně péči o osoby zasažené mimořádnými událostmi v České republice. Zahrnuje vymezení základní používané terminologie a legislativou daných definic, dále rozčleňuje osoby zasažené mimořádnou událostí do specifických skupin a hledá odlišnosti i společné jmenovatele ve smyslu prevence či potřeb psychologické intervence. Všímá si také skupiny zranitelných osob a zároveň zohledňuje odolnost vůči zátěži v časovém průběhu události i v kontextu osobnostních rysů, či prožitých zkušeností. Dále teoretická část uvádí výčet možných zdravotních následků na psychice formou diagnóz Mezinárodní klasifikace nemocí WHO souvisejících s prožitím mimořádné události a v kontrastu také možné přínosy traumatu ve formě posttraumatického rozvoje

Praktická část práce má dva cíle:

- Zmapování současného stavu a možného vývoje psychologické pomoci poskytované v souvislosti s mimořádnými událostmi z pohledu psychologů jednotlivých složek IZS.
- Zmapování potřeb, hodnot a strategií zvládání u psychologů složek IZS ve vztahu k MU

V souvislosti s cíli výzkumu bylo formulováno 6 výzkumných otázek. Výzkumná část práce je tedy zaměřena na psychology hlavních složek IZS. Snaží se shrnout jejich zkušenosti, názory, postoje, výhrady, ale i potřeby a strategie zvládání v souvislosti s poskytováním psychologické pomoci v časně fázi po mimořádné události.

Kvalitativní výzkum je v práci realizován metodou dotazníkového šetření se 16 otevřenými otázkami. Protože byl s několika respondenty proveden sběr dat formou

telefonického hovoru, prolíná se zde metoda dotazníku s metodou strukturovaného rozhovoru.

Zkoumaný vzorek tvoří 11 respondentů psychologů hlavních složek IZS. 7 respondentů z řad HZS, 3 od Policie ČR a jeden psycholog ZZS. Odpovědi jednotlivých respondentů byly zaznamenány a kompletní přepisy odpovědí jsou uvedeny jako přílohy práce.

Získaná data jsem interpretovala tak, aby tvořila odpovědi na výzkumné otázky. Pro větší přehlednost byla pak tato interpretace dále shrnuta do několika bodů, z nichž jsou patrné výsledky výzkumu, které jsou dále diskutovány v následující kapitole. Jelikož závěry nelze zobecnit a jejich výčet je pro tento formát příliš obsáhlý, odkazuji tímto na kapitolu Shrnutí výsledků. Podrobnější rozbor výsledků pak obsahuje kapitola Diskuze.

Během provádění výzkumu vyvstala další neformulovaná výzkumná otázka v podobě patrně ne zcela zřetelné či nedefinované hranice mezi psychologickou a psychosociální pomocí, kterou se práce snaží nastavit.

Závěrem lze konstatovat, že výzkumné otázky byly praktickou částí práce zodpovězeny. Výzkumné otázky byly koncipovány tak, aby odpovědi na ně tvořily podklady pro SWOT analýzu systému poskytování psychologické pomoci složkami IZS. Věřím proto, že její využitelnost je možná i dále než pro studijní účely.

Seznam použité literatury

- [1] BREČKA, Tibor A. *Psychologie katastrof : Vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha : Triton, 2009. 119 s. ISBN 987-80-7387-330-1.
- [2] STEHLÍK, Miloslav [editor]. *Zvládání extrémních situací: mezinárodní vědecká konference : sborník článků*. Vyd. 1. Praha: CASRI, 2008, 774 s. ISBN 978-802-5437-063.
- [3] VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.
- [4] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, et al. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 129 s. ISBN 80-247-0888-4.
- [5] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, 197 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.
- [6] LEVINE, Peter A. *Probouzení tygra: Léčení traumatu*. 1. vydání. Praha: Maitrea, 2011. 293 s. ISBN 978-80-87249-21-5.
- [7] JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
- [8] ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2000. 254 s. ISBN 80-7178-475-3
- [9] VIZINOVÁ, Daniela, PREISS, Marek. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 160 s. ISBN 80-7178-284-X.
- [10] KOHOUTEK, Tomáš, ČERMÁK, Ivo (editoři). *Psychologie katastrofické události*. 1. vydání. Praha:Academia, 2009. 364 s. ISBN 978-80-200-1816-8 (ediční číslo 10332)

- [11] VODÁČKOVÁ, Daniela, et al., *Krizová intervence*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9
- [12] DE WOLFE, Deborah J. (překlad PhDr. Bohumila Baštecká). *Terénní příručka pro pracovníky psychosociálních a humanitárních služeb, kteří se angažují při hromadných neštěstích většího rozsahu*. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, 2002. 31 s.
- [13] BAŠTECKÁ, Bohumila, et al., *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. 1. vydání. Praha: Grada publishing a.s., 2005. 300 s. ISBN 80-247-0708-X
- [14] BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 420 s. ISBN 80-717-8735-3.
- [15] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.
- [16] KOLEKTIV AUTORŮ A KONZULTANTŮ ENCYKLOPEDICKÉHO DOMU. *Slovník cizích slov*. Praha: Encyklopedický dům, spol. s.r.o., 1998, 366 s. ISBN 80-90-1647-8-1.
- [17] ŠTĚTINA, Jiří, et al., *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. 1. vydání. Praha: Grada publishing a.s., 2000. 429 s. ISBN 80-7169-688-9
- [18] HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2009, 184 s. ISBN 978-802-4616-261.
- [19] WALKER, Ian. *Výzkumné metody a statistika*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2013, 224 s. ISBN 978-80-247-3920-5
- [20] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4

- [21] Typová činnost IZS při poskytování psychosociální pomoci. In: *Katalog typových činností Integrovaného záchranného systému*. Praha: MV-Generální ředitelství HZS ČR, 2012, s. 21.
- [22] BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 450 s.:. ISBN 978-807-2548-156.
- [23] SNIDER, Leslie, Mark VAN OMMEREN a Alison SCHAFER. *Psychological first aid: guide for field workers*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, c2011, v, 60 p. ISBN 92-415-4820-7.
- [24] KENARDY et al.: *Protocol for a randomised controlled trial of risk screening and early intervention comparing child- and family-focused cognitive-behavioural therapy for PTSD in children following accidental injury*. BMC Psychiatry 2010 10:92.

PERIODIKA

- [25] MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj: výzkum, diagnostika, intervence*. Československá psychologie. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2009, roč. 53, č. 3, s. 271-290. ISSN 0009-062x.
- [26] CIKHARTOVÁ, Zuzana. *Dobrovolnictví mění svět. 112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva*. Praha: MV-generální ředitelství HZS ČR, 2011, roč. 2011, č. 12, s. 14-15. ISSN 1213-7057.
- [27] EVERLY JR., George S., Susan E. HAMILTON, Cheryl Guidry TYISKA a Kevin ELLERS. *Mental health response to diaster: Consensus recommendations: Early Psychological Intervention Subcommittee (EPI)*, National Volunteer Organizations Active in Disaster (NVOAD). *Aggression and Violent Behaviour*. 2008, č. 13, s. 407-412.

- [28] Časná psychosociální intervence po katastrofách, teroristických a dalších šokujících událostech: vývoj vodítek: Výzkumná studie. (překlad Michaela Krtičková) Nursing and Health Science. roč. 2009, č. 11, s. 336-343.
- [29] CIKHARTOVÁ, Zuzana. Péče o psychické zdraví záchranářů. 112. 2012, XI., č. 6. Dostupné z: <<http://www.hzscr.cz/clanek/casopis-112-rocnik-xi-cislo-6-2012.aspx?q=Y2hudW09NA%3d%3d>
- [30] WATSON, Patricia J, Melissa J BRYMER a George BONANNO. Postdisaster Psychological Intervention Since 9/11. *American Psychologist*. 2011, č. 9, s. 484-493.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- [31] EVERLY, George s. a Jeffrey T MITCHELL. A Primer on Critical Incident Stress Management. CRITICAL INCIDENT STRESS FOUNDATION. *International Critical Incident Stress Foundation* [online]. 2010 [cit. 2013-08-13]. Dostupné z: <<http://www.icisf.org/who-we-are/what-is-cism>>
- [32] I záchranáři jsou jen lidé. *Ministerstvo vnitra ČR* [online]. 2010 [cit. 2013-08-13]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/clanek/tema-2010-i-zachranari-jsou-jen-lide.aspx>>
- [33] Pojmy. *Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. 2010 [cit. 2011-11-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.mvcr.cz/clanek/mimoradna-udalost-851851.aspx>>.
- [34] OLEJNÍČKOVÁ, Zuzana. *Komunikace osob zasažených mimořádnou událostí při první občanské pomoci*. Zlín, 2009. 73 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z WWW: <<http://theses.cz/id/cufr8o/>>.
- [35] SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (WHO). *MKN - 10 (mezinárodní klasifikace nemocí)* [online]. 17.12.2008. 2008 [cit. 2012-02-29].

- Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/mkn-mezinarodni-klasifikace_nemoci_2184_1644_3.html
- [36] NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence, 2005, 40 s. ISBN 1-84257-922-3. Dostupné z: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG026NICEguideline.pdf>>
- [37] VYMĚTAL, Štěpán. *Psychologická služba*. Www.mvcr.cz [online]. 2011 [cit. 2013-07-11]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-ministerstva-vnitra.aspx>>
- [38] *EMDR desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů* [online]. 2013 [cit. 2013-08-12]. Dostupné z: <<http://www.trauma-terapie.cz/>>
- [39] Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce. *Hasičský záchranný sbor České republiky* [online]. 2010 [cit. 2013-08-11]. Dostupné z: <<http://www.hzscr.cz/clanek/standardy-psychosocialni-krizove-pomoci-a-spoluprace.aspx>>
- [40] Psychologická služba: O nás. *Hasičský záchranný sbor České republiky* [online]. 2010, 23.7.2012 [cit. 2013-08-12]. Dostupné z: <<http://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-o-nas.aspx>>
- [41] Česká republika. Zákon o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů*. 2011, č. 374. Dostupné z: <<http://www.azzs.cz/legislativa/zakony-vyhlasiky/>>
- [42] Česká republika. Zákon o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů*. 2000, č. 239. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=239/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy>

- [43] Česká republika. Vyhláška, kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů*. 2012, č. 240. Dostupné z: <http://www.azzs.cz/legislativa/zakony-vyhlasky/>
- [44] FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO, SPIS. *Systém psychosociální intervenční služby* [online]. 2011 [cit. 2013-08-12]. Dostupné z: <<http://www.spiscr.info/>>
- [45] Panel humanitárních organizací: O nás. *Ústecký kraj: portál krizového řízení* [online]. 2008 [cit. 2013-08-13]. Dostupné z: <<http://pkr.kr-ustecky.cz/Panel-humanitarnich-organizaci.aspx>>

CD, DVD, NOSIČE

- [46] MINISTERSTVO VNITRA - GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ HASIČSKÉHO ZÁCHRANNÉHO SBORU ČESKÉ REPUBLIKY A NADACE ADRA. *Sborník příspěvků ke konferenci Psychosociální pomoc v situacích mimořádných událostí: Víme o sobě?* [CD]. Praha, 2004 [cit. 2.7.2012].
- [47] MINISTERSTVO VNITRA, Generální řediteství hasičského záchranného sboru České republiky, Institut ochrany obyvatelstva Lázně Bohdaneč. První psychická pomoc [DVD]. Lázně Bohdaneč: Videostudio Institutu ochrany obyvatelstva Lázně Bohdaneč, 2012 [cit. 11.8.2013].

KONZULTACE

- [48] PhDr. Štěpán Vymětal
- [49] PhDr. Bohumila Baštecká
- [50] PhDr. Lukáš Humpl

Seznam příloh

A Přepisy odpovědí na dotazníkové otázky

99

A Přepisy odpovědí na dotazníkové otázky

Přepis odpovědí na dotazníkové otázky - Respondent č. 1

1. Jak dlouho pracujete ve svém oboru?

U HZS 9 let

2. V čem spatřujete za dobu Vaší praxe posun v poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

Tak jednak je to v proškolení příslušníků HZS i dalších složek IZS. Možná také v posunu pohledu záchranářů, ale i manažerů na psychologickou péči a přednost pomoci, nejen psychologické, ale i psychosociální, nejen té věcné, materiální. Také došlo k posunu v tom, že psychologové HZS sami školí tyto témata v kurzech nebo našich odborných školách. Učíme to my, psychologové z terénu, a ne někdo, kdo učí jen teorii. Takže příprava příslušníků je hodně praktická. Nevím jak je to v ostatních krajích, ale u nás je dobrá spolupráce mezi jednotlivými složkami IZS. U PČR roku 2010 vznikl intervenční tým a úzce spolupracujeme jak při zásazích, tak i při vzdělávání. A také funguje spolupráce s NNO.

3. Jakým směrem se podle Vás bude psychologická pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí vyvíjet?

Čím dál více se psychologická pomoc zakotvuje v pokynech a v systému. Nedávno třeba vznikla Typová činnost, což je metodický materiál pro složky IZS, jak spolupracovat na tomto poli. Do budoucna vidím, že je to stále víc vnímáno jako potřebné. Ukazují to třeba i povodně nebo jiné živelné pohromy, kde se zvláště ukazují potřeba i této podpory a její koordinace.

4. Jaké nedostatky má podle Vás současný systém poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

Někdy vidím nedostatky v menší osvětenosti některých zástupců složek IZS, ale i zástupců krizového řízení. Ne všichni to ještě vnímají jako důležité a potřebné.

5. Kde vidíte největší prostor pro zdokonalení (systému) poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU?

Jednak v proškolení řadových hasičů a policistů, osvěta u jejich manažerů a také lepších podmínkách pro vykonávání činnosti. Nemluvím teď o našem kraji, protože tady ty podmínky vytvořené jsou, ale vím, že ne ve všech krajích jsou vytvořeny podmínky, a to třeba ve smyslu, že psycholog a jeho tým, nejsou informováni rychle o této potřebě, nemají k dispozici auto apod.

6. Jaké metody jsou při psychologické pomoci osobám zasaženým MU užívány? A jaké preferujete Vy osobně?

Preferujeme první psychologickou pomoc, jde o první podporu lidem, aby dokázali situaci ustát a aby dokázali zmobilizovat své vlastní zdroje a také zdroje z blízkého okolí. Vždycky se snažíme lidi pozvednout, aby sami byli v té situaci aktivní. Nechceme z nich dělat bezmocné. Snažíme se také zapojovat přirozené sociální skupiny jako je rodina, ale třeba i sousedy, obec a podobně. Jde o takovou filozofii, že pomáhání pomáhá, takže se snažíme zapojit další lidi. Když budu mluvit za sebe, tak se nebudu snažit udělat z člověka pacienta, nebudu ho litovat a konejšit, ale snažím se ho povzbudit, aby začal sám fungovat a aby začala fungovat taková ta přirozená síť kolem toho člověka nebo rodiny. Někdy se ale s těmi lidmi pracuje i ve střednědobé, ale i dlouhodobé pomoci, to znamená, že dále pokračujeme třeba formou nějaké terapie toho prožitého traumatu v posttraumatické péči. První psychická pomoc a posttraumatická péče není určena jen obětem, ale někdy i pomáhajícím. Někdy je to také tak, že člověk, u kterého intervenuji u zásahu, mě ještě potom kontaktuje. Někdy jsme v kontaktu přímo, nebo ho postupně předávám třeba NNO nebo nějakým jiným subjektům a ještě jsme nějak v kontaktu. A nebo je to tak, že člověk, který zažil nějakou těžkou DN nebo trauma se na mě obrátí ještě v pozdější fázi a potom třeba s takovým člověkem pracuji, ale to je v menší míře, spíše výjimečné.

7. Jaký je Váš názor na přípravu a nácvik na poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU? Myslíte si, že je přípravě věnována dostatečná pozornost?

Já to považuji za velmi důležité a to jak pro tu naši činnost a její rozšiřování, protože práce hasičů už dávno není jen o hašení požárů. Téměř vždy se pracuje s lidmi, takže je potřeba, aby ti hasiči uměli k těm lidem přistupovat, aby rozuměli projevům stresu nebo rozuměli některým situacím a uměli si poradit. Zároveň je to i výhoda pro ně, když se cítí jistější nebo kompetentnější v té situaci, tak i oni prožívají menší stres. Protože vědí, že mohou udělat ještě něco navíc, že dokážou zvládnout tu situaci nebo předcházet nějakému vyhocení situace. Považuji to za velmi důležité a myslím si, že ve směru vzdělávání jsme hodně pokročili a je i zájem od samotných hasičů. Vždycky, když proběhne nějaký kurz, tak hned se ozvou další zájemci, protože se dozví, že to je k užítku. Je několik způsobů, jak se hasiči k těmto informacím dostávají. Jednak už v nástupním kurzu se dozvídají o psychologické službě, o první psychické pomoci, o systému posttraumatické péče a podobně, takže nějaké základy získávají tam. Potom v rámci pravidelné odborné přípravy, protože hasiči v rámci směny mají myslím 3 hodiny každou směnu odbornou přípravu, tak psychologové chodí školit do směn některá psychologická témata. Potom jsou různé kurzy pro zájemce např. Kurz první psychické pomoci nebo Kurz posttraumatické péče, které lektorují psychologové. Členové Týmu posttraumatické péče „peeři“, mají pravidelně každý rok třídní tzv. instrukčně metodické zaměstnání (IMZ), a tam se znovu proškolují. Také další odbornosti hasičů prochází školením psychologů, já

třeba s hasiči paramediky mívám každý rok třídní IMZ kde probíráme psychologická témata. Hasiči lezci mě zvou na jejich IMZy nebo případně cvičení a probíráme tam různá psychologická témata, se kterými se v praxi setkávají. Takže těch možností je víc a každý psycholog to má trošičku jinak. I třeba když velitelé připravují cvičení, obzvláště cvičení IZS, kde bývá třeba více figurantů, tak nás stále častěji do toho zapojují, už do té přípravy. Kromě modelování nějaké odborné situace tam přidáváme nějaké scény, na kterých se hasiči cvičí i v poskytování psychické podpory.

8. Je podle Vás v krizovém plánování věnován dostatečný (potřebný) prostor psychologické pomoci?

Myslím si, že není. Záleží jak kde. Některé obce s tím počítají dlouhodobě, mají to ve svých plánech a nepočítají pouze se složkami IZS, ale i s dobrovolníky z psychosociálních týmů. Někde s tím ale nepočítají vůbec. Záleží tedy na místě a osvědčení krizových pracovníků. Myslím si, že v tomhle směru je ještě co dohánět

9. Jakým způsobem funguje koordinace složek IZS při poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí?

Koordinace by měla vycházet z Typové činnosti složek IZS při poskytování psychosociální pomoci. Má číslo 12 v katalogovém souboru typových činností, který vyšel v loňském roce a je tam psáno, že v případě, kdy je třeba koordinovat činnost ostatních složek IZS, tak koordinátorem je ve většině případů psycholog HZS. Ten koordinuje postup při poskytování psychosociální pomoci ostatních složek, tedy PČR, AČR, NZO a podobně.

10. Jaká je provázanost mezi psychology z jednotlivých složek IZS? Mohla by nastat situace, kdy by se jejich péče překrývala?

Zase musím říct, že je to v každém kraji jinak. Za náš kraj mohu říct, že máme velice dobrou spolupráci s psychologickou službou PČR, vzájemně se informujeme o těch událostech. Kdybych měla uvést příklad, když mě volají k zásahu, tak většinou zvednu telefon a volám kolegyni koordinátorce policejního týmu a ptám se, jestli už třeba jsou na místě. Také se vzájemně informujeme, když jedeme k zásahu, jestli jsme tam potřeba všichni. Spolupracujeme na místě, i pak dál při posttraumatické péči o naše kolegy. Děláme společné supervize i školení, když dělám kurzy první psychické pomoci, tak při nich školím i policisty nebo i záchranáře, takže takhle si myslím, že máme tu spolupráci dobře nastavenou.

11. Jaký je Váš názor na spolupráci složek IZS při poskytování psychologické pomoci při MU?

zodpovězeno výše

12. *Existuje podle Vás rozdíl mezi psychologickou pomocí poskytovanou uniformovanými složkami a zástupci dalších institucí (neziskových organizací)?* Co se týká té první psychické pomoci, tak to je systém základních doporučení, které může zvládat kterýkoli poučený laik, to nemusí dělat psycholog, ani nedělá. Pokud jsou lidé poučeni, tak je celkem jedno, kdo to dělá. Někdy dokonce ty zasažené osoby lépe přijímají osobu civilní než psychologa. Záleží také jak je kdo vyškolený. Co se týká složek IZS, tak tam máme záruku a víme, že prošli řádným školením. U těch NNO je to různě, někdy si vytvoří tým a přípravu moc nemají, někde je ta příprava zase perfektní. Některé NNO s námi spolupracují při přípravě terénních pracovníků, takže je to různé. Nevím jak mají jednotlivé NZO ten systém nastavený, já můžu mluvit jen za náš kraj a pokaždé je to trochu jinak.

Největší rozdíl je asi v tom, že složky IZS poskytují psychosociální pomoc bezprostředně v místě MU, zástupci dalších organizací plní svou úlohu v následující středně a dlouhodobé pomoci.

13. *Myslíte si, že vyškolený „peer“ může v terénu provést stejně kvalitní práci jako psycholog?*

Myslím si, že určitě může. Každému se může stát, že udělá chybu, ale první psychická pomoc není nic odborného, jde tam hlavně o lidskost. A je to i věc postoje, takže když je člověk nastavený, že chce druhého podpořit, chce mu podat informace, chce ho zaktivizovat, aby sám dokázal využít vlastní zdroje, je k němu citlivý a snaží se tu situaci normalizovat, tak nemůže uškodit. Uškodit může když si někdo hraje na velkého psychologa a začne dělat místo první psychické pomoci nebo intervence nějakou terapii, nebo „zbezmočňovat“ zasaženého člověka, tak to může škodu nadělat stejně, tak jako ignorování psychických jevů. V praxi je to tak, že u zásahu jsou jako první složky IZS, a ty, v rámci své činnosti musí nějak s těmi lidmi komunikovat, nějak je podpořit, protože dochází třeba i k ošetřování a podobně, takže ať chtějí nebo nechtějí, musí nějakou podporu poskytovat. Pokud je situace náročnější, mají možnost si zavolat na místo psychologa, případně, pokud přímo v té jednotce není peer, tak si ho mohou zavolat ze stanice jako posilu, nebo z jiné složky IZS, a až v další části, pokud se jedná o zásah, který trvá dlouhou dobu, je možné zavolat i NNO. Toho se využívá třeba právě u živelných pohrom, u kterých zásah trvá několik dní, tak tam je jejich místo. V některých krajích mají některé organizace hodně aktivní mobilní týmy a ty jsou schopné se dostavit celkem brzy a vím, že s nimi složky IZS spolupracují už v té první fázi, že je využijí. Třeba při nedávném výbuchu v panelovém domě ve Frenštátě pod Radhoštěm, tam vím, že už v první fázi působili dobrovolníci z NNO.

Ještě bych chtěla dodat ke vzdělávání, že jsme v našem kraji docela pyšní, že jsme vytvořili i metodický materiál. V loňském nebo i předloňském roce, ten projekt trval téměř dva roky, jsme vytvořili metodické DVD pro výuku první psychické pomoci, kde jsme právě s členy týmu natočili takové scénky, modelové situace, na kterých se hasiči i ostatní složky IZS učí první psychickou pomoc. Máme tam například návod jak komunikovat s dětmi, je tam také komunikace se sebevrahem, je tam komunikace

s neklidným člověkem a podobně. V letošním roce vytváříme další DVD a to je o komunikaci nebo jednání s postiženými u zásahu. Toto DVD bude obsahovat 4 oddíly jak jednat s nevidomými, neslyšícími, vozíčkáři a mentálně postiženými. Zaměřujeme se na tyto specifické skupiny, protože je potřeba specifikovat přístup s ohledem na typ postižení. Takže tento materiál teď vzniká.

14. Mohl(a) byste popsat jak konkrétně vypadá práce psychologa při zásahu u MU?

To je také pokaždé jinak. Při příjezdu se hlásím veliteli zásahu, který mě většinou informuje co se stalo a co on vidí jako prioritu. Řekne mi třeba, že je tam majitel hořícího domu, který je situací zasažený, nebo matka, která chce vidět svého mrtvého syna - motorkáře a podobně. Potom s těmi zasaženými osobami navazuji kontakt, snažím se je nějakým způsobem stabilizovat a hlavně jde o předávání informací, aby se orientovali v té situaci, aby to nějakým způsobem ustáli. Snažím se zapojit nějak okolí, příbuzné, zkouším zjistit komu by mohli zavolat, kdo by mohl za nimi přijet, nebo mobilizujeme pomoc v obci, zkoušíme třeba oslovit sousedy a tak podobně. Ale je to pokaždé jiné, záleží na situaci. Je to také o kontaktu s velitelem, který mi řekne, kam můžu nebo nemůžu jít, protože někdy se to odehrává v nebezpečném prostředí a velitel rozhoduje koho kam pustí.

15. Co je podle Vás na práci psychologa při zásahu u MU nejtěžší?

Ono je to individuální, každý to máme jinak. Možná obecně, a to vám řeknou všichni záchranáři, pro všechny je nejtěžší, když zasaženou osobou jsou děti. Ale každý to má trochu jinak, vždycky je v tom něco osobního. Pro mě osobně jsou těžké situace, kdy jde o mladé chlapce, protože mám mladé syny. To bývají těžké situace, protože ať chci nebo nechci, tak jsem máma a hned vidím, že se to mohlo stát i jim, mívám i potřebu jim hned volat, zjistit jestli jsou v pořádku, aspoň je slyšet a podobně. Ale každý vám řekne trochu něco jiného. Někdo má malou sestřičku nebo bráčku, který jezdí na motorce, tak jsou pro něj nejhorší motorkáři a podobně. Je to těžké. Zpočátku jsem si myslela, že pro mě bude nejtěžší vidět mrtvá zdevastovaná těla, ale můžu říct, že horší je být konfrontována se zoufalstvím příbuzných nebo přeživších.

16. Co je podle Vás pro psychologa po zásahu u MU nejtěžší?

Každý máme vytvořený vlastní systém péče o sebe. Každý to má nějak jinak a potřebuje něco jiného a s každým to dělá něco jiného. Někdy je nejtěžší se vrátit zpátky domů. Když jedu k výjezdu v rámci směny, tak se vrátím do pracovního prostředí a není to takové jako když jde o vytažení z rodinného života. To se mi stalo, že jsme seděli s rodinou doma a grilovali a já jsem jela k nehodě, kde zemřeli tři mladí kluci. A pak jsem měla pocit, že se vracím z jiného světa a celý den jsem nebyla schopná zapojit se do toho veselí, co doma panovalo. Takže tohle někdy bývá těžké, vracet se jakoby z jiného světa a je těžké tomu vlastnímu světu vysvětlit o co jde. Na jednu stranu bych se chtěla svěřit a na druhou stranu je tím nechci zatěžovat.

Takže tohle je těžké, že je člověk v tu chvíli trochu sám. Záleží na tom, jak má kdo nastavené mechanismy, třeba moje rodina mě v tomto směru hodně podporuje, vědí, co v tu chvíli potřebuji, takže se snaží mě nějak „ošetřit,“. Ale i nastavený systém podpory, který funguje u HZS mi pomáhá, třeba sama volám těm svým peerům a s nimi proberu, co jsem zažila nebo i mezi kolegy, třeba s kolegou z olomouckého kraje máme v tomto dobrý vztah, že si vzájemně poskytujeme podporu nebo i intervizi. Ale také se mi stává, že třeba nemůžu usnout, protože se mi to vrací, tak jako každému jinému ze záchranářů se to stává. A chodím třeba i na supervize. Ty u HZS fungují, zase je to v každém kraji jinak a také teď třeba bylo období velkých úspor, takže jsem letos na supervize nejezdila a využíváme spíš vzájemnou pomoc mezi kolegy v rámci HZS nebo i od PČR. Ale mám svého supervizora a zrovna jsem si říkala, že je nejvyšší čas, abych tam zase zajela. Supervize tedy fungují, ne každý tomu přikládá takovou váhu, ale ta možnost je.

Přepis odpovědí na dotazníkové otázky - Respondent č. 2

1. Jak dlouho pracujete ve svém oboru?

U hasičů 10. rokem, jinak jako psycholog 35 let.

2. V čem spatřujete za dobu Vaší praxe posun v poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

Já budu asi mluvit o HZS, u ostatních složek nevím. Já myslím, že hasiči vždycky projevovali takový cit a snahu vůči zasaženým lidem postarat se o ně komplexně. V současné době jak jde vývoj je to i víc a víc formalizované a jsou i předpisy, které to hasičům ukládají a hasiči se školí v těchto formách pomoci. Takže si myslím, že v některých situacích si možná dovedou líp poradit nebo mají větší pocit zodpovědnosti, že to k té jejich práci patří. Školení jsou teď v podstatě všichni hasiči, protože je tomu teď věnována pozornost v nástupních kurzech, jsou tam vyčleněny hodiny psychologie, kde se učí základním dovednostem v krizové komunikaci nebo komunikaci se zasaženými lidmi. A potom také my, jako psychologové HZS v rámci krajů organizujeme školení pro hasiče, která jsou dobrovolná.

3. Jakým směrem se podle Vás bude psychologická pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí vyvíjet?

On to je takový průběžný vývoj a co jsme nezmínily a co už funguje, je spolupráce s NNO, takže se nejedná z naší stránky jen o pomoc na místě té události bezprostředně, když se něco stane, ale snažíme se, aby ta pomoc nebo podpora byla provázaná a následná a dlouhodobější a tam je spolupráce s NNO, takže my máme i uzavřené dohody s NNO, to jsou lidé, kteří jsou také vyškoleni v poskytování psychosociální pomoci a oni jednak nabízejí humanitární pomoc a jednak dokáží s těmi lidmi promluvit, takže se tam propojují tyto formy pomoci. Takže si myslím, že takhle provázanost té další péče. A z hlediska hasičů, já doufám, že stále víc hasičů bude kompetentních s lidmi promluvit.

4. Jaké nedostatky má podle Vás současný systém poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

Nevím, jestli se dá říct nedostatek. Nemůžeme to nějak maximalizovat, protože hasiči jsou hasiči a jejich práce je opravdu jasně daná. Tady to, že se mají starat o lidi komplexně, myslet na jejich psychosociální potřeby, to je něco, nevím, jestli se dá říct navíc, ale je to něco, co tu práci dotahuje ještě někam dál a pokud v téhle oblasti nejsou vždycky úplně stoprocentní, myslím si, že mají nárok a že asi nikdy nebudou. Teď mě napadá větší využívání těch dalších lidí jako jsou dobrovolníci z NZO. aby velitelé víc mysleli na to, že tahle možnost je, aby se to víc zažilo, protože využívání psychologa u zásahu, to se děje a vzhledem k tomu, že je jeden psycholog v kraji, tak si nemyslím, že by se to mělo nějak víc rozšiřovat, že by se měl využívat víc. Ale spíš, aby se to víc zažilo, aby se myslelo na tu komplexní pomoc i dalším zajištěním lidí.

5. Kde vidíte největší prostor pro zdokonalení (systému) poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU?

Asi je to hodně v osvětě. Práce psychologa s veliteli. Dělat jim přednášky, školení, mluvit o tom, připomínat to. S veliteli a na OS také, tam si myslím, že jsou ještě určité rezervy a možnosti. Operační středisko, když vysílá síly a prostředky, tak aby myslelo na to, že tahle pomoc by se měla také zabezpečovat a že ty organizace, které to umí máme k dispozici. Aby si na to vzpomněli, aby to věděli.

6. Jaké metody jsou při psychologické pomoci osobám zasaženým MU užívány? A jaké preferujete Vy osobně?

Metody. My mluvíme o první psychické pomoci a to je v podstatě podpora fungování toho zasaženého člověka, zajištění jeho základních potřeb, fyzických, především zdravotních samozřejmě, aby byl stabilizovaný zdravotní stav. Aby byla zajištěna potřeba bezpečí, soukromí, ochrany soukromí toho člověka, informace poskytovat, aby věděl, co se děje, co se bude dít, orientoval se v situaci. Takže tohle by se dalo zahrnout pod termín první psychická pomoc, jinak nějaké metody nevím. V té akutní fázi pro psychologii není moc místo. Když bychom mluvily o psychologických metodách, tak to by souviselo s následnou pomocí po velkých událostech. Jsou vypracovány metody jak pro zasahující lidi, tak pro kohokoli a to jsou metody krizové intervence nebo pokud jde o zasahující lidi, tak tam je vypracovaný defusing, debriefing, ale já si myslím, že u nás se to v běžné praxi moc nevyužívá. Že se spíš používá metoda nějakého podpůrného rozhovoru individuálního nebo skupinového. Ta KI je hodně specifická metoda a ve zvlášť těžkých situacích se může použít. Mám s tím trochu nepatrné zkušenosti by se dalo říct v těchto podmínkách.

7. Jaký je Váš názor na přípravu a nácvik na poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU? Myslíte si, že je přípravě věnována dostatečná pozornost?

Já zas mohu mluvit jen o HZS. Už jsme se toho v podstatě dotkly, že nějakou přípravu hasiči mají v rámci toho nástupního kurzu a potom je to hodně otázka

časových možností psychologa. Nebo máme i vyškolené týmy posttraumatické péče, to jsou hasiči, kteří jsou vedle svojí běžné práce určeni i k podpoře jak zasahujících hasičů, tak i zasaženým lidem. A i oni se na tom školení podílí. Třeba v rámci směny třeba dělají školení. Takže je to otázka spíše nějakých časových možností. Jinak je dáno v plánu odborných příprav na každého si myslím, že tam nějaké téma je. takže ono to probíhá, je to asi otázka spíš aby se to víc zažilo.

8. Je podle Vás v krizovém plánování věnován dostatečný (potřebný) prostor psychologické pomoci?

Na to vám neumím odpovědět, protože nejsem odborník na krizové plánování a nevím, jak to tam je.

9. Jakým způsobem funguje koordinace složek IZS při poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí?

Na to existuje právě formálně stanovený postup. Složky IZS mají na určité typy událostí, kde se předpokládá společný zásah tzv. Typovou činnost a těch typových činností je v současné době 12 nebo 13 a ta dvanáctá je právě psychosociální pomoc. Tam jsou dané povinnosti, zodpovědnost a postupy jednotlivých složek, kromě záchranky, která z toho vypadla v době přípravy této typové činnosti s odůvodněním, že nemají vyčleněné lidi na tuto činnost. Takže to je taková trochu zvláštní situace, že zrovna z téhle oblasti ZZS vypadla, ale tam je daná koordinace a podíl jednotlivých složek a postup jednotlivých složek. Často protože vedoucí složkou IZS je HZS nebo základní, tak ta koordinace náleží psychologovi HZS.

10. Jaká je provázanost mezi psychology z jednotlivých složek IZS? Mohla by nastat situace, kdy by se jejich péče překrývala?

Spíše se doplňujeme. Když je nějaká situace, kde se ta spolupráce dá předpokládat, tak se kontaktujeme, ať už to bylo v rámci cvičení, kde jsme spolupracovali anebo i v reálu, třeba při povodních. Bylo to v podstatě tak, že při těch povodních vedoucí úloha patřila HZS, takže v podstatě policejní psychologové se nahlásili, že budou spolupracovat. Je to věc domluvy a spolupráce. Ale při nějakých MU jsme se potkali a buď jsme se tam setkali a každý tam má svojí úlohu nebo mám i zkušenost, kdy jsme ještě s kolegyní z týmu zasahovaly nebo poskytovaly jsme podporu a pak jsme předávaly, nebo na tu naši péči navázala péče policejního psychologa. A mám zkušenost v rámci cvičení i s psychologem AČR jsme spolupracovali, takže si umím představit i v reálné situaci, že by se zapojila i AČR. Zase každý máme svoje specifické úkoly. Ta spolupráce se dá předpokládat. A v rámci té Typové činnosti je tam AČR zapojena jako další složka IZS.

12. Existuje podle Vás rozdíl mezi psychologickou pomocí poskytovanou uniformovanými složkami a zástupci dalších institucí (neziskových organizací)?

Hlavní rozdíl je asi v tom, že ti psychologové nebo pracovníci složek IZS jsou na místě události asi dřív. Takže tam jde o takovou tu první orientaci a podporu.

A ty NNO spíš zajišťují tu následnou pomoc. Ale třeba při povodních, tam je to jiná situace. Je to ale také MU a tady v JČK, nevím, jestli máte tu informaci, máme panel NZO. To je v podstatě sdružení NNO, které je partnerem, pro krajský úřad, takže když je vyhlášen krizový stav, tak hejtman zvedne ten panel. To znamená, že nekomunikuje s jednotlivými NNO, ale osloví koordinátora toho panelu. A jednotlivé NNO mezi sebou spolupracují. Třeba teď při nedávných povodních to bylo tak, že měli rozdělené území kraje, kde si každý dělal svůj monitoring a poskytoval pomoc humanitární i psychosociální. Ale síly a prostředky se v podstatě doplňovaly a spolupracovalo se. Byly společné koordinační schůzky, kdy se probíralo a informovalo co kdo dělal, kdo by mohl ještě dodat něco ze svých prostředků. A tam ta koordinace psychologa HZS, to bylo ve spolupráci, protože ty jednotlivé organizace se o ta svá území staraly samy a se mnou konzultovaly nějaké složitější případy, kde musela být poskytnuta pomoc nad rámec běžné práce. Je to tedy spíš věc spolupráce než konkurence. Ale všechno je to věc dlouhodobější přípravy a neformální známosti a společných školení. Asi by to nešlo, kdyby to jen někdo nařídil nebo nalajnoval. Musíme se znát, a být v kontaktu právě v době přípravy na události.

13. Myslíte si, že vyškolený „peer“ může v terénu provést stejně kvalitní práci jako psycholog?

Já si myslím, že když je vyškolený a šikovný, tak určitě je to na úrovni práce psychologa. Protože tam nejde o odbornou psychologickou práci, ale vždycky o první psychickou pomoc a to by ten peer měl umět. A myslím si, že to umí.

14. Mohl(a) byste popsát jak konkrétně vypadá práce psychologa při zásahu u MU?

To je hodně obecná otázka. Záleží na tom typu zásahu o co jde. Nevím jak to zobecnit. Je rozdíl, když jde o jednotlivce nebo skupinu. Mě se vybavují úplně různé zásahy. Takže těžko hledat, co by to spojovalo. Vždycky tam jde o orientaci, co se bude v následujících chvílích dít a jak to ten člověk zvládne. Pokud je to jednatel, tak se pro něj hledá nějaká jemu přirozená sociální podpora, kdo se postará dál, s kým ten člověk bude. Je otázka, jestli je tam zajistit nějaké materiální potřeby. Když někomu shoří dům, tak se postarat o zajištění nebo co se tomu člověku dá, aby mohl fyzicky fungovat. Nebo když člověk reaguje psychicky velmi intenzivně reaguje, jak ho podpořit, dát mu impulzy k tomu, aby to zvládl. Aby mohl projevit ty své emoce a jak by to měl zvládnout. Když je to skupina, když se stane nějaké neštěstí, tak se hledají vedoucí a s nimi se řeší, co bude dál atp. V každém případě se řeší nejbližší kroky, co se bude dál dělat.

15. Co je podle Vás na práci psychologa při zásahu u MU nejtěžší?

Já bych řekla, že celý ten zásah je těžký. Já spíš odpovím, jaký typ zásahu je pro mě nejtěžší. Když jde o úmrtí dítěte, tak to je nejtěžší, kontakt s rodičem nebo rodiči a pocit bezmoci. Že jsem tam ten, kdo má pomáhat a to dítě jim vrátit nemůžu. Takže asi to.

16. Co je podle Vás pro psychologa po zásahu u MU nejtěžší.

To zas bude také individuální. Těžké je určitě to, že toho mám plnou hlavu, že to těžko ze sebe dostávám. Pokud je to v noci, tak potom nemůžu usnout třeba. Důležité je odpočinout si, vyspat se a s někým to probrat, možnost to dostat ze sebe. Čili aktivuji svoje vazby, kolegy, kterým to jednak můžu vypovědět, abych to ze sebe dostala. A také potřebuji podporu v tom, že jsem nemohla udělat víc, protože vždycky jsou tam pochybnosti nebo přemýšlení o tom, jestli jsem všechno udělala dobře, co mohlo být jinak. Aby se mnou někdo tohle všechno sdílel. Máme to nastaveno tak, že bychom měli mít supervizi, dokonce je nastaveno kolik hodin v roce by jí mělo být a organizace to podpoří. Ale je to na nás, abychom si to zajistili. Ale supervize funguje, je to zaneseno v koncepci psychologické služby. Spíš jde o to si toho supervizora najít a udělat si na to ten čas a jet tam. Je to věc individuální a potom v některých krajích se psychologové domluvili a scházejí se víceméně pravidelně. Nevím, kolik jich je, asi pět a dělají takové intervize. Takže to je také dobrá věc.

Přepis odpovědí na dotazníkové otázky - Respondent č. 3

1. Jak dlouho pracujete ve svém oboru?

Jako psycholog pracuji od roku 2004, ale u hasičů pracuji 3 roky

2. V čem spatřujete za dobu Vaší praxe posun v poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

Tak já tím, že dělám 3 roky, tak tam ten posun není tak velký, ale co vidím, je posun směrem od péče nebo pomoci jednotlivcům k pomoci komunitě. To znamená, že teď se soustředíme spíš na komunitní intervence, aby ti lidé po odchodu těch zasahujících složek byli schopni poskytovat si dál pomoc sami a nebyli na nás závislí.

3. Jakým směrem se podle Vás bude psychologická pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí vyvíjet?

Myslím si, že ten trend bude dál směřovat směrem ke komunitní péči. Myslím si, že bude mnohem méně využíváno odborné pomoci psychologů a profesionálů a spíš se bude soustředit dobrovolná pomoc lidí, kteří jsou v tomto oboru proškoleni, nebo kteří o to mají dlouhodobě zájem. A role profesionálů bude spíš supervizní, konzultační nebo řešení nějakých hodně krizových situací. Celkově se mi zdá, že těžiště pomoci se bude přesouvat směrem třeba na pracovníky NNO a různé dobrovolníky.

4. Jaké nedostatky má podle Vás současný systém poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

To, co jsem spatřoval jako nedostatky se teď skutečně vyvíjí směrem k lepšímu. To znamená, že se dřív dělaly akce ve smyslu: všichni psychologové pojedou na místo a budou tam pomáhat lidem. Od toho se ustupuje právě směrem ke komunitní péči.

To byl jeden nedostatek, který se teď zlepšuje. Potom si myslím, že dřív někdy vážla komunikace mezi složkami IZS a NNO, ale to se také teď zlepšuje. Ta spolupráce je teď, myslím si, na docela slušné úrovni. Možná oblast, na kterou bychom se do budoucna měli víc soustředit je, aby sami zasahující, tzn. hasiči, policisté a záchranáři, byli víc vzděláni v téhle oblasti. Nikoliv aby museli zákonitě tu pomoc poskytovat oni, ale aby byli schopni třeba rozlišit kdo tu pomoc potřebuje a zavolat si někoho. Možná v tom bych spatřoval ještě nedostatky, aby byli samotní zasahující v tomto směru víc proškoleni a rozuměli potřebám zasažených lidí.

5. Kde vidíte největší prostor pro zdokonalení (systému) poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU?

V práci s jednotlivými složkami IZS tak, aby tomu víc rozuměli a hlavně aby viděli smysl psychologické pomoci. Někde už to je, ale někde to ještě chybí. Pak samozřejmě i růst profesionálů, kteří se tím zabývají, protože někdy mi přijde, že některým psychologům stačí, že tu praxi dělají a nemají touhu se nějak extra vzdělávat. Samozřejmě většinou mají, psychologové, co znám, zejména u HZS, tak tam touha po vzdělávání a růstu je, ale přeci jenom se ještě najdou lidi, kteří už tuhle touhu nemají a myslím si, že by profesní růst psychologů měl být základ.

6. Jaké metody jsou při psychologické pomoci osobám zasaženým MU užívány? A jaké preferujete Vy osobně?

Těžko říct metody, protože každý psycholog má svůj vlastní přístup, každý máme nějaký vlastní výcvik a používáme jiný způsob, ale fakticky jde o běžné postupy KI a postupy tzv. první psychické pomoci, která má svoje kritéria, jak by měla probíhat a toho se držíme. Tedy aspoň já se snažím v tomto rámci postupovat.

7. Jaký je Váš názor na přípravu a nácvik na poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU? Myslíte si, že je přípravě věnována dostatečná pozornost?

Přípravě je věnována čím dál větší pozornost. Hodně to záleží na jednotlivých krajích a jednotlivých psychologích ,jak si to vzdělávání vedou. To znamená, že v každém kraji je to trochu jiné. Ale celkově je snaha psychologické služby HZS, aby příprava byla dostatečná, aby to neustále rostlo a důraz na přípravu je veliký. Takže si myslím, že v tomhle směru děláme docela hodně práce.

8. Je podle Vás v krizovém plánování věnován dostatečný (potřebný) prostor psychologické pomoci?

V poslední době to roste. S psychologickou službou je v krizovém plánování stále víc počítáno. Nicméně krizové plánování je oblast, která byla zejména v minulých letech dělána hodně od stolu a teď je větší snaha těch pracovníků víc to přiblížit realitě. Takže tam vidím pozitivní trend. Jednak v tom, že to je čím dál praktičtější a také v tom, že se do toho zahrnuje čím dál víc aspektů. Jednak psychologických , ale i právnické záležitosti, dokonce i v některých krajích se počítá i s nějakou duchovní pomocí po neštěstích. Takže se to rozšiřuje.

9. Jakým způsobem funguje koordinace složek IZS při poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí?

To je oblast, která funguje velmi dobře. V posledních řekl bych 3, 4 letech se to výrazně zkvalitnilo a dnes ta koordinace probíhá na velmi slušné úrovni, kdy koordinátor psychosociální pomoci při velkých MU jako jsou povodně, bývá součástí krizových štábů, ať už kraje nebo krizového štábu HZS. Dál koordinuje pomoc ve spolupráci s NNO. Takže ten systém tak, jak je nastavený, zejména od roku 2010, kdy se to velmi dobře uplatnilo při povodních na liberecku, tak funguje dobře. samozřejmě vždycky to může narazit na lidský faktor, kdy to někdy zadrhne, ale většinou koordinace probíhá na velmi slušné úrovni. myslím si, že v rámci Evropy jsme na tom velmi dobře, ve srovnání s mnoha jinými státy.

10. Jaká je provázanost mezi psychology z jednotlivých složek IZS? Mohla by nastat situace, kdy by se jejich péče překrývala?

To se stává velmi často. Například u sebevrahů by měl primárně zasahovat policejní psycholog, ale někdy se stává, že se volá psycholog HZS. jindy zase jsou třeba události, kdy psycholog HZS nemůže a je povolán jiný psycholog. V podstatě hodně záleží na tom, jak se ta spolupráce nastaví, ale většinou to funguje dobře, že se doplňujeme, když někdo jiný nemůže. Ale primárně si řešíme každý to své a někdy se můžeme doplnit.

11. Jaký je Váš názor na spolupráci složek IZS při poskytování psychologické pomoci při MU?

zodpovězeno výše

12. Existuje podle Vás rozdíl mezi psychologickou pomocí poskytovanou uniformovanými složkami a zástupci dalších institucí (neziskových organizací)?

Poskytujeme v podstatě stejnou péči, protože ty Standardy jsme vytvářeli ve spolupráci s NNO a v tom týmu, který je vytvářel byli jak zástupci složek IZS, tak zástupci NNO, tak i zástupci z univerzity nebo klinických psychologů. Takže v cíli, ke kterému směřujeme směrem k těm Standardům, myslím, že sdílíme s NNO stejnou filozofii, kterou v tomto státě razí zejména paní doktorka Baštecká a myslím, že v tom se shodneme. Samozřejmě myslím si, že máme rozdílné možnosti, protože my jsme uniformované složky a máme někdy přístup někam, kam ho nikdo jiný nemá, takže se potom technicky může ta práce trochu lišit, ale principy sdílíme stejné s NNO,

13. Myslíte si, že vyškolený „peer“ může v terénu provést stejně kvalitní práci jako psycholog?

To záleží na tom, jaký si stanovíte cíl té pomoci. Pokud cílem pomoci je třeba kolegiální podpora, tak samozřejmě peer dělá mnohem kvalitnější práci, než psycholog, protože psycholog nikdy nemůže nahradit kolegu a kamaráda, který má stejné zkušenosti a sdílí s tím druhým podobný osud. Ve chvíli, kdy si nastavíte cíl, že

chcete poskytovat první psychologickou pomoc, tak ta pomoc vyškoleného peera a psychologa je stejná, protože tam jsou postupy, které když se dodržují, tak ta pomoc je srovnatelná. A když si stanovíte cíl, že chcete poskytovat KI nebo nějakou odbornou pomoc, tak ten vyškolený peer nikdy nemůže poskytnout tak odbornou práci jako psycholog. Takže jde o to, který cíl si stanovíte. Také se nedá říct paušálně, že péče psychologa je vždycky lepší, než ta poskytnutá vyškoleným peerem, je to hodně o tom, jaký máte cíl a o co se vlastně snažíte.

14. Mohl(a) byste popsat jak konkrétně vypadá práce psychologa při zásahu u MU?

To zase hodně záleží na stanoveném cíli. Na tom, jak vypadá ta MU. Ve chvíli, kdy je to třeba MU malého rozsahu, tak to vypadá úplně jinak, než když jde o MU velkého rozsahu. Někdy stačí psycholog na místě nebo ten peer a někdy je potřeba koordinace atd. Ale obecně, když se jede k zásahu třeba menšího rozsahu, kdy je DN nebo nějaký požár apod., tak to o co já se snažím, je přijet na místo a nejdřív zjistit jak ta situace vypadá, jaké jsou možné potřeby, kdo by mohl pomoc potřebovat a v jakém rozsahu a jestli je vůbec potřeba odborná pomoc nebo jestli stačí psychická podpora. A na základě prvního vyhodnocení té situace se pak rozhodují, kterou cestou se dám. Jestli poskytuji čistě první psychickou pomoc, kterou by byl schopný poskytnout třeba i peer nebo jestli je potřeba poskytnout odbornou KI, kterou samozřejmě musí dělat odborník s nějakým výcvikem a pak se od toho odvíjí způsob práce, takže je to pokaždé jiné na základě vyhodnocení prvotních potřeb.

15. Co je podle Vás na práci psychologa při zásahu u MU nejtěžší?

Nejtěžší je postarat se sám o sebe, o svoje vlastní potřeby, protože máme přirozeně tendenci tam přijet a snažit se pomoci těm druhým lidem, ale to, co musíme hlavně udělat je postarat se o svoje potřeby, o to, abych já byl nějak sebedopodpořený a v pohodě. Tak , abych mohl poskytovat pomoc druhým. A na to se často zapomíná a to je to nejtěžší. Když to totiž člověk neudělá, tak si potom fakticky nese nějaké vlastní trauma z té události, protože potom je těžší to zpracovat. Takže to si myslím, že je nejtěžší, postarat se o své potřeby a o to, abych tu práci mohl dělat v nějaké vnitřní pohodě. Samozřejmě zasažený tím, co se tam děje, ale postarat se o sebe.

16. Co je podle Vás pro psychologa po zásahu u MU nejtěžší.

To je hodně individuální a hodně to záleží na tom, jaké má každý člověk strategie, jak se vyrovnává se stresem. A pak je to hodně závislé na tom, o jakou MU se jednalo. Když to jsou nějaké mimořádně traumatizující události, tak samozřejmě pro toho psychologa je to také těžké se s tím vyrovnat a je to potom třeba dlouhodobý proces. A některé ty události zas tak traumatizující nejsou, i když se jedná o lidské neštěstí, ale hodně se to liší, ty jednotlivé události. Takže potom je třeba zase si to nějak zpracovat, buďto v supervizi nebo s někým to probrat a nějak se postarat o sebe a své potřeby a o to, abych si ten zážitek nějak zpracoval.

Přepis odpovědí na dotazníkové otázky - Respondent č. 4

1. *Jak dlouho pracujete ve svém oboru?*

Jako psycholog U HZS 8 let.

2. *V čem spatřujete za dobu Vaší praxe posun v poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?*

Já bych řekl především ve spolupráci s NNO. Potom ve zvyšování kvalifikace pro poskytování psychosociální pomoci těm lidem a to jak hasičů, tak i dobrovolníků z řad NNO jako je ADRA, Charita, ČČK. A potom samozřejmě i je posun v tom, že se získávají další a další zkušenosti tím, že jsou velké události, jako například povodně, tak se prohlubuje takové to procvičování, vzájemné vztahy a schopnost vzájemné koordinace při těch událostech.

3. *Jakým směrem se podle Vás bude psychologická pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí vyvíjet?*

Já si myslím, že ti psychologové nemohou být všude a proto si myslím, že cesta je v tom, připravovat samotné záchranáře na to, jak poskytnout ne odbornou psychologickou, ale spíš jen tu první psychickou pomoc zasaženým lidem, protože oni tam jsou první a můžou to udělat. Případně potom i směřovat na nějakou následnou, navazující pomoc. Takže vzdělávání záchranářů v poskytování první psychické pomoci.

4. *Jaké nedostatky má podle Vás současný systém poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?*

Částečně asi personální nedostatky, protože těch událostí je hodně, celá řada a jak říkám, nemůžeme se dostat ke všemu, takže je to o tom dovzdělat co nejvíc těch dobrovolníků hasičů. A to je, myslím si, reálné. Jen je to otázka času. Jinak si myslím, že nedostatky tam nevidím. Jsou to jen takové drobnosti, ale myslím si, že se to teď dobře upravuje a nastavuje.

5. *Kde vidíte největší prostor pro zdokonalení (systému) poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU?*

V zapojování širší skupiny lidí do té pomoci.

6. *Jaké metody jsou při psychologické pomoci osobám zasaženým MU užívány? A jaké preferujete Vy osobně?*

Zase bych chtěl přednostně uvést tu první psychickou pomoc. Což je vlastně základní způsob, jak s tím zasaženým člověkem komunikovat, jak s ním navázat kontakt a reagovat na jeho potřeby. Jak ho případně doporučit nebo předat někomu dalšímu. Je to taková jednoduchá struktura, kterou používám já, používají ji i samotní hasiči. A jinak potom se tam dají používat věci z krizové intervence. Při té terénní práci hlavně krizová intervence.

7. Jaký je Váš názor na přípravu a nácvik na poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU? Myslíte si, že je přípravě věnována dostatečná pozornost?

Já si myslím, že ano, určitě. Dost se to posunulo a zlepšilo, a že tedy řada hasičů nebo i policistů, kteří jsou v terénu, nebo i lidí ze ZZS, už vědí sami, jak se mohou zachovat, když mluví s člověkem, který je ve stresu, nebo akutní stresové reakci, co pro něj můžou udělat. Že tedy to třeba není primárně jen o odborné pomoci nebo o medikaci, ale že se mohou cíleně snažit toho člověka zklidnit, stabilizovat rozhovorem nebo třeba jen tím, že projeví účast s tím, co se mu stalo.

8. Je podle Vás v krizovém plánování věnován dostatečný (potřebný) prostor psychologické pomoci?

U hasičů to je celá sekce havarijního a krizového plánování, která tuhle oblast pokrývá a psychosociální pomoc tam zahrnuta je, je tam uvedena v těch dohodách mezi HZS a NNO, v dohodách o pomoci na vyžádání, tam je případně specifikovaná v jakých situacích a kdy budou třeba ti dobrovolníci nebo ti lidé z NNO vyžádání pro tu pomoc. Takže řekl bych, že to je systémově zahrnuto v plánech.

9. Jakým způsobem funguje koordinace složek IZS při poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí?

Je to tak, že existuje společná Typová činnost pro poskytování psychosociální pomoci, což je typová činnost, která upravuje podmínky a praxi v součinnosti těch složek IZS. A tam je i uvedeno, kdo je případně koordinátorem. Dost často to bývá právě krajský psycholog HZS.

10. Jaká je provázanost mezi psychology z jednotlivých složek IZS? Mohla by nastat situace, kdy by se jejich péče překrývala?

Stát se to může, ale spíš bych řekl, že tam může být návaznost. To znamená, že pokud já jedu k nějaké události, tak pro střednědobou nebo dlouhodobou pomoc můžu doporučit některého z kolegů. Třeba psychologa od Policie nebo nějakého člena týmu posttraumatické intervenční péče, nebo třeba někoho z NNO, který je školený v první psychické pomoci a KI. Takže spíš bych řekl součinnost a provázanost, než nějaké překrývání, o kterém bychom nevěděli.

11. Jaký je Váš názor na spolupráci složek IZS při poskytování psychologické pomoci při MU?

Myslím si, že je to přínosné, už proto, že psycholog by měl dělat spíše bezprostřední KI a případně koordinovat pomoc, takže ta spolupráce se nabízí.

12. Existuje podle Vás rozdíl mezi psychologickou pomocí poskytovanou uniformovanými složkami a zástupci dalších institucí (neziskových organizací)?

To je dost těžká otázka. V základu si myslím, že je to podobné. Některé principy jako stabilizace, rozhovor, postupy KI, to je schopen poskytnout i psycholog

i vyškolený dobrovolník NNO. A pak jsou takové specifičtější věci jako je KI jako komplexní metoda nebo psychoterapie nebo psychologické poradenství, to může poskytnout psycholog. To je ale spíš ve střednědobé a dlouhodobé péči.

13. Myslíte si, že vyškolený „peer“ může v terénu provést stejně kvalitní práci jako psycholog?

Myslím si, že v té prvotní akutní fázi je schopen odvézt peer stejně důležitou práci, spíš.

14. Mohl(a) byste popsat jak konkrétně vypadá práce psychologa při zásahu u MU?

To záleží na situaci. v podstatě jsme vyžádáni na místo buďto velitelem zásahu nebo operačním důstojníkem, nebo řídicím důstojníkem jsme povoláni na místo a pak záleží na tom, o co jde. V tom prvním sledu co bude na místě, tak je první psychická pomoc. Pokud je to člověk, který má DN a je v nějaké akutní stresové reakci, tak je potřeba k němu přistoupit, reagovat nějak na jeho emoce, nechávat průchod těm emocím zároveň zjistit nakolik je orientovaný v místě, čase, co se s ním vlastně děje. reagovat na jeho potřeby, snažit se případně třeba ho vézt k tomu, aby později kontaktoval své blízké, příbuzné, aby je informoval o tom, co se stalo, abych mohl toho člověka předat někomu na místě. Pak samozřejmě záleží na tom, jak se to odvíjí dále. Jak silná je reakce toho člověka, jestli je možné domluvit třeba nějakou navazující péči ze strany právě těch dobrovolníků, jestli je někdo z rodiny, kdo s tím člověkem třeba může strávit nějaký čas, to potom pomáhá asi nejvíc. A jinak, pokud jsou to události většího rozsahu, tak tam spíš psycholog přejímá roli koordinátora, třeba dejme tomu u těch povodní, tam je to spíš tak, že psycholog ve spolupráci s NZO má k dispozici nějaký tým dobrovolníků a už ten tým řídí, tzn. sleduje monitoring jestli chodí ti dobrovolníci do domácností, jestli došlo k nějakým škodám na majetku a potom podle dat z monitoringu se rozhoduje kam bude směřovaná ta pomoc. Tam tedy má psycholog spíše roli koordinátora, spíš péči zaštiťuje a neměl by být už tolik využíván k té terénní práci.

15. Co je podle Vás na práci psychologa při zásahu u MU nejtěžší?

Já si myslím, že nejtěžší je nezapomenout na sebe, ne svoji vlastní reakci. Myslím si, že i u hasičů a záchranářů to takhle taky je, že v té první chvíli je taková ta emoční reakce odložená, že se člověk tak nějak trochu oddělí od toho svého vnitřního prožívání a věnuje se naplno tomu člověku, je tam vlastně pro něj. Takže spíš zacházení s tou vlastní reakcí, která se často dostaví třeba až potom. Zůstat tak nějak sám se sebou, vědět jak jsem na to reagoval, jak se třeba potom u mě odloženě projevuje ten stres a vědět, že bych pro sebe měl něco udělat, věnovat se nějaké sebezpečí, duševní hygieně. Udělat si prostě potom čas i na sebe.

16. Co je podle Vás pro psychologa po zásahu u MU nejtěžší.

Asi to je tak jak jsem odpovídal na tu předchozí otázku. Oddělit emoce, které ještě souvisí s tím případem od těch dalších emocí, které s tím nesouvisí. Mít v tom jasno, vědět, jak to na mě dolehlo, udělat si třeba zpětně takové zhodnocení toho zásahu, ať už po stránce toho, jak jsem postupoval metodicky, tak i po stránce emoční.

Přepis odpovědí na dotazníkové otázky - Respondent č. 5

1. Jak dlouho pracujete ve svém oboru?

Po absolvování jednooborové psychologie jsem v roce 2004 nastoupila do drogových služeb, u HZS pracuji od roku 2006.

2. V čem spatřujete za dobu Vaší praxe posun v poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

Zákon o IZS byl přijat v roce 2000, psychologická služba u HZS vznikla v roce 2002, resp. 2003, Policie ČR zavedla pomoc pro zasažené, tuším, před dvěma lety, Zdravotnická záchranná služba a její posttraumatické týmy se spíše profilují dovnitř organizace, ne pro zasažené osoby. Od vzniku IZS jsme svědky překotného rozvoje v posunu vnímání psychologické, resp. psychosociální pomoci.

Obrovský přínos vidím v mezioborové diskuzi mezi poskytovateli služeb (státní versus nezisková sféra), např. definování termínů psychosociální, psychologická pomoc. U HZS se zasaženým lidem věnují psychologové, ale na místě události se jedná o krizovou intervenci nebo psychosociální pomoc. Hovoříme tedy o poskytování první psychické pomoci (která není vázaná na profesionály: odborníky na duševní zdraví), pomoc psychologická je většinou až následná pomoc. Další posun je v propojení IZS a neziskových organizací, nejčastěji v rámci tzv. PANELŮ humanitární pomoci (<http://pkr.kr-ustecky.cz/Panel-humanitarnich-organizaci.aspx>). Tzn. že pomoc psychologů je koordinována v souladu s činností ostatních zapojených odborníků a organizací a na základě sdílených informací. (Víc viz Vnitřní dokument o PANELU). Dochází také ke zpřesňování terminologie, nejen výše zmíněná psychická x psychologická pomoc, ale také posun ve vnímání zúčastněných osob od „obětí“, po „postižené“ přes „zasažené“ a nověji také „dotčení“ mimořádnými událostmi. A tudíž i posun v cílové skupině (příjemci pomoci spojené s nějakou katastrofou mohou být např. i novináři nebo úřednice, které vydávají sociální dávky přímým účastníkům katastrofy). A v neposlední řadě vidím také posun v diskuzi uvnitř HZS, která vede k profesionálnější práci psychologů HZS ČR, k vytváření nástrojů pro umožnění jejich práce (např. vnitřní směrnice), dále k prohloubení kvalifikace a rozšiřování týmů posttraumatické péče HZS ČR. A vůbec největší posun vnímám v tom, že si hasiči již zvykli, že mezi sebou mají psychology, kteří jim v mnohém mohou pomoci a usnadnit jim jejich práci.

3. *Jakým směrem se podle Vás bude psychologická pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí vyvíjet?*

Prohlubování spolupráce mezi státní složkou a neziskovým sektorem, posunem od koordinace události k objednávání služeb psychologa jako specifického odborníka (leckde psycholog je koordinátorem události, nejen koordinátorem psychosociální pomoci), vytváření spolupráce mezi psychologem prvního kontaktu a psychologem následné péče (psychoterapie traumatu) – tohle propojení tu zatím chybí. A je velmi málo odborníků na léčení traumatu.

4. *Jaké nedostatky má podle Vás současný systém poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?*

Nejasná terminologie, spíše nejednotná terminologie. Nedostatek vnitřních předpisů IZS upravujících spolupráci psychologů jednotlivých složek. Uvnitř HZS: Nedostatečné propojení práce psychologa a úseku prevence a civilní nouzové připravenosti (tak se to jmenuje u nás, jinde možná trochu jinak, spadá sem ochrana obyvatelstva a krizové řízení).

5. *Kde vidíte největší prostor pro zdokonalení (systému) poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU?*

Diskuze s hasiči a tedy propojení reálných poznatků o fungování stávajícího systému s teoretickým nastavením.

6. *Jaké metody jsou při psychologické pomoci osobám zasaženým MU užívány? A jaké preferujete Vy osobně?*

Screening, krizová intervence, metody systému CISM (překládané jako Řízení stresu při kritických událostech nebo Strategická aplikace krizové intervence: Critical Incident Stress Management), pokud je to možné pak prevence, vzdělávání.

7. *Jaký je Váš názor na přípravu a nácvik na poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU? Myslíte si, že je přípravě věnována dostatečná pozornost?*

Za HZS ČR: máme propracovaný systém vzdělávání v poskytování první psychické pomoci, posttraumatické péče a CISMU. Prevenci, přípravě a vzdělávání věnujeme velkou pozornost.

8. *Je podle Vás v krizovém plánování věnován dostatečný (potřebný) prostor psychologické pomoci?*

Ne.

9. *Jakým způsobem funguje koordinace složek IZS při poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí?*

Upravuje to vnitřní předpis STČ 12/IZS Typová činnost složek IZS při poskytování psychosociální pomoci. Je rozdíl mezi malými událostmi a velkými (např.

povodně). Psycholog HZS je koordinátorem psychosociální pomoci, propojuje informace ze státní a neziskové sféry, účastní se krizových štábů, jednání PANELU HO, vše dokumentuje, svolává vyhodnocující setkání po události.

10. Jaká je provázanost mezi psychology z jednotlivých složek IZS? Mohla by nastat situace, kdy by se jejich péče překrývala?

Psycholog HZS je koordinátorem psychosociální pomoci IZS, při velkých událostech spolupracuje s policejními psychology a jejich činnost řídí. Péče se překrývá z podstaty cílové skupiny, ale během koordinace pomoci dochází k rozdělení místa působnosti, kompetencí. Spolupracujeme spolu a klienty si předáváme.

11. Jaký je Váš názor na spolupráci složek IZS při poskytování psychologické pomoci při MU?

V našem kraji je spolupráce na vynikající úrovni.

12. Existuje podle Vás rozdíl mezi psychologickou pomocí poskytovanou uniformovanými složkami a zástupci dalších institucí (neziskových organizací)?

Jistě. To vyplývá již z předchozích odpovědí. Všichni poskytujeme v terénu zejména psychosociální pomoc, popř. krizovou intervenci. Neziskové organizace na místě události psychologickou pomoc neposkytují (aspoň u nás ne). Psycholog HZS vystupuje zejména v krátkodobé fázi po události a v pozdějších fázích je k dispozici hasičům. Poskytování psychologické pomoci je na místě události spíše ojedinělé (poradenství, terapie vůbec). Poradenství a terapie přichází ke slovu v pozdějších fázích pomoci.

13. Myslíte si, že vyškolený „peer“ může v terénu provést stejně kvalitní práci jako psycholog?

Samozřejmě.

14. Mohl(a) byste popsat jak konkrétně vypadá práce psychologa při zásahu u MU?

Zjišťování informací a předávání informací, spolupráce s velitelem zásahu a ostatními hasiči, poskytování psychosociální pomoci (první psychická pomoc, krizová intervence), předání letáků s kontakty, nabídka následné péče, předání do další péče jinému poskytovateli služeb, prvotní dokumentace.

15. Co je podle Vás na práci psychologa při zásahu u MU nejtěžší?

Dostupnost a dojezdnost, udržet emoční odstup, nasazení u těžkých zásahů (děti, známí).

16. Co je podle Vás pro psychologa po zásahu u MU nejtěžší.

Vše si důsledně zapsat. Zajistit včasnou supervizi.

Přepis odpovědí na dotazníkové otázky - Respondent č. 6

1. Jak dlouho pracujete ve svém oboru?

U HZS pracuji 5 let, jako psycholog 15 let.

2. V čem spatřujete za dobu Vaší praxe posun v poskytování psychologické pomoci osobám postiženým MU složkami IZS?

Ve větší informovanosti složek IZS o možnosti poskytování psychologické pomoci zasaženým lidem při MU a větším využívání psychologů nebo peerů pro tuto činnost veliteli zásahu na místě MU.

3. Jakým směrem se podle Vás bude psychologická pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí vyvíjet?

Předpokládám a doufám, že stejným směrem, s důrazem na kvalitu poskytované péče a rozšiřování okruhu lidí, proškolených v poskytování této podpory.

4. Jaké nedostatky má podle Vás současný systém poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

Jedná se o mimořádné události, tudíž je vždy třeba, navzdory všem plánům, reagovat i operativně a přizpůsobit se dané situaci a lidem, kteří na místě situaci řeší. Nesetkávám se však v praxi s žádnými velkými nedostatky, spolupráce funguje dle mého názoru v zásadě bez větších problémů, myslím i díky naší vzájemné osobní znalosti a snaze společně pomoci.

5. Kde vidíte největší prostor pro zdokonalení (systému) poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU?

ZZS jako jedna ze základních složek IZS nemá psychologickou službu, myslím, že by v případě jejího zřízení byla v rámci celého systému využitelná.

6. Jaké metody jsou při psychologické pomoci osobám zasaženým MU užívány? A jaké preferujete Vy osobně?

První občanská pomoc, První psychická pomoc, krizová intervence, poradenství, terapie.

7. Jaký je Váš názor na přípravu a nácvik na poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU? Myslíte si, že je přípravě věnována dostatečná pozornost?

HZS má standardizované odborné přípravy zaměřené na teorii a na nácvik první psychické pomoci. Pokud jde o přípravu, mohu mluvit pouze za HZS našeho kraje, kde se domnívám, že je přípravě věnována dostatečná pozornost a zájem o účast je poměrně veliký.

8. *Je podle Vás v krizovém plánování věnován dostatečný (potřebný) prostor psychologické pomoci?*

Opět mohu mluvit pouze za HZS našeho kraje, domnívám se, že s kolegy z krizového plánování v této oblasti spolupracujeme a psychologická pomoc má potřebný prostor.

9. *Jakým způsobem funguje koordinace složek IZS při poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí?*

Nevím, kterou rovinu koordinace máte na mysli, ale na místě MU funguje v souladu s jednotlivými Typovými činnostmi, např. Typovou činností složek IZS při poskytování psychosociální pomoci.

10. *Jaká je provázanost mezi psychology z jednotlivých složek IZS? Mohla by nastat situace, kdy by se jejich péče překrývala?*

V momentě, kdy by došlo k nějakému informačnímu šumu a operační střediska jednotlivých složek IZS by povolali psychology nezávisle na sobě, by se mohlo stát, že se sejdou dva psychologové u jedné události. Při velkých mimořádných událostech typu povodní je psycholog HZS kraje obvykle koordinátorem psychosociální pomoci, vzájemně ale spolupracujeme, víme o sobě, oslovujeme se a doplňujeme.

11. *Jaký je Váš názor na spolupráci složek IZS při poskytování psychologické pomoci při MU?*

Ve našem kraji považuji spolupráci za bezproblémovou, což určitě potvrzují i letošní povodně, kde pod mou koordinací fungovali bezproblémově policejní psychologové.

12. *Existuje podle Vás rozdíl mezi psychologickou pomocí poskytovanou uniformovanými složkami a zástupci dalších institucí (neziskových organizací)?*

Rozdíl dle mého názoru existuje – jak v obsahu poskytované podpory, tak v čase, kdy je podpora poskytována. Uniformované složky se pohybují především v akutní fázi MU, neziskové složky jsou zaměřené spíše na střednědobou a dlouhodobou podporu.

13. *Myslíte si, že vyškolený „peer“ může v terénu provést stejně kvalitní práci jako psycholog?*

Dle mého názoru vyškolený „peer“ poskytne stejně kvalitní První psychickou pomoc jako psycholog. Peer však není školený v krizové intervenci.

14. *Mohl(a) byste popsat jak konkrétně vypadá vaše práce při zásahu u MU?*

Vyjíždím na žádost velitele zásahu, povolává mě vždy operační středisko.

Po příjezdu na místo události se vždy nejdříve hlásím veliteli zásahu, který mi poskytne aktuální informace, a domluvíme se na dalším postupu. Kontaktuji

zasažené a další průběh záleží na povaze události a potřebách zasažených, ze kterých vždy vycházím.

15. Co je podle Vás na práci psychologa při zásahu u MU nejtěžší?

To bude velmi individuální, pro mě asi první orientace v situaci a zahájení kontaktu. Pak samozřejmě zásahy s úmrtím a práce s pozůstalými.

16. Co je podle Vás pro psychologa po zásahu u MU nejtěžší.

Opět velmi individuální, pro mě je těžké, se po zásahu opět „zklidnit“.

Přepis odpovědí na dotazníkové otázky - Respondent č. 7

1. Jak dlouho pracujete ve svém oboru?

Jako psycholožka celkem 19 let (jsou v tom započítané 2 mateřské dovolené), jako psycholožka HZS 5 let.

2. V čem spatřujete za dobu Vaší praxe posun v poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

Od dob náhodné pomoci na vyžádání (podle toho, kdo kde zrovna byl) jsme se posunuli k propracovanému systému, který je při MU většího rozsahu řízen koordinátorem.

3. Jakým směrem se podle Vás bude psychologická pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí vyvíjet?

System pomoci se bude zdokonalovat a jeho těžiště se posune do období střednědobé a dlouhodobé pomoci (větší zapojení NNO, zdravotnických zařízení a soukromých psychoterapeutů). NNO - Nestátní neziskové organizace

4. Jaké nedostatky má podle Vás současný systém poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

Dojezdové časy psychologů na místo události (nejsou peníze na placení pohotovostí).

5. Kde vidíte největší prostor pro zdokonalení (systému) poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU?

V prohlubování spolupráce mezi složkami IZS a dalšími poskytovateli psychologické pomoci z civilního sektoru. (Poskytnout první psychickou pomoc a předat zasaženou osobu z místa zásahu rovnou odborníkovi, který s ní bude dlouhodobě pracovat, aby nemusela svůj příběh vypravovat několikrát dalšímu poskytovateli pomoci od začátku.)

6. Jaké metody jsou při psychologické pomoci osobám zasaženým MU užívány? A jaké preferujete Vy osobně?

První psychická pomoc, stabilizační techniky práce s tělem, krizová intervence. Vždy se začíná první psychickou pomocí – to zvládá každý člen týmu posttraumatické péče (dále TPP) a proškolení hasiči. Když to nestačí, pokračuje se stabilizačními technikami, které zvládne většina členů TPP a krizovou intervencí, kterou dělá psycholog, ale zvládnou ji i zkušení členové TPP.

7. Jaký je Váš názor na přípravu a nácvik na poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU? Myslíte si, že je přípravě věnována dostatečná pozornost?

Věnujeme se hodně přípravě členů TPP a pořádáme odbornou přípravu v první psychické pomoci pro další hasiče. Každý hasič je seznamován s Typovou činností složek IZS při poskytování psychosociální pomoci STČ 12/IZS, kde jsou popsány kroky první psychické pomoci.

(psychická pomoc – poskytuje laik, který nevystudoval odborné studium psychologie, psychologická – poskytuje psycholog, ale při MU není nutné, aby byl poskytovatelem psycholog – pouze u těžších případů, kde nezabírají obvyklé postupy)

8. Je podle Vás v krizovém plánování věnován dostatečný (potřebný) prostor psychologické pomoci?

Ano, snažíme se proškolit všechny hasiče v základech první psychické pomoci a byla vytvořena Typová činnost složek IZS při poskytování psychosociální pomoci STČ 12/IZS, kterou mají povinnost znát všechny složky IZS.

9. Jakým způsobem funguje koordinace složek IZS při poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí?

V prvních hodinách MU bývá koordinátorem psychosociální pomoci psycholog HZS, který později (při přechodu do střednědobé fáze pomoci, ale někdy i dříve) předává koordinaci vybranému člověku z NNO (NNO - Nestátní neziskové organizace), na kterém se jednotlivé organizace dohodly. Zasažená oblast se dělí na sektory pro jednotlivé NNO, ve kterých zjišťují a zajišťují potřeby lidí.

10. Jaká je provázanost mezi psychology z jednotlivých složek IZS? Mohla by nastat situace, kdy by se jejich péče překrývala?

Při větší MU je potřeba každý psycholog, který se dostane na místo, při běžných zásazích se povolává psycholog na místo události až v případě potřeby přes operační středisko. Problém je spíše opačný – kterého psychologa se podaří dostat nejrychleji na místo události. (Nejsou placené pohotovosti s dojezdovými časy a každý psycholog má po pracovní době volno, ve kterém se věnuje svým zálibám a může cestovat podle libosti daleko.)

11. *Jaký je Váš názor na spolupráci složek IZS při poskytování psychologické pomoci při MU?*

Rychlé navázání kontaktu a spolupráce na místě zásahu, protože se lidé znají z předchozích zásahů a cvičení. Všichni postupují podle Typové činnosti složek IZS při poskytování psychosociální pomoci STČ 12/IZS.

12. *Existuje podle Vás rozdíl mezi psychologickou pomocí poskytovanou uniformovanými složkami a zástupci dalších institucí (neziskových organizací)?*

Uniformované složky pracují na počátku MU – musí si poradit s chaosem a panikou zasažených osob, usměrnit dav, evakuovat osoby z nebezpečné oblasti a zvládnout situaci v malém počtu osob než dorazí posily. NNO už pracují v bezpečné oblasti a v dostatečném počtu (jejich činnost je třeba dobře koordinovat).

13. *Myslíte si, že vyškolený „peer“ může v terénu provést stejně kvalitní práci jako psycholog?*

V terénu nezáleží na typu vzdělání, ale na rychlosti pomoci a na znalostech, dovednostech, odhodlání a nasazení pomáhajícího.

14. *Mohl(a) byste popsat jak konkrétně vypadá práce psychologa při zásahu u MU?*

Psycholog si převezme člověka nebo skupinu lidí, odvede do bezpečného prostoru a pracuje s ním výše popsanými způsoby – stabilizuje člověka a mluví s ním.

15. *Co je podle Vás na práci psychologa při zásahu u MU nejtěžší?*

Práce s více osobami najednou, když někdo z nich potřebuje akutní péči. Psycholog může skupinku předat členovi TPP a odvést člověka na jiné místo, aby ve skupině nevyvolával další vlny silných emocí. Pokud to nejde, je třeba najít jiné místo pro skupinu.

16. *Co je podle Vás pro psychologa po zásahu u MU nejtěžší?*

Neanalyzovat, co se dělo, ale jít odpočívat nebo spát.

Přepis odpovědí na dotazníkové otázky - Respondent č. 8

1. *Jak dlouho pracujete ve svém oboru?*

Jako psycholog 13 let, u Policie 6.rokem

2. *V čem spatřujete za dobu Vaší praxe posun v poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?*

Už když jsem nastupoval, tak fungoval systém posttraumatické intervenční péče, který se vztahuje k pomoci policistům zasaženým událostí, čili tam jde o péči o

policisty a ta byla už za mého příchodu. To, co se v roce 2010 podařilo, je vytvořit systém pomoci obětem trestných činů nebo trestné činnosti a dalších MU. Ten je dobrý v tom, že máme v krajích vyškolené lidi a ti fungují nonstop a mohou být vysláni na místo ihned a věnují se obětem. To je určitě pokrok. A pokrok je i ve sdílení informací nebo zkušeností se zahraničím, to se postupně rozvíjelo, takže nyní je těch informací víc a Evropa je propojenější.

3. Jakým směrem se podle Vás bude psychologická pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí vyvíjet?

To je těžké říct, já si myslím, že se to moc nikam dál ubírat nedá, protože v ČR máme nějakou omezenou množinu MU, z těch největších jsou to zpravidla povodně, případně větší DN. Tyto zásahy se samozřejmě trénují, jsou na to různá cvičení, vždycky se následně vyhodnocují, pak se hledají chyby, které se staly, takže tam nějaké prostory pro vývoj jsou, ale myslím si, že budeme rádi, když to zůstane tak, že HZS a PČR budou mít vyškolené lidi, kteří budou v případě těch větších událostí, ačkoli třeba sami nejsou psychologové, schopni těm psychologům pomoci a tím pádem zvládnout větší plochu a větší množství práce. My policisté, zdravotníci a hasiči poskytujeme pouze tu první psychickou pomoc, to je opravdu první akutní pomoc, to není žádná psychologická péče. Ve střednědobém nebo dlouhodobém výhledu to psycholog IZS nedělá. Na tom moc bádát nejde, protože tam jde o základní zajištění potřeb těch lidí, informací, předání dalším odborníkům. Takže bavit se o vývoji nějakých metod třeba pro zvládnání traumatu je nesmysl, protože na to samozřejmě pak už ti lidé chodí na nějaké terapie. Takže kam se to bude ubírat? My bychom byli rádi, kdyby každé krajské ředitelství mělo vyškolené lidi, ať už psychology nebo policisty, kteří budou schopni při těch MU rychle a kvalitně zasáhnout a zvládnout první psychickou pomoc. To je taková touha, aby to tak ve všech krajích fungovalo dobře a to se musí dotáhnout. Teoreticky by se daly uzavírat konkrétní dohody s konkrétními organizacemi pro předávání těch lidí, ale jak říkám, vzhledem k tomu, že my tady v Čechách máme zkušenosti tak maximálně s povodněmi nebo s DN, tak to je velmi omezený okruh. Jsou státy, které mají propracovanou pomoc vzhledem k jiným typům neštěstí ještě více. Ale z mého pohledu psychologického je důležité, aby v nějaké dohledné době od události někdo vyškolený, třeba ten psycholog byl a aby tu situaci zvládal, aby pomáhal při té první psychické pomoci. To je podstatné, na tom těžko něco vylepšovat. Pak by se dalo uvažovat o detailech jako je vybavení, které v jednotlivých krajích mají, ale to jsou věci, které se mění v čase velmi rychle. Pokud jde o vývoj, tak ten vývoj je tu dlouhodobě a my bychom to spíš rádi zachovali dlouhodobě vnímáno, že ta první psychologická pomoc, k tomu postarání se o ty lidi a zvládnutí situace IZS prostě patří. To je důležité. To je to nejpodstatnější. Pokud tohle krizový management ví, tak pak už tam jsou jen dílčí věci, které by se mohly vyvíjet, ale myslím si, že žádným závratným způsobem jiným, než se teď vyvíjí, to nepůjde. Za Policii říkám, nám šlo především o oběti trestné činnosti a k tomu se připojují oběti samozřejmě. Vás zajímají spíše ty větší události, nebo střední, ale ve skutečnosti drtivou většinu těch MU pro naše krizové interventy tvoří

ty malé události třeba sebevraždy nebo DN, v kterých je jedna nebo dvě oběti. To je naprosto denní chléb. Takže to, že se tady jednou za rok stane něco velkého v tomto kontextu, tak to pro práci těch krizových interventů nehraje zas tak moc roli nebo není tak zajímavé.

4. Jaké nedostatky má podle Vás současný systém poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

Pokud není v kraji dostatečný pokryv, pokud ti lidé nejsou v dosahu, pokud tam není někdo nonstop, kdo u té události může být téměř ihned, tak je to nedostatek. Ale tam opravdu nejde o žádnou velkou vědu. Na tom není nic moc ke zkoumání. V podstatě jde o to mít čas na ty oběti, protože záchranáři zachraňují, léčí, rozstřihávají automobily nůžkami apod. a pak tam sedí někdo lehce zraněný nebo otřesený, v šoku někde bokem a nikdo se o něj nestará, pak psycholog musí ty lidi rozmluvit, musí se o ně nějak citlivě postarat atd. Nedostatek by byl, pokud by to v nějakém kraji nezafungovalo, tak tam budu vidět najednou nedostatek, ale jinak ten systém...asi můžeme do budoucna, to je možná otázka na tu budoucnost a možná nějaký nedostatek, že je docela možné, že budou přibývat události, které se stanou občanům v zahraničí. Což nebývá zvykem, my jsme měli zkušenost loni jen s nehodou autobusu v Chorvatsku, ale to jsou jednotlivosti. Když je to velkého rozsahu, tam je ten systém, který ale nejde přes nás, jde přes MZV, takže pak je otázka, jak se budou řešit tyto věci, když by se něco takového stávalo pravidelně, jako únosy, teroristické útoky, a ještě to úplně není dořešené, ale snad v tom Chorvatsku to zrovna zafungovalo.

5. Kde vidíte největší prostor pro zdokonalení (systému) poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU?

zodpovězeno výše

6. Jaké metody jsou při psychologické pomoci osobám zasaženým MU užívány? A jaké preferujete Vy osobně?

Tak jak už jsem řekl, tam o žádné velké metody nejde. Tam jde o to, ty lidi zklidnit, komunikovat s nimi, zajistit jim základní potřeby, teplo, tekutiny, klid, dalo by se říct psychologických 5T a informace tam jsou důležité a dostat se třeba do kontaktu s blízkými atd. U MU je to hlavně o tomhle. Nejde o žádnou konkrétní psychologickou metodu. Samozřejmě tam patří třeba sdělování úmrtí pozůstalým. Zase nejde o žádnou specifickou psychologickou metodu, tam je sice daný postup, ale je to sdělování úmrtí a řekněme velmi krátkodobá práce s tou rodinou, ale obvykle jednorázová. Zklidnění, podání informací, vysvětlení, často pak asistence při sdělování dalším rodinným příslušníkům, třeba dětem atd. Samozřejmě v nějakém delším časovém horizontu se psychologické metody používají, ale takhle my s těmi oběťmi nepracujeme, spíš s policisty. Tam se používají metody předcházení PTSD a to je debriefing, defusing, někdo, kdo umí EMDR, jenže to jsou metody, které

se používají de facto už při té rozvíjející se PTSD. Debriefing a defusing ne, ten se používá hned po té události, ale málokdy s těmi oběťmi, spíše s policisty nebo hasiči.

7. Jaký je Váš názor na přípravu a nácvik na poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU? Myslíte si, že je přípravě věnována dostatečná pozornost?

Tak nemůžu mluvit za hasiče, ale konají se cvičení, kterých se psychologové účastní pravidelně, ale jsou různého druhu, ne vždycky to je DN nebo vlakové neštěstí. Takže v rámci možností probíhají cvičení. Psychologové a interventi jsou průběžně proškolení. Mají na to kurzy a snažíme se. V kraji mají lektory, kteří to mají učit a ty lektory zase učíme my tady z centra a snažíme se jim zajistit nějaké vzdělávání se. Já nemám špatné svědomí, že bychom je nepřipravovali.

8. Je podle Vás v krizovém plánování věnován dostatečný (potřebný) prostor psychologické pomoci?

Z mého pohledu je. Nemám tedy nic společného s krizovým plánováním a vůbec ty plány neznám, ale ve chvíli, kdy se děje nějaké cvičení nebo kdy se dějí nějaké události tak ti psychologové jsou automaticky kontaktováni. Já si myslím, že role psychologů se přeceňuje. Psychologové tam mají opravdu zanedbatelnou roli v prvních chvílích, často tam ani nejsou na tom místě, co by tam dělali. Takže nevím, proč by s námi měli počítat v nějakém krizovém plánování, protože tam se především provádí záchranné práce, kdy se tam psycholog může leda plést a v nějaké době po zákroku, kdy už jde o likvidační práce, tam už je to něco jiného, tam už jsme, ale nevím, jestli to má něco společného s krizovým plánováním. V té první fázi si myslím, že o ty psychology ani tak nejde, tam se prostě zachraňují životy, evakuují se třeba obyvatelé a pokud tam potřebují psychologa, tak ten konkrétní bezpečnostní sbor má možnost si ho tam zavolat bez ohledu na krizové plánování. Když se například evakuují lidé při povodních, tak tam často psycholog je, ale vždycky závisí na tom veliteli, ale ne na krizovém plánu. Kdyby tam bylo psáno, že tam musí vždycky, tak je to nesmysl, protože to záleží vždycky na konkrétní situaci.

9. Jakým způsobem funguje koordinace složek IZS při poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí?

Tak na to máme sepsanou Typovou činnost složek IZS, jmenuje se Typová činnost poskytování psychosociální pomoci při MU, a tam je napsáno přesně kdo co koordinuje. Většinou jsou to hasiči, u těch zákroků IZS. Většinou, ne vždycky, ale většinou. Typové činnosti tam jsou přesně rozdělené a když je to psychosociální pomoc v případě těchto událostí, o kterých mluvíte a je tam víc psychologů z různých bezpečnostních sborů, tak tu psychosociální pomoc koordinuje hasičský psycholog. Policejní psychologové mu jsou k dispozici. Podobně je to u povodní, které teď byly. Hasičský psycholog musí vědět, kde jaké psychology má, kam je má poslat, ty informace se sbíhají u něho. Takže ta koordinace takhle funguje a je to podepsáno nejvyššími představiteli těch bezpečnostních sborů, takže by to mělo fungovat. Nejsou to jen hasiči a policisté, mohou tam být i vojenští psychologové atd.

10. Jaká je provázanost mezi psychology z jednotlivých složek IZS? Mohla by nastat situace, kdy by se jejich péče překrývala?

No tak určitě. Třeba zrovna DN jsou zrovna situace, kdy se HZS PČR setkávají při společném zásahu a kdo je tam první, ten to dělá. hasiči mají jednoho psychologa na kraj, tak těžko může být u všeho. Je možné a stává se to, že u určitých událostí se sejdou jak hasičský, tak policejní psycholog a musí se domluvit kdo si co vezme na starosti a když tam jsou dva je to jen dobře. Právě u těch MU je překryv, zatímco oběti trestné činnosti, s tím hasiči nemají nic společného. U DN, kterých je moc, je dobře, že se nějak doplňujeme. A překrývání v negativním slova smyslu nevím, musejí se vždycky domluvit spolu, když tam je psycholog HZS, tak se ho policejní psycholog zeptá, jestli ho tam potřebuje. Ta spolupráce většinou funguje a v jednotlivých krajích mají tu spolupráci navázanou, takže se tam setkávají pořád stejní lidé, ono jich není moc.

11. Jaký je Váš názor na spolupráci složek IZS při poskytování psychologické pomoci při MU?

zodpovězeno výše

12. Existuje podle Vás rozdíl mezi psychologickou pomocí poskytovanou uniformovanými složkami a zástupci dalších institucí (neziskových organizací)?

Určitě je v tom rozdíl. My poskytujeme co se týče obětí, čili z řad veřejnosti čistě tu první akutní psychologickou pomoc, intervenci. Ty NNO tam z většiny nejsou. NNO třeba u těch povodní až s nějakým odstupem několika dní začnou vytvářet nějaká konta a začnou tam posílat nějaké dobrovolníky a nějaký monitoring situace. Správně by se zase měly vázat na toho koordinátora psychosociální pomoci od HZS - pokud tedy chtějí poskytovat psychosociální pomoc, oni často poskytují spoustu jiných služeb. Samozřejmě NNO tam působí delší dobu. Hasiči to uklidí a odjedou, takže tam pak v rádech měsíců může působit NNO nejen s psychologickou pomocí. My máme tu úlohu především v první fázi. A s NNO se to překrývá chvíli, například u těch povodní, a pak už jdou po svém, ale opravdu psychologická pomoc těm lidem, tu se pravděpodobně snaží i NNO přesměrovat na nějakého odborníka, psychiatra nebo klinického psychologa. S NNO se spolupracuje při větších událostech. A je to věc hasičů spíš. Hasiči s nimi mají nějaké dohody, mají dokonce vytvořené v krajích týmy, které mají přesahy do NNO

13. Myslíte si, že vyškolený „peer“ může v terénu provést stejně kvalitní práci jako psycholog?

Ano, může, určitě. Při té první psychické pomoci určitě. Může si být sice v něčem méně jistý, ale v něčem zase může být lepší. Není to o tom vzdělání. Kurzy, které absolvují jsou dostatečné a hlavně tam člověk musí fungovat trochu selským rozumem. A když zná ten terén a zná tu profesi, tak je to pro něj někdy lepší, než pro toho psychologa. Takže může určitě odvést dobrou práci, záleží také na

osobnosti toho člověka. Když se nebojí. Psycholog k tomu má ještě psychologickou kvalifikaci, takže pro takové ty složitější úkony často chtějí psychologa, ale myslím si, že klasickou první psychickou pomoc může zvládnout dobře peer, pokud je na to osobnostně vhodný.

14. Mohl(a) byste popsat jak konkrétně vypadá práce psychologa při zásahu u MU?

Na to nejde moc dobře odpovědět, protože je to pokaždé jiné. Ta práce psychologa nebo krizového intervenanta zahrnuje psychickou první pomoc. Čili jde o zklidnění, dodání informací, pokrytí základních potřeb, organizace zacházení s lidmi, aby měli kde být, aby měli klid, aby se mohli setkat s příbuznými atd. Jsou to víceméně selským rozumem dané věci a ten psycholog je tam především z těchto důvodů. Aby zajistil lidem soukromí. Ale neexistuje návod, co konkrétně v které situaci a v jakém pořadí dělat.

15. Co je podle Vás na práci psychologa při zásahu u MU nejtěžší?

Nejtěžší je se tam v první chvíli zorientovat. Řekl bych chytit se, když se vejde do hry. Protože tam člověk přijede v nějaké fázi a musí něčím začít. To vidím jako obtížné, aby ho vůbec ti záchranáři "vzali". A pak nejtěžší jsou psychické záležitosti, aby zvládal své emoce, aby působil tak, jak působit má, tzn. uklidňujícím dojmem, aby nezmatkoval, aby to v zásadě příliš neprožíval. A třetí věc ještě bych řekl, že je v dlouhodobějším horizontu, a to umět z toho odejít, tzn. přestat pomáhat, odpočinout si, najít se a případně tu situaci až poté nějak zvládnout, umět se z toho vypovídat. Prostě to třetí, co jsem chtěl říct, je pečovat o sebe už i v průběhu události. Dodržovat pitný režim, odpočívat. Ale zároveň i po té události vypnout.

16. Co je podle Vás pro psychologa po zásahu u MU nejtěžší.

Tak to je přesně ono...zpracovat to, aby z toho sám ten člověk neměl nějaké trauma a umět se odpojit.

Přepis odpovědí na dotazníkové otázky - Respondent č. 9

1. Jak dlouho pracujete ve svém oboru?

6 let

2. V čem spatřujete za dobu Vaší praxe posun v poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

Myslím si, že velký posun je v tom, že psychologové HZS vyškolili lidi, kteří přijedou k zásahu a nejen ty, prostě mají tým posttraumatické péče, který je k dispozici jak hasičům, tak i zasaženým občanům a vyškolili snad už téměř všechny zasahující hasiče v poskytování první psychické pomoci, což si myslím, že je obrovská pomoc, protože hasiči jsou na místě MU první nebo mezi prvními a jsou v kontaktu se

zasaženými lidmi. Myslím si, že hasiči udělali asi největší posun v téhle oblasti. Co se týče policistů, tak tam vyloženě směrem k obětem MU, myšleno k civilistům policie z principu věci zas až tak často jako hasiči nezasahuje, ale v rámci policie fungují také týmy posttraumatické intervenční péče, které jsou více zaměřeny primárně dovnitř na policisty, ale samozřejmě když je potřeba, tak mohou vypomoci v situacích u MU a děje se to. Například při letošních povodních vyrazili členové těchto týmů do terénu na pomoc. Tento stav si myslím, že trvá a nejedná se o žádnou novinku posledních několika let. Co vidím jako velký posun je, že u policie byly zřízeny týmy, které poskytují krizovou intervenci obětem trestných činů a jejich příbuzným, což dříve nebylo. Nejsem si jistá, jestli to patří do MU, spíš asi ne. Co se týče MU, tak jsou více činní hasiči. Ještě bych možná měla zmínit, že co policie dělá v situacích MU je, že se využívá telefonní krizová linka, zjednodušeně řečeno taková linka důvěry pro policisty i hasiče a nově také pro AČR. V případě MU se tato linka využívá jako krizová linka. Je k dispozici to číslo s týmem lidí, kteří jsou připraveni pomoci i směrem k veřejnosti. Tomuto směru je věnováno čím dál více pozornosti a myslím si, že je to dobře.

3. Jakým směrem se podle Vás bude psychologická pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí vyvíjet?

Nejsem si jistá, jestli jsem kompetentní se k tomu vyjádřit, ale předpokládám, že HZS bude dál odvádět stejně dobrou práci jako nyní. A doufám, nevím, jestli předpokládám, spíš doufám, že policie bude schopná vyškolit řadové policisty, aby v případě, že se s takovým problémem setkají, věděli co dělat. To by bylo fajn. Ale asi je to spíše mé zbožné přání než předpoklad, protože tuším, že se to asi nestane. Myslím, že pro policii to není priorita. Pro hasiče je to jasná priorita, pro policii ne, takže i od toho se to odvíjí. O situaci v ostatních složkách IZS Vám asi nebudu umět říct. Co se týče ZZS, tam nemám přehled, co se děje.

4. Jaké nedostatky má podle Vás současný systém poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

Myslím si, že na to není dost lidí. Myslím si, že by měla být větší provázanost mezi nestátními organizacemi jako třeba neziskovými organizacemi, charitami a podobně a státním aparátem (tím myslím HZS a PCR). Co mám informace, tak psychologové HZS v jednotlivých regionech jsou poměrně informováni o dalších organizacích, které pomáhají lidem zasaženým MU a snaží se tu síť nějak mapovat a propojovat, ale psycholog HZS je jeden v kraji a nemůže stačit na všechno a u větších krajů jako je třeba Praha, to není tak jednoduché. Myslím, že by bylo dobře, kdyby se tyto subjekty víc propojily. To platí i u policie, je třeba větší provázanost, informovanost a spolupráce, možná nějaké prostředí nebo důvod, aby se Ti lidé setkali, uspořádat například nějakou konferenci. Nevím, jestli se to děje dál, ale asi ano, v Praze bývala konference o MU pod záštitou GR HZS ČR, třikrát jsem se jí účastnila a byla vždycky přínosná. Byl tam právě prostor pro to, aby se Ti lidé potkali a vzájemně se o sobě víc dozvěděli.

5. *Kde vidíte největší prostor pro zdokonalení (systému) poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU?*

Jak už jsem říkala, bylo by dobré, kdyby se pro tento účel vyčlenilo víc sil a prostředků, jak personálních, finančních, tak i větší podpora této problematice, protože je to vždycky aktuální, když se něco děje, ale když se nic neděje, tak se na to zase zapomene.

6. *Jaké metody jsou při psychologické pomoci osobám zasaženým MU užívány? A jaké preferujete Vy osobně?*

To by Vám právě nejlépe řekli kolegové od HZS, kteří školí první psychickou pomoc, protože ona to v prvním momentě po události žádná velká psychologie není. To je krizová intervence možná někdy i silné slovo pro to, co se děje, i když krizová intervence není psychologická metoda, to určitě ne. Takže metody krizové intervence, tišení emočních stavů, poskytování základních informací, zajištění základních potřeb toho člověka, mezi které právě patří potřeba informací, které ho dokáží mnohdy zklidnit víc, než když začnete používat nějaké tišící terapeutické techniky, což je hezké umět a používat, ale ten člověk hlavně potřebuje vědět, jestli mu ten dům spadne nebo ne nebo jestli jeho příbuzný umřel nebo neumřel, co se bude dít, kde ho najde, v jaké leží nemocnici. To ho zajímá určitě víc, než to, aby zhluboka dýchal.

Co se týká následné péče, tak podle výzkumů si jenom 5-10% lidí s takovou situací neumí poradit samo vlastními zdroji a mechanismy vyrovnání se s takovou situací. Většina lidí si s tím poradí sama za pomoci příbuzenstva, kamarádů, tím, že oni sami jsou silní, tak se u nich žádné další následky nevyskytnou. U několika procent lidí se mohou postupně vyskytnout nějaké problémy, které můžeme diagnostikovat jako akutní reakce na stres nebo PTSD, které se mohou projevit až v řádu měsíců po události. Tam pak je na místě nějaká terapeutická práce s tím člověkem, ale to jsou spíše výjimky, rozhodně to není ve většině případů. Potom bych samozřejmě nějaké terapeutické služby doporučila. Pro nás policejní psychology jsou tito klienti z řad Policie, nechávám stranou to, že ne vždycky se ten policista chce svěřovat služebnímu psychologovi, často chtějí raději někoho z civilu, protože mají obavu, aby mohli dál pracovat, i když ta obava není úplně na místě, ale to se potom řeší spíše před nějaké zdravotnické zařízení, nebo soukromé ambulance. Psychologové HZS ani PČR nemají ve své náplni práce směřovat terapii k občanům.

7. *Jaký je Váš názor na přípravu a nácvik na poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU? Myslíte si, že je přípravě věnována dostatečná pozornost?*

U HZS nemůžu úplně posoudit, ale myslím si, že tu přípravu, zvláště za pomoci psychologů, mají celkem hojnou a myslím, že vysoce kvalitní. U HZS je víc prostoru na výcvik, školení a přípravu, než u Policie, která pořád něco řeší, vyplňuje papíry a někoho vyslýchá. Ale neumím to posoudit, já nepracuji u HZS, takže nevím, jak bych posoudila. U policie si myslím, že ta situace není dobrá. Samozřejmě se tomu nějaká pozornost věnuje při základní odborné přípravě policistů, ale jen jako dílčí část té

výuky a potom už na to není moc čas a není to nějaká zásadní priorita. Asi také záleží na jaké pozici jsou konkrétní policisté zařazeni. Pokud se třeba jedná o policistu, který pracuje na kriminálce s mládeží, tak je třeba víc vzdělaný v komunikaci s dětmi, někdo kdo vyšetřuje požáry, tak možná má zase víc zkušeností s tím, jak jednat s lidmi, kteří přišli o dům a podobně. Nemyslím si, že u PČR to je jako u HZS, kde je jasná linka, že tohle je prioritní úkol a tomu se budeme věnovat a tím směrem budeme školit naše příslušníky. Tak to u Policie není. Tady teď máme novinku, která se týká KI vůči obětem trestných činů, ale to je jenom dílek toho celku obětí trestných činů, to také není pro každého, takže tam se asi nejedná o MU.

8. Je podle Vás v krizovém plánování věnován dostatečný (potřebný) prostor psychologické pomoci?

Já vím, že nějaké krizové plány se sepisují na úrovni policejního prezidia, takže to byste se asi dozvěděla o našeho vedoucího psychologa PČR a přes GŘ HZS ČR od vedoucí psycholožky HZS. Ti by Vám asi řekli, ale na tuhle otázku opravdu neumím odpovědět, protože jsem žádný krizový plán nikdy neviděla ani nesestavovala.

9. Jakým způsobem funguje koordinace složek IZS při poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí?

Tohle všechno jde přes operační. To se nás psychologů nebo členů intervenčních týmů tak úplně netýká. Operační zavolá, to je jedna věc, a druhá věc je, že na místě je vždycky velitel zásahu hasič. To znamená, že pokud jsou tam hasiči, tak já tam nemůžu jen tak přijít a začít tam jen tak něco dělat. Reálně to funguje tak, že pokud dojde k velké MU, jako když se tady v centru Prahy před dvěma nebo třemi lety sesunul dům, tak tam všechny složky najely a už tam byla psycholožka HZS se svým týmem hasičů, takže policejní součinnost nebyla úplně nutná. Samozřejmě v takovémto případě já jako psycholog nebo člen týmu posttraumatické péče od Policie když přijedu na místo, tak první, koho hledám, je kromě velitele zásahu také někdo, kdo je označený jako psycholog. A s tím člověkem se to pak na místě nějak koordinuje. To si ale myslím, že kdyby fungovalo nějak špatně, tak máme také Integrovaná operační střediska na některých krajích, kde ti lidé sedí u sebe, jak od hasičů, tak od policie. Máme linku 112, tam je to sice někdy složité, ale tam si myslím, že ta koordinace je dobrá. Není tam žádný problém.

10. Jaká je provázanost mezi psychology z jednotlivých složek IZS? Mohla by nastat situace, kdy by se jejich péče překrývala?

Určitě, to se děje, samozřejmě. Psychologové HZS a PČR spolu hodně spolupracují, hodně úzce, je to dané i tím, že spadáme pod jedno ministerstvo, řídíme se stejným zákonem o služebním poměru, protože HZS i PČR tvoří bezpečnostní sbor. Takže spolupracujeme i na základě dalších věcí, které máme společné, nejen co se týče MU. Víceméně se ti lidé, zvláště v jednotlivých krajích, znají, což pomáhá tomu, že když dojde k MU, tak je spolupráce snazší. Takže provázanost si myslím, že je velká a péče se překrývat může. Také si ale hodně vypomáháme, třeba i směrem

dovnitř do těch složek. Když se třeba dělá po nějakém náročném zákroku debriefing, tak to může být ve spolupráci, že tam klidně bude jeden člověk od HZS a jeden od Policie, může to tak být.

11. Jaký je Váš názor na spolupráci složek IZS při poskytování psychologické pomoci při MU?

zodpovězena výše

12. Existuje podle Vás rozdíl mezi psychologickou pomocí poskytovanou uniformovanými složkami a zástupci dalších institucí (neziskových organizací)?

To už je v principu něco jiného, protože když budete mít velkou MU, tak na to místo rozhodně nepustí žádnou NZO nebo že by se nějakí dobrovolníci jali někomu pomáhat, to prostě není možné. V takové chvíli zásah na daném místě podléhá přesnému postupu a jsou tam povolány de facto jen složky IZS, které tyto věci mají nacvičené. Když se stane nějaké neštěstí, tak první co se stane když PČR přijede na místo je, že ho označí páskou a nikoho tam nepustí. A že tam někdo řekne, že je dobrovolník z organizace, která pomáhá obětem DN, tak samozřejmě to je bezvadný, ale rozhodně ho nebudeme pouštět na to místo, aby tam rozmlouval v tu danou chvíli s někým, kdo ještě sedí v autě a má tam zaklíněnou nohu, to není možné. Od toho jsou tam ti hasiči, kteří jsou na to vyškolení, od toho je tam třeba policejní intervent, nebo policejní psycholog, který tam může být k dispozici, dál se o toho člověka stará, dojede s ním do nemocnice, poskytne mu třeba informaci o tom, že ty NZO existují, že se na ně může dál obrátit. NZO tedy zajišťují spíše tu následnou péči. Na to zas na druhou stranu ten IZS zas není uzpůsoben, nebo nemá na to kapacitu, aby se potom dlouhodobě věnoval zasaženým lidem.

13. Myslíte si, že vyškolený „peer“ může v terénu provést stejně kvalitní práci jako psycholog?

Já si myslím, že když je to vycvičený peer, tak je to úplně jedno, jestli je to on nebo psycholog. Na to nepotřebujete být nějak strašně vzdělaná v terapeutických systémech. Na to abyste poskytla první psychickou pomoc člověku v takovéhle krizové situaci. Nemůže to asi dělat úplně každý, to já neříkám, že to nic není, ale když je na to kvalitně vycvičený a připravený, i na to má povahu a chce to dělat, tak to nemusí být psycholog vůbec.

14. Mohl(a) byste popsat jak konkrétně vypadá práce psychologa při zásahu u MU?

Co se týče velkých MU, tak u těch jsem zatím nebyla, jen jsem slyšela od kolegů, co se tam dělo na místě. Takže to vám asi říct neumím. On je to vždycky hrozný zmatek. Operační důstojník ovlivňuje to, kdo jede na místo MU. Dostanete tedy informaci od operačního, kam máte jet, kdy tam máte jet, jestli pro vás někdo přijede nebo se tam máte dostat, co si máte s sebou vzít atd. U policie bych takovou

informaci třeba dostala já. Tak bych nějak vyhodnotila situaci, řekla bych si, po tom, co by mi řekl operační, kolik lidí bych si měla vzít s sebou. Pak bychom dojeli na místo a zkusili bychom primárně kontaktovat velitele zásahu a zeptali se, k čemu nás povolali, co je tam potřeba. vždycky je hlavně potřeba informovat velitele zásahu, že tam jdete něco dělat, nefunguje to tak, že tam přijedu a vidím, že tam někdo pláče, tak se k němu hned vrhnu. Musím vědět, co je to za člověka, třeba tam jen pláče, což je smutné, ale pak je tam třeba někdo v panickém šoku a potřebuje uklidnit. Při takovémto zákroku musí být všechno dobře zorganizované. Já jsem třeba u velkého zákroku nebyla, ale ono stačí, když přijedete k trestnému činu, je tam 25 lidí a než člověk pochopí, co se tam děje, to není tak jednoduché. Nemůžu si tam svévolně rozhodovat, že budu někomu poskytovat pomoc, aniž by to věděl velitel zásahu. Potom už to vypadá jako krizová intervence, zeptáte se toho člověka, kdy se toho člověka ptáte co se děje, co potřebuje, jestli jedl, pil, jestli se mu nechce na záchod, co by potřeboval vědět, jestli ví, kde je, jestli ho něco nebolí, vysvětlit mu, co bude dál následovat a takové věci.

15. Co je podle Vás na práci psychologa při zásahu u MU nejtěžší?

Nevím, jestli to můžu zhodnotit, když jsem u žádné velké MU nebyla, ale těžké třeba je, když se jedná o velkou MU, že je tam opravdu dlouho a je hodně vyčerpaný a je to samotné náročné i pro něj, natož když má někomu pomáhat, ale to je vždycky tak, i když je něco menšího, tak vás to samotného zasáhne. I když se říká jací jsme odborníci a jak to všechno zvládneme, tak jakmile se člověk zastaví, tak ho to „doběhne“.

16. Co je podle Vás pro psychologa po zásahu u MU nejtěžší.

Po takhle velkém zásahu se často dělají debriefingy se zasahujícími příslušníky, což si myslím, že je také náročné pro psychologa, protože musí to sezení řídit. Potom je hlavně náročné to, že je z toho člověk hodně unavený a sám musí provést nějakou duševní hygienu, aby se z toho nezbláznil. Což je na něm samotném, protože supervize neexistuje, to my nepotřebujeme. Nejsou peníze hlavně. Supervize pro psychology u Policie neexistuje a myslím, že je to velký problém.

Přepis odpovědí na dotazníkové otázky - Respondent č. 10

1. Jak dlouho pracujete ve svém oboru?

22 let

2. V čem spatřujete za dobu Vaší praxe posun v poskytování psychologické pomoci osobám postiženým MU složkami IZS?

Posun je především v zákoně. Dříve byla pomoc poskytována spíše spontánně, dnes je k tomu zavedena zákonná norma.

3. Jakým směrem se podle Vás bude psychologická pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí vyvíjet?

Teď to vypadá, že budou nějaká finanční odškodnění, poskytování bezplatné právní a psychosociální péče. Takže systematická bezplatná péče a vyšší finanční nároky pro oběti MU

4. Jaké nedostatky má podle Vás současný systém poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

Zatím to není úplně přesně zakomponováno v systému trestního řízení. Tam se naráží na praktické věci v rámci trestního řízení.

5. Kde vidíte největší prostor pro zdokonalení (systému) poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU?

Vyškolení lidí, kteří s oběťmi přijdou do styku, odborná specializace, odborné vedení konkrétních osob, které přijdou do styku s obětí MU v rámci složek IZS.

6. Jaké metody jsou při psychologické pomoci osobám zasaženým MU užívány? A jaké preferujete Vy osobně?

Jsou to metody zvládnání akutní fáze stresu, ať už je to abreakce nebo krizová intervence. Konkrétní psychologické metody jsou pak kognitivně behaviorální postupy, těch metod je hodně, třeba ABC, v rámci krizové intervence je to ABC.

7. Jaký je Váš názor na přípravu a nácvik na poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU? Myslíte si, že je přípravě věnována dostatečná pozornost?

Ano, v současné době je věnována nácviku dostatečná pozornost.

8. Je podle Vás v krizovém plánování věnován dostatečný (potřebný) prostor psychologické pomoci?

Opět bych řekla, že v současné době ano.

9. Jakým způsobem funguje koordinace složek IZS při poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí?

Tím že je to uvedeno v zákoně, je to dáno určitými rozkazy a právními normami.

10. Jaká je provázanost mezi psychology z jednotlivých složek IZS? Mohla by nastat situace, kdy by se jejich péče překrývala?

Takové situace nastávají, ale vždycky je to o dohodě lidí, kteří jsou na místě, o vzájemné komunikaci o spolupráci. Takže někdy se překrývá, ale to nevádí, vždycky se najde uplatnění v rámci jednotlivých postupů.

11. *Jaký je Váš názor na spolupráci složek IZS při poskytování psychologické pomoci při MU?*

Já mám dobrou zkušenost, ta spolupráce je nastavena dobře, funguje dobře.

12. *Existuje podle Vás rozdíl mezi psychologickou pomocí poskytovanou uniformovanými složkami a zástupci dalších institucí (neziskových organizací)?*

Mám o tom minimální přehled, ale myslím si, že postupy a kroky jsou hodně podobné. Možná jsou u dalších organizací inspirovány složkami IZS. Dnes je to nastavené v uniformovaných sborech organizací jasně a ostatní organizace na tom participují, takže podle mě je stejné jestli jde o uniformované složky nebo ne, je to nastaveno stejně.

13. *Myslíte si, že vyškolený „peer“ může v terénu provést stejně kvalitní práci jako psycholog?*

To je velmi spekulativní, záleží na tom jak dobře je peer vyškolený, jaké má vzdělání, jak je zaměřen. Jsou vybíráni právě lidé s určitými dispozicemi, schopní krizovou intervenci realizovat. Pokud jde o provádění v krizové fázi, tak je schopen tuto fázi zvládnout dobře. Záleží to tedy na lidech, vzdělání, odborném vedení, supervizi a dalších věcech. Peřeři nikdy nedělají následnou péči, jako je psychoterapie a psychologické metody. Provázejí pouze tou akutní fází a to zvládnou dobře.

14. *Mohl(a) byste popsat jak konkrétně vypadá vaše práce při zásahu u MU?*

To je velmi individuální. Když vezmu časové rozfázování, tak jsou věci, které mohou trvat čtvrt hodiny nebo také den, dva. Záleží co všechno se dělá. Práce je o zvládnutí akutní fáze stresu, která trvá dá se říct buďto hodiny po události nebo také třeba dva tři dny. Kdybych to zprůměrovala, tak bych řekla, že trvá dvě, dvě a půl hodiny, tři hodiny. My se staráme o akutní fázi stresu a pokud by byla třeba následná péče, tak tyto pacienty předáváme do péče civilních psychologů, psychiatrů nebo do nemocnice. Záleží jak je konkrétní člověk zasažen jaké má sám kompenzační mechanismy, jak je individuálně vybavený na zvládnutí zátěže a stresu. Moje práce je tedy toto rozpoznat a případně doporučit nějakou následnou péči.

15. *Co je podle Vás na práci psychologa při zásahu u MU nejtěžší?*

Nejtěžší je toho člověka do určité míry stabilizovat a zvládnout extrémní emoční reakce. Zejména pokud je situace spojená se smrtí blízkých osob nebo z vlastním pocitem smrtelného ohrožení. Extrémní situace a extrémní doprovodné emoční reakce.

16. *Co je podle Vás pro psychologa po zásahu u MU nejtěžší.*

Tam se pořád zvažuje a pořád není dotažena supervize pro psychology. Konkrétně to, aby měli třeba nějaká setkání, aby pro ně byly nějaké kompenzační mechanismy. Protože od psychologa se vyžaduje aby odvedl perfektní práci, ale pak

nejsou nástroje, které by mu pomohly ten stres, který on sám také zažívá, postupně zvládnout, nějak se ho zbavit.

Přepis odpovědí na dotazníkové otázky - Respondent č. 11

1. Jak dlouho pracujete ve svém oboru?

V rámci zdravotnické záchranné služby od roku 1996, přičemž od roku 1994 do roku 1996 jsem byl v rámci civilní vojenské služby, od roku 1996 potom jako operátor a záchranář, a od roku 2006 jako psycholog a později jako psycholog a mluvčí.

2. V čem spatřujete za dobu Vaší praxe posun v poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

Možná bych řekl že v těch 90. letech tohle byla oblast o které se prakticky nemluvalo ve zdravotnictví, mělo se tak nějak za to že jsou etablovaní kliničtí psychologové a psychiatři kterým lidé kteří mají psychické problémy patří, ale o poskytování nějaké psychické pomoci, nějakých intervencí lidem kteří jsou psychicky zasaženi MU se příliš nemluvalo, a ten posun je docela velký v tom, že v posledních letech se o tom čím dál častěji mluví na konferencích, dokonce jsou o tom vyžádané přednášky a workshopy, no a ten největší posun je možná to, že někdy před dvěma lety jsme v rámci naší moravskoslezské záchranky postavili tým záchranářů interventů, kteří jsou schopni poskytovat první psychickou pomoc na místě události, podobně jako tomu je u hasičů a policistů. A ten posun úplně poslední, pro mě ohromný je, že podobné týmy začínají stavět další zdravotnická zařízení. Nepř. fakultní nemocnice v Ostravě nyní disponuje vyškoleným týmem, myslím od loňského prosince, jihomoravská záchranná služba fakultní nemocnice v Brně Bohunicích ty týmy teď školí a na tom výcviku se podílí, a další o tom uvažují. Takže tohle je největší posun, a řekl bych že ve zdravotnictví, ač ta časová prodleva a jakési zpoždění oproti ostatním složkám jsou poměrně dlouhé a v rámci let, tak bych řekl že se některá ta zařízení začínají budovat a myslet na tuhle stránku péče o pacienty nebo jejich příbuzné.

3. Jakým směrem se podle Vás bude psychologická pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí vyvíjet?

Já úplně asi nejsem kompetentní abych mluvil za integrovaný záchranný systém, takže spíše se budu držet té zdravotnické části. Těžko říct jakým směrem se bude vyvíjet, ona je to také otázka managementu těch zdravotnických zařízení, vlastně největší problém spatřuji v tom, že na tuhle činnost není žádná vyhláška, žádný zákon, žádné nařízení ministerstva zdravotnictví, čili všechny ta zařízení která se k tomu zatím chystají, nebo to začala dělat, to dělají vlastně na své triko a za své finanční prostředky, což je velký rozdíl oproti tomu jak to mají třeba ostatní složky IZS. Takže ten další vývoj je s otazníkem, ale dle mého soudu si bude čím dál tím více manažerů zdravotnických zařízení uvědomovat že v tomto je obrovská díra české zdravotnictví, že jsme schopni se postarat velmi profesionálně a na vysoké úrovni o ty fyzické potřeby pacientů, ale velmi málo o ty potřeby psychické, třeba právě u těch

nezraněných příbuzných, svědků, atd., kteří jsou na místě těch událostí. Záměrně neříkám mimořádné události, protože já mimořádnou událost chápu poměrně širěji než je to v rámci zákona o IZS, ta mimořádná událost je pro mne cokoliv co se děje a je nadlimitně zátěžové pro ty zúčastněné. To znamená pokud je dovezeme na urgentní příjem dítě které umírá, nebo které e polytraumatizované, je to z hlediska těch rodinných příslušníků mimořádná událost, a v řadě případů je vhodná nebo potřebná nějaká intervence zvenčí pro tyhle lidi. Takže v tomhle to mám malinko nastavené jinak než jak o tom zákon o IZS hovoří.

4. Jaké nedostatky má podle Vás současný systém poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým MU složkami IZS?

Pokud jde o IZS, těžko se k tomu vyjadřovat, pokud jde o zdravotnický systém, tak určitě malá provázanost zejména na zdravotnickou složku, obecně s těmi složkami IZS, myslím si že by ta služba mohla být vzájemně daleko lépe využívána, zejména v těch mimořádných událostech. Nám se to podařilo třeba během Studénky, nebo nehody tunelu Blaník, kdy vlastně ty týmy vyškolených interventů hasičských nebo policisté, nebo spolupracující krizové centrum třeba ostravské, tak dělali intervence právě na urgentních příjmech velkých nemocnic kam jsme navázeli většinu těch zraněných a byli v kontaktu s příbuznými a poskytovali tam psychologickou pomoc. Ale vím že ne ve všech krajích je to řekl bych takto posunuto, a to využití jakoby mimoresortně, tak mi přijde že to využití by mohlo být lepší. Co se týče nedostatků v rámci zdravotnictví, tak podle mého soudu je to absence jakékoliv legislativy na povinnost nebo potřebu poskytování takovéhle služby, a já se jako psycholog i jako zdravotník domnívám že by to měla být součást té naší práce, a myslím si to dle vlastní zkušenosti i z toho jakým způsobem reagují třeba naše posádky i naši lékaři na možnost sáhnout si na takto vyškoleného intervenanta a přizvat si ho na místo kde zasahovali a kde se něco mimořádného událo.

5. Kde vidíte největší prostor pro zdokonalení (systému) poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU?

Z mého pohledu by to byla možná nějaká jasnější legislativa, a zapojení jakoby zdravotnické služby, resp. v případě IZS pouze záchranné služby, protože ta prvořadá za zdravotnictví je pouze ta záchranka, nemocnice až v té další fázi.. takže nějaké zapojení v rámci tohoto zákona, nebo nějakého jiného legislativního prvku, který by to jasně určoval, a zapojil by do toho ty zdravotníky, protože si myslím, že zde mají své místo, a že je nutné aby se na tom účastnili, z různých důvodů. A potom je to jakési prolínání. Já mám někdy pocit že ta záchranka se drží tak nějak uraženě, nebo někde v povzdálí, a ty možnosti které třeba nabízí ten HZS nebo Policie jakoby nevyužívá. Takže když já nemám vlastní tým takto postavený, tak je v řadě případů možné využít třeba ten hasičský, a ono se to v některých krajích občas tak děje, a využijí třeba hasičského psychologa, takto to funguje třeba ve středních Čechách, ale na jiných záchrankách vůbec ne, a nechci říkat že raději, že nenechají ty nešetřené, ale jelikož to nemají v popisu práce, tak záchranáři se o to zkrátka

nestarají. Popřípadě toho člověka nemedikují a odvezou někam do nemocnice, což je velmi neblahý způsob pro ošetření.

6. Jaké metody jsou při psychologické pomoci osobám zasaženým MU užívány? A jaké preferujete Vy osobně?

Já si myslím asi jako kolegové, že vyloženě krizová intervence jako taková v těchto případech povětšinou nebývá možná v té čisté podobě, a také se přikláním k té psychosociální, i když ta hranice je velmi snadno prostupná, a když se budeme bavit o tom co je co, tak zjistíme, že ono je to velmi nejasně ohraničené, v určitých okamžicích, a pro mě je velmi důležitý, a zde to vybočuje z té krizové intervence, ten řekl bych méně oficiální přístup. Ta práce je úplně jiná než v případě kdy s takovým člověkem sedím někde v pracovně, nebo jsem u lůžka v nemocnici, pokud je to třeba pacient. Tady ty podmínky bývají hodně polní, a z hlediska třeba klinického psychologa těžko akceptovatelné, a proto také kliničtí psychologové se do těchto intervencí vůbec neženou, protože na to nejsou zvyklí. A pro mě tou základní metodou/prvkem je určitě setkání s člověkem, je to rozhovor který je otevřený.. je to vlastně ten klient z kterého já cítím že on je tím kdo ví co teď potřebuje, ne já jako ten dvorník, zdravotník, nebo psycholog, a takto to učím i naše interventy, takže se snažíme naslouchat tomu co ten člověk potřebuje, jaké jsou teď aktuálně jeho potřeby, a snažím se přizpůsobit tu práci těm jeho požadavkům a potřebám. A od toho se pak vlastně odvíjí ty použité metody. Ale v zásadě je to rozhovor, je to podpora emocí, jsou to informace toho zdravotnického charakteru, které těm lidem často chybí. Velmi často je to zajištění nějakých základních potřeb, ve smyslu fyzického bezpečí, tepla, tekutin, sociálních potřeb v těch dalších hodinách, třeba. A bývá to případ od případu úplně různé a jiné. Takže další metodou/potřebou kterou tam vidím z pohledu toho poskytujícího je vysoká dovednost flexibility, schopnost improvizace, a týmová práce.

7. Jaký je Váš názor na přípravu a nácvik na poskytování psychologické pomoci složkami IZS při MU? Myslíte si, že je přípravě věnována dostatečná pozornost?

Ve zdravotnictví obecně psychologická pomoc ve smyslu proškolení zaměstnanců je na úrovni blížící se nule, pokud jde o přípravu a nácvik jak interventů tak v podstatě výcviky které se prozatím udělali nebo se dějí, tak se na nich nějak spolupodílím nebo spoluorganizuji, a tak tam dbám na to aby teda tyhle výcviky byly dostatečně saturovány časově, a aby pro ty lidi byly takovým praktickým základem na který mohou postavit tu svojí činnost. A je to i důvodem toho proč je že se mi stalo že v jednom z těch posledních výcviků ti frekventanti ten výcvik nedokončili, a řekli že do takových situací nebudou chodit, jako interventí.

8. Je podle Vás v krizovém plánování věnován dostatečný (potřebný) prostor psychologické pomoci?

Tady mohu odpovědět pouze za naší organizaci kde jsem se spolupodílel na tvorbě traumatologického plánu a plánování pro případ mimořádných událostí, a my

jsme vlastně v té poslední verzi už zavedli do těchto stanov a postupů i poskytování psychické pomoci a ošetření samotných posádek, takže ta tam je mezi povinnostmi, a je to tam nějakým způsobem specifikováno. Do krizového plánování patří myslím si také potom nácviky nějakého hromadného neštěstí apod, tam jsem několikrát byl účasten jako cvičící, a většinou se to nahrává na běžající a křičící psychicky zasažené, což v reále je naprosté minimum. V rámci těch cvičení IZS si myslím že to dostatečné není, takže já si cvičím ten svůj tým v rámci nějakého dvojduo jednou za rok, děláme takové refresh setkání, kde modelujeme ty situace a děláme nácviky událostí které se staly, nebo je imitujeme, a jedeme si v tomhle po vlastní linii.

9. Jakým způsobem funguje koordinace složek IZS při poskytování psychologické pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí?

V podstatě ano, my na tohle máme s HZS dokonce písemnou smlouvu v rámci kraje, s policisty jí nemáme, ale také to nějak vzájemně funguje t. . . .ým duchem. Pokud jde o koordinaci, tam je to oficiálně hasičská, dle zákona o IZS, ale prakticky když jsme měli ty velké události, tak tam to fungovalo tak, že se ti psychologové nebo vyškolení interventní sjeli na místo, a tam se vlastně rozhodovalo kdo zůstane na místě pro potřeby těch kteří zůstávají v místě toho dění, a kdo např. se rozjede v rámci týmů do nemocnic kam se naváželi ti pacienti, a kdo bude dělat nějakou organizační práci, kdo zajistí nějaké krizové linky které se zprovoznily pro ten účel apod. Čili, na tohle bych řekl že dobře zafunguje ta praxe, a u nás to v několika případech klaplo touto jakoby dohodou mezi těmi lidmi kteří intervence jsou schopni poskytnout a kteří to prakticky dělají.

10. Jaká je provázanost mezi psychology z jednotlivých složek IZS? Mohla by nastat situace, kdy by se jejich péče překrývala?

Provázanost už jsem asi naznačil, kromě těch dohod se také účastníme vzájemně vzdělávání, takže jsem přednášel policistům někdy v červnu, hasičská psycholožka byla v dubnu na tom našem refreshi s mými interventy. Potkáváme se na konferencích, a mnohdy máme třeba i příspěvek k jedné události z více stran, zdravotnický psycholog, psycholog policie k téže události. No a ono to překrývání nám funguje, jako v jediném kraji, protože tam kde není zdravotnický psycholog, tam se nemá co překrývat. Ale nám se to překrývá v tom, že k řadě těch událostí dojde jak třeba záchrannový, tak policejní intervent, hasičský ani ne, ti pracují docela jakoby méně než ti policejní, ale policisté u těch událostí kde se účastní a ten čin se vyšetřuje, tak jsou často vyzýváni, a musím říci že toto překrývání vnímáme z obou stran jednoznačně pozitivně. Především asi 1,5hod po mě dorazil policejní intervent, a byla tam práce pro oba, neřkuli u takových věcí, jako byl např. požár a výbuch domu ve Frenštátě, kde pracovala policejní interventka a naše vyškolená záchranářka jako interventka, a pracovali vlastně ve dvojici. A někdy to překrytí je vyložene žádoucí, v případě kdy se tam motají ty složky a zdravotnický intervent neumí dát odpovědi na otázky týkající se např. policejního vyšetřování a úkonů, což ten policejní udělá, a na druhou stranu tomu člověku nesdělí jak to bylo s tím ošetřováním, proč se dělo

to a to ze strany těch záchranářů, proč toho člověka odvezli tam a tam, a jak na tom je. Čili v tomhle bych dokonce neřekl že to je překrývání, ale že je to jakési doplňování a vzájemná spolupráce na místě události, a to si myslím je úplně skvělá věc.

Z počátku jsem měl malinko dojem že od policistů tady v kraji to bylo vnímáno jak že si tedy polezeme nějak do zelí apod., takže já než jsem vyjel ve středu k té střelbě, tak jsme nechal vedoucího směny zdravotnických dispečerů ať se ubezpečí u policistů že opravdu chtějí ať tam jedu. Prostě každý máme takový svůj rank té práce u takovéto události, ale ta dohoda a domluva s policisty s velitelem toho zásahu bývá velmi dobrá, a oni akceptují ty naše interventy jako záchranáře vyškolené, a jsou rádi že tam někoho takového mají. Čili je to úplně naopak, a nám se to velmi osvědčuje.

11. Jaký je Váš názor na spolupráci složek IZS při poskytování psychologické pomoci při MU?

Otázka nepoložena? Vlastně asi již nepřímo zodpovězena.

12. Existuje podle Vás rozdíl mezi psychologickou pomocí poskytovanou uniformovanými složkami a zástupci dalších institucí (neziskových organizací)?

Já bych řekl, že logický rozdíl je, a je minimálně dvojitý. Ten první je časový, protože mám zas to, že z hlediska těch jiných institucí včetně neziskových je prakticky nereálné, aby se ti jejich interveni nebo poskytovatelé vyskytli na místě v té první fázi události. A v tomhle vidím ten největší přínos a potřebu právě těch uniformovaných složek IZS, protože tyhle složky jsou schopny interventy držet v nějaké pohotovosti, nebo v neustálé dosažitelnosti, řekl bych, kdy oni mohou fungovat v řádech desítek minut po vzniku té mimořádné události. To si myslím že nikoho z ADRY, Červený kříž prostě nejsme schopni na to místo dostat. Druhým problémem je že pokud by se tam dostal, je to problém trošku právní v tom, že se může stát, že velitelem zásahu nebude vpuštěn na místo té události, z důvodu bezpečnosti, uzavřenosti, toho že je civilní osoba, pro toho velitele zásahu. A ten druhý rozdíl může být také hodně v tom, že interveni těch složek IZS jsou profesionálové, tzn. jsou to hasiči, policisté, záchranáři v našem případě, tzn. mají maximum možných informací a jsou na tom místě jasně etablovaní, což zástupci těch dalších institucí pořád v těch prvních hodinách ještě nejsou a ty informace musí složitěji získávat. Je to problém také ty informace předávat, protože např. u zdravotníků je to problém z hlediska nějaké intimity pacienta a lékařského tajemství apod. A řek bych že v té fázi hodin, desítek hodin, kdy ty zástupci třeba těch neziskovek na místo dorazí, už se mění i ty potřeby, že už třeba nepracují s akutní stresovou reakcí těch zasažených, ale přijdou tam a dělají samozřejmě velmi záslužnou, ale už malinko jinou práci, kdy třeba mapují spíše více ty sociální potřeby nebo hmotné potřeby těch zasažených, např. co jsou záplavy, tak já jsem tam byl první noc v zatopené dědině, a byl jsem s lidma kteří vytáhli z vody utopené lidi, některým se utopili třeba 2, 3 příbuzní, a byl jsem tam s nimi první hodiny. A byla to jiná práce, než

když dorazil druhý den dopoledne Červený kříž, a udělali hlídky, a mapovali vlastně potřeby a už to bylo hodně o vysoušečích, a to že jim z baráku nic nezbylo, nebo že nemají vůbec kde bydlet, a samozřejmě oni tam tu psychosložku také měli, také s nimi museli komunikovat, někteří z nich se zhroutili v odstupu hodin, ale fakticky ta činnost už mířila jiným směrem. Takže v tomhle vidím ten rozdíl. Ale jsou situace kdy my jsme spolupracovali s krizovým centrem v Ostravě právě u těch velkých událostí jako Studénka, a zahrnovali jsme je do těch intervenujících týmů, pak tam ten rozdíl nebyl prakticky žádný, a třeba lidi z toho krizového centra jsou všichni krizoví interventi, mají psychoterapeutické výcviky, nebo jsou psychologové, a umí se v těch akutních situacích pohybovat velmi jistě. Tedy řekl bych že co do kvality jsem žádný rozdíl neviděl, a vše bylo naprosto v pořádku.

13. Myslíte si, že vyškolený „peer“ může v terénu provést stejně kvalitní práci jako psycholog?

Peer/intervent – nevím jak jsou nyní aktuálně koncipovány výcviky u kolegů hasičů, ale vím že minimálně před několika lety to byl jako jeden výcvik který je připravoval na obojí roli, a tohle já mám vnitřně ustaveno opravdu jinak, ale ten můj pohled není nepřátelský, je dán tím že si myslím že to zdravotnictví je ještě daleko specifitější než třeba hasičstvo nebo policisté. My máme pomáhat psychicky zasaženým lidem jako interventi, což jsou svým způsobem osoby blíží se jakoby nějaké diagnóze protistresové reakci nebo jak tomu chceme říkat. A my sami zároveň jsme zdravotníci kteří v tom oboru děláme, a zdravotníci jsou velmi hákliví na to že si mají nechat pomoci a tak dále, čili tam v tom vidím rozdíl. Peer samozřejmě může pracovat v terénu, a my jsme několik takových událostí měli, ale v tom smyslu že ošetřuje nebo podporuje ty své kolegy. Takže jedno byl vyslán když nám havarovala myslím před rokem sanita, a byl vlastně s tou havarovanou posádkou nezraněná, která při té nehodě těžce zranila dva chodce. Na křižovatce kde se to stalo byl mráz, takže ten peer tam byl s nimi, vzal je do svého vyhřátého auta, doplnil tekutiny a nějaké energetické věci na zakousnutí, dělal jakési přemostění mezi nimi a policisty kteří nehodu vyšetřovali, byl takový ten chránící na jejich straně, podporující, ten kdo s nimi sdílel ten příběh, a v tomto případě ten peer v terénu. Ale my peery nepoužíváme na to aby dělali intervenční práci typu příbuzných a pacientů nebo svědků nehody. Na tohle školení nejsou, na tohle školíme interventy.

Pokud by jste mínila otázku ve smyslu zda intervent je schopen zastat v terénu práci psychologa, tak ona je analogická, a na to dokážu odpovědět. Intervent nemůže zastat práci psychologa, proto je interventem a není psychologem, stejně tak jako peer nemůže zastat práci psychologa, čili já jsem zase velmi opatrný, a velmi dbám při výcvicích na to, aby se sami peeri nebo třeba ti kolegové ty peery nevnímali jako psychology. Setkal jsem se s tím zase u té spřátelené složky, kdy se těm peerům třeba mezi hasiči říkalo nebo říká toto je náš malý psycholog. A já velmi dbám na to, abychom hovořili a přednášeli o tom že peer je profesní kolega, peer je zdravotník, záchranář, sestřička, doktor, já nevím kdo v tom zdravotnickém zařízení, a zůstává zdravotníkem, hasičem, policajtem, není a nebude psychologem. To je jeho přednost,

protože je na tomhle levelu je se svými kolegy, a je to neříkám jeho slabina, ale jeho omezení, to že zůstává vlastně vyškoleným laikem. A to znamená že to jakýmsi způsobem omezuje jeho dovednosti, schopnosti, a v určitém okamžiku ten peer musí být vyškolen k tomu aby rozpoznal že má toho zasaženého, toho uživatele předat psychologovi, nebo má s tím psychologem konzultovat, nebo si ho zavolat v případě že nyní mluvíme o interventech nasazených v rámci těch mimořádných událostí. My to máme nastaveno tak že interventi vyjíždějí k těm událostem a vyzvání posádky nebo operačního střediska zpravidla samostatně, a musím říci že se mi za dva roky a na zhruba cca 50 intervencí které máme nestalo že by bylo nutné abych na to místo jel z toho důvodu, že by to už intervent nezvládl. Co je běžné a co nabízím je že intervent může konzultovat po telefonu se mnou, případně s jiným psychologem pokud nejsem na příjmu tu událost a to co by potřeboval poradit a vědět, a třeba nakrokovat tu další činnost na místě, takže takto se nám to osvědčuje, a pak jsou samozřejmě typy událostí kde je ten psycholog jakoby vhodnější, možná z toho důvodu že je ta situace velmi komplikovaná, nebo že je hodně těžká, a je to třeba případ starý vlastně dva dny, kdy v léčebně v Ostravě došlo ke střelbě, byl postřelený manželský pár, muž a žena, a bylo to v rámci nějakého rodinného konfliktu, a mně to operační středisko vlastně volá když nikdo z interventů není zrovna dostupný, což se stalo. Takže jsem tam vyjížděl já. Nakonec se to ukázalo jako velmi dobré rozhodnutí, nebo to že se to takto vyvinulo, protože jsem tam byl nucen pracovat s dívkou, která patřila do té rodiny, byla zasažena psychicky tou událostí, byla svědkem toho co se tam dělo, takže jsme navázali kontakt, ona byla těžce traumatizovaná, pak bylo třeba provádět nějaké podání vysvětlení kriminalistům, bylo nutné aby se tam zúčastnila osoba jakoby nezávislá, která by chránila zájmy toho dítěte, což může být buď klinický psycholog, nebo někdo jiný, takže zase, když by tam byl ten intervent, musela by tam v noci přijet sociálka a bylo by to komplikovanější, i dohoda potom s policií, jakým způsobem řešit vlastně sociální situaci toho dítěte které zůstalo najednou vlastně bez rodičů.. Takže v tomhle případě vlastně bylo lepší že tam ten psycholog byl, ale řekl bych že v 90 - 95% těchto událostí opravdu stačí ten intervent, a dokonce mi přijde že je vhodnější, a to z toho důvodu, že my ty lidi nepsiologizujeme. On přijde a řekne já jsem ze záchranky, jsem intervent, a jsme tady pro to a to, nenutíme jakoby člověku tu psychologickou péči, nabízíme jim podporu, informace, sdílení emocí, a tak dále, a na to psycholog být apriory nemusí.

14. Mohl(a) byste popsat jak konkrétně vypadá práce psychologa při zásahu u MU?

Já bych to rozdělil možná do několika podmnožinek. Pokud je to velká událost, tak hodně práce bývá, nebo může být o organizaci. Zorganizování práce těch interventů, zorganizování další činnosti, mimořádných linek které je potřeba zřídit, postavení týmů do nemocnic. Tohle by měl řídit psycholog IZS nebo některé z těch složek. Toto není práce pro toho interventa, který je policistou, hasičem. Pokud to jsou uvozovkách „malá“ neštěstí, tak ta práce je z mého pohledu více praktická ten

psycholog je povolán a pracuje se zasaženými, a je to to vlastně o čem jsme již mluvili, práce s těmi jednotlivými metodami, práce s těmi konkrétními zasaženými, je to ale také nějaký kontakt a komunikace s vedením nebo velením ostatních složek ZS, a jakési vzájemné informovanosti a dohodě na dalších postupech tady u těch zasažených. Takže pro mne je to nejenom ta práce intervenční, ale je to i ta práce organizační.

15. Co je podle Vás na práci psychologa při zásahu u MU nejtěžší?

Obecně je to nečekanost té události, nebo to že se prostě náhle vyskytne. To je úplně něco jiného než práce klinického psychologa jakoby v klinické praxi někde z nemocnice, kde víte že máte nějaké plánované vyšetření, nebo že někdo přijde na krizovou intervenci, a je objednaný nebo po telefonu si s ním povídáte o tom co ho trápí, takže to je tohleto náhlé, náhle se vyskytnuvší. Druhá věc je možná v těch podmínkách které jsem již dříve zmínil, a to že vlastně dopředu nevíte do čeho jdete, i když víte že se něco stalo a jedete tam, tak nevíte jaký obrázek vás čeká, je mnohdy velmi odlišný od toho, jaká je ta původní zakázka třeba naší posádky. A je to i to samotné místo, kdy je to někdy ve volném terénu, někdy v bytě, domově těch zasažených, někdy v sanitním vozidle, někdy zase úplně někde jinde, takže pro mě osobně klade na intervanta poměrně významnou náročnost na schopnost přizpůsobit se a pracovat s těmi možnostmi které teď aktuálně jsou. No a pokud jde o tu práci samotnou, tak pro mne nejtěžší, možná paradoxně, nebo překvapivě, nebyly ty velké události typu Studénka, tramvaje, povodně apod., ale bylo to těch několik v uvozovkách „malých“ neštěstí, a byly to situace s malými dětmi, a vlastně ty úplně nejhorší bych zařadil asi pětici situací, kdy došlo k nějakým náhlým úmrtím malých dětí, a ta situace se vyhrotila po neúspěšné resuscitaci, takže maminka uchopila to dítě do náruče a odmítala ho vydat pohřební službě, záchranářům, komukoliv, a byla to v několika případech velmi těžká práce, v rádech 2, 3, 4 hodin prostě, s těmi nejbližšími, a tohle pro mne byla velká psychická zátěž, a asi jsem rád z tohoto důvodu že mám už nějaké supervize a práce sám sebou, protože tohle jsou věci které v člověku, nebo alespoň ve mně zůstávají.

16. Co je podle Vás pro psychologa po zásahu u MU nejtěžší.

Je to otázka jakoby zpracování, a to i ve smyslu toho že se někdy události prostě nakumulují, a tak jak se měsíc nic neděje, tak pak je několik událostí za sebou, čili zpracovat ty věci kterými jsem prošel, mít na to dostatek času, a pro mě je to třeba i to vést k tomu ty své interventy, nebo peery, a učit je, nebo učit se společně že prostě nejsme těmi odborníky kteří to zvládnou a zároveň to automaticky zvládnou sami k sobě, ale že někdy sami tu podporu někdy můžeme potřebovat. Není vždy jednoduché si o ni říct a využít jí, takže k tomu se snažím vést sebe i kolegy.