

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha

ZÁCHRANÁŘ MEZI DVĚMA SVĚTY – PSYCHICKÁ
ZÁTĚŽ V PRÁCI ZÁCHRANÁŘE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jan Karbulka, DiS.

Praha 2015

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

ZÁCHRANÁŘ MEZI DVĚMA SVĚTY – PSYCHICKÁ
ZÁTĚŽ V PRÁCI ZÁCHRANÁŘE

Bakalářská práce

Jan Karbulka, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Petra Jourová

Praha 2015



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Karbulka Jan
3. C ZZ

Schválení tématu bakalářské práce

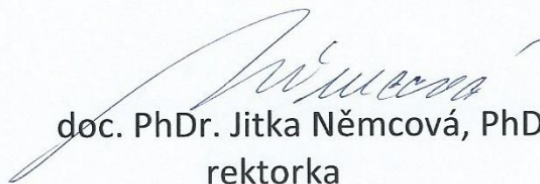
Na základě Vaší žádosti ze dne 27. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Záchranář mezi dvěma světy - psychická zátěž v práci záchranáře

*Paramedics Between Two Worlds – Psychological Burden in the Work
of Paramedics*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jourová Petra

V Praze dne: 3. 11. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 3.3.2015

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji MUDr. Stanislavu Růžičkovi a PhDr. Lukáši Humplovi za cenné rady, podněty, připomínky a materiály pro zpracování mé bakalářské práce. Dále Mgr. Petře Jourové za vedení mé bakalářské práce a PhDr. Heleně Jirkovské za korekturu mé práce. Děkuji také své rodině za celoživotní podporu a zejména podporu při studiu.

V Praze dne 3.3.2015

ABSTRAKT

KARBULKA, Jan. *Záchranář mezi dvěma světy – psychická zátěž v práci záchranáře*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Petra Jourová. Praha 2015

Práce podává ucelený přehled psychické pomoci prováděné zdravotnickými záchranáři v rámci služeb psychosociální intervenční služby. Zaměřuje se na psychickou pomoc kolegům i zasaženým z řad civilního obyvatelstva. Přibližuje problematiku psychické první pomoci, indikační kritéria pro aktivaci pracovníků a vysvětluje principy jejich práce v různých situacích.

Tato práce také mapuje povědomí zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje oblastí Benešov a Kutná Hora o systému psychosociální intervenční služby a jejich zkušenostmi s ním. Na základě výsledků pak následuje řízený rozhovor s Peerem/krizovým interventem s rozбором jeho odpovědí a případným doporučením pro praxi.

Klíčová slova

Krize. Psychická pomoc. Smrt. Stres. Záchranář.

ABSTRACT

KARBULKA, Jan. *Paramedics Between Two Worlds – Psychological Burden in the Work of Paramedics*. Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor (B.M.). Tutor: Mgr. Petra Jourová. Prague 2015.

The abstract provides a comprehensive overview of psychological support carried out by paramedics within the scope of psychosocial intervention services. It is focused on psychological assistance to colleagues as well as affected civilian population, outlines the issues of psychological first aid including indication criteria for activation of competent professionals, and explains the principles of their work in various situations.

This abstract also investigates awareness of employees of Emergency Medical Services of Central Bohemian Region in areas of Benesov and Kutna Hora of a system of psychosocial intervention services and their experience with this system. Based on the investigation results, a guided interview with crisis interventionist is conducted followed by analysis of his answers and possible recommendation for practice.

Key words:

Crisis. Death. Paramedic. Psychological support. Stress.

Seznam použitých zkratk

ARS – Akutní reakce na stres

Apod. – A podobně

CISM - Critical Incident Stress Management (systém preventivních a intervenčních technik)

ČR – Česká republika

IZS – Integrovaný záchranný systém

LZS – Letecká záchranná služba

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MU – Mimořádná událost

Např. – Například

NLZP – Nelékařský zdravotnický personál

PTSP - Posttraumatická stresová porucha

SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

Tzn. – To znamená

Zj. – Zejména

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

ZZS SČK – Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje

Obsah

1	ÚVOD.....	16
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	19
2.1	Obecná charakteristika záchranáře.....	19
2.2	Stres.....	20
2.2.1	Fyziologie stresové reakce	22
2.3	Náročné životní situace	23
2.4	Reakce na změnu a adaptace na ni	23
2.5	Zátěžové situace	24
2.6	Zvládání stresu	26
2.7	Psychosomatická onemocnění	27
2.8	Patologické psychické následky kritických situací.....	28
2.8.1	Akutní reakce na stres	28
2.8.2	Posttraumatické jevy	30
2.8.3	Peri – traumatické jevy zasažených.....	31
2.9	Tváří tvář krizi.....	31
2.9.1	Vývoj krize	33
2.9.2	Krize tělem zasaženého	34
2.10	Krizová pomoc	35
2.10.1	Krizová intervence	36
2.10.2	Úkoly krizového interventa.....	38
2.10.3	Emoce.....	40

2.10.4	Krizová intervence v období mimořádné události	41
2.10.5	Psychika zasažených při řešení mimořádných událostí	42
2.11	Smrt a krizová intervence	43
2.11.1	Umírající a jeho doprovázení údolím smrti.....	44
2.11.2	Truchlení	45
2.11.3	Smutek a jeho patologie	47
2.11.4	Intervent a pozůstalý	48
2.11.5	Pohřeb.....	48
2.12	Suicidium v kontaktu s krizovou intervencí.....	49
2.12.1	Formy suicidálního chování	50
2.12.2	Způsoby suicidálních intencí.....	51
2.12.3	Motivy vedoucí k suicidiu.....	51
2.12.4	Rozpoznání závažnosti a pocity sebevraha	52
2.12.5	Intervent a sebevrah.....	53
2.12.6	Komunikace se sebevrahem	54
2.13	Možnosti další pomoci	55
2.14	Záchranář v roli zachraňovaného	57
2.14.1	Syndrom vyhoření	57
2.14.2	Osobnostní rozvoj.....	58
2.14.3	Psychohygienu.....	59
2.15	SPIS na území ČR	60

2.16	Krizová intervence v rámci peer systému	63
2.16.1	Roviny Krizové intervence a peer systém.....	63
2.17	Komunikace se zasaženým.....	64
2.17.1	Verbální a neverbální komunikace.....	65
2.17.2	Techniky „zrcadlení“	65
2.17.3	Uzavřené a otevřené otázky	66
2.17.4	Sluchátko jako sekundární zbraň intervenanta, pastorační péče a předání do následné péče	67
2.18	Skupinová krizová peer intervence	68
2.18.1	Demobilizace.....	69
2.18.2	Defusing	69
2.18.3	Debriefing.....	70
3	PRŮZKUMNÁ ČÁST.....	71
3.1	PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ – DOTAZNÍKOVÁ FORMA.....	71
3.1.1	METODOLOGIE.....	71
3.1.2	NÁMĚT NA PRŮZKUMNÝ PROBLÉM.....	72
3.1.3	STANOVENÉ CÍLE A HYPOTÉZY	73
3.1.4	PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ – DOTAZNÍKOVÁ FORMA	75
3.1.5	VYHODNOCENÍ PRŮZKUMU	100
3.2	PRŮZKUMNÁ ČÁST – ŘÍZENÝ ROZHOVOR	106
3.2.1	METODOLOGIE.....	106
3.2.2	NÁMĚT NA TÉMA ŘÍZENÉHO ROZHOVORU.....	106

3.2.3	ŘÍZENÝ ROZHOVOR	107
3.3	DISKUZE, DOPORUČENÍ PRO PRAXI	125
4	ZÁVĚR	128
5	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	129
6	PŘÍLOHY	132

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1	68
Tabulka 2	69
Tabulka 3	71
Tabulka 4	73
Tabulka 5	74
Tabulka 6	76
Tabulka 7	78
Tabulka 8	79
Tabulka 9	81
Tabulka 10	83
Tabulka 11	85
Tabulka 12.....	87
Tabulka 13	89
Tabulka 14	91
Tabulka a	100
Tabulka b	101
Tabulka c	102
Tabulka d	103

Tabulka e	104
Tabulka f	105
Tabulka g	106
Tabulka h	107
Tabulka i	108
Tabulka j	109
Tabulka k	110
Tabulka l	111
Tabulka m	112
Tabulka n	113
Tabulka o	114
Tabulka p	115
Tabulka q	116
Graf 1	68
Graf 2	69
Graf 3	71
Graf 4	73
Graf 5	74
Graf 6	76
Graf 7	78

Graf 8	79
Graf 9	81
Graf 10.....	83
Graf 11	85
Graf 12	87
Graf 13.....	89
Graf 14	91

1 ÚVOD

Záchranář mezi dvěma světy, tak zní název této práce, pro někoho abstraktní pojem, pro jiného důvod k zamyšlení, co tím autor chtěl říct. Práce záchranáře je velmi specifická, obecně zažitým předpokladem je fakt podoby záchranáře jako osoby, která pomáhá ostatním, je empatický, zdatný, nebojácny, neomylný a emočně silný. Veřejností zažitý předpoklad živený divácky zajímavými akčními seriály z medicínského prostředí je však v reálném životě zcela zcestný. Přes všechny zmíněné předpoklady si veřejnost neuvědomuje, že i záchranáři, mímím tím členy výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby, jsou jen obyčejní lidé jako oni, prožívají radost, ale i strach a smutek. Jejich reakce na události, které se vymykají normě, jsou pak zcela stejné jako všech ostatních. Záchranáři jsou typem lidí, kteří denně pomáhají lidem ve zdravotní nouzi, snaží se dělat pro každého pacienta maximum, vlídným slovem a teplou rukou mu dávají naději a bojují se smrtí jako anděl strážný s mečem v ruce. Předpokládá se, že záchranáři tak budou daleko odolnější vůči nadlimitním situacím, budou schopni moderovat své emoce a jen tak něco je nerozhází. Přesto je nutné pamatovat na to, že normální reakcí na neobvyklou situaci je neobvyklá reakce, takže i záchranář nemusí unést vjem, kterému byl v rámci výjezdu na místě události vystaven. Setkal jsem se již s různými názory záchranářů na zvládnutí nadlimitní psychické zátěže, někteří si uvědomují svou zranitelnost, vědí, že některé situace by na nich zanechaly jizvy, které by si nesli do konce života a pro dobro své i svých potenciálních pacientů by vyhledali i odbornou pomoc. Ale jsou i tací, kteří se přiznání své psychické vulnerability brání, ne proto, že se bojí svých emocí a rušilo by to mediální dojem superzáchranáře, ale protože se bojí selhání, které by je mohlo brzdit, a oni by nebyli schopni vynaložit maximum svých schopností k záchraně pacienta. Na otázku, zda by vyhledali pomoc, se tak dostavuje pouze suchá odpověď „Nejsem blázen, tohle zvládnou sám“. Stres, bolest, utrpení a smrt je přece nemilým obsahem záchranářovy náplně práce, není nic, co by ho mohlo psychicky ovlivnit tak, aby všechny jeho rezervy klesly na samé dno, ale co kdyby se zdánlivě nereálná situace stala faktem? Předpokladem, který s sebou nese profese záchranáře je reálná možnost, že všichni jednou zažijeme něco, na co nejsme připraveni,

a bude záležet jen na nás, jak se s tím, co zažijeme, vyrovnáme, je však dobré vědět, že když se nám to samotným nepovede, víme, na koho se můžeme obrátit a kde se nám dostane pomoci, kterou potřebujeme.

U zdravotnické záchranné služby pracuji již přes dva roky a za tu dobu jsem se zúčastnil širokého spektra výjezdů, od zdánlivě banálních po situace, které mě ovlivnily natolik, že změnily můj pohled na svět, jeho chápání a priority, které pro mne byly důležité. Změnily můj život natolik, že si je budu pamatovat do konce života. Každý se s náročnou situací vyrovná po svém, někdo extrémní vjem, kterému byl vystaven, přejde pouhým mávnutím ruky. Někdo toto nedokáže, hledá odpovědi na otázky, které se zdají být bez odpovědi, situace se mu vrací, nemůže spát, trápí se. Mým únikem bylo porozumění dějům odehrávajícím se v hlavách těch, co si bezprostředně prošli náročnou životní situací či nadměrnou zátěží prostřednictvím kurzu první psychologické pomoci ve zdravotnictví pořádaného mým zaměstnavatelem Zdravotnickou záchrannou službou Středočeského kraje (dále ZZS SČK) pod záštitou garanta Systému psychosociální intervenční služby (dále SPIS) PhDr. Lukáše Humpla. Cílem tohoto kurzu je porozumět pochodům lidské psychiky v období nadlimitní zátěže a naučit záchranáře či jiné příslušníky Integrovaného záchranného systému (dále IZS) technikám, které podpoří zasaženého na jeho cestě mlhavým údolím smutku, trápení a bolesti. Indikačními kritérii ke krizové intervenci tak může být náhlá smrt příbuzného, dítěte, svědectví při mimořádné události či dopravní nehodě se smrtelným zraněním, sebevražedným jednáním a dalšími nadlimitními událostmi. První psychologická pomoc poskytnutá krizovým interventem je tak jakousi terénní formou pomoci, ve které záchranář běžně funguje také, ale v odlišném režimu. Záchranáři jsou zvyklí ve své práci briskně řešit akutně vzniklé problémy, jsou rozhodní a iniciují činnost vedoucí k pomoci pacientovi. V režimu první psychické pomoci se ale záchranář musí stáhnout. V tuto chvíli není ten, kdo dělá první krok, naopak je vždy o krok za zasaženým a stává se tak jakýmsi průvodcem zasaženého v neštěstí a opouští ho, až když je přesvědčen, že zasažený je schopen samostatného řešení svého problému a je s ním smířen.

Obsahem této práce je pojetí těchto dvou světů – jednoho, ve kterém záchranář jako krizový intervent pomáhá zasaženým, jen v jiném pracovním režimu. A druhého, ve kterém je zasaženým nadlimitní situací právě záchranář a potřebuje pomoci sám.

Cílem této práce je rozšířit povědomí o Systému psychosociální intervenční služby (dále SPIS), pomoci rozptýlit obavy a předsudky spojené s využíváním těchto služeb a především dokázat, že mají tyto služby své místo v systému zdravotnictví naší republiky a urgentní medicíně obzvlášť. Neboť cílem medicíny by měl být holisticky zdravý jedinec, a to bez zaměření na bio-psycho-sociální složku osobnosti není možné.

Tato práce je zpracována jako teoreticko-průzkumná, přičemž teoretická část informuje čtenáře o osobnosti záchranáře, stresu a jeho působení na organismus, stresových onemocněních, dále vysvětluje krizové situace a krizi samotnou. Tato všeobecná část je následována zaměřením na samotnou krizovou intervenci, tedy pomoc vně zdravotnictví. Přibližuje její problematiku a popisuje postupy používané krizovým interventem a možnosti následné péče a starosti o zdraví samotného krizového intervenanta. Obsahem posledního segmentu teoretické části je zaměření na pomoc záchranářů zasaženým záchranářům, tedy peer intervence. Tato část poskytuje všeobecné informace o intervencích vedených Peery, rozebírá a vysvětluje využívané postupy při peer intervencích, syndromu vyhoření a možnostech psychohygieny.

Průzkumná část je vedena výzkumnou metodou ke zjištění povědomí a postoje členů posádek zdravotnické záchranné služby (dále ZZS) na území Středočeského kraje ke službám SPIS a následně řízeným rozhovorem s Peerem a krizovým interventem na téma SPIS. Celá výzkumná část je v závěru vyhodnocena diskuzí.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Obecná charakteristika záchranáře

Když se řekne záchranář, všeobecně se, v nadsázce řečeno, vybaví hrdina, který přiběhne, přijede, přiletí z nebes a vyslyší volání lidí ve zdravotní tísní, po jehož zásahu se člověk z jakéhokoliv stavu uzdraví. Když se budeme ptát různých lidí na povahové vlastnosti záchranáře, budeme slyšet zejména o empatických, dobrosrdečných, emočně silných jedincích, co se každodenně setkávají s lidským utrpením a bolestí a přitom to na nich nezanechá sebemenší známku. Tento pohled veřejnosti je podmíněn především prestiží zaměstnání, ovlivněné zejména (dále zj.) v současné době oblíbenými televizními seriály ze zdravotnického prostředí, ale i faktem, že dříve nebo později se každý z nás s posádkou ZZS určitě setká, ať už jako pacient, příbuzný pacienta nebo jen jako náhodný kolemjdoucí, poskytující první pomoc. Jací jsou ale záchranáři ve skutečnosti?

Pohledy na osobnost záchranáře jsou rozdílné, ale v lecčems se často spojují, pro zjednodušení budu mluvit o osobnostní výbavě. Záchranář má 3 složky výbavy, a to inteligenční, fyzickou a psychickou. První a možná tou nejdůležitější výbavou záchranáře jsou jeho znalosti, ale i určitá flexibilita a s narůstajícími zkušenostmi i odhad a schopnost, přizpůsobit se dané situaci v místě zásahu. Každý výjezd je originální a nelze vždy rigidně vycházet z předem daných předpisů pro ten který stav pacienta. Další částí výbavy je fyzická zdatnost, a to z důvodu zásahů v odlišně náročných prostředích, zj. těch, do kterých se pozemní vozidlo ZZS není schopno dostat a nasazení letecké záchranné služby (dále LZS) není možné, a kdy se proto záchranný tým vydává s potřebným objemným a těžkým vybavením k pacientovi, kterého po zajištění musí být schopen přesunout do výjezdového sanitního vozu ZZS k transportu do místa definitivního ošetření. Třetí velmi důležitou výbavou záchranáře je jeho psychická a osobnostní odolnost. Podle MUDr. Šeblové cituji: „K osobnostním charakteristikám záchranářů patří orientace na činnost, vysoká potřeba stimulace, potřeba okamžitého ocenění (stačí například fakt dobře zvládnutého zásahu či zlepšení stavu pacienta, nikoliv ocenění z vnějšku), vnitřní motivace, potřeba řídit, ochota podstoupit vysoké riziko a vysoká odolnost vůči zátěži“, a dále: „Tyto charakteristiky

odpovídají osobnostnímu typu A, soutěživým, ctižádostivým jedincům, orientovaným na výkon, se sklony k perfekcionismu, u nichž je práce vysoko v osobnostním žebříčku hodnot. Dobře pracují pod časovým tlakem, na druhou stranu nedokáží delegovat pravomoci na jiné, neumějí vypnout, relaxovat a „dobíjet baterky“. (Karbulka, 2013; Šeblová, In Höschl, Praško, Rokyta, 2011, s. 121)

Obecně vzato by každý zdravotník, a nejen záchranář, měl být empatický, přátelský, zodpovědný, komunikativní, a zj. by měl být týmovým hráčem, jelikož souhra v zásahové skupině je ukazatelem profesionality a záleží na ní často důvěra pacienta. Nejdůležitější osobnostní vlastností by měla být zralost a psychická vyrovnanost, a to z důvodu častého vystavení psychicky náročným situacím, lidské bolesti a utrpení. (Karbulka, 2013; Šeblová, In Höschl, Praško, Rokyta, 2011)

Lidská bolest a utrpení je stavem, který ovlivňuje záchranáře při každodenní činnosti, ale dříve nebo později nastupuje stres. Je důležité, jak svůj stres záchranář zvládá a jestli vlastní schopnost odlišit, co je v rámci stresové reakce „normální“ a co už ne. (Karbulka, 2013)

2.2 Stres

O stresu se v dnešním světě hodně mluví a často je s ním spojován, ale stres provázal lidstvo už od počátku. Stres je do češtiny překládán jako zátěž, napětí a tlak, ale kdybychom stres soudili jen podle tohoto překladu, pak by byl chápán pouze jako negativní zásah do lidského vnímání. Tak to ale samozřejmě není a stres je tu nejen, aby nás varoval, ale aby nám byl schopen i do určité míry pomoci a donutit nás k dosažení vyšších výsledků. Ve zkratce jde tedy o nespecifickou, automatickou a fylogenetickou odpověď organismu na vjem či situaci, které vyvolávají zátěž. Zjednodušeně to znamená, že pokud jsme vystaveni situacím, podnětům, kterým nejsme schopni se přizpůsobit, převyšují naše fyzické i duševní rezervy, tak náš organismus vyšle pokyn k reakci, ta buď může být boj, nebo útek. Vyvolávající noxy jsou označovány jako stresory. Každý člověk reaguje na stres jinak, stresory jsou individuálně vnímány a každým jedincem zpracovávány jinak. PhDr. Venglářová stresory definuje takto: „Stresory jsou negativní životní faktory. Stresorem je navozen pocit ohrožení, strach, že se něco stane, pocit, že ztrácíme nad sebou kontrolu.“ (Venglářová, 2011, s. 50)

Stresor však nemusí být jen vjem či určitá realie, ale mezi stresory se řadí i bolest, která je vnímána jako velmi silný stresor, ale zároveň je na základě obranného mechanismu stresem mírněna. Stresory můžeme základně rozdělit na fyzické (hluk, přítomnost mnoha vjemů najednou, ruch a tlak na výkonnost), psychické (nedostatek času, nedoceněnost) a sociální (těžká životní situace, neshody a nesourodost pracovního kolektivu). (Andršová, 2012; Karbulka, 2013; Venglářová, 2011)

Stres plní tedy aktivační funkci organismu, který je v nebezpečí. Navozuje v odpovědi 3 možnosti: 1) Buď se organismus připraví na akci a „bojuje“, 2) nebo ho donutí se stresové situaci vyhnout, 3) nebo tzv. „ztuhne“. Zásadní rozdíl mezi aktivitou a ztuhnutím je v reakci autonomního vegetativního systému. Při aktivaci sympatiku dochází ke zrychlení reakcí organismu, zrychlení dechové i tepové frekvence, krev více prokrvuje svaly a orgány a nastává zvýšení psychomotoriky, tzn. zúžené vnímání, vědomí nedostatku času a s tím spojeného neklidu s horkým potem. Stresové reakce, při nichž dochází k aktivaci sympatiku, označujeme jako reakce alfa a ty nás stimulují k akci. Na druhé straně jsou reakce beta, při kterých dochází k převaze parasympatiku a výslednou reakcí je ztuhnutí, kdy není zasažený schopen žádné činnosti, je otupělý a ztrácí přehled o činnostech okolo sebe, proto se stahuje do ústraní a snaží se celou situaci hlavně „ustát“. Tento stav je z pohledu fyziologie charakterizován subjektivním pocitem zpomalení, které se projevuje i objektivně, dochází ke snížení mimiky, zpomalenému chování, dezorientaci s náhlým mutizmem, kdy ačkoliv si zasažený myslí, že komunikuje, tak veškerá komunikace může probíhat jen v duchu, celá reakce je pak doprovázena studeným potem a případnou mdlobou. Obě tyto reakce se pak mohou měnit v druhou, ale je větší pravděpodobnost, že dojde k přechodu beta reakce do reakce alfa, než opačně. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013; Kohoutek, Čermák a kol., 2009; Úlehlová, 2009)

Dále můžeme rozdělovat stres na eustres a distres podle účinků na organismus, a na akutní a chronický stres dle jeho trvání. Eustres je mírnější formou stresu, se kterou se organismus snadněji vyrovnává a často je označován za „hodný“ stres, protože při vhodném využití nás stimuluje. Jeho pozitivum je větší odolnost vůči distresu. Působení eustresu v profesi záchranáře můžeme vyzorovat například v situaci, kdy je okolo nás velký zmatek, jsme pod velkým napětím, ale zároveň jsme vybaveni znalostmi a potřebným vybavením. V těchto podmínkách působením eustresu

dokážeme prakticky aplikovat své znalosti v nejvyšší možné míře. Distres je označován jako ten „zlý“ stres, a to zejména pro svou škodlivost na lidský organismus. Pokud znovu vztáhnou působení distresu na povolání záchranáře, pak jde například o stejnou situaci jako v případě eustresu. Rozdíl je ve vnímání situace, která je tentokrát natolik zatěžující, že záchranář není schopen se s nastalou situací adekvátně vypořádat. Není schopen využít svůj potenciál, ani aplikovat své vědomosti, celá událost vyvolává chronické zdravotní následky, například posttraumatický syndrom. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013)

Pokud se zaměříme na dělení dle trvání stresu, pak rozdělujeme stres na akutní a chronický. Charakteristickým prvkem akutního stresu je jeho náhlost, a neúměrná intenzita vůči momentálním podmínkám. Zde proto užíváme termín „výzva“, kdy se schopnosti jedince zostří a je připraven na podání maximálního výkonu, ten ale někdy může být tak intenzivní, že odpovědí organismu není úspěch, ale selhání. Chronický stres nastává v okamžicích, kdy jsme dlouhodobě vystaveni zátěži, kterou nejsme schopni zvládnout a dostat ji pod kontrolu. Přesto, i když trvá déle, organismus si na zátěž snáze zvykne a zvládá ho lépe. Nejhorším typem stresu je intermitentní stres, který svým charakterem odpovídá chronickému, ale období zátěže a klidu se periodicky opakují. Následkem tohoto je rozvrat fyziologických mobilizačních mechanismů, který není možné korigovat, neboť organismus nemá vlivem střídání období čas na přizpůsobení se zátěži. Proto intermitentní stres bývá často spojován v dnešní době s psychosomatickými onemocněními. (Humpl et. al, 2013)

2.2.1 Fyziologie stresové reakce

Každý člověk reaguje na stres jinak, ale obecně je každý z nás vybaven kompenzačními mechanismy, které rozdělujeme do 3 fází: Tyto fáze definuje prof. MUDr. Mourek, DrSc. v knize Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů takto: “Poplachová reakce je charakterizována okamžitou aktivací SAS (sympatoadrenálního systému) a rychlým vyplavením katecholaminů (adrenalin) ze dřeně nadledvin. Zvýší se hladiny glykémie, dochází k hyperventilaci, zvýšení minutového objemu srdečního, vyplavení krevních zásob atd. Dochází k stresové hypertenzi zvyšující fyzickou výkonnost. Adaptační fáze nastupuje při déletrvajícím působení stresoru. Je charakterizována další aktivací systému CRH> ACTH> hormony

kůry nadledvin, kde se uplatňuje především kortizol. Zajišťuje svým účinkem přísun energetických substrátů pro metabolické děje (glukoneogeneze, lipolýza, proteolýza). Dochází k stresové hyperfagii, tj. potřebě zvýšeného příjmu potravy, stresové imunosupresi a analgezii. V této fázi je schopnost organismu odolávat stresu maximální. Fáze vyčerpání nastává, pokud je stres příliš silný, trvá příliš dlouho, vyčerpávají se energetické zdroje a i sekrece kortizolu je narušena. Porušuje se vnitřní prostředí a organismus stresu podléhá. Nastává hypotenze, šok a srdeční selhání.“ (Mourek, 2005, s. 113-114)

2.3 Náročné životní situace

Každý jedinec si během života prošel obdobím, kdy mu nebylo zrovna nejlépe, měl spoustu starostí, trápení, prožil spoustu strachu, smutku a bolesti. Jenže všechny tyto prožitky prožít musíme, život není procházka růžovým sadem, život rozdává rány, sráží nás na kolena a nechá nás ležet, pokud to připustíme. O tom je život, o studiu, jak přijmout ránu, zvednout se a jít dál. Překonání každé z těchto náročných situací v nás zanechá určitou změnu a my se po jejím překonání stáváme stále silnějšími a zkušenějšími. Každý z nás je originál, každý se s náročnými životními situacemi vyrovnává jinak a každý z nás je musíme překonat sám. Samozřejmě pomoc okolí, rodiny, přátel, známých je důležitá, dává nám sílu, ale s náročnou situací nakonec vždycky musíme bojovat my sami. Obecně existují 3 základní příčiny vyvolávající náročnou situaci, jedná se o frustraci, konflikt a stres. Všechny z těchto příčin vyvolávají stresovou reakci a je nutné se s nastalou situací a jejími projevy vyrovnat. (Čepická, Humpl, 2015)

2.4 Reakce na změnu a adaptace na ni

Běžné situace zvládáme s přehledem, ať už pomocí prožité předešlé zkušenosti nebo si vypomůžeme improvizací. Když ale dojde k situaci, na kterou nejsme připraveni, nemáme s ní zkušenosti, ani si nedokážeme poradit jinak, dochází ke změnám, které se situačně mění. To, jak se organismus vyrovná s náročnou situací, můžeme sledovat a určovat dle 4 kritérií-emočního cítění, myšlení, chování a somatických projevů. Všechny z nich jsou v čase proměnné a jejich průběh ovlivňuje předešlá zkušenost s náročnou životní situací. Dle J.T. Mitchella, volně citováno: „Dochází při změnách k reakcím, které zj. ovlivňují poznávací funkce ve smyslu špatné

pozornosti, nastávají problémy s pamětí, je zhoršená koncentrace, zvýšená ostražitost a bdělost. Mění se také emoční reakce, do těchto změn patří úzkost, strach, panika a ztráta kontroly nad vlastními emocemi. Mění se též chování ve smyslu podezřavosti, náhlé změny psychomotorických projevů, změny v řečovém projevu, změny apetitu, zvýšený sklon k abusu. Samotná somatická stránka se také mění a dochází tak např. k nauce, poruchám střevní pasáže, závratím, změnám srdečního rytmu a krevního tlaku, kvantitativním změnám vědomí.“ (Čepická, Humpl, 2015; Mitchell, J.T., 2006, s. 219)

Zvládání náročné životní situace je pro každého jedince individuální, a je nutné nahlížet na něj holisticky. Pokud se jedna složka v systému změní, ovlivní i ty další. V praxi se pak můžeme setkat např. s vážně nemocným člověkem, který do doby, dokud byl zdravý, byl veselý, usměvavý, přátelský a radoval se ze života. Po onemocnění pociťuje hněv na sebe i okolí, je nerudný, depresivní a všechno vidí černě, to vše do doby dokud se s nemocí nesžije.

2.5 Zátěžové situace

Je velmi snadné se dostat do zátěžových situací. Dostáváme se do nich svou vinou, ale i bezděčně v rámci zaměstnání, osobního života i díky prostředí, které nás obklopuje. Zátěžové situace jsou především v současnosti spojovány se stresem v zaměstnání, ale podílí se na nich i biopsychosociální složka organismu. Přesto, že o stresu a jeho působení na organismus bylo popsáno nespočet knih, tak o jeho spouštěcích, krizových situacích, dosud nebyla vypracována řádná klasifikace, která by vymezovala, co a do jaké míry je či není zátěžovou situací. Na našem území se o toto v 80. letech minulého století pokusil pouze O. Mikšík, který třídí zátěžové situace podle specifických vztahů, zejména rozporem mezi požadavky a reálnou možností splnění těchto požadavků. Dle O. Mikšíka jsou první v řadě nepřiměřené úkoly a požadavky, kdy je organismus přetížen množstvím úkolů, požadavků, které není schopen plnit a jsou nad rámec jeho fyzických a duševních sil. Dále uvádí problémové situace, které dělí na adjustační a kreativní. Adjustační jsou charakterizovány změnami ve způsobu života a jeho přestavbě. Kreativní problémové situace zase v možnostech organismu osvojit si nové dovednosti, které nám mohou pomoci v úspěšném vyřešení vzniklého problému. Třetí kategorií jsou překážky, u kterých zejména záleží na schopnosti postavit se jim čelem a vyrovnat se s nimi. Další kapitolou samy o sobě

jsou konfliktové situace, které jsou charakterizované jako rozpory mezi dvěma a více jednotkami. V poslední řadě uvádí stresové situace, kdy nepříjemná rušivá noxa ovlivňuje při realizaci požadavku funkci psychiky organismu, ten pak není schopen situaci adekvátně řešit. Na základě studií bylo prokázáno, že další vlivnou proměnou jsou interpersonální vztahy na pracovišti, a to jak v dobrém, tak i špatném slova smyslu. (Mikšík, Břicháček, 1981)

Zaměstnání je, jak jsem již uvedl výše, jedním z nejrizikovějších míst, kde je zátěž podmíněna několika hledisky, které jsou individuální pro každého zaměstnance, neboť doba je zlá a každý se buď honí za úspěchem, slávou a bohatstvím, nebo se pouze snaží zajistit rodinu, střechu nad hlavou, mít jistotou pravidelného měsíčního příjmu, zkrátka přežít. Stresující tak může být zejména přetížení množstvím práce, časový stres, neúměrně velká odpovědnost, nevyjasnění pravomocí, vysilující snaha o kariéru, kontakt s lidmi, možnost ztráty zaměstnání, vystavení nadměrnému hluku, nedostatek spánku, interpersonální vztahy v zaměstnání i osobním životě, negativní sociální jevy ve smyslu možnosti stát se obětí kriminálního činu, ale i pocit bezmoci a nesvobody, dlouhodobého napětí a omezeného prostoru, kde se můžeme pohybovat. Z tohoto výčtu je jasné, že některé z těchto zdrojů stresu nejsou pro zaměstnance zdravotnické záchranné služby aplikovatelné. Některé však doprovázejí každodenní služby velmi přiléhavě. Zde je na místě uvést právě časové hledisko, kdy práce je velmi nárazová, ale od přijetí tísňové výzvy jde tzv. o vteřiny a minuty, které často mohou znamenat přežití nebo smrt pacienta. S tímto je spjatý další rizikový faktor, a to neúměrně velká odpovědnost daná svěřením lidského zdraví a života do rukou personálu záchranné služby. V současné době díky výkladu zákonů a prováděcích vyhlášek o zdravotnické záchranné službě a kompetencích jejich zaměstnanců je zde další stresový faktor, nevyjasnění pravomocí, a to z pohledu provádění čistě lékařských zákroků nelékařským zdravotnickým personálem (dále NLZP) v podmínkách život zachraňující urgencye, ale jen v případě, že v nich má NLZP praxi a je schopen je provést bez negativního dopadu na zdraví pacienta, přesto s rizikem justičního postihu. Kdy existuje dvojí reálný rozpor mezi provedením lékařského výkonu NLZP s kladným terapeutickým účinkem a neprovedením výkonu, čekáním na lékaře a z důvodu časové prodlevy negativním terapeutickým účinkem až případnou smrtí pacienta. Dalším rozporem je možnost justičního dopadu, kdy NLZP provede úkon, který není v souladu s jeho kompetencí, ať již s kladným či negativním

terapeutickým výsledkem a může být souzen a odsouzen až k odnětí svobody a ztrátě povolení k vykonávání povolání. Zřejmě z tohoto důvodu některé krajské ZZS na území České republiky (dále ČR) rozšiřují kompetence NLZP a trénují je, aby byly schopni adekvátně poskytnout život zachraňující úkon a měli v jeho provedení dostatečnou praxi (viz. punkce tenzního pneumothoraxu ZZS KHK) a k tomu nebyli justičně postihováni. Dalším a velmi podstatným faktorem je platové ohodnocení, které je kamenem úrazu celého současného zdravotnictví na území ČR. Zaměstnanci ZZS, ačkoliv je jejich práce psychicky i fyzicky namáhavější než jiná zaměstnání, jsou často zaměstnáváni i mimo ZZS, můžeme se tak setkat s jedinci, kteří mají dva až tři úvazky na různých pracovištích ať už v rámci oboru nebo mimo zdravotnictví, to je podmíněno právě diskutabilními platovými podmínkami, které by mohly být v porovnání s riziky spojenými s vykonáváním profese velmi demotivující. Dále je záchranář vystaven nedostatku spánku a spánkové inverzi, která je příčinou snížené pozornosti, zhoršení koncentrace, a v extrémních případech i možným vznikem halucinací. Stres je také příčinou poruch spánku. V práci záchranáře je velmi důležitým aspektem vzniku stresu také vztah s ostatními lidmi, a to nejen na úrovni profesionální ze vztahu záchranář – pacient, ale také ze vztahu mezi záchranářem a ostatními kolegy. Zejména neuspokojivé interpersonální vztahy jsou u této profese podstatným zdrojem vytvořivšího stresu, neboť základem práce posádky ZZS je především důvěra v další členy týmu, která je tímto oslabena, a pocit nejistoty je tak důležitým stresorem. (Humpl et. al, 2013)

2.6 Zvládání stresu

Každý člověk je individualitou, každý se chováme jinak, žijeme jinak, reagujeme jinak. Se stresem se proto vyrovnává každý z nás odlišným způsobem. Čelit stresu je v angličtině označováno termínem „coping“, z anglického to cope, což v češtině znamená vyrovnat se. Proto se někdy celý tento proces označuje jako moderování stresu, které probíhá aktivní účastí a zásahem do činnosti, která by mohla svou nepříjemností stres měnit. Záleží však na mnoha faktorech, jako jsou osobnostní charakteristika člověka, styl a strategie vyrovnávání se stresem a techniky zvládání, kterým se naučíme nebo doučíme. Je dokázáno, že lidé, kteří měli v osobnostní výbavě vlastnosti, které jim v období těžkostí pomáhaly náročnou životní situaci překonat,

výrazně podpořila tzv. nezdolnost, tedy vůle nevzdávat se a bojovat. (Humpl et. al, 2013; Křivohlavý, 2001)

Další důležitou vlastností, dá se říci spíš sociální vlastností, je soudržnost, tedy schopnost skupiny lidí stát při sobě v dobrém i zlém, které se sekundárně projevuje na vnitřní jistotě charakteru jedince a podporuje jeho nezdolnost. V případě soudržnosti existuje znovu několik charakteristik, které jsou nutné k uskutečnění soudržnosti. Jde zejména o srozumitelnost situace ve smyslu reálného vidění a chápání světa, které nám dává zpětnou odezvu v tom, co můžeme čekat v budoucnu, a podle toho dále vyvíjet aktivitu. (Humpl et. al, 2013)

Dále je rozhodující smysluplnost boje, která je pro jedince velmi důležitá a rozhoduje o tom, zda do boje investuje svoje síly nebo ne. Pokud uzná, že jeho boj je smysluplný, očekává od něj určitou satisfakci, ať už jen samotné vítězství, nebo také uznání druhých. (Humpl et. al, 2013)

Poslední je zvládnutelnost, kdy jde především o uvědomění si vlastních sil a možností, a to nejen jedince samotného, ale také okolí a důvěra v jejich efektivitu a naplnění. (Humpl et. al, 2013)

Nezdolnost se také primárně projevuje na jedinci samém, a to jako osobnostní tvrdost ve třech charakteristických rysech. První je pocit jedince být pánem situace, mít přehled a aktivně zasahovat do dění. Dále je důležitá oddanost, tedy důvěra v to, co jedinec dělá a co je jeho cílem. A jako poslední brát období těžkostí jako výzvu k boji. Je to právě soudržnost a osobnostní tvrdost, která v rámci nezdolného čelení náročné životní situaci pomáhá bojovat a nevzdávat se, i když je několik dalších osobnostních charakteristik, které nám také mohou pomoci, je to např. optimismus, smysluplnost života, smysl pro humor, svědomitost a víra v sebe samého. (Humpl et. al, 2013; Křivohlavý, 2001)

2.7 Psychosomatická onemocnění

Pokud budeme nahlížet na vznik onemocnění holistickým způsobem, pak můžeme říci, že dlouhodobý stres je možným negativním aspektem vzniku psychosomatických nemocí. Tedy nemocí, které mají svůj původ v psychice člověka, ale projevují se somatickým onemocněním. Psychosomatická onemocnění se dělí

na přímá a nepřímá v závislosti na změně působení na zdravotní stav. Přímý vliv na onemocnění je tak vliv na imunitní, endokrinní a nervový systém. Nepřímý vliv se projeví na chování člověka. Tento druh onemocnění zjednodušeně vzniká díky intermitentnímu udržování organismu v tenzi a připravenosti k boji, nedochází k uplatnění adekvátní adaptace na vzniklou změnu, tělo je vyčerpané, a tak dochází k projevům navenek ve smyslu orgánového poškození. Výskyt psychosomatických onemocnění je také podmíněn potlačením mechanismů potřebných k přežití, které v nás byly po staletí vytvářeny a uplatňovaly se již v době kamenné. Tyto mechanismy se pro dnešní civilizaci staly adaptačně nevýznamné, i přesto, že emoční stavy spojené s přežitím v nás zůstávají doposud, i když ztratily své opodstatnění, proto toto potlačujeme, a proto se potíže promítají do somatické stránky člověka. Řadíme do nich zj. kardiovaskulární choroby (ischemickou chorobu srdeční, hypertenzi), gastrointestinální choroby (gastroduodenální vředovou chorobu, jícnové varixy, apod.), choroby dýchacího ústrojí (astma bronchiale), endokrinní poruchy (obezitu, diabetes mellitus) a kožní choroby (exémy). Je prokázáno, že stres bývá často důvodem, proč se dostaví deprese, která je se stresem úzce spjatá, a míra stresu ovlivňuje hloubku deprese. Stres je také zdrojem další poruch, kterým se věnuje další kapitola. (Humpl et. al, 2013)

2.8 Patologické psychické následky kritických situací

Po každém výjezdu se v rámci sebereflexe záchranář vrací zpět ve své mysli do okamžiků, kdy byl v místě zásahu, zvažuje, zda kroky, které podnikl, byly tzv. lege artis, a jestli využil opravdu všech dostupných prostředků a sil k většímu benefitu pro pacienta a jeho zdraví. Tato sebereflexe je intenzivnější přímo úměrně s měnící se závažností výjezdu a může ovlivnit záchranářovu psychiku natolik, že není schopen vykonávat svou práci. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013)

2.8.1 Akutní reakce na stres

Akutní reakce na stres (dále ARS) je podle MUDr. Šeblové charakterizována jako: „Přechodná porucha významné závažnosti, která vzniká jako odpověď na výjimečný duševní nebo fyzický stres, s typickým zúžením vědomí a pozornosti a dezorientací v počátku, následuje stažení až stupor nebo agitace a hyperaktivita, bývá amnézie.“ (Karbulka, 2013; Šeblová, 2000, s. 33-35)

V tomto případě se dostáváme k dříve zmíněnému „záchranář je jen člověk“, tudíž má právo na stejné reakce jako kdokoliv jiný, ale i zdravotnický profesionál se může octnout v situaci, kdy je závažně ovlivněn určitým vjemem či stavem v místě zásahu, a jak píše PhDr. Andršová: „Normální je mít nenormální reakce na nenormální věci.“, tudíž reakce může být neadekvátní. (Andršová, 2012, s. 65)

ARS je medicínsky chápána jako psychiatrické onemocnění, ačkoliv se vyskytuje i u jedinců, kteří se nikdy před tím s psychiatrickým onemocněním neléčili, přesto je však nutná krátkodobá hospitalizace a péče odborníků. Příčinou bývá psychicky či fyzicky vypjatá situace, která je organismem negativně stresově chápána, spouštěčem může být cokoli, od ohrožení své osoby po resuscitaci dítěte, ale v zásadě jde o intenzivní traumatizující zážitek porušující integritu jedince. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013)

ARS se obvykle projeví do hodiny a sama odeznívá s následnou retrogradní amnézií. Akutní reakce se rozděluje podle charakteru chování zasaženého na dva druhy: reakci typu A a reakci typu B. Reakce typu A je charakteristická přehnanou agitovaností ve smyslu aktivizování rezerv připravujících se na jednu z obranných reakcí, útok nebo útek. Reakce typu A se na zasaženém projevuje především výraznou emotivitou se změnou tempa a důrazu řeči, těkavým pohledem po případných zdrojích nebezpečí, výrazným psychomotorickým neklidem, dostavuje se tremor horních i dolních končetin a vegetativní změny ve smyslu zarudnutí, pocení, změnou frekvence pulzu a dechu, zvýšeným svalovým tonem. Reakce typu B je charakteristická pravým opakem, zasažený je pasivní, umístí se někam stranou, schoulí se do klubíčka a zde bez reakce na okolí zůstává. Tento typ reakce je pro interventa složitější ve smyslu získávání informací o události, ale pro zasaženého je tento druh ochranou před extrémně emočně silnou situací, kterou by nebyl schopen zvládnout. Velkým úskalím typu B je bagatelizace stavu zasaženého, neboť navenek se zdá, že je v pořádku, nic mu není, nic nepotřebuje. To je ale omyl, který může mít pro zasaženého nebezpečné následky ve smyslu rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Projevuje se apatií, bez emocí, bez známek mimiky, je přítomen psychomotorický útlum, dále se objevují vegetativní změny ve smyslu zblednutí, studeného potu, zimnice, zornice se rozšíří a zasažený se dívá „přes“ objekty, čas je vnímán výrazně pomaleji, sdělení, která jsou vedena směrem k němu, nejsou vstřebána, uplatňují se zde obranné mechanismy derealizace

(pocit snění a nereálná) a depersonalizace (odmítání skutečnosti). (Andršová, 2012; Humpl et. al, 2013; Vodáčková et. al, 2002)

V případě, že ARS není dostatečně zvládnuta, může se objevit Posttraumatická stresová porucha (dále PTSP), dle MUDr. Šeblové je charakterizována jako: „Odložená nebo protražovaná odezva na stresovou událost nebo situaci neobvyklého hrozivého nebo katastrofického rázu“. (Šeblová, 2000, s. 33-35)

Obvykle je diagnostikována do 6 měsíců od prožití události, přičemž musí trvat alespoň 1 měsíc, je vyloučena diagnóza do měsíce od vystavení kritické situaci, neboť by byla reálná možnost projevu obvyklých posttraumatických jevů a ne PTSP. Příznaky jsou tvořeny výskytem 3 posttraumatických jevů, a to znovuprožíváním, vyhýbáním se spouštějícím situacím a zvýšené dráždivosti. (Smolík, 2002; Šeblová, 2000)

Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN) ještě uvádí další nemoc vycházející z PTSP. Touto nemocí je přetrvávající změna osobnosti po katastrofické události, která je charakterizována spolu s příznaky PTSP ještě změnou osobnosti trvající alespoň 2 roky. Z důvodu odcizení, nepřátelského postoje k okolnímu světu a sociální izolaci dochází ke zhoršení sociální integrace jak v soukromém, tak profesionálním životě. Je nutné ověření, zda je porucha připsaná doopravdy traumatické události, která byla extrémně intenzivní a dlouhodobá, např. pobyt v koncentračním táboře, dlouhodobé vystavení život ohrožujícím situacím apod. (Andršová, 2012; Baštecká, 2005; Karbulka, 2013)

2.8.2 Posttraumatické jevy

Posttraumatické jevy jsou často varováním, a proto bychom měli být schopni všimnout si určitých symptomů. Vesměs jde o stavy, které nás chrání před opětovným vystavením kritické situaci, nebo se do nich naopak zpět vracíme. K těmto jevům řadíme vybuzení, které nás zj. nutí zabránit opakování kritické situace. Oběť je podrážděna, trpí insomnií a má problémy s pamětí a koncentrací. Dále sem řadíme vyhýbání, kdy se oběť cíleně vyhýbá činnostem či situacím, které by ji mohly znovu dostat do kritické situace. Jde jen o částečnou úlevu, proto se vyhýbání často časem převede v PTSP. Projevuje se například úplným zavrnutím oblíbených činností, které byly před událostí běžně provozovány. Dále mluvíme o znovuprožívání,

kdy se oběť vrací neustále do okamžiku události a stále prožívá kritické chvíle znovu a znovu, přes den ve formě vizí, v noci jako noční můry. Běžně se však většina obětí s tímto jevem dokáže sžít, u některých se však strach a bolest prohlubuje. Pod znovuprožívání řadíme také pocity viny. Zde záleží na typu osobnosti oběti, bohužel čím více citlivější a zodpovědnější její osobnost je, můžou se objevit suicidální myšlenky s tendencí k činu. V rámci pocitu viny mluvíme o znovuprožívání události s hledáním způsobů, které by zvrátily událost. Často je tento jev doprovázen otázkami zpochybňujícími definitivu. (Baštecká, 2005; Karbulka, 2013; Mcfarlane, 2003)

2.8.3 Peri – traumatické jevy zasažených

K výše uvedenému se můžou objevit u sekundárně zasažených traumatickou událostí stavy, které do jisté míry „vypínají“ lidskost a dávají průchod nejzákladnějším instinktům, a to přežít za každou cenu. Tehdy mluvíme o disociaci, kdy dochází k rozštěpení psychiky osobnosti od její tělesné schránky, která se projevuje depersonalizací (pocit pohledu na sebe samého shora), derealizací (pocit nereálna s přechodem do snění), amnézií a časovou dezorientací. Často je spojován se stavem „transu“, kdy snižuje bolest a v rámci instinktů převládá behaviorální věcnost, tzn. schopnost manipulovat se zemřelým, i když by za normálních podmínek tohoto jednání nebyl schopen. (Baštecká, 2005; Mcfarlane, 2003)

Dále se objevují abnormální tělesné reakce, jako je svalová tenze spojená se strachem a bolestí, nebo naopak extrémní nabuzení a nutkání „něco dělat“. (Baštecká, 2005)

2.9 Tvář tvář krizi

Laická veřejnost s oblibou používá ráda výrazy, jejichž reálný význam často bývá dosti zavádějící. Stejně jako je laik s psychotraumatem tzv. v šoku, tak i pravý význam slova krize je jiný, než si široká veřejnost myslí. Můžeme se tak setkat s výrazy, že práce pod tlakem způsobila krizi, i když pravý význam nepříjemného pocitu, který pociťuje jedinec pod tlakem je zcela jiný. Slovo krize pochází z řeckého slova krisis, v překladu znamená proces, který se nachází v bodě zlomu a předpokládá se jistý vývoj, ať už pozitivní nebo negativní. Jde také o stav, kterému se nemůžeme přizpůsobit, a to, čím bychom situaci obvykle vyřešili, nyní selhává. Každý z nás se staví ke krizi a krizovým situacím jinak, někdo krizi přejde bez větší

újm, někdo utrhá hluboké rány na své osobnosti. Krizi nestanovuje určitá situace, ale osobní pohled na životní událost a možnosti, kterými můžeme krizi čelit. Tudíž vyhodnocení situace jako krizové spočívá ve stanovení nebezpečnosti situace, při nenalezení rezerv, které by nám pomohly krizi čelit. Krize je tak velmi různorodá a záleží vždy na subjektivním vyhodnocení jedincem. Proto pravý význam slova krize není nemoc, nepříjemný pocit ani deprese. Společnost často bagatelizuje význam krizové situace se slovy „To bude dobré, časem si zvykneš.“, nebo „ Čas vše vyléčí“, co je zarážející, je to, že některé krizové situace v nás zanechají také šrámy, se kterými se již nikdy nedokážeme vyrovnat a pouze je odložíme někam hluboko do naší mysli, kde pak ale mohou dále přežívat, kumulovat se a znovu nás zasáhnout s drtivými následky, tomuto se ale budeme věnovat níže v textu. (Humpl et. al, 2013)

Krizi dělíme podle zdroje vyvolávající příčiny na vnitřní a vnější. Vnější bývá nejčastěji způsobena ztrátou - ať už příbuzného, blízkého, ale také zaměstnání, střechy nad hlavou či našeho zdraví, nebo změnou zaměstnání, bydliště, atd. Vnitřní krize jsou pak ty, které vyplývají z našeho vývoje, kdy časem zjišťujeme, že nejsme schopni vyhovět požadavkům, které na sebe klademe my, nebo okolí, zde mluvíme zj. o tzv. krizi středního věku. S tím souvisí i druhy krizí, které dělíme na vývojové, situační a kumulované. Vývojové jsou právě již zmíněné krize pramenící ze změny životního období, kdy se dostávají změny, o kterých jedinec věděl, že přijdou, ale nebyl na ně dostatečně připraven. Vývojová krize je často doprovázena emočními výkyvy, napětím a negativismem. S vývojovou krizí je třeba se postupně vyrovnat a zvyknout si na nový způsob života. Situační krize je charakterizovaná svým náhlým nástupem, ke kterému dochází po nějakém nečekaném, silném a traumatickém insultu, vzbuzující v jedinci strach o zdraví, život a ohrožujícím celistvost osobnosti zasaženého. Mezi situační krize tak patří neštěstí, katastrofy, úmrtí blízkých osob, či být účastníkem kriminálního činu. Míra zasažení se odvíjí od subjektivního pohledu na vzniklou situaci. Kumulovaná krize je charakterizovaná tím, že krize se odehrává v přítomnosti, ale je ovlivněna nevyřešenými krizemi z minulosti, které nebyly dostatečně zpracovány, a zasažený se s nimi do aktuální krize nesrovnal. Nástup krize se zde projevuje v řádech měsíců i let. V případě, že se jedná o kumulovanou krizi, musíme počítat s tím, že zasažený se potýká s krizovou situací delší dobu, tudíž je oslabený, nemá dostatek energie a není schopný se nastalé situaci postavit a řešit ji, proto je časté, že zasažený se spíš snaží konfrontaci s problémem vyhnout a raději kličkuje okolo. Vzhledem

k protražovanosti a intenzitě celé situace je tato krize doprovázena psychosomatickými obtížemi a chorobami. Dále k těmto druhům můžeme zařadit psychopatologickou krizi, kdy se jedná o psychicky nemocného člověka, který je svou chorobou oslaben natolik, že je zranitelnější než kdokoliv jiný a není schopen se vyrovnat s krizovou situací. Vyvolávajícím zdrojem potíží tak může být životní změna, ztráta blízké osoby, závislost, sociální problémy. (Humpl et. al., 2013; Špatenková et. al., 2004; Vodáčková et. al., 2002)

2.9.1 Vývoj krize

Krize má několik fází, které na sebe přímo navazují, a je velmi důležité, aby peer nebo krizový intervent dokázal určit, v jaké fázi se zasažený nachází a podle toho přizpůsobil jeho další práci. Krize je složitý proces, kterým si každý musí projít sám. Intervent či peer může být pouze průvodcem, majákem v temnotě, který ho pouze nasměruje cestou, kterou by bylo dobré dále pokračovat. Krize je běh na dlouhou trať, trvá od hodin až po léta a k tomuto pomyslnému bodu zlomu se každý musí propracovat sám. Jde zejména o to dopadnout až na dno, od toho se pomalu odrazit a stoupat nahoru až na hladinu. Samozřejmě, že i zde se mohou vyskytnout komplikace, a to v případě, že dojde k uvíznutí na cestě vzhůru. Úkolem intervenčních pracovníků je tak být průvodcem zasažených a dovést je bezpečně až na dno, poté je zase bezpečně nasměrovat na hladinu. (Humpl et. al, 2013)

První fází je fáze ohrožení, kdy je zasažený v úzkých, neví si rady, je bezmocný a nejistý. Prohlubuje se u něj neklid. Z ohrožení plynule přechází do fáze pocitu zranitelnosti. Stálé potencování výše zmíněných obtíží a stavů, zasažený špatně reaguje na neúspěch a na ztátu kontroly, klesá jeho sebevědomí. Další fáze je bodem zlomu, neboť se zasažený přestává choulit v ulitě, ale snaží se zmobilizovat rezervy a hledá řešení ke zdolání situace. Bod zlomu nastává ve chvíli, kdy se zasažený může buď znovu stát pánem situace při nalezení úspěšného řešení, nebo přechodem celá krize může přerůst do chronicity. V případě, že se zasažený zdánlivě tváří, že se s krizí vyrovnal, ale mění své chování a sociálně se izoluje, dochází u něj k nevratným psychickým patologiím projevující se agresí, podrážkeností, náchylností k abuzu návykových látek a k sebevražedným intencím. (Humpl et. al, 2013; Vodáčková et. al, 2002)

Během těchto fází je období vulnerability, kdy je jedinec zvláště přístupný vnějšímu ovlivnění a změně. Během krize také může zasažený vysílat nevědomě signály volající o pomoc. Toto období je hraniční, neboť stačí málo a zasaženému můžeme minimem slov maximálně pomoci, nebo pokud se žádná pomoc nedostaví, tak člověk může vykazovat známky asociálního chování a snížené schopnosti integrace ve společnosti. Pro krizového intervenanta je záchyt onoho přístupného úseku velmi významným prvkem v pomoci zasaženému, neboť pokud se mu to nepovede, je reálné riziko, že se zasažený uzavře do sebe a intervence je tak neúspěšná. Doba od počáteční fáze po vyřešení krizové situace je různá, závislá na jedinci, na blízkém okolí jedince, závažnosti vzniklé krizové situace a pomoci, která je mu nabídnuta z vnějšku. (Humpl et. al, 2013)

2.9.2 Krize tělem zasaženého

Krizová situace je neobvyklá, nečekaná, nedá se na ní připravit, zpravidla se dostaví v ten nejméně vhodný okamžik. Každý ji prožívá jinak a každý se k ní postaví jinak. Co je však jasné, je to, co je u všech zasažených podobné. Jsou to rostoucí pocity úzkosti, pocity viny, studu a nízkého sebevědomí, není schopen objektivně hodnotit sebe, ostatní ani realitu a v neposlední řadě je bezradný, neví kam se dál ubírat, aby vyřešil svůj problém, a v konečné fázi může situaci zhodnotit jako bezvýhodnou. Tělesně je krize vnímána jako těžká fyzická i psychická zátěž, která se projevuje zj. zvýšeným napětím, bolestí a změnami citlivosti v různých částech těla, svalovou tenzí, zhoršenou svalovou koordinací, únavou, insomnií a cefaleou. Na vegetativní úrovni pociťuje zasažený zvýšenou míru pocení, změny barvy kůže, tremor, agitovanost a zhoršenou orientaci v místě, času i osobě. Krizi ovlivňují i jiné faktory, jako jsou věk, pohlaví - ženy jsou často sdílnější, emotivnější a spíše se svěřují se svými problémy, životní situace - určuje ho sociální zázemí, zdravotní stav - podlomené zdraví negativně působí na průběh krize a jeho zvládnutí, osobnostní faktory - osobnostní výbava jedince ve smyslu temperamentu, schopnosti se přizpůsobit, labilita nebo stabilita jedince, schopnost zvládat náročné životní situace - určuje mechanismy, které pomáhají překonat krizi, dřívější nevyřešené krize - nevyřešené krize z minulosti, naděje - má ji je velké pozitivum a výhoda, sociální opora - přirozená podpora rodiny, příbuzných, přátel, apod. Je velmi důležité si na vzniklé krizi najít i něco, co nám může pomoci vyrovnat se s ní. Mluvíme např. o již

zmiňované sociální podpoře, kdy při nás stojí ti nejbližší, lidé, které máme rádi, a jsou nám oporou. Dále je velmi důležitá emoční ventilace, možnost svěřit své problémy někomu jinému, kdo není do situace osobně začleněn, ale přesto může poskytnout podporu. Odůvodnění nastalé situace, smířit se a zracionalizovat vzniklou skutečnost je nezanedbatelným aspektem, který nám pomůže srovnat se se situací na základě námi vytvořeného zdůvodnění, které my sami chápeme. Dále můžeme těžit z minulých zkušeností s krizí a co je u každé krize nejdůležitější je naděje, že se vše v dobré obrátí a krizovou situaci překonáme bez sebemenší úhony. (Humpl et. al, 2013; Špátenková et. al, 2004)

2.10 Krizová pomoc

Člověk v tísní je zpravidla vděčný za každou pomocnou ruku, která mu je nápomocna v kritické situaci. Často ji i sám vyhledává a využívá vše, co mu je nabídnuto, neboť člověk v krizi je jako vlajka ve větru, aby mohla vlát a ne jen chaoticky kmitat, tak je potřeba ji ukotvit. Stejně jako vlajka, tak i zasažený se nekoordinovaně zmítá mezi proudem naděje a utrpení a jen ukotvením první psychologickou pomocí a krizovou intervencí lze zasaženého stabilizovat a udat mu správný směr. Nejdříve, než se uchýlíme k vyhledání odborné pomoci ve formě krizové intervence, se ale většina z nás bude s krizovou situací chtít sama vyrovnat, protože bývá nejsnázeji dostupná. Toto nazýváme neformální pomocí v krizi a můžeme do ní zařadit svépomoc a vzájemnou pomoc, vrozené vyrovnávací strategie, strategie zvládání. Svépomocí a vzájemnou pomocí se rozumí nejpřirozenější podpora, rodina, naši blízcí, přátelé a obecně lidé, ke kterým máme kladný vztah a věříme, že u nich nalezneme útěchu a podporu. Vzhledem k tomu, že terapeutickou složku zde zastává laik, který je nám blízký, můžeme brát tuto pomoc jako prověření našich adaptačních mechanismů a zároveň jako prověření zvládacích schopností sociálního prostředí okolo nás. K tomuto druhu pomoci se uchylujeme v případě, že si v situaci nedokážeme poradit sami jakýmkoliv vyrovnávacími strategiemi. Dále je nutno uvést vrozené vyrovnávací strategie, do kterých patří útok, útek, vytěsnění, potlačení, regrese, popírání, racionalizace, introjekce, projekce, sebeobviňování. Tyto obranné reakce jsme se učit nemuseli, máme je vrozené, a zkušenostmi, žitím života zjišťujeme, kdy jakou reakci použít. „Nevýhodou“ této pomoci je jistá fabulace skutečnosti, tak aby byla v akutní fázi pro zasaženého snesitelnější. Dlouhodobě se o tuto formu opírat nejde,

to proto, že nevede k vyřešení situace, jen ji zmírňuje a problém se neřeší. Dále se můžeme opírat o užití copingových strategií, které pomáhají držet se reality a zároveň aktivně hledat možnosti, jak situaci reálně řešit. Jak již bylo řečeno výše, tyto strategie jsou u každého jedince individuální a jsme schopni je přirozeně využít. Jednou z nejdůležitějších copingových strategií je aktivně čelit situaci a hledat dostupné možnosti vedoucí k řešení situace, dát průchod emocím, naděje ve vyřešení problému a důvěra v sebe i své blízké okolí. Dle PhDr. Humpla existují také: „Adaptivní a vědomé vyrovnávací strategie, využitelné při zátěži a krizi: ulevit si pláčem, hněvem, orientace v pocitech, sdílení s někým dalším, dobrý kontakt s tělem, vnímání vlastních potřeb, získání informací, orientace v situaci, využití starších osvědčených zkušeností, existence blízkého člověka/lidí, přirozená komunita, využití vzorců kolektivního chování, tvořivost, zapojení fantazie, nalezení smyslu utrpení...“ (Humpl et. al, 2013, s. 26)

Strategie, které používáme k vyrovnání se s náročnou situací, jsou účinné, ale čím déle krize trvá bez vyřešení příčiny, tím méně jsou účinné. Mnozí zasažení se s krizí vyrovnávají i způsoby, které nejsou efektivní, jsou to například izolace, alkohol, přejídání, nadměrná sportovní aktivita, pasivita, atd. Existují situace, ty které jsou natolik silné a traumatizující, na kterou není účinná žádná z copingových strategií, v tom případě je nutné vyhledat odbornou pomoc. (Humpl et. al, 2013; Špatenková et. al, 2004)

2.10.1 Krizová intervence

Pokud selžou všechny neformální formy pomoci, je čas obrátit se na odbornou pomoc. Co je však důležité, je to, že odborná pomoc musí splňovat určitá kritéria, jinak je její využití bezvýznamné. Jde především o dostupnost, informovanost občanů a povědomí o službě, nutnost nepřetržitého provozu, časovou bezodkladnost poskytnutí služby, nízkoprahovost, bezbariérovost, komplexnost péče, návaznost další péče a pomoci. Tou odbornou pomocí je krizová intervence. (Humpl et. al, 2013; Vodáčková et al, 2012)

Krizová intervence se zabývá prací s lidmi, kteří prochází náročnou životní situací, a speciálními technikami a strategiemi moderuje snahu zasaženého čelit překážkám a řešit situaci, přičemž pracuje s minulostí i bezprostřední budoucností, která

předcházela a zasahuje do období krize. Interventem se tak stává pracovník, který prošel speciálním výcvikem a který tyto techniky a metody umí využít ve prospěch zasaženého. (Humpl et. al, 2013; Vodáčková et al, 2012)

Cílem krizové intervence je stabilizovat zasaženého po stránce psychické i fyzické, a to tak, abychom docílili alespoň stavu, který předcházel krizi, a dali jsme možnost náročnou životní situaci jedinci překonat. To může být někdy různě těžké, neboť každý krizi snáší a vyrovnává se s ní jinak, i když netrvá věčně. Naším úkolem je především zajistit nejzákladnější potřeby zasaženého, neboť krizi je nutné brát holisticky v rozsahu celého organismu. V rámci zajištění potřeb zasaženého jde zejména o potřebu tepla, tekutin, bezpečí, účasti, sounáležitosti a zj. informací. Informace jsou v tuto chvíli velmi důležité. Sekundárně zasažení mají náhle spoustu otázek, na které neznají odpověď. Informace jsou v době krize to nejdůležitější, co můžeme v krizové situaci nabídnout. Zasažený, který má dostatek informací, má zajištěné základní potřeby, ví, co ho čeká, má představu o řešení situace, je samostatný nebo podpořený okolím, je stabilizovaný. K tomuto je třeba se zasaženým rozebrat, co se stalo, co bude dělat, co má udělat v blízké budoucnosti. Pokud tápe, je dobré k řešení vést, ne však doporučovat či podsouvat něco, co by se neshodovalo s přesvědčením a vůlí zasaženého, neboť bychom v zasaženém „dusili“ jeho samostatnost, kterou máme naopak podporovat a vytvářet možnosti k zasazení zpět do role a reality se všemi jeho úkoly a povinnostmi. Smyslem krizové intervence je podpořit zasaženého a mobilizovat jeho fyzické i duševní rezervy a vytvořit vhodné prostředí pro příjem krizové situace a jejich následků jako součást svého budoucího života. Krizová intervence se dá uskutečnit jen a pouze, je-li zasažený s intervencí svolný, neboť jde o týmovou práci. Ta nekončí po nalezení otázek na odpovědi a utichnutím pláče, ale jde o soustavnou kontinuální péči, kterou krizový intervent začíná, ale další péče, podpora a společná cesta neštěstím se zasaženým je úkolem rodiny či blízké osoby. Proto bychom měli postiženého po skončení intervence vždy předat někomu, kdo je schopný se o něj dál postarat. Krizová intervence se tak dá poskytovat formou ambulantní nebo hospitalizace v rámci krizových center, terénních služeb (složky IZS, nejvhodnější ZZS), nebo jako telefonická první pomoc. Důležité je si uvědomit, že i když se na místě krizové situace nachází v posádce ZZS vyškolený krizový intervent, nesmí poskytovat krizovou intervenci! Důvodem jsou rezervy energie, přímá účast záchranáře na výjezdu a především změna režimu práce. (Humpl et. al, 2013; Špatenková et. al, 2004)

2.10.2 Úkoly krizového intervenanta

Tím nejdůležitějším, pomyslnými dveřmi k zasaženému, je první kontakt, jeho navázání a především udržení. Nejprve bychom měli dodržet zásady slušného chování, představit se, sdělit, proč jsme se dostavili a co je naším cílem, tedy podpora a provázení situací. Vzhledem k tomu, že je předpoklad intervence avizovaný posádkou zdravotnické záchranné služby se souhlasem zasaženého a že interventem je zdravotnický záchranář, je výhodou, připomenout zasaženému, že jsme zde právě na toto avízo a že jsme srozuměni s okolnostmi událostí, které se staly. Na poskytování intervence je vhodné si vyčlenit prostor, kde bude mít intervent se zasaženým soukromí a kde bude zasažený izolován od vjemů asociujících mu krizovou situaci. Základem vhodného navázání kontaktu a získání důvěry je především tón hlasu, ten by měl být klidný a tlumený s důrazem na vyjádření zájmu a pozornosti. Dále je nutné prokazovat účast v bolesti zasaženého, být empatičtí, a dát najevo, že jsme na místě právě pro něj, abychom ho podpořili. V případě, že je zasažený ve stádiu, kdy je ze situace natolik zdrcen, nekomunikuje, hledí přes nás či fixuje určitý bod a nereflektuje na naši přítomnost, není špatné jen sdílet s ním jeho bolest a nemluvit. Je možné použít tzv. „zrcadlení“, kdy si všímáme, jak zasažený vypadá, jak se chová, všímáme si jeho reakcí a ty interpretujeme ve stylu: „Vidím, že se pláčete... Mohu Vám nabídnout kapesníček?“. Po čase se i takto nepřístupný zasažený otevře našemu úsilí, může to být po nějakém stimulu směřujícím od nás, ale také poté, co se vyplakal a přenesl se zpět do reality a vyvstaly otázky, na které nezná odpovědi. Toto nastává v případě, kdy zasažený tzv. „dopadl na dno“, to bývá doprovázeno právě např. hlubokým výdechem, náhlým procitnutím. Pak je důležité aktivně naslouchat jeho potřebám, poskytovat zasaženému dostatečnou zpětnou vazbu a dávat najevo, že jsme s ním. Prvním důležitým momentem je nalezení spouštěče, zdroje problému. Zjištění, co je zdrojem toho, že se zasažený cítí zle, je pro intervenanta stěžejní, tomu také přizpůsobuje další práci. Někdy je zdroj jasný, pokud se jedná o dopravní nehody, mimořádné události, náhlé úmrtí člověka, apod. Jindy je zdroj pro intervenanta neznámou, ke které se musí dobrat pokládáním vhodných otázek, které musí být jasně položeny, ale přitom nesmí být položeny tak, aby poškozeného dále poškodily. Identifikace zdroje je tak určitým znakem, jak se zasažený vyrovnává se situací, jaké vyrovnávací mechanismy je schopen využít a jak se v situaci cítí. Je velmi důležité sledovat i osobní pocity, obtíže a vjemy, které zasažený udává, neboť v nich může zrcadlit obavy z budoucího

života. Intervent pak může pomoci zj. ujištěním, že reakce, které zasažený vykazuje, jsou zcela normální, a je nasnadě ho povzbudit, poskytnout určitou útěchu v naději, že se z krize může dostat. Kamenem úrazu však může být útěcha a sliby, které nemají opodstatnění a nemůžeme je splnit nebo jsou nereálné. To může být příčinou ztráty důvěry zasaženého, kterou už krizový intervent nikdy nezíská zpět. Falešná útěcha a nereálné sliby bývají nejčastější formou pomoci laických interventů, kteří tak mohou práci krizového intervenanta velmi ztížit, a „uzemnění“ pravdivými informacemi je tak pak pro zasaženého velmi bolestivé. Velmi důležitým aspektem, na který by měl intervent dbát, je podávání informací. Ty bývají často důvodem iluzí a mylných výkladů zasažených, proto pokud víme odpovědi, které se např. týkají odborné problematiky, není špatné vysvětlit to, co postižené zajímá. Poskytnutá informace pomůže nejen zasaženému, ale i interventovi. Cílem krizové intervence je změna pohledu z krizové situace na výzvu, změnu, které je dobré se postavit. Pochopení krize jako výzvy řadíme do fáze vyrovnání se, kdy intervent zjišťuje, jak a do jaké míry je zasažený schopen se s krizovou situací vyrovnat. Jeho úkolem v této fázi je, jak se doposud vyrovnával s krizemi, co mu pomáhalo je překonat, a navrhnout mu směr, kterým by bylo dobré se vydat, aby krizi zdárně vyřešil. Pokud se všechny poznámky ze strany zasaženého jeví jako neproveditelné, je možné mu předložit další možnosti zvládnání náročné životní situace. Ve chvíli, kdy zasažený za pomoci intervenanta nalezne vhodné řešení, je stabilizovaný, nebo je reálný předpoklad, že dosavadním jednáním dojde ke stabilizaci, je schopen samostatného pohledu na věc a dále nás již nepotřebuje, vysvětlíme mu další možnosti, kam se obrátit v případě další pomoci, poskytneme kontakty a informační materiály, následovně předáme do následovné péče blízké osoby či někoho dalšího, pak je možné intervenci ukončit. Překonaná krize znamená, že je zasažený schopen znovu plnohodnotného života ve společnosti s obnovením vazeb na lidi kolem něj, je schopen znovu příjemných emocí a má znovu chuť do života. Překonat krizi rozhodně neznamená zapomenout na nepříjemnou situaci, vjem, neboť to není možné a přispívá to jen ke kumulaci a následnému výbuchu emocí a zahájení nové kumulované krize. Život se také nedá paušalizovat na to, že prožití krizové situace či ztráta nic nezmění, život se změní, ale neznamená to, že k horšímu. Důležité je to, uvědomit si, že na každém konci něco nového začíná. (Humpl et. al, 2013)

PhDr. Humpl pracuje s termínem interventovo desatero. Tohoto desatera by se měl každý intervent držet, aby zasaženému poskytl maximální péči a přitom mu neublížil. Toto desatero zní takto:

- „1) K promyšlení svých kroků máš víc času, než si myslíš
- 2) I člověk v krizovém stavu dokáže sdělit základní informace
- 3) Navaž s postiženým kvalitní kontakt
- 4) Negativní emoce ze strany klienta posuzuj v kontextu situace
- 5) Pracuj s polohou vlastního těla
- 6) Postupuj s klientem po malých krocích
- 7) Buď přirozený a nepředstírej
- 8) Umožni oční kontakt, ale zároveň vyhnutí se mu
- 9) Obrazně buď vždy krok za klientem
- 10) Nezapomeň, že krizová intervence je týmová práce“ (Humpl et. al, 2013, s. 32)

2.10.3 Emoce

Každý prožívá emočně vypjaté situace jinak, někdo pláče, někdo je enormně agresivní a někdo se směje, i když vlastně nemá proč. Co je však velmi důležité, je to, že úkolem intervenanta je povzbuzovat ventilování emocí. Pokud zasažený pláče, tak ho v žádném případě nesmíme „tlumit“, aby neplakal. Emoční retence je nežádoucí, povzbuzuje rozvoj psychické patologie, a i když se na místě zdá, že zasažený, který nepláče, je stabilizovaný, tak opak je pravdou. Je donucen, cítí se slabý a emočně napjatý. Intervent, který toto dopustí, není interventem, ale v očích zasaženého pouhým sadistou, kterému se neotevře, a práce je pak zmařena. Běžnými emocemi, se kterými se intervent ve své práci potká, jsou nejčastěji: pláč, strach a úzkost, panická úzkost a hněv. Pláč je emocí, která funguje očištně, jednak ve smyslu fyzickém, ale zj. jako psychický ventil nahromaděného napětí. Pláč je interventovou výhodou a nejlepším vodítkem do přízně zasaženého. Pokud totiž přicházíme k člověku, který pláče, můžeme

ho nechat plakat, dát mu prostor, podpořit ho v něm, dát mu znát, že jsme tu s ním a sdílíme jeho utrpení a čekat, až se nám otevře. Jedinec v krizové situaci často pocítuje strach a úzkost, stala se mu náhle neobvyklá věc, nemá dostatek informací, situaci nerozumí, je zmatený, má strach, co bude dál, co bude s ním. Každý reaguje jinak, někdo projevuje strach šepotem, někdo křikem, někdo se schoulí do klubíčka, někdo začne afektovaně pobíhat, je to různé. V těchto případech by měl intervent dbát na vhodnost fyzického kontaktu a na posturologii, kterou zaujímá vůči zasaženému. Ten by si řeč a postoj jeho těla mohl vyložit negativně a jeho snaha o získání si důvěry by byla zmařena. V případě, kdy se zasažený bojí o svůj život, může se dostavit panická úzkost a potřeba utéct před hrozbou, smrtí. Pak je vhodné zasaženého uklidnit, velmi účinné je ho pevně uchopit kolem ramen, mírně direktivním přístupem ho vyzvat k zastavení a zaměření se na jiný stimul, jako je např. dech., až do doby, kdy je schopen se koncentrovat na jednotlivé podněty. Hněv je pro interventa velmi riziková emoce, při níž si musí dávat pozor jednak na posturologii těla, oční kontakt i vlastní polohu těla, neboť porušení přípustných hranic stanovených zasaženým by mohlo mít fatální následky. Hněv může být také jistou formou vyrovnávacích mechanismů, kdy zasažený vnímá vlastní individualitu, chrání se proti hrozbě a čeká na boj s ní, hněv se tak může kombinovat spolu se smutkem a popřením. (Humpl et. al, 2013)

2.10.4 Krizová intervence v období mimořádné události

Prožitky spojené s mimořádnou událostí (dále MU) bývají co do následků na lidskou psychiku velmi intenzivní. Jde totiž o situace, na které nejsme připraveni, nic z toho, co umíme, jak přemýšlíme, či jestli se situací máme nějaké zkušenosti, nám v tuto chvíli nepomůže. Proto pokud má zasažený v těchto případech při a po prožitku obtíže s jejím zpracováním, je nasnadě vyhledat odbornou pomoc, nebo bezprostředně na místo vyslat krizového interventa pro zajištění takto postižených lidí. V souvislosti s MU se setkáváme s dvěma termíny, kritická událost a traumatizující událost. Kritická událost je každá událost, které je jedinec vystaven, není schopen se s ní vypořádat a přesahuje jeho psychofyzické rezervy. Míru zasažení ovlivňují zkušenosti, momentální stav psychiky a okolnosti spojené s událostí v místě. V případě záchranářů jde o situace, které přesahují běžnou náplň práce, např. neúspěšná KPR dítěte. Traumatizující událostí lze označit takovou situaci, která ohrožuje přímo na životě nebo tělesné celistvosti zasaženého nebo někoho z jeho blízkého okolí, je náhlá a má ničivý

dopad. Je ovlivněna typem události a typem reakce, které podmiňují chování zasažených. Nejčastěji se jedná o kumulaci emocí, pocity tísně, strachu, beznaděje, všeobecného neštěstí. V těchto případech mluvíme zejména o hromadném neštěstí a přírodních katastrofách. Všechny tyto nadlimitní situace s sebou přinášejí i neobvykle silné emocionální reakce, které mohou být v budoucnu příčinou psychosomatických obtíží, je proto nutné se zasaženým věnovat, popřípadě směřovat je k další observaci na specializovaném pracovišti. (Humpl et. al, 2013)

2.10.5 Psychika zasažených při řešení mimořádných událostí

V případě výskytu mimořádné události je nutné také rozebrat reakce zasažených z řad civilního obyvatelstva, a to zejména z důvodu zabránění rozšíření 2 nežádoucích psychických jevů – davové psychózy a paniky. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013)

Panice se do jisté míry po čas MU zabránit nedá, Čírtková ji charakterizuje jako jeden z jevů „hromadné psychické nákazy“ a sama paniku definuje jako: „Reakci živelně usměrněnou k útěku z místa nebezpečí.“. Jde o sebezáchovný akt lidské psychiky, který je však obtížnou komplikací záchranných prací, a proto je potřebné snažit se rozdělit dav do malých skupin a podniknout kroky k uklidnění. (Čírtková, 2000)

Pokud se stane člověk účastníkem MU, pak je do jisté míry psychicky ovlivněn. Dle dr. Hausmanna se člověk náhle ocitá v málo známé situaci a neví, co má dělat, může být zraněn, a pokud je účastníkem MU jeho blízký či příbuzný, má o něj obavy, má nedostatek kontroly nad vzniklou situací. Neví, co se s ním a popřípadě s jeho blízkým bude dít dál, a neví, co ho ještě čeká. Dále nemá jistotu, co se okolo něj děje a co okolnosti okolo něj znamenají a při pohledu okolo sebe na zraněné a mrtvé se bojí, že jeho nebo blízké postihne to nejhorší, tudíž se dožaduje pomoci a při nevědomosti postupů záchranných prací propadá nežádoucím psychickým jevům. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013)

Proto je nutné, aby pod vedením záchranáře zaplnili účastníci čas nějakou činností, a to aby se mírněji zranění, tj. chodící – „zelení“, rozdělili do menších skupinek a byli umístěni tam, kde na ně nebude dále působit audiovizuálně následek neštěstí. Tím jim zajistíme bezpečí, postižené posadíme, uklidníme a poskytneme jim první psychologickou pomoc, jejímž cílem je stabilizace vnitřního napětí pacienta. Toho

můžeme dosáhnout zájmem o pacienta jako takového a podáváme pomocnou ruku při obnově kontroly sami nad sebou. Toho docílíme tím, že pokud se budeme ptát, jak se cítí, co pro něj situace znamenala, a přitom si budeme všimát verbálních i nonverbálních znaků, které nás mohou vést k tomu, co pacienta zasáhlo nejvíce. Do projevu pacienta nezasahujeme a necháváme ho vyjádřit se spontánně a bez přerušování. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013)

Samozřejmě, že záchranář při řešení MU bude mít spoustu další práce, ale pokud mluvíme o psychické první pomoci, pak nejde o minuty a hodiny v rozhovoru, ale o krátký rozhovor s postiženým. Ten může být zahájen třeba už v rámci vyšetření, který základně stabilizuje psychický stav postiženého a oběť z něj pozná, že o něj má záchranář zájem. Psychickou první pomoc poskytujeme do té doby, než se účastníku MU začne věnovat speciálně školený krizový intervent, případně hasičský nebo policejní psycholog. Velmi se mi líbí přístup metody 6 P, poskytované některými profesionálními hasičskými sbory, která dokazuje, že první psychickou pomoc může poskytnout každý člen IZS. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013)

Metoda 6 P znamená: Promluv- oslovení postiženého a projevení lidskosti, Podepři – odvedení postiženého z místa MU, Připomínej realitu – projevení zájmu o oběť (ptát se na jméno, zkouška paměti na událost, orientace na místě, uklidnění se zaměřením na dýchání), Podpoř – přesvědčení a utěšování o normálnosti reakce na nastalou situaci, Pečuj – zaměření na uspokojování základních lidských potřeb, hlavně tepla, klidu a tišení bolesti, Předej – předání kolegům školeným v další psychologické intervenci, nebo záchranářům k ošetření. Záchranář pak musí upevňovat klid oběti informacemi o činnostech, které jí bude provádět. Také je důležité vracet oběť zpět do reality sdělením situace okolo ní. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013)

2.11 Smrt a krizová intervence

Nejčastěji ale krizový intervent bude povolán na místo, kde došlo k úmrtí. Pokud je smrt předpokládána, většinou je rodina se situací již smířena a intervence není na místě. Zde mluvíme o smrti zj. v případě, kdy dojde k náhlé smrti u osob, u kterých biologické parametry nedosáhly stádia, kdy by měl organismus tzv. vypovědět službu. Jedná se především o náhlou smrt u mladých lidí, smrt dětí, smrt lidí ve středním věku, apod. Problematika smrti je v tomto případě pro zasažené natolik nesmyslná,

že ji okamžitě zavrhnou, nedokáží ji přijmout a vyrovnání s ní je prakticky nemožné. Je to podmíněno tím, že smrt byla již od prvopočátků lidské existence součástí života každého organismu. Postupem času, kdy se lidstvo vyvíjelo, rostlo a vynalézalo stroje, o kterých se ještě před sto lety psalo pouze v dobrodružných knihách, došlo k postupnému popírání přítomnosti smrti. Proč když dokážeme cestovat z jednoho konce světa na druhý, proč nejsme schopni zvrátit smrt? Smrt se zvrátit nedá, každý z ní má strach, ale postupem času se i s ní dá sžít a v pozdějším věku, kdy zůstaneme upoutáni na lůžku s krutými bolestmi, nakonec každý z nás bude prahnout po tom, aby jeho utrpení skončilo a smrt se dostavila. Zde jde ale o smrt přirozenou - stářím. Ta nepřirozená zůstává a nejspíše zůstane tématem, se kterým lidská psychika bude navždy bojovat a nejspíš ji nikdy nepochopí. (Humpl et al., 2013)

2.11.1 Umírající a jeho doprovázení údolím smrti

Náhlé zjištění budoucí smrti je pro zasaženého velmi těžké. Jeden den je v pořádku, nic ho nebolí, nic ho netíží, je rád že žije a náhle je vystaven drtivé informaci o blížícím se konci života? „To přece není možné! Lidé jako já neumírají, jsem příliš mladý!“, tak zní první věty po příjmu sdělení. Zasažený není schopen přijmout krutou realitu a popírá ji, myslí si, že jde o omyl, někdo nepříjemnou informaci vytěsnil a na sdělení si nepamatuje. Dále se dostavuje fáze kladení otázek: „Proč já?“, charakteristická emoční erupcí, zasažený je podrážděný, obviňuje okolí ze stavu, se kterým byl seznámen, i když ví, že za něj nikdo nemůže. Vhodné je nechat ventilovat zasaženého, neumravňovat ho a vyčkat, až tato fáze přejde. Další fází je uklidnění a smlouvání, kdy se zasažený snaží se smrtí smlouvat, formálně ji přijme, ale veškeré své úsilí vynakládá na hledání informací a způsobů, jak smrt zvrátit. V této fázi je například vhodné najít nějakou motivaci k životu. Je dokázáno, že lidé s maligními nemocemi se stanovením určitého cíle ve smyslu dožít se např. narození vnoučat, svatby syna, apod. se dožívají vyššího věku než lidé se shodným onemocněním bez zjevné motivace dále žít. V zasažených je dále vhodné držet naději, ale zároveň nedáváme plané sliby, které nejsme schopni splnit. Deprese se dostavuje v závislosti s pozorováním zhoršení stavu. Zasažený si uvědomuje, že smrt je nevyhnutelná, strach ze samoty a bolesti je velmi silný a samotný se ponořuje hlouběji do deprese. Přítomnost blízkých či někoho, kdo je se zasaženým a může naslouchat umírajícímu, je výhodou, která mu pomáhá sdělit všechny obavy ze smrti a vědomí, že na umírání není sám a sdílí

své utrpení s někým, ke komu má kladný vztah a kdo mu pomáhá tuto fázi překonat, je příjemným benefitem pro umírajícího. V této fázi již mizí naděje a dochází ke konfrontaci s realitou. Nastává fáze smíření se smrtí, jedinec přijímá fakt blízké smrti a nalézá vnitřní klid, žije co nejkvalitněji do poslední chvíle svého života. (Humpl et. al, 2013; Vymětal, 1999)

Fáze samotné smrti je v podmínkách krizové intervence spíše na zprostředkované úrovni, přímo do styku s umírajícím v jeho posledních chvílích se dostaneme jen málokdy. Zmíněné fáze nemusí přicházet postupně, jak je zde uvedeno, mohou se prolínat, ale také mohou být jednotlivá stádia přeházená, je proto nutné nepaušalizovat stav zasaženého a postupně zjišťovat, jaké fáze již prodělal, a tomu přizpůsobit další práci s ním. V případě, že se dostaneme k umírajícímu ve fázi blízkého očekávání smrti, pak je nutné se povznést nad možné zvláštní pocity spojené se smrtí. Umírající často nechtějí umírat v osamocení a spíše volí cestu tichého odcházení s přítomností člověka, který jen sdílí jejich konec a drží je za ruku. Jsou však také tací, kteří mají otázky a chtějí by znát odpovědi, na které jim můžeme podat odpověď. Jsou to otázky spojené se zaopatřením majetku, rodiny, otázky ohledně rozbouřených rodinných vztahů a jejich řešení, popřípadě možnosti sdělit něco důležitého či se pouze rozloučit. Na úvodu do konverzace s umírajícím je proto dobré se přímo zeptat, o čem by chtěl umírající vést rozhovor, popř. co je jeho přáním, pokud bude splnitelné. Potřeby umírajícího se v čase mění, a proto bychom měli naslouchat, čím bychom mohli být nápomocni. Důležité je udržovat rozhovor na úrovni empatie, být k dispozici, popř. poskytnout citovou podporu a lehký fyzický kontakt, pokud je ze situace vhodný, vnímat potřeby umírajícího, kooperovat s rodinou umírajícího, přijmout i negativní emoce, v případě přání duchovní péče se snažíme ji obstarat, pokud chce být sám, respektujeme jeho přání, ale především vše, co vyřkneme, musí být opravdu přímo z nás. (Humpl et. al, 2013)

2.11.2 Truchlení

Co v člověku evokuje smrt? Ztrátu, změnu, smutek, beznaděj, nic nebude jako dřív. Ne každý však umí projevit zármutek a truchlit pro toho, koho ztratil. Možná je to podmíněné dobou, výchovou či osobnostní charakteristikou, ale jisté je jen to, že mezi lidmi koluje mnoho polopravd o truchlení, které mohou pozůstalému uškodit, pokud by se jich držel. Jednou z nich je např. potlačování zármutku, protože dnešní společnost

uznává smutek jako slabost, a proto si pozůstalý truchlit zakáže, protože má pocit, že to není vhodné. Důsledkem toho uniká z reality, snaží se rychle zapomenout, odvrací myšlenky na ztrátu, přesměrovává svůj zájem na jiný objekt a snaží se co nejrychleji zapomenout. Zármutek se tak neprojeví, pozůstalý žije v domnění, že se se ztrátou dobře vyrovnal, ale po čase se dostávají psychosomatická onemocnění, která ho přesvědčí o opaku. (Humpl et. al, 2013)

Zármutek a jeho charakter je závislý na několika proměnných aspektech, především na samotném zemřelém-jeho věku, vztahu a charakteru k truchlícímu, pozůstalém- jeho pohlaví, věku, životním zkušenostem, osobnostním vlastnostem, vyznání a rodinné situaci, a okolnostech samotné smrti- jinak se společnost staví k úmrtí staršího člověka, u kterého se smrt předpokládá, a jinak se staví k neočekávanému úmrtí dítěte, další takovouto nepříjemnou špatně snesitelnou okolností je násilná smrt, sebevražda apod. (Baštecká et. al, 2005; Humpl et. al, 2013)

Truchlení se tak stává pomyslným ochranným mechanismem organismu proti přetížení před nadměrně stresujícím zážitkem v důsledku ztráty nebo blížící se smrti blízkého člověka. Jedná se o přirozenou reakci, při níž pozůstalý přijímá ztrátu milované osoby a je schopen dále se s ní v budoucnu vyrovnat. Za truchlení považujeme i situaci, kdy umírající ještě žije, ale smrt je nevyhnutelná a se zármutkem v srdci s ním pozůstalý využívá posledních chvil ke konverzaci o záležitostech, které by měly být vyřknuty. (Humpl et. al, 2013)

Stejně jako má smrt určité fáze, tak i truchlení můžeme rozdělit do několika období. A stejně jako vyrovnání se se smrtí, tak i fáze truchlení nemusí nutně proběhnout v uvedeném pořadí, časové rozmezí trvání jednotlivých období taktéž není směrodatné. Prvním je počáteční šok, popírání skutečnosti doprovázené emočním výbuchem, ale i mírným bradypsychismem. Fáze sebekontroly trvá do doby bezprostředně po pohřbu zesnulého. Smuteční obřad, zpopelnění či uložení do rakve a umístění do hrobu-činnosti spojené se zařizováním pohřbu jsou velmi namáhavé, intenzivně zaměstnají a vyžadují absolutní koncentraci. Proto do doby, dokud je tzv. „co dělat“, tak se zármutek nedostaví, protože na něj pozůstalý nemá čas. Ten nastoupí v okamžiku, kdy je po obřadu a pozůstalý si uvědomí, že ten, kdo je pryč, už se nikdy nevrátí a obřad, kterým byl zaměstnán, byl za osobu, která mu byla milá a už se s ní nikdy neseťká. V době zaměstnání se pozůstalý snaží používat opsané

výrazy nahrazující pojem smrt a tím si nepřipouští, že je po smrti někdo, ke komu měl určitý vztah. Po jednom až třech měsících dochází k období, kdy si pozůstalý naplno začíná uvědomovat ztrátu a připravuje se na změnu života, kterou mu přinesla ztráta zesnulého. Někteří pozůstalí žijí dále s rozhodnutím, že budou žít jako doposud, čekají na návrat zemřelého, jsou sociálně izolovaní, úzkostliví a nejistí. Čas je velký léčitel, tudíž časem pozůstalý přijme fakt smrti milované osoby a odpoutá se od ní. Při procesu odpoutávání je velmi prospěšné sdílet zármutek s ostatními lidmi, truchlícímu to tak dává jistotu, že zemřelý chybí nejen jemu, ale i ostatním lidem. Časem si truchlící zvyká na ztrátu, přesné období nelze vytyčit, odhadem se jedná asi o jeden rok, přičemž adaptace na nový život prochází zkouškami. Tyto zkoušky jsou svátky, narozeniny, různá výročí, ale především 1. výročí data úmrtí, které je pro pozůstalé zlomové. V tu dobu by měli truchlící již plně přijmout fakt smrti milovaného, být vyrovnáni se ztrátou a žít život dál. Doba, za jakou jsou tohoto pozůstalí schopní, je individuální a neměla by se uspěchat, neboť to přispívá k riziku uvíznutí na cestě žalem, na níž při dlouhém setrvání dojde k možnému rozvinutí patologických reakcí. Truchlení zpravidla končí v okamžik, kdy je pozůstalý schopen vzpomínat na zesnulého bez větších problémů a omezení a je schopen vytvářet nové vztahy. (Humpl et. al, 2013)

2.11.3 Smutek a jeho patologie

Slovo normální je velmi zavádějící. Co někomu může přijít normální, jinému přijde zvláštní hraniční či patologické. Proto normální smutek určujeme pouze individuálně na základě osobnostních charakteristik, sociálního zázemí, věku, pohlaví a vyznání. Většinou však normální smutek znamená psychický šok doprovázený strachem, úzkostí, hněvem či otupěním, dále pocity bezmoci, izolace a viny se střídáním jejich intenzity. Smutek se projevuje na úrovni fyzické, mentální a behaviorální. Fyzicky se smutek projevuje např. únavou, sevřeným hrdlem, třesem, nervozitou, nechutenstvím a imunosupresí. Na mentální úrovni se dostavují stavy odmítání reality, deprese, myšlenky o mrtvém, pocity jeho přítomnosti a celková dezorientace. Behaviorálně se pozůstalý sociálně izoluje, mívá sny o mrtvém, vyhledává asociace spojené se zemřelým, pláče a chce utéct daleko od zármutku, který pociťuje. (Baštecká et al. 2005)

Patologickým smutkem se tak dá označit každý smutek, který je doplněn různými komplikacemi, intenzitou a především jeho délkou. Za patologické tak

můžeme označit depresivní nekončící truchlení, sociální izolace, smutek projevený abusem návykových látek, sebevražedné intence apod. (Špátenková, 2008)

2.11.4 Intervent a pozůstalý

V prvopočátcích po úmrtí spíše pozůstalý sahá po odborné pomoci, kterou mu nabízí církev, psycholog či intervent. To zejména z toho důvodu, že okolí pozůstalých, především se jedná o rodinné příslušníky, které by mělo plnit úkol primární krizové pomoci v případech úmrtí, zde selhává, neboť jde o citlivou tematiku, lidé neví, co si mohou dovolit říci, aby pozůstalému neublížili, zároveň nejsou připraveni na výbuch silných emocí. Proto raději odkazují na odbornou pomoc. Většina laické a část odborné veřejnosti se domnívá, že řešení těchto stavů spočívá ve farmakologické nápravě. Z hlediska psychologie a krizové intervence je však tento druh léčby nedostatečný a naprosto nevhodný. Farmakologická léčba totiž řeší momentální symptomy, má nežádoucí účinky, je syntetická a trvá po omezenou dobu, po jejímž uplynutí se pozůstalý cítí ještě hůře než před léčbou. Pravou léčbou je v těchto situacích moderování situace k úspěšnému nastartování truchlení u pozůstalého tak, aby intervent pozůstalého prováděl počáteční fázi zvládnání života bez zemřelého, podpořil ho v odpoutávání od zesnulého a povzbudil ho k expresi emocí. V počátečních fázích existuje spousta věcí, se kterými si pozůstalí nevědí rady, a kromě výše sepsaných cílů intervanta se také musíme věnovat jejich potřebám. Jde zj. o potřebu zájmu a pochopení, potřebu emocionální podpory, pomoci, rady či informací. Tyto potřeby jsou pro práci intervanta směrodatné a musí být truchlícímu plně k dispozici. V těchto případech jde zj. o pokus stabilizovat a zabránit zhoršování psychického stavu pozůstalého. V práci intervanta je nutné dobře volit slova, existují totiž formulace, kterých bychom se měli vyvarovat, např. negativní otázky („Nechcete?“). (Humpl et. al, 2013)

2.11.5 Pohřeb

Pohřeb je pro proces truchlení velmi významným bodem, v mnoha světlových kulturách je považován za jakýsi přerod do dalšího života, ale na našem území je formou rituálu, který souží k uctění památky a rozloučení se se zemřelým. Pohřbem si pozůstalí uvědomují konec života jejich milovaného a definitivu ztráty. V dnešní době jsou široké možnosti, jak může pohřeb vypadat, od způsobu naložení s ostatky

po způsob průběhu obřadu. O tom, jak bude pohřeb vypadat může rozhodnout primárně přímo zemřelý, nebo blízcí příbuzní. V současné době se na trhu naší země začínají objevovat i společnosti poskytující možnost předplatit a vybrat pohřeb podle přání potencionálního zemřelého. Přístup ke smrti a pohřebnictví se tak dostává do nové nepříliš etické roviny, která dělá bohužel ze smrti výdělečné řemeslo. (Humpl et. al, 2013)

2.12 Suicidium v kontaktu s krizovou intervencí

Problematika sebevražd je v dnešní době velmi aktuální, vždyť jen statistiky mluví za vše, meziročně si totiž úmyslně bere život stále více a více lidí, čísla smrti sebevraždou jsou tak vyšší než počet úmrtí vzniklých na základě dopravních nehod. Sebevraždy byly a jsou většinou chápány jako něco nepřirozeného. V některých případech, např. silně nábožensky založení lidé z řad katolické církve sebevražedné chování odsuzují natolik, že sebevrazi si nezaslouží sedět po pravici boha v království nebeském, ale patří do ohněm a neřestí zmítaného pekla. Možným důvodem jejich pohledu může být fakt, že při sebevražedném jednání jde především o to, vědomě si vzít život, což se zdá být sebevrahovi nejlepším možným řešením. Pohled na problematiku církvi je však podmíněn názorem, že člověk se rodí na svět přirozeně, dostává dar od boha, kterého si má vážit – život. Sebevrah ale tento dar po čase opustí a vědomě svůj život ukončí, dle církve není hoden boží přízně, neboť si neváží božího daru, a proto je předurčen k pekelnému vyhnanství. Vyskytovala se ale i období, kdy se na sebevraždu nahlíželo jako na další možný způsob ukončení života, např. ve starověkém Římě. Do dnešního dne na území Japonska existuje také rituální sebevražda „seppuku“, v Evropě známější Harakiri, který se v japonské kultuře praktikuje stovky, možná tisíce let. Důvodem této sebevraždy je ztráta cti sebevraha, či rodiny jeho vinou. Jedná se původně o součást samurajského kodexu, který dodnes platí, jen již není praktikován samuraji. Samotný akt probíhal nejprve meditací, složením básně „haiky“ pojednávající o absenci strachu ze smrti a pak již samotným probodnutím malým samurajským mečem břichu dutiny a pohybem ostří zleva doprava, někdy i svisle, přičemž společník umírajícímu samuraji ještě sťal hlavu, aby se předešlo krutému umírání. Výskyt suicidia je závislý na několika faktorech, zj. na geografickém umístění, pohlaví a věku, sociálním zázemí a fyzickopsychickém stavu jedince (nemoci). (Humpl et. al, 2013; Koutek, Kocourková, 2013)

2.12.1 Formy suicidálního chování

Sebevražda, pokud má být dokonaná, vyžaduje množství příprav, plánování, ale i sil, kupodivu nejvíce těch psychických. Potencionální sebevrazi nejprve mají suicidální myšlenky, představují si, jaké by to bylo, kdyby se zabili. Myšlenky se často opakují a jsou vtíravé. Charakteristickým obdobím těchto myšlenek je období dospívání, kdy pubescenti nejsou schopni snést realitu, nároky, které jsou na ně kladeny společností, ale i první lásky a zklamání, formující psychika mladého jedince se tak deformuje a hledá východisko. Nebezpečnými se tyto myšlenky stávají ve chvíli, pokud se myšlenky zkonkretizují a plánování přejde do tendencí. Sebevražedné tendence se dostávají v okamžiku, kdy se jedinec obrací z myšlenek na plánování samotného činu, připravuje se na výkon. Kručem k pokusu o sebevraždu se dostáváme přímo k sebevražednému aktu s úmyslem se zabít, ten však není dokonán. To, zda byl nedokonán záměrně či jen jako důsledek nedostatečné přípravy, je těžké na posouzení, a je nutné pravou skutečnost zjistit. Pokud nejde o demonstrační sebevraždu, pak se sebevrah z nepodařeného pokusu znovu vrátí do stádia plánování a příprav a snaží se, aby jeho snaha nabyla reálných tvarů a jeho úsilí bylo úspěšné, a poté znovu přistoupí k samotné sebevraždě. (Humpl et. al, 2013; Koutek, Kocourková, 2013)

Je důležité si uvědomit, že sebevražda není sebezabití, sebeobětování ani sebepoškození. Rozdílem mezi těmito pojmy je právě vědomý úmysl ukončit svůj život. Sebezabití je nechtěné ukončení života, vyskytuje se např. u psychiatrických pacientů, kteří trpí halucinacemi a v jejich důsledku vyskočí z okna ve snaze uniknout, aniž by vědomě věděli, že výskokem z okna ukončí život. V případě sebeobětování sebevrahovi chybí zcela touha zemřít. Sebeškození také nevykazuje známky úmyslu si vědomě vzít život, cílem je pouze poškodit tělesnou integritu. (Humpl et. al, 2013; Koutek, Kocourková, 2013)

Existují také různé druhy suicidií. Jedná se např. o bilanční sebevraždu, která je charakteristická rozhodnutím ukončit život na základě bilancování o pozitivích a negativích života a smrti. Biická sebevražda je prováděna v normálním psychickém stavu a úmysl se zavraždit vychází z reálných poměrů ve smyslu těžké deprese, strachu z carcinogenního bujení, apod. Účelové suicidální chování je charakteristické sebevražednými intencemi s cílem nezemřít, ale vyřešit jiné problémy, přičemž je nevědomé. Demonstrativní suicidální jednání má za cíl obdobu účelu, jen s tím

rozdílem, že toto jednání je vědomé. Stejně jako u účelového zde není touha zemřít, ale pouze upozornit, že něco není v pořádku, něco se děje. Sebevrah tak na sebe chce strhnout pozornost, chce, aby mu bylo nasloucháno, a vyžaduje pomoc. V případě, že sebevrahovi není nasloucháno, je možné, že se demonstrační sebevražda může zvrhnout do pokusu o dokonanou sebevraždu. Těto stav je velmi nebezpečný a špatně rozlišitelný, a proto bychom měli potencionálnímu sebevrahovi co nejrychleji udat jasné meze. Zkratkovité suicidální jednání je vědomé ukončení života na základě aktuálního spontánního rozhodnutí. Dochází k němu bez příprav a promýšlení. Předposledními druhem suicidia je suicidální dohoda. Jde o sebevraždu páchanou ve skupině lidí, která se předem dohodla na společném ukončení života. V poslední řadě rozlišujeme rozšířenou sebevraždu. Je to taková sebevražda, kdy sebevrah, často psychotik s úmyslem vzít si život bere život ještě někomu jinému. Jde například o zhrzeného muže, kterého opustila přítelkyně. Ten vyhodnotí život jako bezvýznamný a s myšlenkou „Když ji nemám já, nebude ji mít nikdo!“ zavraždí jí i sebe. (Humpl et. al, 2013; Koutek, Kocourková, 2013)

2.12.2 Způsoby suicidálních intencí

To, jak sebevrah ukončí svůj život, záleží jen na něm. K rozhodnutí, jakou metodu či nástroj k tomu použije, přispívá několik hledisek. Jsou to např. věk, pohlaví, dostupnost, úspěšnost a proveditelnost. Proto používáme dvojí dělení na měkké a tvrdé metody. Měkké metody jsou méně nebezpečné, je zde tedy předpoklad reálné záchran. Tuto metodu využívají zj. ženy, to ze dvou hlavních důvodů. Především ženy chtějí být za všech okolností krásné, proto využijí takovou metodu, která je neznetvoří. Dalším faktorem je bolest a utrpení. Můžeme sem řadit intoxikaci léky, povrchní pořezení, apod. Tvrdé metody jsou charakteristické svým devastujícím účinkem, který je zároveň zárukou, že sebevražedný pokus sebevrah nepřežije. Metodu si vybírají zj. muži a ti, co jsou pevně rozhodnutí, že záměrně ukončí svůj život. Mezi zařazené patří sebezastřelení, skok pod vlak, skok z výšky, upálení, apod. (Humpl et. al, 2013; Koutek, Kocourková, 2013)

2.12.3 Motivy vedoucí k suicidiu

Problematika sebevražd je zahalena tajemstvím, neboť každý, kdo se kdy setkal se sebevražedným jednáním, trpěl stejným trápením, otázkami proč. Pozůstalý většinou

netuší, proč se jeho milovaný uchýlil k sebevraždě a hledá okolnosti, které by ho mohly vést k příčině. Bohužel na tyto otázky nejsme schopni nalézt odpověď a vždy se bude jednat pouze o domněnky. Motivy se mohou měnit v závislosti na věku, životní změně, sociálním prostředí, ztrátě. V dětství a dospívání jde především o neschopnosti zvládnout nároky rodičů, týrání, nechtěné těhotenství, ztrátu milované osoby a odmítnutí v lásce. Dospělí ukončují svůj život z důvodu psychických chorob, pracovních konfliktů, rodinných problémů, ztráty milované osoby. Senioři sami ukončují život díky strachu z pomalého umírání, kvůli smrti životního partnera či změně pracovního režimu. Rizikové faktory se také mění v závislosti na výše zmíněných proměnných, od pocitu osamělosti přes ztrátu lásky až po psychosomatické změny. Ožehavým tématem je problematika sebevražd u dětí, jejich příčina je ještě tajemnější než u dospělých, protože se předpokládá, že dítě z toho tzv. „nemá rozum“. Proto jsou také pokusy ze strany dětí bagatelizovány, i když k nim bohužel dochází. Rizikovým obdobím bývají zj. období vysvědčení. (Humpl et. al, 2013; Koutek, Kocourková, 2013)

2.12.4 Rozpoznání závažnosti a pocity sebevraha

Potencionální sebevrah často vysílá varovné signály, kterým je dobré věnovat pozornost. V některých případech jsou ale momentálně neprůkazné a výbavné jsou až zpětně. Pokud však zachytíme jeden ze signálů, můžeme se vydat na cestu k pomoci. Varující může být např. negativní pohled na budoucnost ve smyslu nepotřebnosti či nepřítomnosti jeho osoby, dále může docházet k rozdávaní majetku, depresivní chování a zvýšený zájem o problematiku smrti. Nezřídka kdy se dostavují i pocity viny, přehnaná sebekritičnost a neschopnost koncentrace. (Humpl et. al, 2013; Špatenková et. al, 2004)

Sebevrah prochází určitými myšlenkovými stádii, kdy se nejprve na něj vše tzv. sype a jeho svět se bortí, cítí se energicky vyčerpaný, neví si rady, je negativní, má deprese, je bezmocný, úzkostlivý, není schopen ovládat své emoce. Vše je černé, špatné a bezpředmětné. Dále se izoluje od svého okolí, zavírá se do sebe, ztrácí smysl života a nemá důvod, proč by dále na světě setrval. Dále má pocit, že stav, ve kterém se momentálně nachází, je jen výsledkem jeho špatného vedení života, je tedy agresivní, jednak vůči svému okolí a později i vůči sobě. Nenávidí sebe i svět okolo něho a únik a potrestání nalézá ve vykonání sebevraždy. Svou nespokojenost tak může projevit potrestáním sebe svou smrtí, znetvořením se, ale i okolí ve smyslu výčitek stavu,

ve kterém se nalézal. V posledním stádiu se potencionální sebevrah již „vidí“ jako mrtvý, představuje si, jak to bude vypadat, až čin bude provádět, promýšlí ho a plánuje. Čím promyšlenější plán má vymyšlený, tím více sklouzává k jeho samotnému vykonání. Sebevrah očekává od sebevraždy především konec svých starostí, útěk z krize. Přemýšlí nad úlevou, ale také nad morálními aspekty jeho činu a tím, jak dopadne jeho tělo po jeho smrti. (Humpl et. al, 2013; Vodáčková et. al, 2002)

2.12.5 Intervent a sebevrah

Vzhledem k obecným předsudkům, že sebevrazi jsou většinou duševně choří lidé, kteří plýtvají časem a peněz IZS ve snaze je ještě zachránit, je důležité se jako krizový intervent od tohoto pohledu oprostít. Z pohledu interventa je totiž důležité nebrat sebevraha jako duševně pomateného, ale jako člověka, který měl určitý problém a východisko z něj našel právě v dobrovolném ukončení života. Nikdo, ani záchranáři, ani interventi nemají právo soudit někoho, do jehož problémů nevidí. Neznamená, když má jedinec sebevražedné intence, že je nemožné je zvrátit, při projevení upřímného zájmu o jeho problémy a nabídnutím alternativ, je zvrát možný. Zájem a naslouchání je především to, co takto zasažené demotivuje od setrvání na tomto světě, neboť se jim ani jednoho nedostává. Nejvhodnějším okamžikem, kdy je zasažený nejprístupnější rozhovoru na toto téma, je bezprostředně před snažením a po jeho snažení. Komunikace s takto zasaženým se opírá zj. o naší identifikaci s touto problematikou, nenadřazeností, rozumným pohledem a rovnováhou naší osobnosti. Pokud je intervent schopný si ujasnit svůj pohled, stojí pevně na zemi a nenahlíží na potencionálního sebevraha jako na blázna, ale jako na jedince, který našel východisko v krizi, pak je schopný moderovat práci s takto zasaženým. (Humpl et. al, 2013; Vodáčková et. al, 2012)

Hlavními zásadami komunikace je pak několik výrazných NE. Prvním a snad nejdůležitějším je nebagatelizovat stav zasaženého, dále neodsuzovat jeho jednání, neobviňovat ho, že za situaci, ve které se momentálně nachází, může jen on sám, nemoralizovat, nepřemlouvav a hlavně neslibovat něco, co nedokážeme splnit. (Humpl et. al, 2013; Špatenková et. al, 2004)

2.12.6 Komunikace se sebevrahem

V případě, že se již nacházíme v situaci, kdy bezprostředně musíme řešit sebevražednou situaci, je nutné dodržet několik kritérií. Nejprve k zasaženému přicházíme a musíme navázat kontakt s klientem ve smyslu představení, udržování očního kontaktu, polohy a postavení těla, apod. Naším snažením by mělo být především navázat se zasaženým silný emocionální kontakt, tak aby nám důvěřoval a otevřel se nám. Důležité je v těchto situacích zachovat klid, zajistit určitou intimitu, zabránit zvědavcům, aby vás sledovali, postupovat pomalu a systematicky, zhodnotit situaci, zjistit opravdový stav zasaženého a míru rizika pro něj i pro nás a snažit se toto riziko minimalizovat. Dále projevujeme neskryvaný zájem a hledáme záchytné body, na které by se zasažený mohl upnout, rušíme negativní myšlení. Sledujeme reakce zasaženého, ventilaci jeho agrese a vůči komu, na jejich základě rozpoznáváme motivy jeho úmyslu a snažíme se nabídnout alternativu, plán. Pokud toto vše přijme, nabízíme možnosti pomoci a získáváme čas dohodou o přežití. Nakonec je vhodné probrat, jaké má plány do dalšího kontaktu. V tomto případě je interventovým cílem vzbudit odpovědnost zasaženého za sebe sama a mobilizovat jeho psychické rezervy. (Humpl et. al, 2013)

Obsahem vlastní komunikace by mělo být především pojmenování problému. Většina společnosti se slov jako smrt a sebevražda bojí, a proto je nahrazují zájmenem „to“. To je ale chyba, neboť právě pojmenování problému je pro zasaženého osvobozující a spíše se dokáže otevřít, protože ví, že s námi může o problému otevřeně hovořit. Tzn. na místě je otázka „Přemýšlel jste někdy o sebevraždě?“, pokud odvětlí, že ano, je nutné zjistit, v jaké fázi je. Toto zjistíme podáním otázky „Přemýšlel jste o tom, kdy a jak sebevraždu vykonáte?“. Pokud by mluvil v rovině možností a používal slova jako asi a možná, je ohrožení a obsese smrtí výrazně nižší, neboť zasažený nemá dostatek přesvědčení pro vykonání samostatného činu. Přesto platí stále pravidlo nebagatelizovat. Dále je nutné zasaženého stále držet v rovině odpovědnosti za své jednání. On je jediný, kdo je schopný rozhodovat o svém životě, ale zároveň je nutné, abychom byli schopni mu připomenout definitivu smrti a možnosti hledat jiné cesty ze stavu, ve kterém se nachází. Na jeho problémy se zaměřujeme a hledáme řešení a nabízíme alternativy. Základem úspěchu se tak stává opravdovost v nás, vyslechnutí, příjem emocí, prostor k vyslechnutí jeho myšlenek, utvrzení v jeho bolesti a nabídka

podpory. Charakter komunikace se přizpůsobuje zasaženému, v zásadě se snažíme o klidnou, rozvážnou mluvu plnou upřímnosti a porozumění, jednáme se zasaženým na stejné úrovni, nedáváme mu najevo, že nemáme čas, jsme shovívaví a empatictí. Zasažený se sebevražednými tendencemi potřebuje naši pomoc, pokud mu ji jsme schopni bez předsudků lidsky poskytnout, není vyloučeno, že od intencí upustí. (Humpl et. al, 2013; Špatenková et. al, 2004)

2.13 Možnosti další pomoci

V situacích, ve kterých operují krizoví interventi, jsou odkázáni především na improvizaci, práci s časem a individualitou zasaženého. Nikdy proto nejsme schopni dosáhnout 100% vhodných podmínek, nikdy se nepřizpůsobuje okolí interventům, ale interventi se přizpůsobují okolí. V těchto podmínkách jde především o iniciální podporu zasaženého v krizi, která se ohraničuje na jedno či pár setkání a klade základy pro případnou následnou péči. O následné péči ví široká veřejnost sice více než o samotných intervenčních službách, a to zj. z tisku, televize či jiných informačních médií, ale jen málo jedinců počítá někdy s tím, že jejich služby budou potřebovat. Proto je vhodné, aby v rámci krizové intervence intervent zasaženého informoval, kterým směrem se vydat a na koho se obrátit. Cílem je poskytnout takové informace, aby se zasaženému dostalo adekvátní následné pomoci v případě, že je z charakteru zasažení možné, že se u zasaženého i přes naši intervenci rozvinou symptomy posttraumatického stresového onemocnění, apod. (Humpl et. al, 2013)

V případech, kdy první psychická pomoc poskytnutá krizovým interventem zasaženému na místě kritické události není dostatečně účinná, je dobré, aby měl zasažený dostatečné informace alespoň o základních pilířích následné krizové pomoci. Těmi základními pilíři následné péče jsou krizová centra, linky důvěry a terénní krizové služby. (Humpl et. al, 2013; Vodáčková et. al, 2012)

Krizová centra fungují na principu nízkoprahovosti, tedy není nutné žádné doporučení od lékaře, záleží pouze na subjektivním posouzení svého psychického stavu. Jedná se o sociální zařízení s různými zřizovateli, není tedy možné, poskytovat vysoce specializovanou psychiatrickou péči s nasazením farmakoterapie apod. Pokud jedinec prožil nadměrnou psychickou zátěž, prožívá náročnou životní situaci, nebo má pocit, že jeho psychické rezervy dosáhly svého dna a je si vědom toho, že si již není schopen

s těmito situacemi sám poradit, je nasnadě vyhledat psychosociální pomoc, kterou mu krizové centrum jako pracoviště první volby může nabídnout. Zpravidla krizová centra poskytují služby v nepřetržitém provozu a základní služby jsou bezplatné, poskytovaná pomoc může být jednorázového charakteru či v režimu pravidelného docházení na sezení. Poskytovaná péče bývá někdy velmi specifická, každé krizové centrum se totiž může věnovat problematice různých osobností, některá se věnují dětem, dospělým či toxikomanům. V případě, že je zasažený v závažné krizi, je v krizovém centru možný krátkodobý pobyt kvůli překonání nejkritičtějšího období. S klientem pracuje nejprve speciálně vzdělaný krizový pracovník, jehož úkolem je zjistit jeho obtíže, potřeby a dále navrhuje následovné kroky vedoucí k rehabilitaci jedince. Dále nastupuje do práce krizový tým, ten se skládá z psychologa, psychiatra a sociálního pracovníka, ti konzultují s jedincem jeho obtíže a aktivně ho provází situací s cílem stabilizovat jeho psychické rezervy. Spolupráce interventů se složkami následné pomoci je velmi důležitá a mělo by se jim věnovat náležité pozornosti. (Humpl et. al, 2013; Vodáčková et. al, 2012)

Linky důvěry jsou další možností, kam se mohou zasažení obrátit. Úkolem operátorů linky důvěry je poskytnout volajícímu telefonickou krizovou intervenci, vyslechnout ho, nabídnout mu alternativu a informovat ho o pomoci, která je v jeho blízkosti, pokud svou polohu tedy volající operátorovi prozradí. Jejich zásadní „výhodou“ je anonymita, zasažení tak nemusí sdělovat své osobní údaje, kde bydlí, jejich telefonní číslo je taktéž skryto, což je pro zasaženého výhodou, ale pro pracovníka linky důvěry je tato skutečnost velmi limitující. Linka funguje v nepřetržitém provozu a stejně jako krizová centra je specializována na určitou skupinu. Linka je placená v rámci běžného telekomunikačního tarifu nebo je bezplatná, délka hovoru není omezena. Cílovou skupinou, která zavolá na linku bezpečí, tak mohou být lidé v náročné životní situaci, sebevrazi či potencionální sebevrazi, lidé, kteří prošli životní ztrátou, osamělí či oběti kriminálních činů. Linky důvěry také do své činnosti zahrnují zpracování databáze psychosociální sítě na určitém území, na kterém operují. (Humpl et. al, 2013; Vodáčková et. al, 2012)

Terénní krizové složky v současnosti suplují především složky IZS, kdy speciálně vyškolení interventi vyjíždí k zasaženým v kritickém psychickém stavu s cílem poskytnout první psychickou pomoc. Tyto služby jsou hojně zastoupeny

po státech Evropy i na území USA, na území ČR tyto služby poskytované v současné době nejsou, jedinou výjimku tvoří terénní krizová služba ČČK plzeňského kraje, dále je pak krizová intervence poskytována pouze složkami IZS a v případě nutnosti i psychosociálním intervenčním týmem ČR. (Humpl et. al, 2013; Vodáčková et. al, 2012)

2.14 Záchranář v roli zachraňovaného

V této práci jsem se již zabýval tím, co se děje s psychikou sekundárně zasažených, v co může psychické trauma vyústit a jaké jsou možnosti pomoci. Nyní se budu zabývat záchranářem, co by měl provádět, aby se do tohoto stavu nedostal?

2.14.1 Syndrom vyhoření

Jak jsem již psal výše, záchranář je člověkem, který má potřebu okamžitého ocenění, ne z pohledu pochval, ale ve smyslu viditelného zlepšení stavu pacienta. To je totiž hnací motor většiny záchranářů. Pamatuji si, že množství mých spolužáků včetně mě při začátku studia na otázku: „Proč jste si vybrali obor zdravotnický záchranář?“ odpověděla, že chtějí pomáhat lidem ve zdravotní nouzi. Tato potřeba je s každou prodělanou praxí na ZZS či ve ZZ silnější a každý se nemůže dočkat, až bude on/ona konečně ten/ta, na koho se netrpělivě čeká, až přijede a pomůže. Většinou to ale tak není, místo akčních výjezdů, 100% úspěšných KPR a všudepřítomné vděčnosti pacientů, se dostává do všední a velmi často jiné reality. Výjezdy nejsou tak akční, jak čekal, při 100% nasazení se povede jen minimální část KPR a vděčných pacientů sice není málo, ale těch, co vděční nejsou, naopak jsou agresivní, hrubí a nebojí se i záchranáře napadnout, je stále víc a víc. Když se k profesionálním problémům spojených s nadlimitním prožitkem přidá i osobní život, který také není zrovna procházkou růžovým sadem, rodina není spokojena s pracovní vytížeností a platovými podmínkami záchranáře, dochází k fyzické i psychické nestabilitě a zj. vyčerpání psychických rezerv z důvodu chronického zanedbávání sebe i svých potřeb. Tomuto stavu se říká syndrom vyhoření. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013)

Nejlépe je syndromu vyhoření účinně předcházet, tzn. především brát život takový, jaký skutečně je, a uvědomit si, že řadu věcí nemůžeme ovlivnit, i kdybychom se snažili sebevíc. Kontrolu nad vším nelze získat a není v lidských silách měnit koloběh života. Dále se věnujme koníčkům, které nás obohacují, uvolňují a nabíjí

energií, ale obohacujeme i své dovednosti rozšiřující náš všeobecný profesionální rozhled, může to být například výuka první pomoci apod., jde především o profesní rozmanitost bez úpadku do stereotypu. Vzděláváme se a pracujeme na sobě každým dnem, neboť co umíme, nám dává větší hodnotu. Každý by si měl umět naplánovat svůj den a rozvrhnout si ho tak, aby nejen pracoval, ale věnoval se i ostatním aktivitám a hlavně měl dostatek volného času, který bude trávit tak, jak bude chtít a s kým bude chtít a umět si užívat každou volnou chvíli. Naučme se asertivně jednat se svým okolím a zj. kolegy k předcházení konfliktů na pracovišti, nebuďme negativističtí a na všem hledejme to dobré, hezké a nebojme se dát průchod svým pocitům, i „silní“ záchranáři si mohou dovolit občas uronit pár slz. A pokud je něco, co na nás hodně zapůsobilo, a nevíme si se svými pocity rady, nebojme se navštívit někoho, kdo nám pomůže a komu se můžeme svěřit. Buďme obklopeni lidmi, příbuznými, kolegy, přáteli a nebojme se navazovat nové vztahy a aktivně se zúčastňujeme debat, porad a zhodnocení souvisejících se svou profesí, pečujeme o sebe a své zdraví a mějme se rádi takoví, jací jsme. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013; Špatenková, 2008)

Pokud si sám záchranář, či jeho okolí začne všimnout příznaků syndromu vyhoření, pak je nutností přiznat si vážnost svého stavu a okamžitě zahájit úkony vedoucí k psychické revitalizaci. Toto je pro většinu nejvíce stresujícím okamžikem, neboť se bojí a hledí na předsudky dnešní společnosti a argumentují tím: „Co bude, když budu chodit k psychologovi? Budu za bláznů!“. Svěřit se do péče odborníků je však velmi důležité, protože se záchranář musí naučit dodržovat určitá pravidla a je nutné, aby byl schopný změnit svůj dosavadní život a návyky, a to hlavně ty spojené s výkonem svého povolání. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013)

2.14.2 Osobnostní rozvoj

Abychom byli schopni se posunout dále, musíme být schopni sebereflexe. Sebereflexe je schopnost hodnotit sám sebe, poznávat své hranice, pocity, schopnosti, ale i nedostatky, které pomocí sebepoznání můžeme ovlivňovat. Dává nám informace o tom, jací jsme, jak reagujeme, co je pro nás normální a co už ne. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013)

Umění sebereflexe spočívá v sebepoznání a uvědomění si sebe sama, neboť kdo se naučí znát sám sebe, daleko více je schopen pochopit i chování a jednání druhých.

Je prospěšné dokázat vnímat sám sebe i okolní svět objektivně. Osobnostní rozvoj a sebereflexe jsou pro záchranáře zejména důležité z důvodu učení se chybami, tzn. dochází k osvojení určitých postupů, o kterých si osobně myslíme, že jsou účinné při různých zásazích, ale získáváním zkušeností a osvojováním si určitých pravidel získáváme nové a vytěsňujeme ty, které byly námi sice používány, ale ukázaly se jako ne zcela účinné, a nahrazujeme je lepšími a účinnějšími. Do osobnostního vývoje můžeme zahrnout také učení se asertivnímu chování, rozvíjení emoční inteligence či využívání antistresových programů na posilování stresové tolerance. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013)

Mluvíme zejména o introspekci, umění hodnotit ostatní, ale být hodnocen také jimi, získávání nevšedních zkušeností a zkoumání svých normálních a nenormálních reakcí a bariér a v neposlední řadě také nadhledem. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013)

2.14.3 Psychohygienu

Psychohygienu je nejdůležitější částí tohoto okruhu, neboť je základem ke zdravé psychice záchranáře. Jde o systém vědecky propracovaných rad a pravidel sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy. Jak jsem již psal, široká veřejnost si často neuvědomuje, že záchranář je člověk jako všichni ostatní, jen toho nepříjemného a stresujícího viděl víc než většina lidí okolo, ale i záchranář potřebuje pomoci a není nic špatného na návštěvě odborníka, kterému může svěřit to, co třeba na výjezdu zažil a zanechalo to v něm pocity, se kterými není schopen se vyrovnat. Problémem však v mnoha případech jsou právě předsudky spojené s návštěvou psychologů a terapeutů, ale berme v úvahu, že ten, kdo v sobě nějaký nepříjemný zážitek „dusí“, se se svými problémy a pocity nesvěřuje, je pak dále vystavován dalším a dalším nepříjemným zážitkům, které se v něm hromadí, což může vést k syndromu vyhoření, psychickým potížím a nedostatečnému pracovnímu nasazení. Je správné si přiznat své problémy a začít je řešit, protože tím chráníme nejen sebe, ale i okolí a v profesi zdravotnického záchranáře především pacienta. Sebereflexí si uvědomujeme, že máme problém, staráme se o své zdraví, především to psychické, a tím zabráňujeme syndromu vyhoření a následnému zanedbávání pracovních povinností, snižujeme pracovní efektivitu a benefit pro pacienta je pak na maximální možné úrovni i za cenu, že se třeba o pacienta

z důvodu rekonvalescence nemůžeme osobně starat my. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013; Míček, 1986)

Základním pravidlem, které je nutné k zachování psychického zdraví je komplexní přístup ke svému životu, což znamená zdravou a vyváženou stravu, dostatek fyzické aktivity, dostatek spánku, častá a kvalitní relaxace, aktivní trávení volného času, sportování, mít okolo sebe osoby nejbližší a hodně se smát. Co je však důležité připomenout je vyhýbání se návykovým látkám. (Andršová, 2012; Karbulka, 2013)

V některých případech ale záchranář není schopen se vyrovnat s tím, čemu v minulosti čelil, a proto je tu pro něj možnost využít služby některého z jeho kolegů peerů, ale o tom dále v této práci.

2.15 SPIS na území ČR

V první části této práce jsme se zabývali problematikou krizové intervence. Krizová intervence patří do SPIS a zajišťuje pomoc sekundárně zasaženým z řad civilního obyvatelstva, kteří prožili mimořádně krizovou situaci. Dalším směrem, kterým SPIS působí je péče dovnitř resortu zdravotnictví a jejím cílem je podpora profesionálních zdravotníků po prožití mimořádně zasahujících stresových událostí v rámci zaměstnání, osobního života apod., jejichž nevyrovnání se s nimi by mohlo ovlivnit jejich osobní i profesní život. Služba je určena primárně pro zdravotníky pracující v urgentních oborech, ale je možné ji využít všemi zdravotníky v resortu. Jejím úkolem je podpořit kolegu ve vyrovnání se s nadlimitní zátěží, provést ho obdobím smutku, zabránit rozvoji posttraumatického stresového onemocnění a syndromu vyhoření a minimalizovat možnost profesního selhání. Součástí SPIS je i edukace zdravotníků o problematice působení nadlimitních situací, možnostech pomoci a prevenci vzniku nežádoucích patologických jevů. Organizace, která je ochotna využívat služby SPIS, musí podporovat peery, tak aby služba byla kvalitní a měla své smysluplné uplatnění. Peerem se může stát zdravotník, kolega na jakékoliv pracovní pozici, který absolvuje speciální kurz, který ho proškolí v poskytování první psychické pomoci a technikách používaných CISM. Výhodou peera jsou především diskretnost, jeho podobné zážitky a zkušenosti, profesionální pohled na problematiku a organizaci, ve které působí a poskytuje zde intervenční služby. (Čepická, Humpl, 2015; Štancel, 2012)

Toto je pak základní výhodou kolegy, který požádá o pomoc a kterému Peer pomáhá. Základem je poskytnout podporu a posilovat soběstačnost zasaženého. Obecně celý systém vychází z předpokladu, že Peer pracuje se zcela zdravým jedincem, který by jeho pomoc jindy vůbec nepotřeboval, jelikož je jako profesionál na tento typ zátěže již zvyklý. Proto stačí pouze psychická podpora, která je v daný moment dostačující. Samotné sezení s Peerem, probíhá podobně jako v rámci krizové intervence, nejprve proběhne rozhovor, zjištění problému a na základě tohoto zjištění pak Peer provází zasaženého kolegu vyrovnávacím obdobím. Přesto toto sezení nejde brát pouze jako jakýsi pohovor, jde o terapeutický rozhovor s pravidly, které je nutno dodržovat. Peřeři mají svou pracovní náplň, musí mít speciální kurz opravňující k poskytování první psychické pomoci a mají také svůj vlastní etický kodex, kterým jsou při práci vázáni. Intervent nemůže hodnotit, kritizovat, jeho úkolem je podpořit, provést kolegu všemi fázemi adaptace a nalézt skutečnosti, které by mu dokázaly pomoci, popř. poučit ho, co dělat, aby nebyl ohrožen patologickými jevy. V případě, že je zasažený nad rámec kompetencí peera, pak předává zasaženého do péče odborníkovi na duševní zdraví, který je orientován v odborné pomoci psychické problematiky. Podporu je možné poskytovat jednotlivcům, ale i celé skupině. Jedná se o zcela dobrovolnou aktivitu, i když může být nabídnuta automaticky po participaci v situaci, která svou povahou působí rizikově a je možnost, že mohlo dojít k akutní stresové reakci. Zúčastnit se tohoto sezení je zcela anonymní. V rámci peer systému neoperují pouze peřeři, ale i odborníci na duševní zdraví, kliničtí psychologové apod. SPIS v ČR je v porovnání s některými zeměmi Evropské unie stále na startu, neboť jeho rozvoj zde je záležitostí několika minulých let. Toto je možná také důvodem, proč se většina profesionálů zkušenosti s touto službou brání. Nicméně i přes tyto skutečnosti, tak i přesto se SPIS pomalu ale jistě dostává do podvědomí profesionálních zdravotníků i široké veřejnosti. (Čepická, Humpl, 2015)

Každý peer je součástí týmu SPIS, jeho úkolem je poskytovat první psychickou pomoc, monitoruje potřebu intervencí, spolupracuje s krajským koordinátorem. V rámci proběhlých skupinových intervencí se spolu s odborníkem na duševní zdraví, kterým může být klinický psycholog, aktivně účastní debriefingu a defusingu. Peer péče pomáhá zasaženým zvládat stresovou profesní zátěž a snaží se, aby jedinec co nejrychleji mobilizoval psychické i fyzické rezervy a byl znovu platným členem týmu. (Čepická, Humpl, 2015)

Předpokladem pro výkon činnosti peera není jen zařazení v organizaci či absolvování speciálního kurzu, důležitá je i osobnostní charakteristika peera. Dle PhDr. Humpla a PhDr. Čepické je charakterizován takto: „Osobnost peera by měla disponovat určitými důležitými kompetencemi, jsou to komunikační dovednosti, umění naslouchat, empatie, spolehlivost, důvěryhodnost. Peer by měl být v pracovním kolektivu akceptován a měl by se těšit úctě a důvěře kolegů.“ Dále by měl být znalý interpersonálních vztahů, které mu pomáhají vidět celý obsah sdělení, který mu pomáhá v komplexnější péči o zasaženého. (Burger, 2012; Čepická, Humpl, 2015, s. 17)

Kromě týmu peerů můžeme slýchat i o odbornících na duševní zdraví, krajských koordinátorech, odborných garantech a garantech systému SPIS. Odborníci na duševní zdraví mohou být kliničtí psychologové, popř. psychiatři s psychoterapeutickým výcvikem, kteří jsou vzděláni v odborné pomoci zasaženým, kterým nestačí pomoc peera. Pak nastupují právě odborníci na duševní zdraví, kteří znají techniky a jsou vybaveni odbornými dovednostmi, které mohou poskytnout následnou péči zasaženým. Jeho pracovní náplní je vzdělávání peerů a určuje podobu péče. Jeho úkolem je aktivní účast na debriefingu a defusingu při skupinové podpoře. (Čepická, Humpl, 2015)

Krajský koordinátor je jedinec, který prošel peer výcvikem, je zkušený peer, byl zvolen odbornými guaranty SPIS a tuto činnost vykonává dobrovolně. Jeho úkolem je management psychosociální péče na území územního celku, v podmínkách ČR na území krajů. Kromě managementu se podílí jako aktivní peer a zodpovídá za péči poskytovanou ostatními peery. (Čepická, Humpl, 2015)

Odborný garant je jedinec, který tuto činnost vykonává dobrovolně, na pozici je zvolen a jeho úkolem je dodržování odborných stanov a pravidel při poskytování péče v rámci SPIS. Dále spolupracuje s krajskými koordinátory a je spojovacím článkem mezi SPIS a organizacemi využívajícími SPIS. Na území ČR jsou dva odborní garanti, rozdělení podle světových stran na východ a západ. (Čepická, Humpl, 2015)

Garant systému zodpovídá za funkci celého SPIS a činnost jednotlivých členů SPIS. Na správném fungování spolupracuje s odbornými guaranty a krajskými koordinátory. Jeho náplní práce je zj. zastupování systému vůči organizacím vně, dále

schvaluje návrhy na pozici krajského koordinátora a dále může krajské koordinátory také odvolávat. Činnost vykonává dobrovolně. (Čepická, Humpl, 2015)

2.16 Krizová intervence v rámci peer systému

V podmínkách, kdy je nutno poskytnout první psychickou pomoc se peer/intervent řídí tzv. Critical incidence stress management (dále CISM), ten je souborem intervencí, které řeší psychickou újmu řešenou krátce po vystavení psychicky náročné situaci, tzv. v prvním sledu. Cílem intervence je stabilizace situace, redukovat doprovodné symptomy, rychlá psychická rehabilitace s cílem co nejrychleji začít normálně fungovat a podpořit zasaženého do takové míry, aby byl schopen následné péče. Hlavním rozdílem od psychoterapie, která pracuje se zasaženým dlouhodobě a zjišťuje i jeho anamnestické údaje, je její zaměření řešit problém okamžitě a stabilizovat tak nestabilní povahu jedince krátce po expozici bez toho, aniž by intervent věděl minulost zasaženého. Intervence může probíhat v rámci velké, malé skupiny, či jen s jedincem. Do CISM také patří krizová intervence poskytující první psychologickou pomoc sekundárně zasaženým, jedná se tedy o pomoc směřovanou do okolí mimo složky IZS, tedy příbuzné obětí, svědky, apod. O problematice krizové intervence pojednává tato práce ve své první části. (Čepická, Humpl, 2015)

2.16.1 Roviny Krizové intervence a peer systém

Krizová intervence má několik rovin, první je edukace. Edukovat mohou především peeři díky blízkému přístupu ke svým potenciálním „klientům“. Je vhodné využívat provozních seminářů v rámci jednotlivých územních celků, porad na stanovištích a dalších příležitostí k edukaci kolegů o prevenci, příznacích následků vystavení nadlimitní zátěži na záchranářích, družích pomoci, směřování k peerům, a komplexně o možnostech, které SPIS nabízí. Předcházíme tak nevědomosti svých kolegů a vytváříme živnou půdu pro rozvoj intervenčních služeb. Edukovat lze i v rámci krizové intervence u sekundárně zasažených, a to zj. v možnostech následné péče. (Čepická, Humpl, 2015)

Další rovinou je podpora na místě, kdy např. po neúspěšné resuscitaci posádka odjede a zasažený na místě zůstává osamocen jen se svým trápením. V tento okamžik je indikováno nasazení krizového intervenanta, jehož úkolem je stabilizovat psychický stav zasaženého, postarat se o jeho bezpečí, potřeby a zajistit potřebné informace

a připravovat ho na další následnou péči do doby, dokud nedojde k jeho předání do následné péče rodině či odborníkům. (Čepická, Humpl, 2015)

Poslední rovinou je krizová intervence poskytovaná peery zdravotníkům. Jedná se o druh krizové intervence, která je krátkodobá, akutní a intenzivní. Jejím cílem je stabilizovat osobnost zasaženého a omezit působení negativních symptomů. Krizová intervence s jednotlivci v rámci peer systému je nejpoužívanější metodou krizové intervence. Běžně probíhá v maximálně třech sezeních po dobu 15 – 120 min. Více než dvě hodiny trvající intervence není doporučena, a to zj. z důvodu ztráty pointy ve vymezeném okruhu problematiky. Doporučená doba trvání jednoho sezení je proto maximálně jedna hodina. V případě, že je závažnost zasažení natolik vážná, že si s ním peer nedokáže poradit, je možné předat zasaženého do následné péče odborníkovi na duševní zdraví, který je vzdělán a má praxi v užívání technik, které dokáží zasaženému pomoci. (Čepická, Humpl, 2015)

2.17 Komunikace se zasaženým

Jako interventi jsme nuceni znát, dodržovat a respektovat určité zásady komunikace s pacientem, se kterými musíme umět také zacházet. Jde především o práci s tichem, práci s využitím nonverbální komunikace, dále je nutné si osvojit techniky tzv. zrcadlení, a v poslední řadě osvojit si dovednost používat otevřené a uzavřené otázky.

Obecně je v běžné situaci, kde se sešli dva lidé, konverzovat. Není běžné vedle sebe jen sedět a mlčet. V období nadlimitní zátěže ale nejde o běžnou zátěž, tudíž je změna režimu možná a v tomto případě žádoucí. Zasažený někdy jen sedí, fixuje pohledem nějaký objekt, hledí do země a pláče, o konverzaci nemá zájem. Většina lidí nedokáže v situaci, kdy je ticho, mlčet a ačkoliv je to v těchto situacích nevhodné, naruší ticho bezvýznamnou věcí, která zasaženého vzdaluje dále od interventa. Zasažený v období nadlimitní zátěže prožívá situaci, se kterou se těžko srovnává, má mnoho otázek, na které nezná odpovědi, potřebuje čas a prostor k tomu utřídit si alespoň střípky informací z vjemů, kterým byl vystaven. Dejme mu proto čas, představme se, požádejme o možnost si k němu přisednout a sdílet ticho a klid, kterým se zasažený obklopuje a pouze nabídneme možnost účasti a podpory v případě, že to bude zasažený vyžadovat. Nebojme se zasaženému jemně připomínat, že jsme tu

pro něj, a nabízejme mu kapesník, tekutiny či zajištění tepelného komfortu. Mlčme do doby, dokud zasažený sám neprojeví zájem s námi mluvit, posílíme tím jeho kompetence vůči sobě samému. (Čepická, Humpl, 2015)

2.17.1 Verbální a neverbální komunikace

„Koukej se druhému člověku do očí, když s ním mluvíš. Je to slušnost a dáváš najevo úctu tomu, s kým mluvíš.“ Tuto větu nám často říkali v dětství naši rodiče a věděli velmi dobře, proč to říkají. Komunikace má totiž 2 složky, složku verbální a neverbální. Je důležité, abychom používali aktivně obě současně. V případě, že používáme složku verbální a z neverbální je cítit pasivita a nezájem, pak dáváme druhému člověku najevo nezájem, neúctu vůči němu a nadřazenost. V tomto případě vždy převládá dojem z nonverbální komunikace, a tak i kdyby verbální projev sliboval milionové výhry a nonverbálně by se člověk projevil např. založením rukou či zíváním, pak by v nás zvítězil dojem z komunikace neverbální a verbální bychom nepřikládali přílišnou hodnotu. Pro práci interventa je tak důležité nejen dávat pozor, co říkám, ale i jakým způsobem to říkám a jak přitom vypadám. Správná komunikace se zasaženým by tak měla probíhat na určité úrovni, tedy zasaženému nezasahujeme do jeho intimní zóny, snažíme se „nepovyšovat“ nad zasaženého ve smyslu, pokud zasažený sedí, požádáme o místo vedle něj, nebo si k němu přiklekneme. Dále s ním mluvíme tlumeným klidným hlasem, nonverbálně projevujeme zájem tím, že zasaženému hledíme do očí, projevujeme účast na jeho neštěstí smutnou mimikou v obličeji, horní ani dolní končetiny nemáme založené či zkroucené, ale leží klidně. Neprovádíme žádné trhavé či rychlé pohyby. Zájem můžeme dát najevo mírným předklonem horní části trupu k zasaženému. Chování by mělo být opravdové a mělo by jít přímo od srdce. Do neverbální komunikace patří také lokace komunikace. Lokace, kde budete se zasaženým komunikovat, by měla být izolována od kolegů bez rušivých elementů či přímo vjemů působících na zasaženého z traumatické situace. Toto vše je odrazem našeho zájmu, proto je dobré nonverbální komunikaci nepodceňovat, naopak přikládat jí větší význam. (Čepická, Humpl, 2015)

2.17.2 Techniky „zrcadlení“

Do technik zrcadlení řadíme přeznačkování, parafrázování a reflexe emocí. Přeznačkování používáme v případech, kdy chceme opsat situaci, jako bychom ji viděli

shora. Takto vyjadřujeme zájem a dáváme najevo, že zasaženého posloucháme. Při používání této techniky je nutné pamatovat na to, že všechna sdělení se nedají předat přeznačkováním. Další technikou je parafrázování. Tuto techniku využíváme v případě, kdy chceme shrnout vše, co jsme již slyšeli od zasaženého. V případě, že z rozhovoru vycítíme přítomnost rozhodnutí definitivního řešení, nebojme se toto shrnout a naše podezření sdělit přímo. Vyvarujme se však moralizování a podobných neduhů, nejsme v kůži zasaženého, tudíž nemůžeme tušit, co se v něm odehrává a na co právě myslí. Toto můžeme vyřešit uzavřením dohody o přežití, která je v této situaci stěžejní, bez jejího sjednání nemůžeme postupovat dále. Cílem této smlouvy je opustit od suicidálních intencí do doby, dokud zasažený nevyhledá odbornou péči. V rámci peer systému peer vždy odesílá zasaženého ke konkrétnímu odborníkovi, nepropouští se slovy „Někam si zajděte“. Parafrázováním se snažíme shrnout nejdůležitější okamžiky naší práce se zasaženým, popř. naznačit možná řešení, tak aby zasažený dokázal přemýšlet o budoucnosti a oprostil se od chmurných myšlenek. Poslední technikou patřící do zrcadlení je reflexe emocí. Reflexe v podstatě probíhá jako komentář či popis toho, jak zasažený bezprostředně emočně reaguje. Dochází při ní k pojmenování emocí, které může zasažený prožívat, ale nedokáže je sám specifikovat. Důležité je při reflexích emocí ujišťovat zasaženého, že jeho reakce je naprosto normální a je v pořádku, že na vzniklou situaci takto reaguje. Pomocí reflexe emocí postupně zjišťujeme informace a skládáme informační mozaiku. Techniky patřící do zrcadlení mají za úkol, aby si zasažený uvědomil, co se s ním děje a uzemnilo ho v aktuální situaci, je důležité zdůraznit, že je zasažený již v bezpečí a vlivy nebezpečí již na něj nepůsobí. (Čepická, Humpl, 2015)

2.17.3 Uzavřené a otevřené otázky

Dalším komunikačním pravidlem je užívání uzavřených a otevřených otázek. Pokud se rozhodneme položit otázku, na kterou můžeme odpovědět jen ano či ne, pak jde o jednoduchou odpověď na uzavřenou otázku. Charakter těchto uzavřených otázek bývá často sugestivní. Pokládáme otázky na základě subjektivně vydedukovatelných faktů, aniž bychom třeba měli pravdu. Takové otázky se odvíjí od našeho předpokladu, tzn. předpokládáme-li, že zúčastnit se dopravní nehody s výskytem mrtvých je hrozné a nemusíme se s tím vyrovnat, tak totéž předpokládáme i u zasaženého. Proto mu tímto vnucujeme svůj předpoklad a míra kompetence u zasaženého se zmenšuje. Naopak,

pokud se zeptáme otevřenou otázkou, odpovědí ano či ne nelze odpovědět, tudíž získáme informace daleko snáze, větší množství a zároveň posilujeme míru kompetence zasaženého. (Čepická, Humpl, 2015)

2.17.4 Sluchátko jako sekundární zbraň intervenanta, pastorační péče a předání do následné péče

Krizová intervence se také dá poskytovat skrze telefonní spojení, nevýhodou pro intervenanta je neosobní kontakt, naopak výhodou zasaženého, že volá z „bezpečí“, z místa, které důvěrně zná a není ohrožen nebezpečím, kontakt je pro něj tedy příjemnější i díky telefonní anonymitě. Zasaženého nevidíme, nemůžeme usuzovat adekvátně jeho celkový psychický stav, neboť jak je psáno výše, většinu informací o jedinci při komunikaci s ním získáme při sledování jeho neverbálního vyjadřování. Skrze telefonní sluchátko můžeme hodnotit jen zvukovou stránku hovoru, kdy je určení charakteru závažnosti možné pouze podle intonace, postavení hlasu, naléhavosti a doprovodných sluchových projevů. Bez propojení neverbální a verbální komunikace nedochází k ověření souladu mluvené řeči s doprovodnými projevy mimiky a gesty, tudíž výsledný dojem může být zavádějící. Telefonní krizová intervence může probíhat buď ze strany výzvy k interventovi, aby kontaktoval jedince, který prošel nadlimitní zátěží, a ten ji může přijmout či odmítnout, nebo zavolá interventovi přímo zasažený s prosbou o krizovou intervenci. Telefonická krizová intervence má také určitá pravidla a peři podstupují školení na prohloubení dovedností, jak správně telefonní intervenci vést. Základním pravidlem je, že v tomto případě intervent aktivně vede rozhovor, neboť hovor je neosobní, nelze vyčíst řeč těla a pro tuto chvíli je tento způsob pro obě strany nejpříjemnější, zasažený většinou, na rozdíl od intervenanta, neví, co má říkat. I když telefonní krizová intervence je alternativou podpory zasažených, přece jen bychom se měli snažit směřovat hovor k uskutečnění osobní krizové intervence, která nám dá více informací o stavu zasaženého, a budeme schopni tedy zasaženému pomoci daleko lépe. (Čepická, Humpl, 2015)

V rámci krizových intervencí zasaženým příslušníkům IZS se součástí stala také pastorační péče, která je poskytována duchovními kolegům, kteří vyznávají víru. ZZS zatím tento druh krizové intervence nevyužívá. (Čepická, Humpl, 2015)

Do krizové intervence patří i kooperace s následnou odbornou psychickou péčí. Intervent by měl dokázat rozpoznat, co je schopen vyřešit sám, a co už ne. Základním úkolem je stabilizace stavu kolegy, jeho zklidnění a udání směru další pomoci v budoucnu, jeho úkolem není odebírat kompletní anamnézu a zabředávat do jeho dlouhodobých problémů. Intervent může nabídnout pouze určitý prostor k mobilizaci jeho sil, poté jeho práce končí. Každý intervent by se měl dokázat naučit říct ne a nebrat to jako osobní selhání. Jako záchranáři totiž nejsme zvyklí říkat, že něco nejde, nebo něco dělat nebudeme, jsme zvyklí, že svěřené úkoly si nevybíráme a pracujeme na nich až do konce, ať už jsou jakékoliv. Dalším z důvodů proč se nebát předat práci někomu jinému je fakt, že bychom se neměli přetěžovat více než je v našich silách a kompetencích. Delegovat práci na jiné je nutné také v případě pomoci osobě blízké, a to z důvodu citové zainteresovanosti. (Čepická, Humpl, 2015)

2.18 Skupinová krizová peer intervence

„Termín z angličtiny CISM tvoří ucelený systém preventivních a intervenčních technik, jejichž cílem je udržení, případně obnovení psychické rovnováhy profesionálů po náročných zásazích. Jde o soubor technik, které jsou určeny zj. tíšňovým složkám (ZZS, HZS, PČR, AČR), a jejichž cílem je prevence nadměrného působení stresu a následných psychologických morbidit, kam patří syndrom vyhoření, posttraumatická stresová porucha a případně další psychopatologické příznaky. V případech, kdy je nadlimitní zátěžové reakci vystavena větší skupina, v podmínkách ZZS jedna či více výjezdových skupin, je možná nabídka využití tzv. skupinové krizové intervence, kdy peer pracuje s větším počtem zasažených v rámci skupiny a využívá techniky práce CISM. Jednotlivé techniky, které jsou v CISM obsaženy, jsou: debriefing, defusing, demobilizace. Dále do nich patří podpora na místě události, preventivní přednášky, individuální debriefing, odložený debriefing, debriefing v případě rozsáhlé přírodní katastrofy, postihující celou komunitu.“ (Šeblová, Kebza; Vágnerová a Čepická, 2009, s. 26-31, In Andršová, 2012, s. 100-101)

Skupinová krizová intervence má své výhody i nevýhody, které nám mohou pomoci, ale i dost ztížit práci se zasaženými, se všemi možnostmi je nutné pracovat. Nespornými výhodami je utužení vztahů ve skupině, protože společné silné zážitky s sebou nesou určité zvláštní spojení s kolegy, kteří se zúčastnili skupinové intervence, a tím vytváří neobyčejně silná spojení. Dalšími výhodami jsou individuální pohledy

různých osobností na zátěžovou situaci, které dohromady mohou poskytnout relevantní informace o celé situaci. Skupina se také může vzájemně podněcovat a sezení tak může mít přirozenější charakter. Nevýhodami tak může být zj. organizace celého setkání skupiny, čím větší zasažená skupina je, tím komplikovanější je naplánování setkání a především pak samotná účast zasažených. Pokud se však všichni participující sejdou, nastává další nevýhoda, a to výše zmíněný zdravotnický neduh, ventilace emocí a pocitů z nadměrné zátěže před kolegy, protože se to „neslučuje“ s charakteristikou záchranáře. Samotné vedení celé intervence je pak v tomto případě tak velmi obtížné. V případě, že zasažení skupinovou intervencí odmítnou, např. z výše zmíněných obav z ventilace před ostatními, je možné jim také nabídnout individuální intervenci, která bývá většinou přijata. (Čepická, Humpl, 2015)

2.18.1 Demobilizace

Při demobilizaci dochází ke krátkému osvobození od situací, kdy byli záchranáři vystaveni nadměrné psychické zátěži, jedná se především o takové situace, které jsou svým rozsahem masivní (dopravní nehody či mimořádné události). Jejich cílem je korigovat stresovou hladinu a nastartovat mechanismy vyrovnávání a znovuvytvoření spotřebovaných rezerv. Délka demobilizace se pohybuje okolo 30 min, provádíme ji v rámci jedné složky IZS a na separovaném místě, kde není vliv předchozí situace na zasahující. (Andršová, 2012; Šeblová, 2004)

2.18.2 Defusing

Demobilizace je pro naše podmínky nevyužitelná, proto je součástí, zj. součinnostních cvičení a její reálné využití v současné době na území ČR není proveditelné. Defusing je oproti tomu nejvyužívanější, jeho hlavní výhoda tkví ve flexibilitě využití a délce sezení. Využívá se v situacích, kdy došlo k obtížné situaci, ale zároveň nebyla situace natolik závažná, aby vedla k psychotraumatu. Praktikuje se v několika menších skupinkách, maximálně do deseti lidí, uspořádaných do kruhu a jedná se o krátký skupinový strukturovaný rozhovor, který by měl být praktikován do osmi hodin po traumatizující události a trvá 45 minut. Cílem je celkové zklidnění a zmírnění bio-psycho-sociálních patologií vyvolaných událostí. Sezení je možno využít i záchranci, kteří participovali na události, ale jejich pomoc byla distanční (operátoři ZOS). Naopak nadřízení, nezúčastnění kolegové či další svědci události se sezení nesmí

zúčastnit. Samotný defusing probíhá ve třech fázích, a to úvodu, průzkumu a informací a závěru. (Andršová, 2012; Šeblová, 2004)

2.18.3 Debriefing

Je metoda, která své využití nalézá v situacích, kdy došlo k výrazně silné náročné a traumatizující události, která by mohla poškodit integritu osobnosti a v budoucnu ovlivnit fungování jedince, který ji prožil. Jedná se zj. o záchranáře participující při neúspěšné KPR dítěte, účastníky, kteří se aktivně podíleli na likvidaci následků mimořádné události, a oběti napadení při výkonu služby. Vzhledem k intenzitě a závažnosti prožité situace je nutné tuto metodu aplikovat minimálně po dvou dech od traumatizující události, maximální hranice není stanovena, záleží na stavu a přání zasaženého. Délka sezení se pak odvíjí od počtu zasažených ve skupině, sezení tak trvá od 90 do 180 minut. Předešlé metody bylo možné vést peerem nebo odborníkem na duševní zdraví. Debriefing je nutno vést klinickým psychologem či odborníkem na duševní zdraví, kteří patří do SPIS. Má určitou strukturu, zabývá se problémem do hloubky, a proto je nutné ji dodržovat, aby došlo k postupnému provedení zasažených fázemi vyrovnání se se situací. Maximální počet zúčastněných v rámci jedné skupinové intervence je 25 zasažených, větší počet je nutné dělit do skupin. Debriefingu se mohou zúčastnit pouze ti, kteří se přímo podíleli na řešení situace, patří do nich i zaměstnanci ZOS. Sezení se znovu nesmí zúčastnit nadřízení, neparticipující kolegové či prostí svědci. Debriefing probíhá jako defusing v určitých fázích. Těchto fází je sedm a jsou to: úvod, fáze faktů, fáze myšlenek, fáze reakcí, fáze symptomů, fáze učení a návrat. Systém SPIS má za úkol se zj. zaměřit na harmonii těla a duše a jejich zdraví. (Andršová, 2012; Šeblová, 2004)

Po procesu „uzdravování“ myslí je však důležité uzdravit i tělo, proto je každé sezení ukončeno pohoštěním, které zdůrazňuje důležitost zdraví těla, a tudíž dochází k naplnění tělesné i duševní složky. (Andršová, 2012; Šeblová, Kebza, Vágnerová a Čepická, 2009)

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

3.1 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ – DOTAZNÍKOVÁ FORMA

3.1.1 METODOLOGIE

Praktická část bakalářské práce se skládá ze tří celků a zabývá se všeobecným povědomím a případnými zkušenostmi členů výjezdových skupin Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje (dále jen ZZS SČK) v oblastech Benešov a Kutná Hora. Středočeský kraj je největším krajem a zaměření na všechny jeho oblasti by bylo velmi problematické, proto je tato praktická část zaměřena pouze na ¼ jeho území. Prvním celkem praktické části je průzkum zabývající se povědomím a případnými zkušenostmi členů posádek se systémem psychosociální intervenční služby. Průzkum probíhal formou anonymních dotazníků směřovaný k rukám členů výjezdových skupin ZZS SČK v oblastech Benešov a Kutná Hora. Respondenti odpovídali na 14 otázek v elektronické podobě, měli na výběr z několika odpovědí, u některých otázek měli možnost svou odpověď doplnit sami. Průzkumu se zúčastnilo 62 zaměstnanců ZZS SČK z oblastí Benešov a Kutná Hora. Na dotazník odpovídali ženy i muži v rozmezí 20 – 60 a více let, na pozicích lékař, zdravotnický záchranář/sestra a řidič vozidla ZZS. Průzkumné šetření bylo provedeno ve dnech 25.1. – 25.2.2015. Na základě vyhodnocení průzkumu následuje řízený rozhovor s peerem/krizovým interventem dle upraveného dotazníku zabývající se stejnou problematikou se zaměřením na jeho názor, zkušenosti a objektivní pohled na problematiku SPIS. Rozhovor byl veden se zkušeným peerem, krizovým interventem a zdravotní sestrou s dlouholetou praxí na ZZS SČK a v této problematice, paní Marií Benešovou. Dotazovaná odpovídala na 15 otázek, přičemž měla na výběr z několika odpovědí. V poslední části přechází řízený rozhovor do interview s rozбором jednotlivých otázek dotazníku. Interview probíhá formou konverzace a pro účely práce je uveden její úplný přepis.

3.1.2 NÁMĚT NA PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Všeobecné povědomí, osobní zkušenost a zájem o služby psychosociální intervenční služby členy výjezdových skupin ZZS SČK v oblastech Benešov a Kutná Hora.

3.1.3 STANOVENÉ CÍLE A HYPOTÉZY

CÍL 1

Zjistit, zda jsou členové výjezdových skupin ZZS SČK v oblasti Benešov a Kutná Hora dostatečně obeznámeni s problematikou SPIS.

HYPOTÉZA 1

Předpokládáme, že jsou členové výjezdových skupin ZZS SČK v oblasti Benešov a Kutná Hora dostatečně obeznámeni s problematikou SPIS.

CÍL 2

Zjistit, zda většina zaměstnanců někdy využila služeb krizového intervenanta a zda nejčastějším indikačním kritériem, na základě kterého byl aktivován krizový intervent, je úmrtí dítěte.

HYPOTÉZA 2

Předpokládáme, že většina zaměstnanců někdy využila služeb krizového intervenanta a že nejčastějším indikačním kritériem, na základě kterého byl aktivován krizový intervent, je úmrtí dítěte

CÍL 3

Zjistit, zda členové výjezdových skupin ZZS potřebovali někdy pomoc skrze peera a zda je smrt kolegy nejčastější příčinou vyhledání peer pomoci členem výjezdové skupiny ZZS SČK v oblasti Benešov a Kutná Hora.

HYPOTÉZA 3

Předpokládáme, že většina členů výjezdových skupin nevyužila služeb peera a že smrt kolegy není nejčastější příčinou vyhledání peer pomoci členem výjezdové skupiny ZZS SČK v oblasti Benešov a Kutná Hora.

CÍL 4

Zjistit názor členů výjezdových skupin na dostatečnou informovanost o službách SPIS na jejich oblastech.

HYPOTÉZA 4

Předpokládáme, že většina členů výjezdových skupin bude nespokojena s mírou informovanosti o službách SPIS na jejich oblastech.

3.1.4 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ – DOTAZNÍKOVÁ FORMA

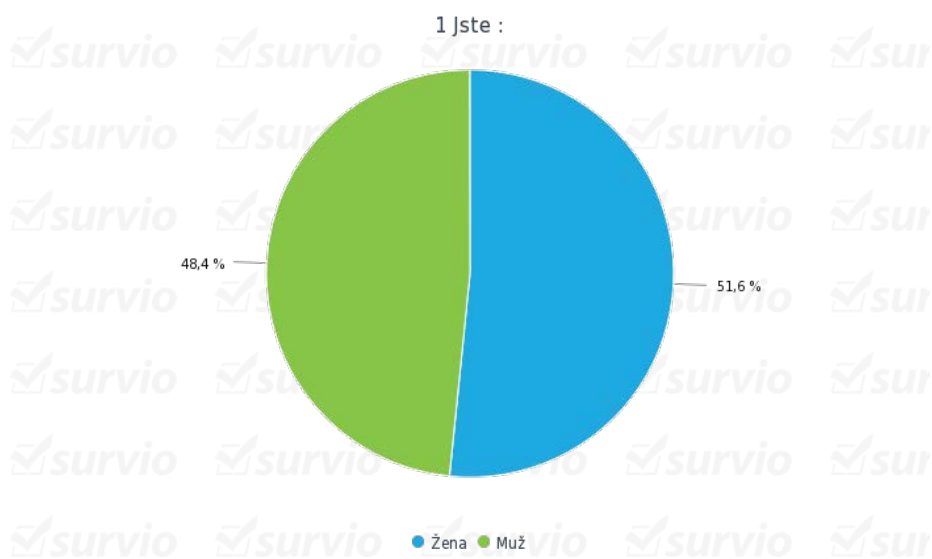
Otázka č. 1 – Jste:

Tabulka 1

Muž	30	48,4%
Žena	32	51,6%

Zdroj: Vlastní průzkum

Graf 1



Zdroj: Vlastní průzkum, Graf: Survio.com

Na otázku č. 1 odpovědělo 51,6% respondentek, odpovídající 32 ženám, a 48,4% respondentů, odpovídající 30 mužům. Zúčastnit se průzkumného šetření se rozhodl přibližně stejný počet mužů i žen.

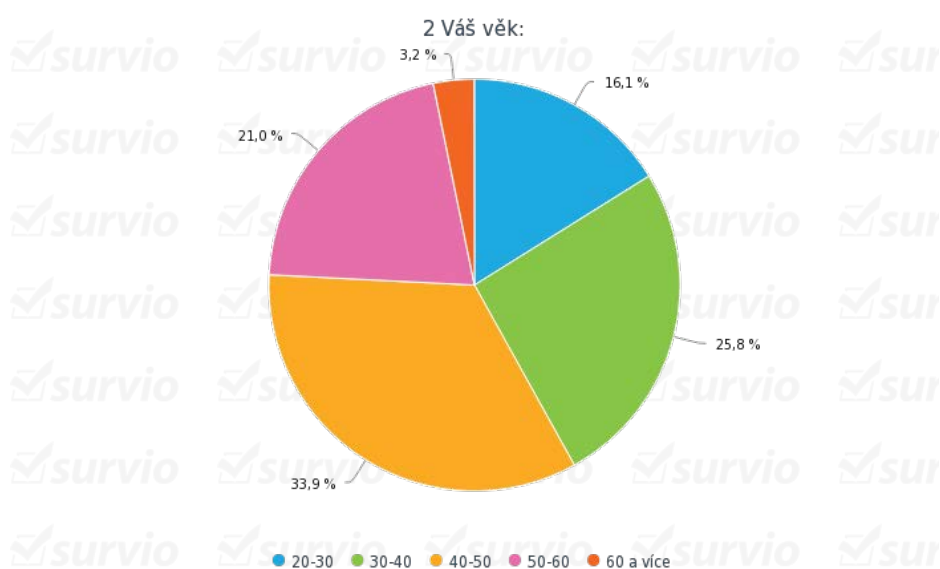
Otázka č. 2 – Váš věk:

Tabulka 2:

20-30	10	16,1%
30-40	16	25,8%
40-50	21	33,9%
50-60	13	21,0%
60 a více	2	3,2%

Zdroj: Vlastní průzkum

Graf 2:



Zdroj: Vlastní průzkum, Graf: Survio.com

Otázka č. 2 názorně ukazuje věkové zastoupení zaměstnanců nejen ZZS SČK, ale i globální zastoupení v rámci krajských zdravotnických záchranných služeb. Většina zaměstnanců je ve věku 40 – 50 let, odpovídá tomu 21 odpovědí, dále 30 – 40 let, čemuž odpovídá 16 responzí, také zaměstnanců mezi 50 – 60 lety je značné množství, 21,0% odpovídající 13 respondentům, méně je členů výjezdových skupin mezi 20 – 30 rokem života, dle průzkumu to bylo 10 dotazovaných. Nejmenšímu počtu 2 respondentů činícím 3,2% odpovídalo zastoupení zaměstnanců ve věku 60 a více let. Výsledek tohoto dílčího šetření je proměnlivý a předpokládá se, že s rostoucím věkem zaměstnanců se bude věková skladba zaměstnanců měnit ve prospěch mladších členů výjezdových skupin ZZS.

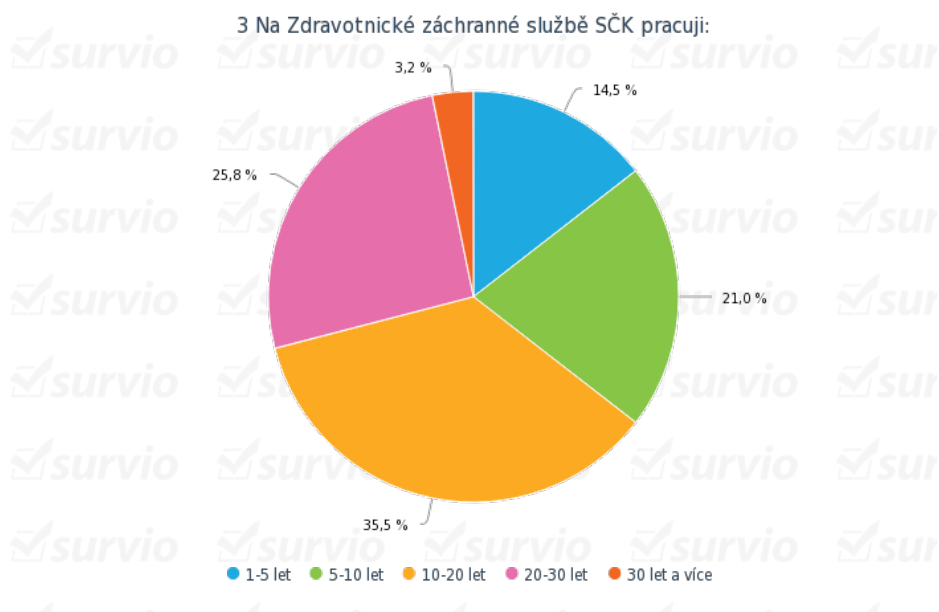
Otázka č.3 – Na Zdravotnické záchranné službě SČK pracuji:

Tabulka 3:

1-5 let	9	14,5%
5-10 let	13	21,0%
10-20 let	22	35,5%
20-30 let	16	25,8%
30 let a více	2	3,2%

Zdroj: Vlastní průzkum

Graf 3



Zdroj: Vlastní průzkum, Graf: Survio.com

Výsledek otázky č. 3 většinou koreluje s věkovou skladbou členů výjezdových skupin ZZS SČK z otázky č. 2. Nejvíce respondentů u ZZS SČK pracuje 10 – 20 let, jde o 35,5 %, tedy 22 zaměstnanců. Dále 25,8%, tedy 16 zaměstnanců, pracuje u ZZS SČK 20 – 30 let. Početnou skupinu zastávají také zaměstnanci, kteří u ZZS SČK pracují v rozmezí 5- 10 let, což odpovídá 13 dotazovaným, tedy 21,0 %. Méně zastoupenou skupinou pak jsou ti zaměstnanci, kteří u ZZS SČK začínají a jejichž praxe na tomto působišti je mezi 1 rokem a 5 lety, těch se průzkumného šetření zúčastnilo 9, tedy 14,5%. Nejméně dotazovaných u ZZS SČK pracuje 30 let a více, jde o 2 dotazované odpovídající 3,2 %.

Otázka č. 4 – Práci vykonávám v oblasti:

Tabulka 4:

Benešov	34	54,8%
Kutná Hora	28	45,2%

Zdroj: Vlastní průzkum

Graf 4:



Zdroj: Vlastní průzkum, Graf: Survio.com

Otázka č. 4 znázorňuje zařazení respondentů do zkoumaných oblastí. Obě dvě oblasti jsou si velmi podobné co do počtu zaměstnanců, jejich dovedností i počtu peerů. Krizových interventů má oblast Kutná Hora více. Zastoupení tak odpovídá i této průzkumné otázce. Více respondentů bylo z oblasti Benešov, jedná se o 34 zaměstnanců odpovídajících 54,8%. O trochu méně byla zastoupena oblast Kutná Hora, šlo o 28 dotazovaných, tedy 45,2%.

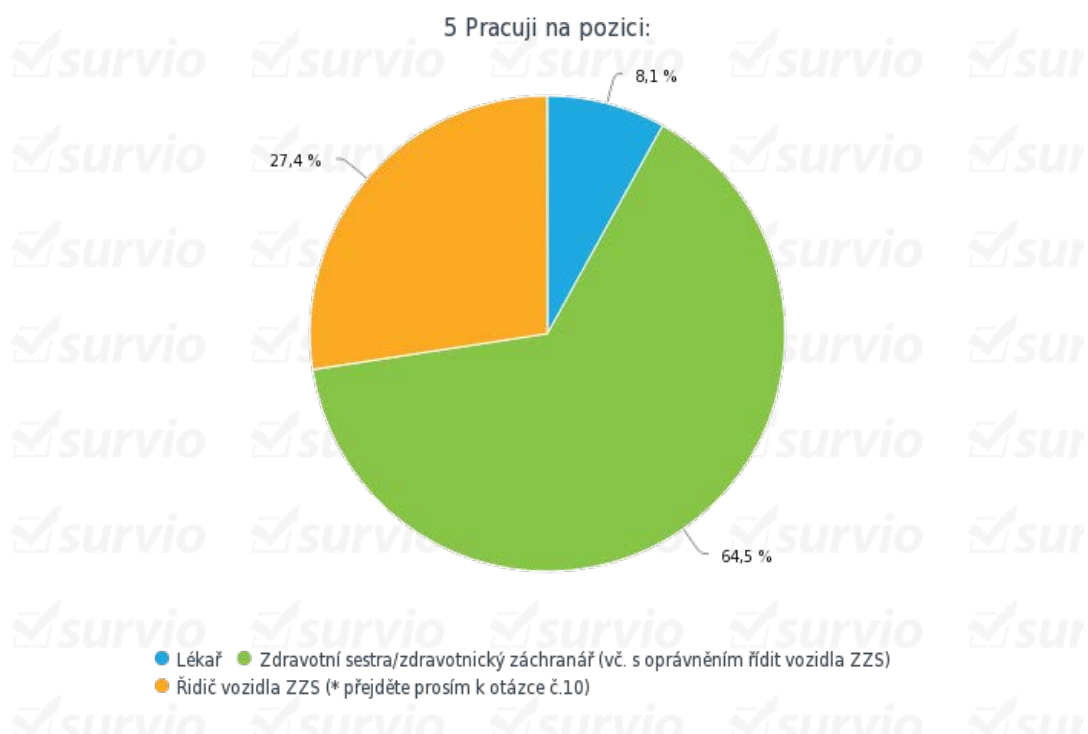
Otázka č. 5 – Pracuji na pozici:

Tabulka 5:

Lékař	5	8,1%
Zdravotní sestra/Zdravotnický záchranář (i s oprávněním řídit vozidla ZZS)	40	64,5%
Řidič vozidla ZZS	17	27,4%

Zdroj: Vlastní průzkum

Graf 5:



Zdroj: Vlastní průzkum, Graf: Survio.com

Otázka č. 5 má čistě orientační charakter, její parametry se nedají objektivně hodnotit z pohledu zastoupení jednotlivých funkcí u dotazovaných, a to z důvodu nerovnoměrného počtu zaměstnanců v jednotlivých funkcích. Je obecně známo, že se krajské ZZS potýkají s nedostatkem lékařů, tudíž i počet dotazovaných z řad lékařů bude nízký. Zdravotních sester/zdravotnických záchranářů je stejně jako řidičů hojný počet. Nejvíce zastoupenou skupinou byli zdravotní sestry/zdravotničtí záchranáři v počtu 40 dotazovaných, odpovídající 64,5%. Za nimi se s počtem 17 dotazovaných umístili řidiči vozidel ZZS, toto číslo odpovídá 27,4%. Lékařů odpovědivších na průzkumné šetření bylo 5, tedy 8,1% respondentů.

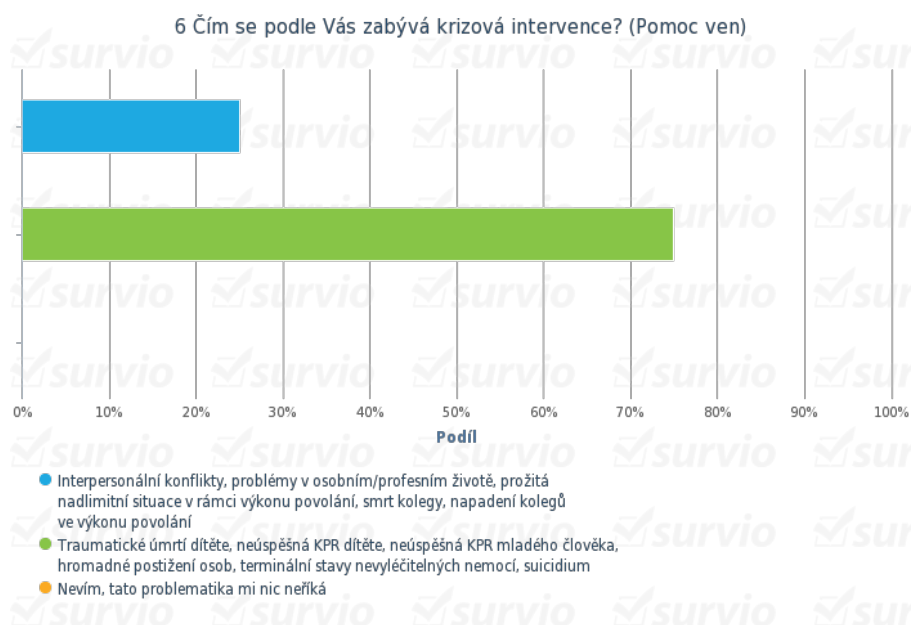
Otázka č. 6 - Čím se podle Vás zabývá krizová intervence? (Pomoc ven)

Tabulka 6:

Interpersonální konflikty, problémy v osobním/profesionálním životě, prožitá nadlimitní situace v rámci výkonu povolání, smrt kolegy, napadení kolegů ve výkonu povolání	14	25%
Traumatické úmrtí dítěte, neúspěšná KPR dítěte, neúspěšná KPR mladého člověka, hromadné postižení osob, terminální stavy nevyléčitelných nemocí, suicidium	42	75%
Nevím, tato problematika mi nic neříká	0	0%

Zdroj: Vlastní průzkum

Graf 6:



Zdroj: Vlastní průzkum, Graf: Survio.com

Otázka č. 6 měla za úkol zjistit povědomí posádek o tom, jaká jsou indikační kritéria pro nasazení krizového intervenanta. Potěšujícím faktem je, že odpověď „Nevím, nic mi to neříká.“, neoznačil žádný ze zaměstnanců. Čtvrtina, tedy 25% respondentů odpovídající 14 zaměstnancům, na otázku odpověděla špatně a označila 1. odpověď. 75% dotazovaných, tedy 42 zaměstnanců, odpověděla na otázku správně. Výsledek je uspokojivý, dle průzkumu nikdo z respondentů neví, co je to SPIS, jen se zde projevila dezinformace zaměstnanců o tom, co systém a ten který pracovník nabízí a kdy je aktivován. Počet 6 respondentů neodpověděl na žádnou z možností.

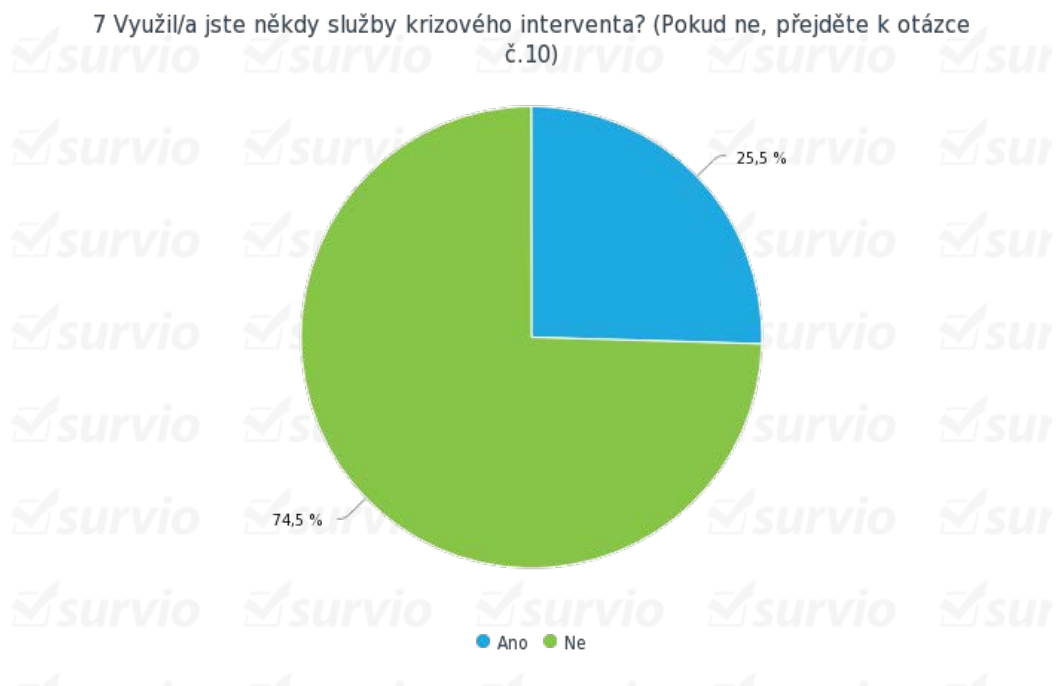
Otázka č.7 - Využil/a jste někdy služby krizového intervenanta?

Tabulka 7:

Ano	14	25,5%
Ne	41	74,5%

Zdroj: Vlastní průzkum

Graf 7:



Zdroj: Vlastní průzkum, Graf: Survio.com

Otázka č. 7 jasně deklaruje fakt, že pár jedinců z řad dotazovaných již samo využilo služeb krizového intervenanta, jedná se o 14 zaměstnanců, tedy 25,5%. Ve většině případů ale členové posádek krizového intervenanta nevyužili, jedná se o 74,5 % dotazovaných, tedy 41 zaměstnanců. Zbytek na otázku neodpověděl, jedním z důvodů mohla být i připomínka k otázce č. 6, a to, že řidiči vozidel ZZS se vyplňování otázek

spojených s krizovou intervencí, tedy otázky č. 6 – 9, nemuseli zúčastnit. Toto může být příčinou, proč 7 respondentů neoznámilo žádnou odpověď.

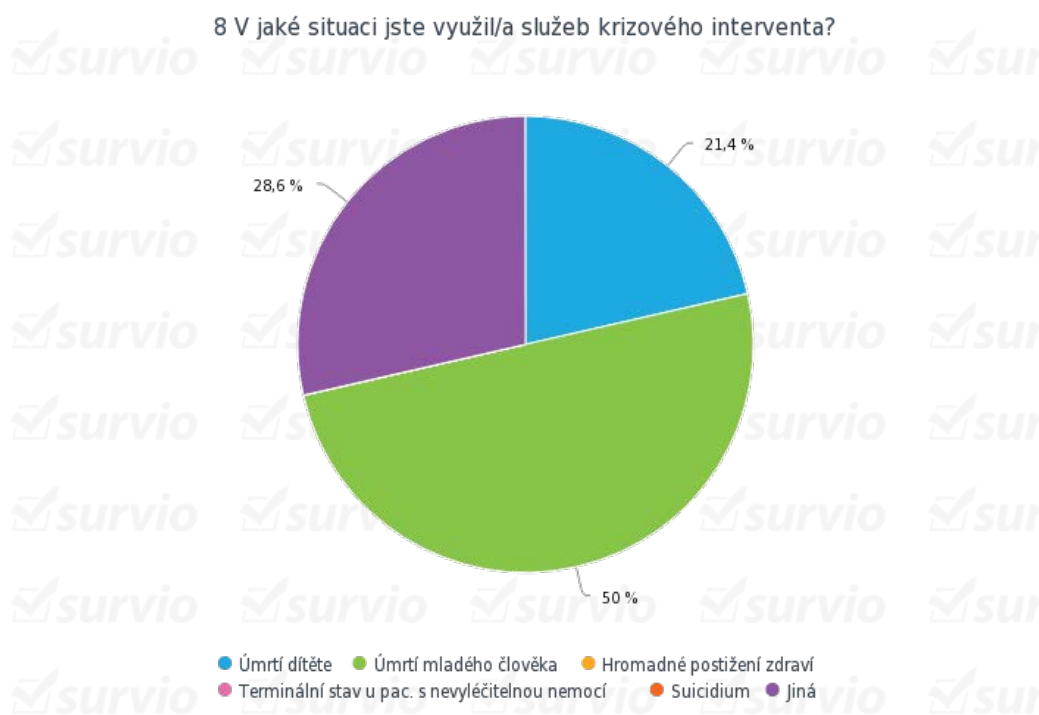
Otázka č. 8 - V jaké situaci jste využil/a služeb krizového intervenanta?

Tabulka 8:

Úmrtí dítěte	3	21,4%
Úmrtí mladého člověka	7	50%
Hromadné postižení zdraví	0	0%
Terminální stav u pac. s nevléčitelnou nemocí	0	0%
Suicidium	0	0%
Jiná	4	28,6%

Zdroj: Vlastní průzkum

Graf 8:



Zdroj: Vlastní průzkum, Graf: Survio.com

Jiná	Neúspěšná KPR dospělého	Nepoužil ještě.	Nevyužil.	KPR.
------	-------------------------	-----------------	-----------	------

Zdroj: Vlastní průzkum

Otázka č. 8 orientačně určila, na základě jaké indikace bývá krizový intervent nejčastěji aktivován. Nejčastěji se jednoznačně týká úmrtí mladého člověka, dítěte a úmrtí člověka obecně. V případě úmrtí mladého člověka jde o 50 % případů odpovídající 7 aktivujícím. Úmrtí dítěte bylo příčinou 21,4% aktivací zaměstnanci, tj. u 3 případů. Smrt dospělého, jako post resuscitační stav, byl dopisován do možnosti „jiné“ a odpovídal 2 responzím. Ostatní indikace byly bez odpovědi. Tato otázka spadala pod otázky, na které odpovídali lékaři a zdravotní sestry/zdravotníci záchranáři. Počet respondentů je odlišný od další otázky, důvodem je možná dezinformace v zadání.

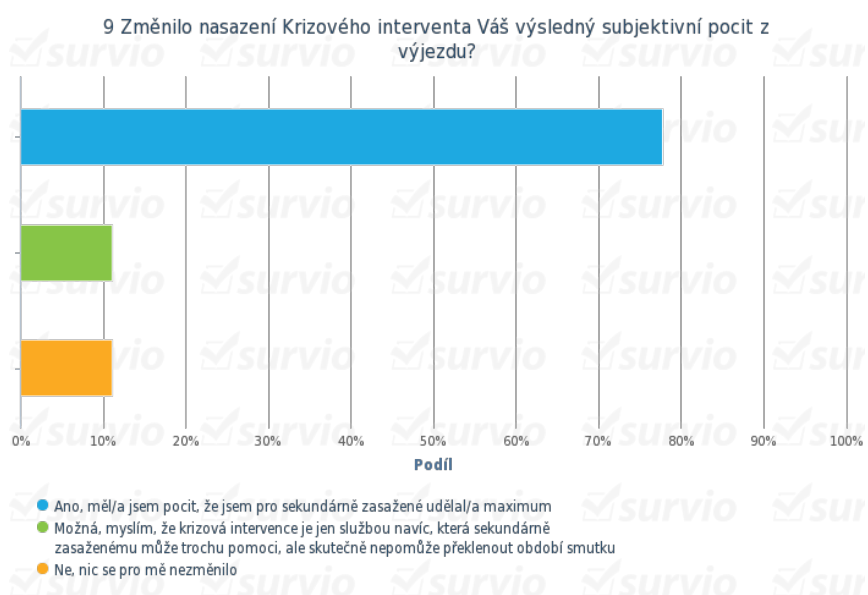
Otázka č. 9 - Změnilo nasazení Krizového intervena Váš výsledný subjektivní pocit z výjezdu?

Tabulka 9:

Ano, měl/a jsem pocit, že jsem pro sekundárně zasažené udělal/a maximum	14	77,8%
Možná, myslím, že krizová intervence je jen službou navíc, která sekundárně zasaženému může trochu pomoci, ale skutečně nepomůže překlenout období smutku	2	11,1%
Ne, nic se pro mě nezměnilo	2	11,1%

Zdroj: Vlastní průzkum

Graf 9:



Zdroj: Vlastní průzkum, Graf: Survio.com

Otázka č. 9 hodnotila pocit zaměstnanců, kteří se se službou setkali a měli zhodnotit přínos pro pacienta. Nejvíce responzí měla možnost ano, a to v 77,8% odpovídající 14 dotazovaným. Ostatní 2 odpovědi, tedy ta neutrální a záporná, získaly po 2 hlasech, tedy v 11,1% případech. Tato otázka znovu byla zodpovězena lékaři a zdravotními sestrami/zdravotnickými záchranáři. Počet respondentů je odlišný od další otázky, důvodem je možná dezinformace v zadání.

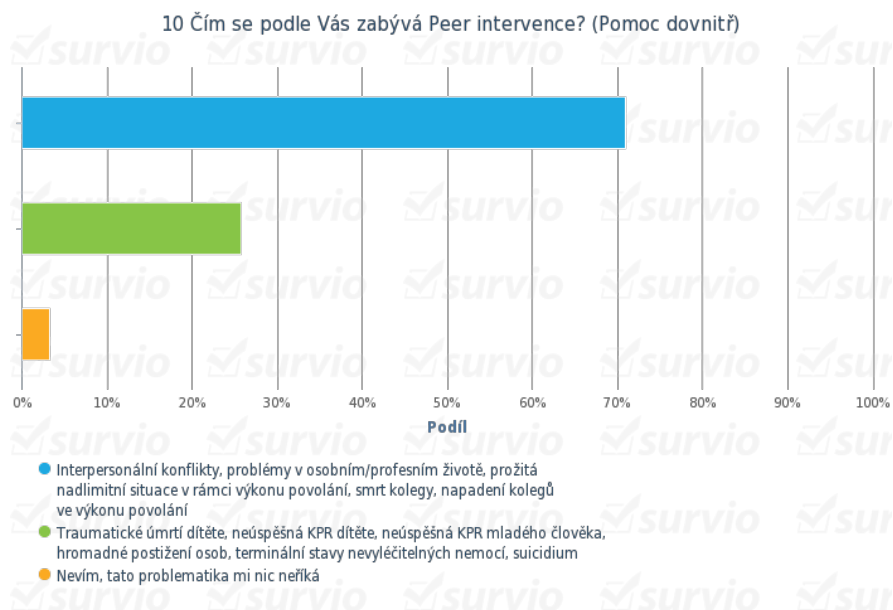
Otázka č. 10 - Čím se podle Vás zabývá Peer intervence? (Pomoc dovnitř)

Tabulka 10:

Interpersonální konflikty, problémy v osobním/profesionálním životě, prožitá nadlimitní situace v rámci výkonu povolání, smrt kolegy, napadení kolegů ve výkonu povolání	44	71,0%
Traumatické úmrtí dítěte, neúspěšná KPR dítěte, neúspěšná KPR mladého člověka, hromadné postižení osob, terminální stavy nevyléčitelných nemocí, suicidium	16	25,8%
Nevím, tato problematika mi nic neříká	2	3,2%

Zdroj: Vlastní průzkum

Graf 10:



Zdroj: Vlastní průzkum, Graf: Survio.com

Otázka č. 10 měla stejně jako otázka č. 6 prověřit znalost indikačních kritérií, tentokrát pro využití peera. Zde na rozdíl od otázky č. 6 byla označena i odpověď „Nevím, tato problematika mi nic neříká“, správnou odpověď označila znovu drtivá většina respondentů, přesně 44, tedy 71,0%. Špatnou odpověď označilo 16 dotazovaných, tedy 25,8%. Odpověď „Nevím, tato problematika mi nic neříká“ může být také výsledkem toho, že zaměstnanci si většinou myslí, že peer je zároveň i krizovým interventem, což být může, ale nemusí. K potvrzení domněnky může postačit i odpověď respondenta v další otázce.

Otázka č. 11 - Využil/a jste někdy služeb peera?

Tabulka 11:

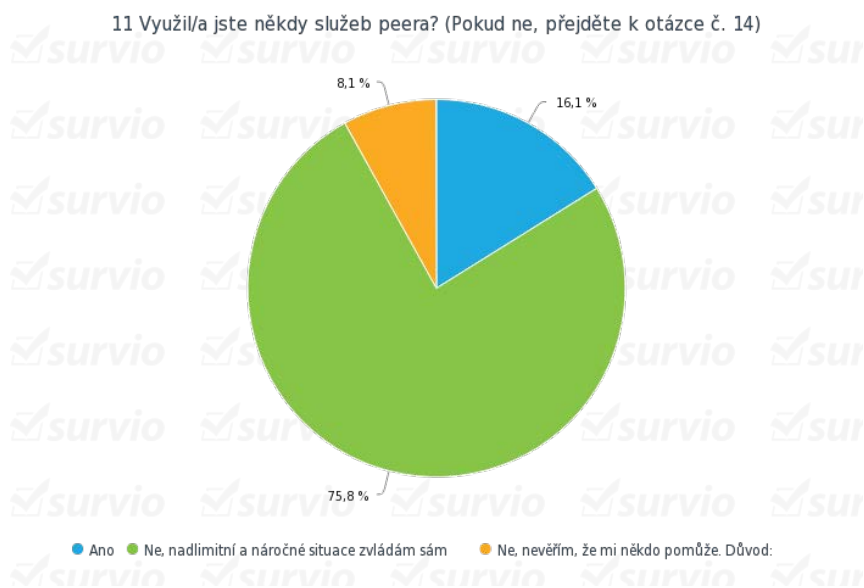
Ano	10	16,1%
Ne, nadlimitní a náročné situace zvládám sám	47	75,8%
Ne, nevěřím, že mi někdo pomůže. Důvod:	5	8,1%

Zdroj: Vlastní průzkum

Důvod:	Podle mě mi peer nemá co nabídnout, navíc když jde o "20letého" člověka (kolegu).	Myslím, že je v takovém případě lepší vyhledat odborníka-psychologa.	PIVO
--------	---	--	------

Zdroj: Vlastní průzkum

Graf 11:



Zdroj: Vlastní průzkum, Graf: Survio.com

Otázka č. 11 měla za úkol orientačně zhodnotit, zda někdo ze zaměstnanců dvou zkoumaných oblastí využil služeb peera. Většinou zaměstnanci označili zápornou odpověď s dodatkem, že situace zvládají sami, jednalo se o 75,8%, tedy 47 respondentů. 10 odpovídajících, tedy 16,1%, označilo kladnou odpověď a zbývajících 5 respondentů, tedy 8,1%, označilo odpověď „Ne, nevěřím, že mi někdo pomůže. Důvod:“. Důvody byly rozmanité, od piva přes vyhledání spíše odborníka – psychologa až po odpověď, která svým obsahem poukazovala na neznalost jednotlivých indikací pro pracovníky SPIS.

Otázka č.12 - V jaké situaci jste využil/a služeb peera?

Tabulka 12:

Interpersonální konflikty	2	15,4%
Problémy v osobním/profesionálním životě	2	15,4%
Prožitá nadlimitní situace (neúspěšná KPR dítěte, mladého člověka, mimořádné události, apod.)	4	30,8%
Smrt kolegy	2	15,4%
Napadení/dopravní nehoda kolegů při výkonu povolání	0	0%
Jiná	3	23,1%

Zdroj: Vlastní průzkum

Jiná:	Nevyužil jsem peera	Nepoužil ještě.	V žádné.
-------	---------------------	-----------------	----------

Zdroj: Vlastní průzkum

Graf 12:



Zdroj: Vlastní průzkum, Graf: Survio.com

Otázka č. 12 měla za úkol zmapovat, s jakými problémy nejčastěji zaměstnanci peer pomoc vyhledají. Z průzkumu vyplynulo, že největší zastoupení má prožitá nadlimitní situace, jednalo se o 30,8% respondentů, tedy 4 zasažené. Dále shodným počtem odpovědí byla označena smrt kolegy, interpersonální konflikty a problémy v osobním/profesionálním životě, které vybralo shodně po 15,4%, tedy po 2 respondentech. Druhou největší část získala možnost jiné, která ale byla pouze vyplněná slovy „Nevyužil jsem“ apod. Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří využili služby peera.

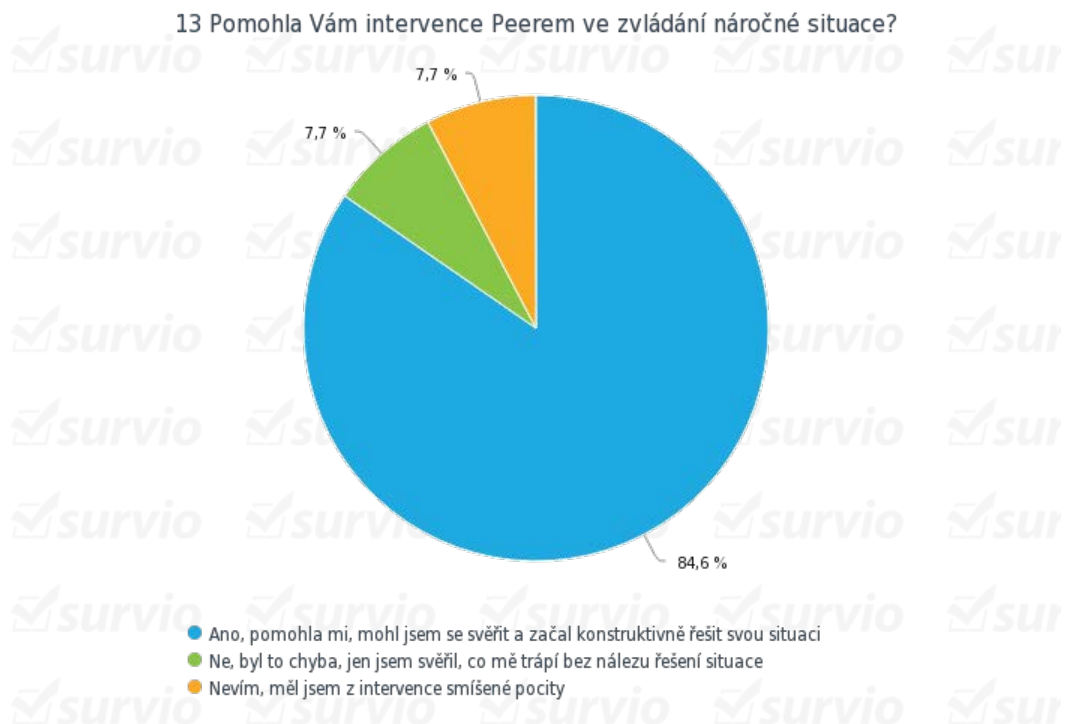
Otázka č. 13 - Pomohla Vám intervence peerem ve zvládnání náročné situace?

Tabulka 13:

Ano, pomohla mi, mohl jsem se svěřit a začal konstruktivně řešit svou situaci	11	84,6%
Ne, byl to chyba, jen jsem svěřil, co mě trápí bez nálezu řešení situace	1	7,7%
Nevím, měl jsem z intervence smíšené pocity	1	7,7%

Zdroj: Vlastní průzkum

Graf 13:



Zdroj: Vlastní průzkum, Graf: Survio.com

Otázka č. 13 měla za úkol vyhodnotit výsledný pocit těch, kteří služeb peera využili, a ohlédnout se, zda jim služba poskytla to, co od ní očekávali. Ve většině případů služba poskytla to, co se od ní čekalo, důkazem je 84,6 %, tedy 11 spokojených zaměstnanců, kteří službu využili. Těch, kteří mají ze služby smíšený pocit nebo využití považují za chybu, je stejný počet, 7,7%, tedy 1 dotazovaný na každou odpověď. Na tuto otázku znovu odpovídali pouze ti, kteří měli zkušenost se službami peera.

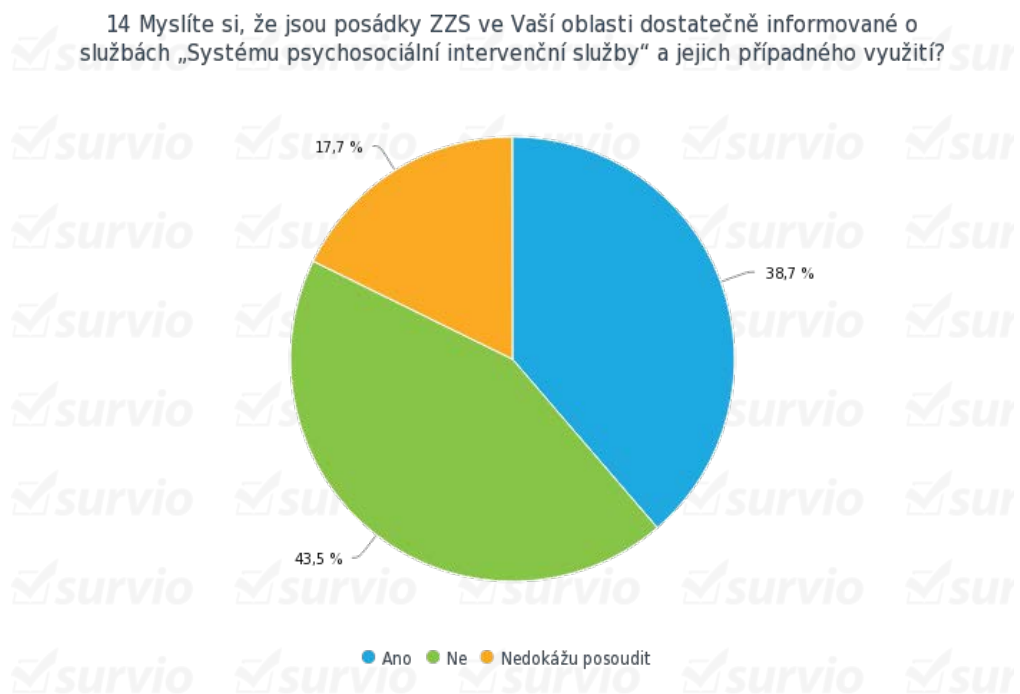
Otázka č. 14 - Myslíte si, že jsou posádky ZZS ve Vaší oblasti dostatečně informované o službách „Systému psychosociální intervenční služby“ a jejich případném využití?

Tabulka 14:

Ano	24	38,7%
Ne	27	43,6%
Nedokážu posoudit	11	17,7%

Zdroj: Vlastní průzkum

Graf 14:



Zdroj: Vlastní průzkum, Graf: Survio.com

Cílem závěrečné otázky č. 14 bylo zjistit, zda si zaměstnanci myslí, jestli jsou dostatečně obeznámeni s problematikou SPIS. Výsledek byl překvapující, neboť většina zaměstnanců je toho názoru, že nejsou dostatečně obeznámeni s problematikou SPIS, jedná se o 43,5% respondentů, tedy 27 zaměstnanců. S opačným názorem, a sice kladným, je 38,7%, tedy 24 spokojených zaměstnanců. Zbytek dotazovaných nedokáže posoudit stav, jedná se o celkem vysoké číslo 11 zaměstnanců, odpovídající 17,7%.

3.1.5 VYHODNOCENÍ PRŮZKUMU

Průzkumného šetření praktické části této bakalářské práce se zúčastnilo celkem 62 respondentů ze dvou odlišných oblastí ZZS SČK, oblasti Benešov a Kutná Hora. Na dotazník odpovídali ženy i muži v rozmezí 20 – 60 a více let, na pozicích lékař, zdravotnický záchranář/sestra a řidič vozidla ZZS. Průzkumné šetření bylo provedeno ve dnech 25.1. – 25.2.2015. Sběr dat proběhl anonymně pomocí elektronického dotazníku. Respondenti měli za úkol odpovědět na 14 otázek mapujících povědomí a zkušenosti se systémem psychosociální intervenční služby.

Po vyhodnocení průzkumného šetření jsme došli k závěru, že průzkumného šetření se zúčastnilo 48,4 % mužů a 51,6% žen (otázka č.1), a to ve věku 20-30 let v 16,1%, 30-40 let v 25,8%, 40-50 let v 21,0% a ve věku 60 a více v 3,2% (otázka č.2). Nejvíce respondentů, 35,5% pracuje u ZZS SČK 10-20 let, nejméně 30 let a více, tomu odpovídá 3,2% dotazovaných. Dále se zúčastnilo 14,5% dotazovaných s praxí 1-5 let, 21,0% s praxí od 5 – 10 let a 25,8% zaměstnanců s praxí 20-30 let. (otázka č. 3) Zajímavé je si povšimnout korelace věku, popř. praxe respondentů ke skutečnému zastoupení zaměstnanců ZZS SČK, kdy nejpočetnější skupinou jsou jedinci ve věku 40 – 50 let s praxí 10 – 20 let. (otázka č. 2 a 3). Rozdíly mezi zastoupením v jednotlivých oblastech bylo minimální, přesto více respondentů bylo z oblasti Benešov zastoupeného 54,8% dotazovaných. Kutná Hora byla zastoupena 45,2% respondentů (otázka č.4). Výzkumného šetření se zúčastnilo nejvíce zdravotních sester/záchranářů, jednalo se o 64,5% dotazovaných. Řidičů vozidel ZZS odpovědělo na danou otázku 27,4%. Nejméně bylo lékařů, 8,1%, tomuto číslu ale nelze přikládat relevantní hodnotu, zj. z důvodu nedostatku lékařů pracujících v rámci ZZS a několikanásobně většimu počtu NLZP(otázka č. 5).

Prvním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou členové výjezdových skupin ZZS SČK v oblasti Benešov a Kutná Hora dostatečně obeznámeni s problematikou SPIS.

První hypotézou byl předpoklad, že jsou členové výjezdových skupin ZZS SČK v oblasti Benešov a Kutná Hora dostatečně obeznámeni s problematikou SPIS.

K této průzkumné otázce se vztahovaly otázky č. 6 a 10. Otázka č. 6 a 10 má za úkol zmapovat povědomí o službách SPIS a okruhu zasažených, kterým se pomoc poskytuje. Otázka č. 6 se ptá, čím se podle členů výjezdových skupin zabývá krizová intervence? Na tuto otázku většina z dotazovaných odpověděla správně a označila druhý okruh odpovědí: Traumatické úmrtí dítěte, neúspěšná KPR dítěte, neúspěšná KPR mladého člověka, hromadné postižení osob, terminální stavy nevyléčitelných nemocí, suicidium. Tento druhý okruh odpovědí označilo celkem 75% dotazovaných. Čtvrtina respondentů, tedy 25%, odpovědělo špatně a označilo první okruh odpovědí: Interpersonální konflikty, problémy v osobním/profesionálním životě, prožitá nadlimitní situace v rámci výkonu povolání, smrt kolegy, napadení kolegů ve výkonu povolání. Potěšujícím faktem bylo zjištění, že třetí možnost: Nevím, tato problematika mi nic neříká, neoznačil nikdo. Výsledek této otázky je uspokojivý, dle průzkumu není ani jeden dotazovaný z těch, kteří by vůbec nevěděli, že služby SPIS existují. Jen se dá z výsledku šetření tvrdit, že se zde projevila mírná dezinformace o tom, co systém a ten, který pracovník nabízí a kdy je aktivován. Otázka č. 10 má obdobné znění jen se ptá, čím se podle členů výjezdových skupin zabývá Peer intervence? Na tuto otázku znovu většina dotazovaných odpověděla správně a označila tentokrát první okruh odpovědí: Interpersonální konflikty, problémy v osobním/profesionálním životě, prožitá nadlimitní situace v rámci výkonu povolání, smrt kolegy, napadení kolegů ve výkonu povolání. Tento první okruh odpovědí označilo 71% respondentů. Více než polovina, tedy 25,8%, zvolilo druhý okruh odpovědí, který byl ale špatně a týkal se práce krizového intervenanta, a sice: Traumatické úmrtí dítěte, neúspěšná KPR dítěte, neúspěšná KPR mladého člověka, hromadné postižení osob, terminální stavy nevyléčitelných nemocí, suicidium. U této otázky se projevila možná dezinformace zaměstnanců, že služby SPIS jsou výhradně poskytovány Peery, neboť se zde objevila ve 3,2 % odpovědí třetí možnost: Nevím, tato problematika mi nic neříká. Tento výsledek je velmi zvláštní, neboť je zde rozdíl mezi výsledky zcela stejně zadaných otázek a odpovědí, jen s rozdílem zaměření

na odlišnou problematiku, tudíž zde byl předpoklad stejných, i když obrácených výsledků. Toto můžeme s největší pravděpodobností přičíst skutečnosti, že se nemalé množství zaměstnanců ZZS domnívá, že Peer je stejná osoba jako krizový intervent.

Hypotéza se v prvním případě potvrdila. Většina zaměstnanců si je vědoma, co nabízí ten který pracovník SPIS. Množství dotazovaných, kteří se vyjádřili chybně, není nemalé, v procentuálním zastoupení tvoří přibližně 25 % dotazovaných, což lze akceptovat. Nicméně výsledky této hypotézy mohou být zkreslené kvůli odpovědím respondentů, kteří buď odpovídali, nebo naopak neodpovídali na otázku č. 6 – 9. Důvodem může být špatné vysvětlení kritérií tazatelem pro vyplnění otázek č. 6 – 9.

Druhým cílem bylo zjistit, jestli většina zaměstnanců někdy využila služeb krizového interventa a jestli je nejčastějším indikačním kritériem, na základě kterého byl aktivován krizový intervent, úmrtí dítěte.

Druhou hypotézou byl předpoklad, že většina zaměstnanců někdy využila služeb krizového interventa, a že nejčastějším indikačním kritériem na základě, kterého byl aktivován krizový intervent, bylo úmrtí dítěte.

Sledované problematice se v tomto případě věnovaly otázky č. 7 a 8. Otázka č. 7 se respondentů ptá, zda někdy využili služby krizového interventa. Tato otázka byla zaměřena pouze na lékaře a zdravotní sestry/zdravotnické záchranáře. Krizového interventa většinou zaměstnanci ZZS SČK z oblastí Benešov a Kutná Hora neaktivovali, toto odpovídá 74,5% dotazovaných. Počet aktivací zaměstnanci ale také není zanedbatelný a na současný počet přibližně 13 krizových interventů operujících na území oblasti Benešov a Kutná Hora jde o velmi solidní číslo 25,5%. Trend zvyšování povědomí stále roste a čím větší je povědomí o službách, tím větší je také množství aktivací krizových interventů. O tomto svědčí i stále rostoucí počet odvedených krizových intervencí. Otázkou č. 8 pak byla dále rozvinuta odpověď těch, kteří odpověděli kladně na otázku č. 7. Otázka č. 8 se ptala, v jaké situaci dotazovaný využil služeb krizového interventa. Nejvíce odpovědí se shodlo na úmrtí mladého člověka nebo dítěte. V případě mladého člověka šlo o 50% odpovědí a v případě úmrtí dítěte o 21,4%. V dalších čtyřech odpovědích byla označena možnost „Jiné“, kdy měli dotazovaní dopsat jiné důvody aktivace krizového interventa do příslušného řádku

patřícího k dané otázce. V polovičním případě se zde objevila odpověď „Ještě jsem nevyužil.“, nebo aktivace interventa na základě neúspěšné kardiopulmonální resuscitace. Neúspěšnou kardiopulmonální resuscitaci dospělého tazatel do otázky č. 8 průzkumného šetření nezahrnul, neboť byl toho názoru, že neúspěšná kardiopulmonální resuscitace u dospělých ve vyšším věku není tak častou indikací, a to z důvodu jisté míry očekávání příchodu smrti u dospělých vyššího věku. Přesto se ve 2 případech tato možnost objevila. Ostatní možnosti: Hromadné postižení zdraví, terminální stav u pacienta s nevléčitelnou nemocí nebo suicidium nebyly vybrány ani v jednom případě a jejich zastoupení je 0%.

Druhá hypotéza byla potvrzena z poloviny. Většina zaměstnanců neaktivovala krizového interventa, jednalo se přibližně o 75% dotazovaných. Zbýlých 25,5% využivších ale vybralo možnost úmrtí mladého člověka a dítěte. Součet těchto dvou hodnot odpovídá 61,4%, které potvrzují druhou část druhé hypotézy, že nejčastěji aktivovali krizového interventa kvůli úmrtí mladého člověka nebo dítěte. Úmrtí dítěte či mladého člověka je obecně považováno za jeden z nejvíce psychicky náročných okamžiků příbuzného i záchranáře, proto je pochopitelné, že tyto dvě odpovědi jasně převážily ostatní.

Třetím cílem bylo, zda členové výjezdových skupin ZZS potřebovali někdy pomoc skrze peera a zda je nejčastější příčinou vyhledání Peer pomoci členem výjezdové skupiny ZZS SČK oblasti Benešov a Kutná Hora smrt kolegy.

Třetí hypotézou byl předpoklad, že většina členů výjezdových skupin ZZS SČK oblasti Benešov a Kutná Hora nepotřebovala někdy pomoci skrze peera, a pokud peer pomoc proběhla, týkala se nejčastěji úmrtí kolegy.

Problematikou třetí hypotézy se zabývaly otázky č. 11 a 12. Znění otázky č. 11: „Využil/a jste někdy služeb peera?“. Dotazovaní si mohli vybrat ze tří možností, kladné, záporné s vlastním řešením a záporné s pochybnostmi a vysvětlením. Většina respondentů, tedy 75,8%, odpověděla, že služeb Peera nevyužili a nadlimitní a náročné situace zvládají sami. Využití peer intervence potvrdilo 16,1% dotazovaných. Zápornou odpověď s pochybnostmi, že se dotazovaný dočká pomoci, označilo 8,1% respondentů, přičemž z výsledků vyplynulo několik možností odpovědi. Jednou odpovědí bylo užití piva, dále myšlenka, že: „ ... v takovém případě je lepší vyhledat odborníka -

psychologa“. Jedna z odpovědí také zněla: „Podle mě mi peer nemá co nabídnout, navíc, když jde o „20letého“ člověka (kolegu)“. Z tohoto vyplývá, že většina členů výjezdových skupin ZZS SČK oblasti Benešov a Kutná Hora je toho názoru, že peer pomoc nepotřebují a nadlimitní zážitky řeší podle svého, ať návštěvou psychologa, nebo pivem. Otázka č. 12 se zabývá situacemi, které vedly nejčastěji k využití služeb peera. Na tuto otázku odpovídali ti, kteří přiznali v otázce č. 11, že využili služeb peera. Nejčastěji se jednalo o prožitou nadlimitní situaci ve smyslu KPR dítěte, mladého člověka, mimořádné události, apod., a to v 30,8% případů. Stejně procentuální zastoupení a sice 15,4% mají možnosti interpersonální konflikty, problémy v osobním/profesionálním životě a smrt kolegy. Napadení či dopravní nehoda kolegů při výkonu povolání nevedla ještě žádného jedince k vyhledání peer podpory. Odpověď „ Jiná:“ byla využita pouze k dopsání odpovědi: „Nevyužil jsem peera“. Z výsledku této otázky vyplývá, že nejčastěji vyhledávaný je peer na základě prožité nadlimitní situace, tedy situace, která má přímou spojitost s výkonem jeho povolání.

Třetí hypotéza byla v průzkumném šetření znovu potvrzena z poloviny. Většina členů výjezdových skupin ZZS SČK oblasti Benešov a Kutná Hora, 75,8% dotazovaných, nevyužila služeb peera a nadlimitní situace zvládají samy. Dalším předpokladem bylo, že smrt kolegy není nejčastějším důvodem vyhledání peer pomoci. Předpoklad se potvrdil, smrt kolegy skutečně nebyla nejčastějším důvodem k vyhledání peera. Nejčastěji zvoleným důvodem k peer intervenci se stala prožitá nadlimitní situace. Prožitá nadlimitní situace je situace, ke které dojde v přímé závislosti na výkonu povolání, tudíž podobné situace mohou být zasaženým vnímány velmi citlivě a mohou omezovat jeho pracovní schopnosti i další život. Proto je nutné, aby si každý zaměstnanec byl vědom svých psychických rezerv a nedával je všanc na úkor svého zdraví. Svou roli v nevyužití Peer intervence hraje i zažitý předsudek, že zdravotník nemůže být slabý, ale silný a nepotřebující pomoc. K vyvrácení tohoto předsudku by mohla sloužit lepší edukace zaměstnanců o problematice SPIS, ale také aktivní selekce a nabídnutí služeb peera potencionálně zasaženým prostřednictvím krajského zdravotnického operačního střediska.

Čtvrtým cílem bylo zjistit názor členů výjezdových skupin na dostatečnou informovanost o službách SPIS v jejich oblastech.

Čtvrtou hypotézou pak byl předpoklad, že většina členů výjezdových skupin ZZS SČK oblasti Benešov a Kutná Hora bude nespokojena s mírou informovanosti o službách SPIS v jejich oblastech.

Problematikou čtvrté hypotézy se zabývá pouze otázka č. 14. Vznela jasnou otázkou: „Myslíte si, že jsou posádky ZZS ve Vaší oblasti dostatečně informované o službách „Systému psychosociální intervenční služby“ a jejich případném využití? Dotazovaní měli na výběr pouze z kladné, záporné či neurčité odpovědi. Poměr mezi tabory je takřka vyrovnaný, více odpovědí se však sešlo u záporné odpovědi, šlo o 43,6%. Kladnou odpověď označilo 38,7% respondentů. Tuto problematiku nedokáže posoudit 17,7% dotazovaných.

Čtvrtá hypotéza byla v průzkumném šetření potvrzena. Většina členů výjezdových skupin ZZS SČK oblasti Benešov a Kutná Hora je nespokojena s mírou informovanosti o službách SPIS v jejich oblastech. Na přispění zvýšení míry informovanosti by se měli podílet zejména primáři jednotlivých oblastí, podporovat příspěvky peerů/interventů na pravidelných provozních schůzích či jiné aktivity demonstrující činnost peerů/ krizových interventů. Zapojení peerů/ krizových interventů by tak bylo možné zj. v rámci součinnostních cvičení s tematikou mimořádných událostí apod.

3.2 PRŮZKUMNÁ ČÁST – ŘÍZENÝ ROZHOVOR

3.2.1 METODOLOGIE

Druhá část praktické části bakalářské práce navazuje na průzkumné šetření první části bakalářské práce. Má za úkol rozebrat valnou část otázek z průzkumného šetření pohledem aktivního peera/krizového intervenanta. Dále nahlédnout také do problematiky SPIS a činnosti jejich pracovníků, včetně pohledu a názoru na výsledky šetření, případně vyhledat potencionální řešení v otázkách nedůvěry ve službu. Řízený rozhovor probíhal dle obecně daných pravidel této metody, tedy dotazovaný odpovídá na předem dané otázky zpracované formou dotazníku s několika možnostmi odpovědí. Může vybírat z jedné nebo více odpovědí, dle jeho uvážení. Tazatel přitom zapisuje jeho výběr odpovědí do dotazníku. Označené položky jsou v tomto záznamu zvýrazněny tmavou barvou pole. Po skončení řízený rozhovor volně přechází do diskuze mezi tazatelem a dotazovaným, kdy dotazovaný rozvíjí své myšlenky a obohacuje je o možná řešení problému. Řízený rozhovor se odehrál dne 18.2.2015, dotazovanou byla zkušená krizová interventka a zároveň peer, Marie Benešová, která se této činnosti věnuje již přes 3 roky. Za tu dobu se setkala s různými reakcemi jak sekundárně zasažených, tak zasažených kolegů a dělala maximum pro to, aby jim pomohla. Patří jí velký dík za její čas, poutavé vyprávění a předávání jejich zkušeností, bez kterých by tato část bakalářské práce nemohla vzniknout.

3.2.2 NÁMĚT NA TÉMA ŘÍZENÉHO ROZHOVORU

Všeobecné povědomí, osobní zkušenosti a pohled na zájem členů posádek využívat služby psychosociální intervenční služby výjezdových skupin ZZS SČK v oblastech Benešov a Kutná Hora. Případně vyhledávat potencionální řešení v otázkách nedůvěry ve službu.

3.2.3 ŘÍZENÝ ROZHOVOR

Otázka a: Budou dle Vás přístupnější využití SPIS ženy nebo muži?

Tabulka a

a)	Muži
b)	Ženy

Zdroj: Vlastní průzkum

Tato otázka je velmi těžká. Nejprve bych zvolila ženy, protože ženy spíše přijdou, ale doopravdy jsou muži ti, co si nechají pomoci. Ve většině případů ale převládají ženy, už jen z hlediska složení výjezdových skupin.

Otázka b: Myslíte, že služby SPIS budou více využívány služebně mladšími nebo služebně staršími zaměstnanci ZZS SČK?

Tabulka b

a)	Mladšími
b)	Staršími

Zdroj: Vlastní průzkum

Služby budou využívány především mladšími členy výjezdových skupin, a to z důvodu větší přístupnosti novým věcem, mezi které právě služby psychosociální intervenční služby patří.

Otázka c: Myslíte, že jsou posádky dostatečně poučeny o možnostech a indikačních kritériích pro nasazení peera/krizového intervenanta?

Tabulka c

a)	Ano
b)	Ne
c)	Myslím, že ano
d)	Myslím, že ne
e)	Nedokážu posoudit

Zdroj: Vlastní průzkum

Ne, myslím si, že ne. Tyto služby jsou především využívány právě lidmi, kteří jsou školenými peery nebo krizovými intervenanty nebo se se službami přímo setkali a využili je.

Otázka d: V případě krizové intervence, na základě jakých indikací Vás nejčastěji aktivují?

Tabulka d

a) Úmrtí dítěte
b) Úmrtí mladého člověka
c) Hromadné postižení zdraví
d) Terminální stav u pac. s nevléčitelnou nemocí
e) Suicidium
f) Jiné –vyjmenujte:

Zdroj: Vlastní průzkum

Jednoznačně jde nejčastěji o úmrtí dítěte nebo mladého člověka. Úmrtí dospělého je další možnost aktivace, ale není tak častá. Nasazení a vůbec snášení úmrtí dítěte/mladého člověka je pro pozůstalé velice těžké, je to dáno zejména věkem člověka, ale i rozvětveností rodiny. U starších lidí je předpoklad konce života a smrti většinou očekávaný a obecně přijatelnější, u dětí toto přirozené není. Smrt u mladého organismu není očekávaná, není přijatelná a špatně se s ní vyrovnává.

Otázka e: Jako krizový intervent/peer pracujete v odlišném režimu než záchranář/sestra, je pro vás těžké změnit režim z aktivního subjektu vytvářejícího nějaké hodnoty na pasivního pozorovatele?

Tabulka e

a) Ano
b) Ne
c) Záleží na sekundárně zasaženém

Zdroj: Vlastní průzkum

Tato otázka je záludná, ale myslím, že to pro mě asi těžké není. Tzv. přehodit se do té role, ve které jsem potřebná, je pro mě důležitější, než řešit cokoli jiného. V tu danou chvíli jsem schopná roli přehodit, ale samozřejmě zpětně přemýšlím, hledám jiné řešení a někdy se ve mně role perou a je těžké vybrat tu správnou, není to ale tak časté.

Otázka f: Myslíte, že sekundárně zasažený cítí po Vašem zásahu úlevu v tíživé situaci?

Tabulka f

a) Ano
b) Ne
c) Snažím se, ale někdy mám smíšené pocity

Zdroj: Vlastní průzkum

Dle mého názoru si myslím, že ano. Sekundárně zasažení pomoc berou trochu jinak než kolegové v rámci peer intervence, ale myslím, že ano.

Otázka g: S jakým typem reakce na akutní stresovou situaci je pro Vás příjemnější pracovat, a proč?

Tabulka g

a)	S reakcí typu A
b)	S reakcí typu B

Zdroj: Vlastní průzkum

Tato otázka je znovu záludná. Každý typ má svá specifika a těm je důležité se přizpůsobit. Typ A je komunikativní, vnímavý, dá se s ním bavit, což dost ulehčuje práci se zasaženým. Přesto pro další práci je po změně reakce z typu B na A se sekundárně zasaženým lepší spolupráce. Obrat, kdy je nejprve zasažený nepřístupný, nekomunikativní a náhle se otevře, je více reálný, vnímá skutečnost objektivněji. Otázky jsou směřované cíleně a mají opodstatnění. Přesto bych volila reakci typu A, už jen z toho důvodu, že jsou otevření již od začátku intervence a je možné s nimi lépe pracovat.

Otázka h: Setkal jsem se s reakcí na využití krizového intervenanta, kdy mi respondent odpověděl, že službu na výjezdech několikrát nabízel, ale sekundárně zasažený ji stejně odmítl, přestože byl jasně indikován k intervenci, proto došel k názoru, že služba je zbytečná, neboť se s ní každý musí vyrovnat sám bez přítomnosti neznámého člověka, co si o tomto myslíte?

Tabulka h

Záleží na tom, jak to sestra/záchranář nebo lékař podá. Např. pokud tuto nabídku podáme jako možnost pomoci školeným člověkem, který si se zasaženými bude třeba i povídat a bude tu pro vás, než když jen nabídneme, že s ním jen někdo bude, než přijede rodina. Např. jedna lékařka z výjezdového stanoviště Zbraslavice nabídku této služby umí velice hezky podat. Je pak tak přirozená, že sami zasažení krizového intervenanta chtějí. Je jiné, pokud někdo nabídne službu direktivním způsobem se slovy: „Využijte to, určitě Vám to pomůže“. Je to nesmysl, každý si v tíživé situaci spíše řekne: „Jasný, co ty o tom můžeš vědět, jak se teď cítím a co mi pomůže, když nejsi v mé kůži“. Pokud je ale nabídka podána přirozeně sdělením: Je tu člověk, který tu bude pro Vás, může tady s Vámi být, jak dlouho budete chtít, ale také tu být nemusí, nebo s Vámi může být chvíli a odjet.“, tak zasažení spíše službu přijmou a riziko, že krizový intervenant dorazí na místo a zasažení ho odmítnou, je minimální. Mně samotné se stalo, že jsem přijela na místo intervence, kde byla zasažená paní sama a já s ní chtěla zůstat do té doby, dokud nepřijede její rodina. Nicméně po příjezdu na místo jsem zjistila, že u ní už rodina je. Samozřejmě mohli říci, že už u ní jsou a ať jedu pryč, ale místo toho řekli: „My už tady jsme, ale je fajn, že jste tu taky a pomůžete nám něco zařídit.“, takže i ta samotná reakce zasaženého i jeho okolí je jiná. Hlavní proměnnou je opravdu styl podání nabídky služeb krizového intervenanta. Není to o informovanosti laiků o službě, ale zejména o podání a přístupu.

Zdroj: Vlastní průzkum

Otázka i: Setkal jsem se také s obdobnou reakcí, kdy zasažený odmítl krizovou intervenci, ale příbuzní si pak dovolávali výjezd ZZS s přáním, aby zasaženému „něco píchli, aby se uklidnil“? Je na místě pak nabídku opakovat, nebo se smířit s tím, že zasaženému se „něco píchne“ a on bude tak alespoň na chvíli zklidněný?

Tabulka i

Já osobně bych nabídku určitě zopakovala, dál je také důležité využít propagační brožuru, která je výbavou výjezdových vozidel ZZS SČK a nabídnout i tu. Nabídku bych zopakovala znovu zasaženému i rodině a vysvětlila bych jim, o co se jedná a co může služba nabídnout. Pokud by i přesto nechtěli, tak s tím nejsme schopni nic udělat. Někdy zasažení opakovanou nabídku zarytě odmítají, ale někdy jí po zopakování přijmou, ale je to různé. Můžeme také do brožury dopsat číslo na sebe či interventa, o kterém vím, že k zasaženému pojede, a říct: „Pokud budete potřebovat a Váš stav se nebude lepší, neváhejte se ozvat.“ Dalším přístupem k otevření služby směrem k zasaženému je cesta přes nabídku služby lékařem. Bylo by skutečně přínosné, aby zejména lékaři věděli, co služba nabízí, a věděli, jakým způsobem to nabízet a jak s lidmi mluvit. Je to výhodou především z pohledu, že lidé reagují na osobnost lékaře jinak než na sestry/záchranáře. Sdělení je stejné, ale osobnost lékaře je pro zasaženého akceptovatelnější z důvodu vyššího dosaženého vzdělání.

Zdroj: Vlastní průzkum

Otázka j: V případě peer intervence, co myslíte, že je pro kolegy rozhodující, proč Vás vyhledají?

Tabulka j

a)	Jsem jeden z nich
b)	Diskrétnost
c)	Objektivní pohled na chod a fungování organizace
d)	Známost
e)	Vnější vzhled
f)	Má osobnost

Zdroj: Vlastní průzkum

Sto procentně bych označila to, že mě znají a jsem jedna z nich. Ale má to dvě strany, může to být také naopak. To, že mě můžou zasažení kolegové znát, tak mě nemusí chtít. Budou chtít někoho, kdo je ze ZZS, ale nebudou chtít toho, kdo s nimi pracuje. Je to dáno tím, že peer do problematiky vidí a samotného se ho to možná nějakým způsobem týká a nebyl by objektivní. Toto je dost na hraně. Dále je, myslím si, důležitá osobnost peera, jakým způsobem působí. Někteří zasažení si totiž vybírají podle kritérií, jak na ně peer působí, nejen vzhledem, ale komplexně podle sympatií. Dále si peera zasažení také mohou vybírat podle hlasu, kdy se například rozhodne podle toho, jak mu sedí barva, postavení hlasu apod.

Otázka k: Na základě jakých potíží Vás nejčastěji vyhledávají Vaši kolegové?

Tabulka k

a)	Interpersonální konflikty
b)	Problémy v osobním/profesionálním životě
c)	Prožitá nadlimitní situace (neúspěšná KPR dítěte, mladého člověka, mimořádné události, apod.)
d)	Smrt kolegy
e)	Napadení/dopravní nehoda kolegů při výkonu povolání
f)	Jiné - vyjmenujte:

Zdroj: Vlastní průzkum

Nejčastěji se setkávám s problémy v osobním/profesionálním životě. Tyto dva životy se prolínají. Většinou to bývá tak, že v osobním životě je nějaký problém a ten se

převrátí i do zaměstnání, a na druhou stranu je problém v zaměstnání a ten se převrátí v problémy v osobním životě. Dál jsem se setkala s úmrtím kolegy.

Otázka 1: Máte zpětnou vazbu o proběhlých peer intervencích?

Tabulka 1

a)	Ano
b)	Ne

Zdroj: Vlastní průzkum

Z většiny, přibližně osmdesáti procent, ano. Zpětnou vazbu získávám především proto, že se intervenovaní sami ozvali, řekli, jak se mají dále, někdy byla potřeba provést intervenci znovu, ale víceméně šlo jen o povídání. Jsem velmi ráda, že jsem zatím neměla negativní odezvu, vždycky byla pozitivní s oznámením řešení situace. Zpětná vazba existuje, není vždy, ale ve většině případů ano.

Otázka m: Jaké pocity cítí Vaši kolegové po proběhlé intervenci?

Tabulka m

a)	Dle zpětné vazby kladné
b)	Dle zpětné vazby záporné
c)	Dle zpětné vazby, jak kdy, někdy kladné a někdy záporné

Zdroj: Vlastní průzkum

Dle mé zkušenosti kladné.

Otázka n: Z mého výzkumu vyplynulo, že většina dotazovaných je toho názoru, že jsou posádky ZZS dostatečně seznámeny s jednotlivými službami SPIS, ale v cca ¼ odpovědí se objevila odpověď, že jsou toho názoru, že jsou dostatečně proškoleni problematikou SPIS, ale odpovědi, čím se zabývají jednotlivé služby, byly špatně. Co je podle Vás důvodem?

Tabulka n

Je to dáno především skutečností, že službu buď využijí/nabídnou ti, co s ní mají zkušenost, nebo ti mladší. Služebně starší zaměstnanci spíš nevyhledají pomoc/nenabídnou službu. Neudělají to z toho důvodu, že: „On nepřijde, on toho má přece tolik za sebou, jeho nic nerozhází.“, a také dle zažitého mýtu - přiznání problému je slabost. Důkazem toho je, že výjezdová skupina má například výjezd charakteru s rizikem nadlimitní zátěže a zasažený raději podá výpověď, než aby službu využili. Je to škoda, protože si myslím, že by se tak spoustě lidí ulevilo. Přiznávám, že někdy je intervence na zvládnutí náročné situace krátká, ale je výhodou alespoň službu zkusit.

Zdroj: Vlastní průzkum

Otázka o: Co je podle Vás důvodem všeobecného podceňování SPIS?

Tabulka o

a)	Nevědomost (strach z neznáma)
b)	Profesní zkušenost
c)	Subjektivní nedůvěra ke službě
d)	Osobní negativní zkušenost

Zdroj: Vlastní průzkum

Osobní negativní zkušenost zde určitě neplatí, spíš si myslím, že důvodem je nevědomost. Zaměstnanci nevědí, nejsou informováni, nemají zájem si cokoli o službě zjistit. Myslím si, že možnost edukace skrz intranet je výborná věc, vše potřebné se nachází na jednom místě, ale do záložky, ve které jsou informace obsažené, se podívají jen SPIS pracovníci. Řešením by tak mohly být příspěvky o problematice SPIS na provozních schůzích a jejich obsazenost v zápisech z nich. Zejména zápisy ze schůzí či grémií primářů si zaměstnanci čtou a získají tak alespoň nějaké povědomí. Má zkušenost je taková, že mé příspěvky na schůzích se setkaly s několika druhy reakcí. Někdo jen poslouchá, někdo poslouchá a třeba má i dotaz k tématu, ale ve většině případů se setkávám s despektem vůči službě. Tento despekt je podmíněn zejména nevědomostí.

Otázka p: Co by podle Vás mohlo všeobecné podceňování SPIS změnit?

Tabulka p

a)	Periodické připomínání služeb v rámci provozních schůzí apod.
b)	Zapojování Peerů/interventů do součinnostních cvičení IZS
c)	Jiné

Zdroj: Vlastní průzkum

Sto procentně se jedná o obě první možnosti. O periodickém připomínání služeb v rámci provozních schůzí jsme již mluvili v minulé otázce. Co se týká součinnostních cvičení, tak zde je výhodou zapojení, třeba jen v rámci pozorovatele, ale dokázat dát zpětnou vazbu těm zasahujícím, poskytnout konstruktivní kritiku, pochválit, co se povedlo, a poučit, co se dále mohlo dělat, například plynule navázat a připomenout, že tato situace s tímto zasaženým byla vhodná k další intervenční péči. V tomto případě je zařazení určitě na místě. Do možnosti jiné bych jen dosadila oslovování členů posádek po výjezdech s předpokladem zvýšené nadlimitní psychické zátěže. V praxi by toto mohlo vypadat, že zdravotnické operační středisko či callcentrum osloví peera, že posádka se zúčastnila výjezdu tohoto charakteru a ten je kontaktuje a nabídne své služby. Někdy zainteresovaní členové posádek službu využijí hned, jiní s odstupem času, jiní zase ne. Většinou je po přijetí a vykonání intervence zasažený i přes počáteční nedůvěru ve službu spokojen s výsledkem intervence. Proto si myslím, že nabízení služby těm, co byli vystaveni nadlimitní situaci v rámci výjezdu, má své místo.

Otázka q: Využil/a byste sám/sama intervenci?

Tabulka q

a)	Ano
b)	Ne

Zdroj: Vlastní průzkum

Osobně bych interventa brala, ale mou podmínkou by bylo, aby to nebyl nikdo, koho znám. Důvodem je, že kamarád/ka by mi nedokázala v tu chvíli nabídnout to, co bych v tu kritickou chvíli potřebovala. Intervent, který by mě znal, by se mnou nadměru soucítil vzhledem k tomu, že by měl ke mně určitý vztah, a proto by se držel za hranicí, kterou jako intervent může překročit, aby dokázal zasaženému skutečně pomoci. Pro interventa, který mě zná, by pak pro něj/ni samotného/nou bylo velmi těžké se přehodit z role kamaráda do role interventa a intervence by byla kontraproduktivní.

3.3 DISKUZE, DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě výsledku průzkumného šetření a rozhovoru s peerem/krizovým interventem je nutno podotknout, že SPIS má v prostředí ZZS svou specifickou nezastupitelnou roli. Jde o nové odvětví péče o pacienty. Holistické chápání problematiky zdraví lidského organismu je zaměřeno na jeho biologickou, psychologickou a sociální stránku. Biologickou stránku řeší zdravotnická záchranná služba, ale ostatní dvě složky byly nezastoupené, a to do doby využití peerů/krizových interventů v praxi, tedy alespoň z pohledu zvládnutí akutní stresové reakce. Samozřejmě, že samotná ZZS přejímala roli těch, co se starají o duševní zdraví a zasahují i do sociální oblasti pacientovy osobnosti, ale zaměření nikdy nemohlo být stoprocentní, neboť záchranář si v rámci své směny nemůže dovolit strávit se zasaženým 2 – 3 hodiny a pracovat na rehabilitaci jeho mysli. Zpravidla se tak užívalo k řešení těchto situací sedací, která sice zabere, ale její účinek je pomíjivý. Krizový intervent či peer ale má čas a může ho obětovat ve prospěch zasaženého v době bezprostředně po kritickém okamžiku a provést ho slzavým údolím smutku, popřípadě vyslechnout jeho problémy. Nástupem SPIS se ale zaměření mění. Tímto způsobem se ZZS i SPIS věnuje stoprocentně své problematice a může se na ni plně zaměřit.

Služba je potřebná, ale k jejímu plnohodnotnému využití je do budoucna nutno připravit určitou koncepci vzdělávání zaměstnanců ZZS, ale i široké veřejnosti, a dále stanovit určitá kritéria pro výběr krizových interventů/peerů. Tato dvě hlediska jsou nejcitlivějším článkem systému a je třeba se jim věnovat. Výběr interventů je v současné době podmíněn dvěma hledisky. První je empatie a druhá zájem o problematiku zvládnutí krizových situací. Tato dvě kritéria ale nejsou zdaleka vše, čím by měl peer/krizový intervent disponovat. Situace, do kterých se krizoví interventi dostávají, mohou být velmi emočně silné, vyhrocené a pro psychiku samotného interventa velmi náročné. Psychická stránka osobnosti je tedy velmi důležitá, a proto by bylo vhodné vybírat nové interventy skrze výběrové řízení, které by bylo vedeno odborníky v psychologii a intervenční psychiatrii, nebo koordinátory a garanty SPIS. Hodnotícími kritérii by poté měla být mentální schopnost zvládat to, co interventa jako pracovníka SPIS může potkat, ale také jeho nonverbální vyjádření osobnosti. Nonverbální vyjádření osobnosti by bylo dáno mírou uvěřitelnosti schopnosti pomoci

zasaženému ve smyslu vzhledu, jistoty, opory a samotného přístupu k zasaženému. Výběr by se měl odehrávat minimálně na krajské úrovni a kromě zkoušky osobnosti uchazeče by bylo také vhodné se zaměřit i na psychiatrické či psychologické vyšetření uchazeče s detailní anamnézou. Tím, co by se mohlo stát kamenem úrazu, je značný nezáměr o to stát se interventem. Důvodů může být několik - od pracovní vytíženosti až po nedůvěru ve službu. Dalším hlediskem je vzdělávání a míra informovanosti zaměstnanců ZZS a široké veřejnosti. Z průzkumu vyplývá, že povědomí o SPIS v řadách zaměstnanců ZZS je, ale je poměrně krátkozraké. Je nasnadě si tedy položit otázku: „Jak můžeme čekat zájem o službu, pokud jí většina nerozumí.“ Je nutno edukovat složky IZS i civilní obyvatelstvo a použít k tomu všech dostupných prostředků. Základem předpokladu důvěryhodnosti služeb je všeobecné povědomí. V krizové situaci zasažený zpravidla odmítá veškerou pomoc od někoho, koho nezná, informovanost by toto mohla změnit. Zasažení by tak neviděli interventa jako někoho, koho neznají, ale někoho, o kom ví, že jim pomůže. Nevědomost je také důvodem, proč akutní stresové reakce zasažení zvládají pouze za pomoci medicíny. V rámci civilního obyvatelstva by bylo vhodné na službu poukazovat, vysvětlovat její principy a zaměřit se na zodpovězení otázek veřejnosti. Z pohledu Středočeského kraje by bylo vhodné se zaměřit na edukaci od nejmenších územních celků, a to obcí. Spolupráce pracovníků SPIS nebo vedoucích pracovníků oblasti ZZS s obecními zastupitelstvy je klíčová. Povědomí lze rozšiřovat především přímým kontaktem s potenciálními „klienty“, vést semináře rozvíjející problematiku, odpovídat na vznesené dotazy, apod. Je nutno také využívat média, například obecní periodika, na úrovni větších měst, například edukovat laiky v prostředcích městské hromadné dopravy skrz LCD informační systémy. Předpoklad spolupráce zaměstnanců a peerů je také velmi podmíněna povědomím o službách v rámci oblastí ZZS daného kraje. Edukaci by bylo vhodné vést cestou pravidelných seminářů na téma SPIS, dále zapojovat intervenční týmy do řešení metodických cvičení a poukazovat na přítomnost služeb SPIS. Zadrhelem by se v případě peer intervence mohl stát léty vyvíjející se předsudek: „Zvládal jsem to před tím, zvládnou to i teď.“, který nedovolí zasaženému vyhledat pomoc, neboť má pocit viny z osobního selhání. Závěrem je nutno podotknout, že tyto „nedostatky“ jsou pouze dočasné, SPIS je novou službou, která se snaží uchytit v systému pomoci zasaženým kritickou událostí a její největší slabinou je všeobecná informovanost. Po vyřešení tohoto problému půjde o velmi přínosnou službu

pomáhající nejen profesionálům, ale také laikům a tato služba posune holistickou péči o pacienta na další úroveň.

4 ZÁVĚR

Teoretická část bakalářské práce pojednává o psychologické péči v podmínkách ZZS prostřednictvím Systému psychosociální intervenční služby. Popisuje obecnou charakteristiku záchranáře, vysvětluje stres a zátěžové situace, jejich následky. Dále se zaměřuje na problematiku krizové intervence, definuje krizi a její vývoj, rozebírá krizovou intervenci, její úkoly, emoce, proces smrti a truchlení, problematiku suicidia. Další část teoretické části bakalářské práce se zabývá především peer intervencí, ale kromě ní se zaměřuje i na syndrom vyhoření, systém SPIS na území ČR, komunikaci se zasaženým profesionálem, její pravidla a techniky, alternativy intervence a rozbor krizové skupinové intervence.

Praktická část splnila svůj úkol a podala zprávu o správnosti vznesených hypotéz a rozebrala s peerem/krizovým interventem otázky spojené s problematikou SPIS. Elektronickou formou dotazníkového průzkumného šetření byl proveden průzkum na ZZS SČK oblastí Benešov a Kutná Hora a jeho cílem bylo zmapovat povědomí členů výjezdových skupin o službách SPIS. Výsledky průzkumu byly různorodé, ale většinou odpovídaly očekávání. Nejzásadnějším poznatkem se stala otázka č. 14, kdy měli zaměstnanci zhodnotit míru povědomí o SPIS na své oblasti, kde většina odpověděla, že jejich oblast není dostatečně informována o této problematice. Po vyhodnocení průzkumu následoval řízený rozhovor s následným rozbohem problematiky SPIS i povědomí členů výjezdových skupin o službě. Nejvýznamnějším výstupem se stal způsob, jak intervenci nabídnout a pozastavení nad příčinami nedůvěry ve využití služeb SPIS a názorem na povědomí posádek o službách. V závislosti na výsledcích průzkumného šetření a rozhovoru s peerem/krizovým interventem je proto nasnadě doporučení, aby se SPIS a ZZS příslušného kraje snažila rozšiřovat povědomí o službě a využila všech dostupných prostředků, neboť služba je ve svých začátcích a kvalitní základy ze služby vytvoří plnohodnotnou složku pomáhající jedincům v krizové situaci.

Práce splňuje svůj cíl, rozšiřuje povědomí o problematice SPIS, snaží se rozptýlit předsudky a obavy vůči využití služby a hledá způsoby, jak systém psychosociální intervenční služby rozvíjet, tak aby byl plnohodnotnou součástí systému komplexní péče o klienta.

5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

KARBULKA, J., Třídění raněných při mimořádné události s hromadným postižením zdraví v rámci zdravotnické záchranné služby, 1. Vyd. Praha: VOŠZ a SZŠ 5. Května 51, Praha 4, 2013. 61 s.

ANDRŠOVÁ, A., Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi. 1. vyd.

Praha: Grada, 2012. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2

BAŠTECKÁ, B., a kol. Terénní krizová práce psychosociální intervenční týmy.

1. vyd. Praha: Grada 2005. 300 s. ISBN 80-247-0708-X

ČEPICKÁ, B., HUMPL, L. Peer a Systém psychosociální péče ve zdravotnictví.

1. vyd. Brno: NCO NZO 2015. 59 s.

HUMPL, L., a kol. První psychická pomoc ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: NCO

NZO 2013. 134 s. ISBN 978-80-7013-562-4

KOHOUTEK, T., Čermák, I., a kol. Psychologie katastrofické události. 1. vyd.

Praha: Academia, 2009. 364 s. ISBN 978-80-200-1816-8

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., Sebevražedné chování. 2. vyd. Praha: Portál

2007. 127 s. ISBN 978 – 80 – 7367 – 349 – 9

KŘIVOHLAVÝ, J., Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s.

ISBN 80 – 247 – 0179 – 0

MCFARLANE, A. C., Early reactions to traumatic events. The diversity diagnostic formulations. In: Oerner, Roderick, Schnyder, Ulrich (eds.)

Reconstructing Early Interventions in the Care of Survivors, New York: Oxford University Press, Inc. 2003

MÍČEK, L., Duševní hygiena. 2. Vyd. Praha: SPN, 1986, 207s.,

ISBN 14-400-86

MIKŠÍK, O., BŘICHÁČEK, V., Detekce osob náchylných k psychickému selhání: (metodická příručka ke komplexní vyšetřovací baterii, vyvinuté v rámci úkolu P – 17 – 335 – 240/01). Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1981. 131 s

MITCHELL, Jeffrey T. Critical incident stress management (CISM): Group crisis intervention. 4th ed. Ellicot City, MD: International Critical Incident Stress Foundation, 2006. ISBN 09-765-8154-X

ŠEBLOVÁ, J., Posttraumatická stresová porucha. Urgentní medicína 2000, 1, s. 33-35

ŠEBLOVÁ, J., Critical Incident Stress Management. Urgentní medicína 2004, 1, s. 37-38

ŠEBLOVÁ, J., Emoce v práci zdravotnické záchranné služby. In: Höschl C., Praško J., Rokyta R.: Emoce v medicíně. 1. vyd. Praha 2011, Academia Medica Pragensis, s. 117-124. ISBN 978-80-86694-99-3

ŠPATENKOVÁ, N., a kol., Krize: psychologický a sociologický fenomén. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 129 s. ISBN 80 – 247 – 0888 – 4

ŠTANČEL, M. 2012. Psychosociální podpora zdravotníků v krizových situacích. In Sestra, ISSN 1210-0404,2012, roč. 22, č. 1, s. 46-47

ÚLEHLOVÁ, D., a kol. Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky. 1. Vyd. Brno: NCO NZO,2009.116s.ISBN 978-80-7013-502-0

VENGLÁŘOVÁ, M., a kol. Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing bossing. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2

VODÁČKOVÁ, D., a kol., Krizová intervence. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 543 s. ISBN 978 - 80 - 262 - 0212 – 7

VYMĚTAL, J., Lékařská psychologie. 1. vyd., Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1999, 278 s. ISBN 80 – 86123 – 08 – 1

6 PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1 – PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ – DOTAZNÍK

Dotazník – Záchranář mezi dvěma světy

Dobrý den.

Jmenuji se Jan Karbulka, pracuji jako řidič vozidla RV na výjezdovém stanovišti Vlašim. Obracím se na Vás s prosbou věnovat pár minut vyplnění krátkého dotazníku, který poslouží ke zpracování mé bakalářské práce. Název mé bakalářské práce je „Záchranář mezi dvěma světy – psychická zátěž v práci záchranáře“. Práce pojednává o možnostech psychické podpory zasaženým z řad záchranářů i našich pacientů prostřednictvím systému psychosociální intervenční služby (SPIS). Cílem tohoto dotazníku je zejména zmapovat povědomí zaměstnanců stanovišť o činnosti SPIS, zjistit subjektivní zkušenosti se službami a přínos pro praxi. Dotazník je zcela anonymní a informace v něm obsažené slouží výhradně pro účely zpracování mé bakalářské práce. Děkuji za spolupráci a Váš čas.

S pozdravem a přáním pěkného dne Honza Karbulka.

1) Jste :

- a) Žena
- b) Muž

2) Váš věk:

- a) 20-30
- b) 30-40
- c) 40-50
- d) 50-60
- e) 60 a více

3) Na záchranné službě SČK pracují:

- a) 1-5 let
- b) 5-10 let
- c) 10-20 let

- d) 20-30 let
- e) 30 let a více

4) Práci vykonávám v oblasti:

- a) Benešov
- b) Kutná Hora

5) Pracuji na pozici:

- a) Lékař
 - b) Zdravotní sestra/zdravotnický záchranář (vč. s oprávněním řídit vozidla ZZS)
 - c) Řidič vozidla ZZS (* přejděte prosím k otázce č.10)
-

6) Čím se podle Vás zabývá krizová intervence?

- a) Interpersonální konflikty, problémy v osobním/profesionálním životě, prožitá nadlimitní situace v rámci výkonu povolání, smrt kolegy, napadení kolegů ve výkonu povolání
- b) Traumatické úmrtí dítěte, neúspěšná KPR dítěte, neúspěšná KPR mladého člověka, hromadné postižení osob, terminální stavy nevyléčitelných nemocí, suicidium
- c) Nevím, tato problematika mi nic neříká

7) Využil/a jste někdy služby krizového intervenanta?

- a) Ano
- b) Ne

8) V jaké situaci jste využil/a služeb krizového intervenanta?

- a) Úmrtí dítěte
- b) Úmrtí mladého člověka
- c) Hromadné postižení zdraví
- d) Terminální stav u pac. s nevyléčitelnou nemocí

- e) Suicidium
- f) Jiné –vyjmenujte:

9) Změnilo nasazení Krizového intervena Váš výsledný subjektivní pocit z výjezdu?

- a) Ano, měl/a jsem pocit, že jsem pro sekundárně zasažené udělal/a maximum
 - b) Možná, myslím, že krizová intervence je jen službou navíc, která sekundárně zasaženému může trochu pomoci, ale skutečně nepomůže překlenout období smutku
 - c) Ne, nic se pro mě nezměnilo.
-

10) Čím se podle Vás zabývá Peer intervence?

- a) Interpersonální konflikty, problémy v osobním/profesionálním životě, prožitá nadlimitní situace v rámci výkonu povolání, smrt kolegy, napadení kolegů ve výkonu povolání
- b) Traumatické úmrtí dítěte, neúspěšná KPR dítěte, neúspěšná KPR mladého člověka, hromadné postižení osob, terminální stavy nevyléčitelných nemocí, suicidium
- c) Nevím, tato problematika mi nic neříká

11) Využil/a jste někdy služeb peera?

- a) Ano
- b) Ne, nadlimitní a náročné situace zvládám sám
- c) Ne, nevěřím, že mi někdo pomůže . Důvod:

12) V jaké situaci jste využil/a služeb peera?

- a) Interpersonální konflikty
- b) Problémy v osobním/profesionálním životě
- c) Prožitá nadlimitní situace (neúspěšná KPR dítěte, mladého člověka, mimořádné události, apod.)
- d) Smrt kolegy
- e) Napadení/dopravní nehoda kolegů při výkonu povolání
- f) Jiné - vyjmenujte:

13) Pomohla Vám intervence Peerem ve zvládání náročné situace?

- a) Ano, pomohla mi, mohl jsem se svěřit a začal konstruktivně řešit svou situaci
 - b) Ne, byl to chyba, jen jsem svěřil, co mě trápí bez nálezu řešení situace
 - c) Nevím, měl jsem z intervence smíšené pocity.
-

14) Myslíte si, že jsou posádky ZZS ve Vaší oblasti dostatečně informované o službách „Systému psychosociální intervenční služby“ a jejich případného využití?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nedokážu posoudit

PŘÍLOHA 2 – ŘÍZENÝ ROZHOVOR – DOTAZNÍK

Řízený rozhovor s PEEREM / KRIZOVÝM INTERVENTEM na základě dotazníku
Záchranář mezi 2 světy

Řízený rozhovor 18.2.2015

- 1) Budou dle Vás přístupnější využití SPIS ženy nebo muži?
 - a) Muži
 - b) Ženy

- 2) Myslíte, že služby SPIS budou více využívány služebně mladšími nebo služebně staršími zaměstnanci ZZS SČK?
 - a) Mladšími
 - b) Staršími

- 3) Myslíte, že jsou posádky dostatečně poučeni o možnostech a indikačních kritériích pro nasazení Peera / Krizového intervenanta?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Myslím, že ano
 - d) Myslím, že ne
 - e) Nedokážu posoudit
- 4) V případě krizové intervence, základě jakých indikací Vás nejčastěji aktivují?
- a) Úmrtí dítěte
 - b) Úmrtí mladého člověka
 - c) Hromadné postižení zdraví
 - d) Terminální stav u pac. s nevléčitelnou nemocí
 - e) Suicidium
 - f) Jiné –vyjmenujte:
- 5) Jako krizový intervenant /Peer pracujete v odlišném režimu než záchranář/sestra, je pro vás těžké změnit režim z aktivního subjektu vytvářející nějaké hodnoty na pasivního pozorovatele?

- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Záleží na sekundárně zasaženém
- 6) Myslíte, že sekundárně zasažený cítí po Vašem zásahu úlevu v tíživé situaci?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Snažím se, ale někdy mám smíšené pocity
- 7) S jakým typem reakce na akutní stresovou situaci je pro Vás příjemnější pracovat, a proč?
- a) S reakcí typu A
 - b) S reakcí typu B
- 8) Setkal jsem se s reakcí na využití krizového intervenanta, kdy mi respondent odpověděl, že službu na výjezdech několikrát nabízel, ale sekundárně zasažený ji stejně odmítl, přestože byl jasně indikován k intervenci, proto došel k názoru, že

služba je zbytečná, neboť se s ní každý musí vyrovnat sám bez přítomnosti neznámého člověka, co si o tomto myslíte?

- 9) Setkal jsem se také s obdobnou reakcí, kdy zasažený odmítl krizovou intervenci, ale příbuzní si pak dovolávali výjezd ZZS s přáním, aby zasaženému „něco píchli, aby se uklidnil“? Je na místě pak nabídku opakovat, nebo se smířit s tím, že zasaženému se „něco píchne“ a on bude tak alespoň na chvíli zklidněný?
- 10) V případě peer intervence, co myslíte, že je pro kolegy rozhodující, proč Vás vyhledají?
- a) Jsem jeden z nich
 - b) Diskrétnost

- c) Objektivní pohled na chod a fungování organizace
- d) Známost
- e) Vnější vzhled
- f) Má osobnost

11) Na základě jakých potíží Vás nejčastěji vyhledávají Vaši kolegové?

- a) Interpersonální konflikty
- b) Problémy v osobním/profesionálním životě
- c) Prožitá nadlimitní situace (neúspěšná KPR dítěte, mladého člověka, mimořádné události, apod.)
- d) Smrt kolegy
- e) Napadení/dopravní nehoda kolegů při výkonu povolání
- f) Jiné - vyjmenujte:

12) Máte zpětnou vazbu o proběhlých peer intervencích?

a) Ano

b) Ne

13) Jaké pocity cítí vaši kolegové po proběhlé intervenci?

a) Dle zpětné vazby kladné

b) Dle zpětné vazby záporné

c) Dle zpětné vazby, jak kdy, někdy kladné a někdy záporné

14) Z mého výzkumu vyplynulo, že většina dotazovaných je toho názoru, že jsou posádky ZZS dostatečně seznámeni s jednotlivými službami SPIS, ale v cca ¼ odpovědí se objevila odpověď, že jsou toho názoru, že jsou dostatečně proškoleni problematikou SPIS, ale odpovědi, čím se zabývají jednotlivé služby byly špatné. Co je podle Vás důvodem?

15) Co je podle Vás důvodem, všeobecného podceňování SPIS?

- a) Nevědomost (strach z neznáma)
- b) Profesní zkušenost
- c) Subjektivní nedůvěra ke službě
- d) Osobní negativní zkušenost

16) Co by podle Vás mohlo všeobecné podceňování SPIS změnit?

- a) Periodické připomínání služeb v rámci provozních schůzí apod.
- b) Zapojování Peerů/interventů do součinnostních cvičení IZS
- c) Jiné: