

**ČESKÉ VYSOKÉ
UČENÍ TECHNICKÉ
V PRAZE**

**FAKULTA
BIOMEDICÍNSKÉHO
INŽENÝRSTVÍ**



**DIPLOMOVÁ
PRÁCE**

2022

**ROMANA
ŠUMOVÁ**



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

**Problematika poskytování psychosociální pomoci osobám zasaženým
mimořádnou událostí pohledem krizových interventů Zdravotnické
záchranné služby Středočeského kraje**

**Provision of Psychosocial Assistance to Victims of Emergencies from
the Perspective of Crisis Intervenors of the Medical Rescue Service
of the Central Bohemian Region**

Diplomová práce

Studijní program: Civilní nouzové plánování

Autor diplomové práce: Bc. Romana Šumová

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D., LL.M.

Kladno 2022



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Šumová** Jméno: **Romana** Osobní číslo: **503710**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Civilní nouzové plánování**

II. ÚDAJE K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Název diplomové práce:

Problematika poskytování psychosociální pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí pohledem krizových interventů Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje

Název diplomové práce anglicky:

Provision of Psychosocial Assistance to Victims of Emergencies from the Perspective of Crisis Interveners of the Medical Rescue Service of the Central Bohemian Region

Pokyny pro vypracování:

Cílem diplomové práce bude zjistit a popsat negativní faktory a jejich působení při poskytování psychosociální pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí a navrhnout postupy k jejich řešení. V teoretické části budou v obecné rovině vymezeny základní definice týkající se daného tématu včetně legislativního ukotvení. Empirická část diplomové práce bude prezentovat kvalitativní průzkum, který bude zaměřen na získání relevantních informací pomocí techniky individuálního polostrukturovaného rozhovoru s respondenty ze Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje. Kritériem výběru respondentů bude minimální tříletá praxe v roli krizového intervenanta s minimálním počtem patnácti provedených intervencí. Výstupem práce bude provedena SWOT analýza krizové intervence, na jejímž základě budou vytvořena doporučení pro praxi jako možnosti zlepšení poskytovaných služeb. V závěru předkládané práce bude provedena komparace námi dosažených výsledků s výsledky jiných autorů.

Seznam doporučené literatury:

- [1] BAŠTECKÁ, Bohumila, Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy, Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-0708-X
- [2] HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ, První psychická pomoc ve zdravotnictví, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, ISBN 978-80-7013-562-4
- [3] VODÁČKOVÁ, Daniela, Krizová intervence, ed. 3, Praha: Portál, 2012, ISBN 978-80-262-0212-7
- [4] HENDL, Jan, Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace, ed. 4, Praha: Portál, 2016, ISBN 978-80-262-0982-9

Jméno a příjmení vedoucí(ho) diplomové práce:

PhDr. Mgr. Dana Rebecka Raibovská, Ph.D., LL.M.

Jméno a příjmení konzultanta(ky) diplomové práce:

Datum zadání diplomové práce: **04.10.2021**

Platnost zadání diplomové práce: **22.09.2023**

doc. Mgr. Zdeněk Hon, Ph.D.
vedoucí katedry

prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., MBA
děkan

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci pod názvem „**Problematika poskytování psychosociální pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí pohledem krizových interventů Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje**“ vypracovala samostatně a použila k tomu úplný výčet citací použitých pramenů, které uvádím v seznamu přiloženém k diplomové práci.

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

V Kladně dne 22. 02. 2022

.....

Bc. Romana Šumová

PODĚKOVÁNÍ

Za vstřícný přístup, cenné rady a připomínky bych ráda touto cestou poděkovala vedoucí práce paní PhDr. Mgr. Daně Rebecce Ralbovské, Ph.D., LL.M., dále krajské koordinátorce „Systému psychosociální intervenční služby“ Středočeského kraje Marušce Benešové za realizovaný rozhovor a čas, který mi věnovala a také všem respondentům z řad krizových interventů Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje za jejich ochotu a sdílnost při realizaci výzkumu.

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na problematiku poskytování psychosociální pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí. Cílem práce bylo pohledem krizových interventů Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje zmapovat a popsat negativní faktory a jejich vliv při poskytování psychosociální pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí a stanovit způsoby jejich eliminace.

V teoretické části byly v obecné rovině vymezeny základní pojmy a definice týkající se daného tématu včetně legislativního ukotvení. Popisujeme zde význam a specifika činnosti krizových interventů, první kontakt s klientem v terénu, jednotlivé principy, postupy a techniky psychosociální pomoci. Zmiňujeme také důležitost prevence syndromu profesního vyhoření krizových interventů a na závěr uvádíme zásady a etickou rovinu „Systému psychosociální intervenční služby.“

V empirické části diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Pro získání relevantních informací byl uskutečněn prostřednictvím techniky individuálního polostrukturovaného rozhovoru s šesti respondenty, krizovými interventy Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje. Součástí všech rozhovorů je také uvedení šesti kazuistik z praxe. V závěru práce byla provedena SWOT analýza poskytované krizové intervence.

Výzkumem bylo zjištěno, že průběh krizové intervence doprovází velké množství nežádoucích faktorů v podobě zátěží, možných konfliktů a stresových situací, které negativně ovlivňují efektivitu poskytované psychické pomoci i pracovní výkon interventů. Pro jejich eliminaci bylo na konci diskuze uvedeno několik „Doporučení pro praxi,“ která budou poskytnuta krajské koordinátorce „Systému psychosociální intervenční služby“ Středočeského kraje jako námi doporučený návod pro efektivnější poskytování a využívání těchto služeb.

Klíčová slova

Krise; Krizová intervence; Krizový intervent; Mimořádná událost; Psychosociální pomoc.

ABSTRACT

This diploma thesis focuses on the provision of psychosocial assistance to persons affected in the event of an emergency. The aim of the thesis was to chart and describe negative factors and their impact on the provision of psychosocial assistance to victims of emergencies from the perspective of crisis interveners of the Medical Rescue Service of the Central Bohemian Region and to determine ways of eliminating such factors.

The theoretical part presents a general look at the terms and definitions relating to the given topic, including the legislative framework. It describes the importance and specifics of crisis interveners' work, their first contact with the client in the field, and the individual principles, procedures and techniques of psychosocial care. It also mentions the importance of preventing burnout syndrome in crisis interveners and concludes by presenting the principles and ethical side of the „System of the Psychosocial Intervention Service.”

A qualitative survey was adopted in the empirical part of the thesis. In order to obtain the relevant information it was conducted in the form of an individual semi-structured interview with six respondents, crisis interveners of the Medical Rescue Service of the Central Bohemian Region. All the interviews also include the presentation of six case studies from practice. The thesis ends with a SWOT analysis of crisis intervention provided.

The survey found that the crisis intervention process is accompanied by a great many adverse factors in the form of strain, possible conflicts and stressful situations, which have a negative impact on the effectiveness of psychosocial assistance and the work of the interveners. In order to eliminate those factors, at the end of the discussion there are several „Recommendations for Practice,” which will be provided to the regional coordinator of the „System of the Psychosocial Intervention Service“ of the Central Bohemian Region as a guide recommended by us to ensure the more effective provision and use of these services.

Keywords

Crisis; Crisis intervention; Crisis intervener; Emergency; Psychosocial assistance.

OBSAH

1	ÚVOD	9
2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	11
3	PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU	12
3.1	OBECNÝ ÚVOD DO ŘEŠENÉ PROBLEMATIKY	13
3.2	SYSTÉM PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY – VZNIK A VÝVOJ.....	13
3.3	ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE	14
3.3.1	<i>Krise a její fáze</i>	14
3.3.2	<i>Pomoc v krizi a její základní principy</i>	16
3.3.3	<i>Psychosociální pomoc a formy poskytované pomoci</i>	17
3.3.4	<i>Osobnost intervenanta a zásady prvního kontaktu s klientem v terénu</i>	18
3.3.5	<i>Práce s emocemi v průběhu krizové intervence</i>	19
3.3.6	<i>Mimořádné a traumatizující události</i>	20
3.3.7	<i>Osobnost zdravotníka a expozice náročným situacím</i>	23
3.3.8	<i>Intervenční a preventivní techniky v rámci CISM</i>	25
4	METODIKA	27
4.1	ČASOVÝ HARMONOGRAM	27
4.2	VÝZKUMNÝ VZOREK.....	28
4.3	VÝZKUMNÝ NÁSTROJ.....	29
4.4	ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU.....	30
4.5	METODY VYHODNOCOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	31
5	VÝSLEDKY	32
5.1	PŘEHLED ANALYZOVANÝCH VÝSLEDKŮ	50
5.2	VYHODNOCENÍ CÍLŮ PRÁCE	53
5.3	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	58
6	DISKUZE	59
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	70
7	ZÁVĚR	73
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	74

9	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	76
10	SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ.....	81
11	SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK.....	82
12	SEZNAM PŘÍLOH.....	83

1 ÚVOD

*„Križe nejsou signálem k rezignaci, dokonce ani ne k pasivnímu „přetrpění“,
nýbrž výzvou k tvořivé reakci, nabídkou sestoupit hlouběji.“*

Tomáš Halík

Nepřetržitě střídání „zrození – života – smrti“ je základní přírodní zákonitostí, které nevyhnutelně podléhá každý lidský život na naší planetě. V průběhu života každého jednotlivce je kontakt s nemocí, ztrátou, lidským utrpením, a tedy i se smrtí, jeho automatickou součástí. Přesto nikdo z nás není nikdy dostatečně připraven na to, úspěšně čelit těmto psychicky náročným a často dramatickým situacím, které každého člověka vyvádí z rovnováhy zejména tam, kde nepříznivá zpráva, zákeřná nemoc, nehoda či dokonce smrt, přichází náhle a nečekaně. V takto náročných situacích se v praxi poskytuje „zasazeným osobám“ prostřednictvím peerů a krizových interventů psychosociální pomoc (dále jen PSP), která je hlavním tématem diplomové práce.

V současné době pracuji již osmým rokem na pozici operátora Call centra Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje (dále jen ZZS SČK), kde jednou z náplní pracovní činnosti je využívat prvky krizové komunikace a PSP. Další z mnoha povinností je také koordinovat činnost krizových interventů, ve smyslu zajištění PSP pro zasažené, tzn. zkontaktovat, informovat a vyslat krizového intervenanta na místo události. Proniknout tedy hlouběji do této problematiky a tímto způsobem získat nové informace bylo jedním z hlavních cílů a důvodů vzniku této práce. Dalším záměrem bylo toto aktuální téma umístit do povědomí široké veřejnosti a z edukačně-informačního hlediska poskytnout potřebné klíčové informace také současným a budoucím krizovým interventům, působících jako odborná pomoc a podpora při mimořádných událostech (dále jen MU) jak profesionálům, tak laické veřejnosti a v neposlední řadě se pokusit získat nové síly a rozšířit řady krizových interventů, a to z důvodu vzrůstající potřeby krizové intervence a aktuálního zjištění postupně klesajícího trendu v zájmu zdravotnických pracovníků tuto činnost vykonávat.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Cílem teoretické části bylo vymezit základní pojmy týkající se tématu, uceleně definovat PSP a krizovou intervenci, obecně popsat problematiku poskytování PSP včetně příčin, vzniku a účinku

negativních faktorů a jejich působení v průběhu poskytované intervence a v neposlední řadě reflektovat nutnost zdokonalit nejen kvalitu péče o psychiku „sekundárně zasažených“ osob při vzniku MU, ale díky zlepšení pracovního prostředí i kvalitu lékařské péče poskytované primárně zasaženým na místě neštěstí.

V empirické části práce je analyzováno šest rozhovorů provedených s krizovými interventy, které jsou zaměřeny na reakce klientů i zasahujících interventů před, během a bezprostředně po vykonané intervenci, na možnosti využití psychosociální intervenční péče a peer podpory, na efektivitu této činnosti a dále na význam, potřebu a zájem tuto službu využívat. Pro ilustraci problematiky našeho tématu uvádíme v závěru rozhovorů také šest analyzovaných kazuistik z praxe.

Podklady pro tuto práci byly čerpány z profesních zkušeností současných pracovních kolegů autorky práce – krizových interventů a také na základě knižních, časopiseckých a legislativních pramenů.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem předložené diplomové práce bude zjistit a popsat negativní faktory a jejich vliv při poskytování PSP osobám zasaženým MU a navrhnout postupy k jejich řešení.

Krizoví interventi zdravotnických záchranných služeb v České republice, jak je již z praxe povědomé, pracují v terénních podmínkách a zejména téměř vždy v psychicky vypjatých situacích. Takto náročné pracovní prostředí jejich činnost mnohdy komplikuje. Pokusit se optimalizovat jejich pracovní podmínky a průběh poskytování krizové intervence nás dovedlo k úsilí o zjištění všech negativních faktorů, které v průběhu poskytované krizové intervence působí a dále k úsilí o jejich následné zmírnění či eliminaci. V rámci zkvalitnění péče poskytované prostřednictvím současných a budoucích krizových interventů, budou výsledky konzultovány s krajskou koordinátorkou Systému psychosociální intervenční služby Středočeského kraje (dále jen SPIS SČK) a dále dle jejího uvážení předloženy a diskutovány s vedoucími pracovníky na celorepublikové konferenci SPIS.

Cíle práce:

- Přinést ucelený náhled na problematiku poskytování PSP, vymezit základní pojmy týkající se tématu.
- Zjistit a popsat negativní faktory a jejich vliv při poskytování PSP osobám zasaženým MU.
- Zjistit možnosti eliminace negativních faktorů a navrhnout postupy k jejich řešení.

Výzkumné otázky:

č. 1: *Jaké negativní faktory ovlivňují průběh poskytování PSP osobám zasaženým MU?*

č. 2: *Jakými způsoby lze zjištěné negativní faktory omezit či eliminovat?*

3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

Za účelem ochrany obyvatelstva ve smyslu odpovědnosti za oblast veřejného zdraví, bezpečnosti a krizového řízení, byl v naší republice zaveden funkční integrovaný záchranný systém (dále jen IZS), který je zákonem č. 239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému definován jako: „*koordinovaný postup všech jeho složek při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací*“ (Česko, 2000a, §2), kde všechny jeho složky také disponují nepřetržitou telefonickou linkou tísňového volání. Jednu z jeho základních složek společně s Policií České republiky (dále jen Policie ČR), jednotkami požární ochrany plošného pokrytí kraje a Hasičského záchranného sboru (dále jen HZS), tvoří i Zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS).

ZZS patří mezi základní složky IZS a je dle zákona č.374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě definována: „*zdravotní službou, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, není-li dále stanoveno jinak, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života*“ (Česko, 2011, §2).

Dle metodického opatření ministerstva zdravotnictví dne 1. ledna 2003 vzniklo na území České republiky (dále jen ČR) čtrnáct krajských územních středisek ZZS, na kterých funguje vždy jen jedno krajské Zdravotnické operační středisko (dále jen ZOS) koordinující úlohy pro celý kraj (Dvořáček, 2010). ZOS tvoří klíčovou jednotku ZZS a je v každém regionu ČR dostupné na tísňovém telefonním čísle 155. Dle stejného zákona č. 374/2011 Sb. je: „*centrálním pracovištěm operačního řízení, které pracuje v nepřetržitém režimu*“ (Česko, 2011, §11). Tentýž zákon také definuje „*pomocné operační středisko*“ podřízené ZOS, které pomáhá rychlejšímu fungování ZOS (Česko, 2011), (Franěk, 2008). Toto pomocné středisko, pro veřejnost známé pod názvem Call centrum ZZS (dále jen CC ZZS), bylo ve Středočeském kraji zřízeno jako první zdravotnická poradenská služba fungující na bezplatné lince 800 888 155 v nepřetržitém provozu sloužící jako doplňková součást ZOS, z důvodu ulehčení běžnému provozu linky 155. Služeb CC ZZS mohou občané kraje využívat při otázkách neurgentního zdravotnického a psychosociálního charakteru, které nejsou indikací pro výjezd záchranných složek. Součástí služeb CC ZZS je mimo jiné i koordinovat činnost krizových intervencí ZZS (ÚSZSSK, 2013), (Šumová, 2019).

3.1 Obecný úvod do řešené problematiky

V situacích, kdy při záchráně pacienta bývají zdravotničtí pracovníci konfrontováni s jejich blízkými, u nichž vlivem události došlo k těžkému zasažení jejich psychického, emočního prožívání, je přítomnost krizového intervenanta zpravidla žádoucí. K této krizové situaci dochází zejména tehdy, jsou-li vystaveni mimořádně těžké situaci či po vyslyšení nepříznivé zprávy. Tehdy hovoříme tzv. o „sekundárně zasažených“, kteří v danou chvíli pocítují nedostatek informací k události, potřebu ventilace a sdílení emocí, potřebu pomoci ukotvit v čase a prostoru, vytvořit bezpečné místo pro zpracování psychicky náročné situace či potřebu provázet těžkou situací. Mnohdy bývá po zajištění PSP nutné zabezpečit návaznou péči o jejich psychické potřeby rodinou či vhodnou službou. Výše popsané potřeby nevznikají zdaleka pouze při MU jako jsou hromadná neštěstí či katastrofy různého charakteru, ale jsou nejčastější při událostech, které se formálně nenazývají MU, nemívají hromadný charakter a nebudí nijak velkou všímavost médií (Humpl a kol., 2013).

3.2 Systém psychosociální intervenční služby – vznik a vývoj

Péče o psychickou pohodu zdravotnických pracovníků je v ČR mnohem mladší, než ve vyspělých státech světa. V naší republice se počátek váže ke konci dvacátého století, kdy byl realizován projekt Leonardo da Vinci v rámci Evropské unie. Cílem tohoto projektu bylo vytvořit síť pomoci v rámci Evropy, která by pomáhala při zvládnání krizových situací zdravotníkům. Projekt získal podporu Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen MZČR). Za několik let poté byly provedeny první výcviky pro desítky zdravotníků v metodě „Critical Incident Stress Management“ (dále jen CISM). Tímto výcvikem vznikla v ČR základna budoucího centra pro Systém psychosociální podpory ve zdravotnictví. Do budování systému vstoupilo MZČR a v roce 2009 byl vydán pokyn k založení odborné skupiny. Ta měla za cíl vytvořit a koordinovat systém psychické podpory pro potřeby poskytovatelů zdravotních služeb a zároveň i v zájmu potřeb obyvatelstva. V roce 2010 byl ministrem zdravotnictví oficiálně ustanoven SPIS, který až do roku 2012 odborně garantovalo MZČR. V roce 2011 bylo zakotveno zajištění psychosociálních služeb v zákoně č.374/2011Sb., o zdravotnické záchranné službě, jako součást povinností poskytovatele ZZS. V roce 2012 přešel SPIS od MZČR pod Asociaci zdravotnických záchranných služeb ČR a odborným garantem se stala Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof České

lékařské společnosti J. E. Purkyně (dále jen ČLS JEP). Zároveň se do projektu zapojila také řada nemocnic. V roce 2014 SPIS rozšířil svou pomoc také pro osoby zasažené psychicky náročnou situací jako je například sdělení závažné diagnózy a pro pozůstalé při úmrtí blízkého (Dašková, 2018). V roce 2019 MZČR za podpory ČLS JEP, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR, Asociace klinických psychologů ČR a Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (dále jen NCO NZO) vydalo „Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví“ s cílem vytvoření sítě vyškolených poskytovatelů psychosociální podpory napříč resortem zdravotnictví a vyzvalo tak k implementaci tohoto metodického doporučení do vnitřních předpisů poskytovatelů lůžkové nebo ambulantní péče a poskytovatelů zdravotnické záchranné služby. Cílem doporučení bylo vytvoření plošně dostupné sítě psychosociální podpory peerů (poskytují PSP zdravotníkům) a interventů (poskytují PSP veřejnosti) v rámci resortu zdravotnictví (MZČR, 2019).

V příloze 1 (s. 84) uvádíme typy nadlimitně psychicky zatěžujících událostí, při kterých je intervenční péče a peer podpora podle metodického doporučení prováděna.

3.3 Základní terminologie

Tato kapitola je věnována vymezení základních pojmů, týkajících se tématu zpracovávaného v diplomové práci.

3.3.1 Krize a její fáze

Slovo „krize“ pochází z řeckého „*krisis*“ znamenající soud či také proces, v němž dochází k vnitřnímu neklidu a k rozhodnutí. Vede obvykle ke změně pravidel našeho chování, ke změně jeho řídicích způsobů (ať v pozitivním nebo v negativním smyslu). Nese možnost zásadní změny. Může být tedy současně nebezpečím i příležitostí. Člověk v krizi i přes subjektivní pocit hrozby, může dosáhnout velkého posunu nebo životní změny (Vodáčková a kol., 2012).

Krizová situace je taková situace, která „*eskaluje a přesahuje aktuální možnosti člověka ji zvládnout. Subjektivně je prožívána jako negativní, ohrožující kvalitu života (nebo život samotný), kdy člověk aktuální řešení dočasně nenachází*“ (Brož, Vodáčková, 2015, str. 36).

Dle Humpla a kol. (2013) je třeba si uvědomit, že každý z nás, vnímá okolí a svůj vlastní svět naprosto odlišně. Pro jiného člověka mohou mít identické události úplně jiný význam, než pro nás. To, co pro jednoho znamená zcela bezvýznamnou událost, se pro jiného člověka stane příčinou rozkladu osobnosti. Každý z nás nakládá různým stupněm snášenlivosti frustrace, různě silnými adaptačními a obrannými mechanismy (a tyto se mohou u daného jedince měnit v čase). Potenciální zdroj krize spočívá v subjektivním posouzení konkrétní životní události a vlastních možností, nikoliv v události samotné.

Každá krize se mění a vyvíjí v čase, není statická. Následně uvádíme jednotlivé fáze krize, které je důležité dle Vodáčkové a kol. (2012) znát a také je pro účinnou intervenci dokázat u člověka v krizi rozpoznat:

- 1. Fáze: Ohrožení** – osobní osvědčené zdroje svépomoci, pomoc druhých nebo schopnosti a vědomosti jedince se projevují aktuálně jako nedostačující, narůstá úzkost a nejistota a zvyšuje se míra neklidu.
- 2. Fáze: Pocit zranitelnosti** – narůstají negativní pocity a emoce, zintenzivňují se, citlivě je vnímán neúspěch a pocit ztráty kontroly, zvyšuje se vnitřní napětí a klesá sebevědomí.
- 3. Fáze: Mobilizace psychických rezerv** – zlomová fáze, kdy postižený hledá veškeré psychické rezervy a možná řešení, dochází buď k překonání krize a znovunabytí kontroly nad věcí, pokud je snaha neúspěšná, dochází k nebezpečí vzniku přechodu do chronického stavu.
- 4. Fáze: Syndrom psychického ohrožení** – projeví se, pokud je „přizpůsobení se“ situaci neúspěšné, jedinec může vypadat, že situaci zvládá, ale omezuje společenské kontakty, dochází u něj k vnitřní psychické dezorganizaci a chaosu. Dotyčný je podrážděný, má agresivní reakce na okolí, může si postupně vypěstovat závislost na alkoholu nebo mít dokonce i suicidální tendence. Podle Schmidbauera (2015) je slovo „syndrom“ skupinou různých znaků, tvořících obraz určitého patologického procesu.

3.3.2 Pomoc v krizi a její základní principy

Psychická zátěž je souborem impulsů či pohnutek, které působí na lidskou psychiku. Můžeme ji definovat jako postup duševního zpracování a vyrovnávání se s nároky a požadavky okolního světa jak v běžném životě, tak v pracovním prostředí (Ralbovská, 2017). Lidé zasažení těžkou událostí, mají k dispozici celou řadu zdrojů, z nichž mohou čerpat pomoc a podporu. Jakými způsoby lze člověka v krizi podpořit uvádíme v následujících řádcích. Jako první nastupuje:

1. neformální pomoc – slouží jako první opatření, výhodou je snadná dostupnost. Druhem této pomoci je myšlena svépomoc a vzájemná pomoc, kde prostřednictvím svých zvládacích taktik, ať už vrozených (např: útok, útek, vytěsnění, potlačení apod.), získaných či naučených, si každý jednatel dokáže ve většině životních situací poradit sám (Humpl, 2013). Dle Špatenkové a kol. (2017) tyto obranné mechanismy falšují realitu a tím také prakticky jedince chrání. Mohou být však přínosné v akutní situaci, tedy krátkodobě, avšak z dlouhodobého hlediska jsou neadaptivní a nepomáhají k řešení. Pokud se tyto strategie projeví jako aktuálně nedostatečné, bývají dle Baštecké a kol. (2013) po ruce osoby blízké, partneři, příbuzní, přátelé, sousedé či kolegové. Ti jsou nejpřirozenější a nejbližší podporou, mají své důležité místo a pomoc od nich probíhá na laické úrovni.

Dle Humpla a kol. (2013) jsou tyto vyrovnávací (copingové) strategie velmi důležité nástroje při zvládnání náročné situace. Každý z nás je ovládá zcela přirozeně, ale u každého člověka jsou zcela odlišné. Mezi „*neefektivní*“ neúčinné zvládací strategie patří izolace, alkohol, přejídání, přepínání se cvičením, pasivita či stereotypní reakce na problémy. Dle Špatenkové a kol. (2011) patří mezi „*efektivní*“ zvládací strategie: aktivní přístup ke skutečnostem a aktivní hledání pomoci, ventilování emocí (pozitivních i negativních), rozdělení problému na části a jejich postupné řešení, pružnost, ochota přizpůsobit se změnám a měnit sebe sama, dostatečná sebedůvěra a důvěra v jiné lidi a také naděje v možnost krizi překonat. Copingové mechanismy se mají tendenci v krizi množit, ale pokud není řešena příčina, pomáhají stále méně. U hodně silných podnětů (traumatizující situace) nemáme k dispozici žádnou schopnost vyrovnání se s ním. Proto nastupuje tzv:

2. formální pomoc, jejímž smyslem je dle Holčákové (2018) poskytování základní psychosociální pomoci lidem zasaženým nehodami, katastrofami, mimořádnými

či traumatizujícími událostmi nebo jinými okolnostmi, které představují ohrožení pro jejich psychickou integritu a pohodu. Dle Humpla a kol. (2013) je to odborná pomoc v krizi a nastupuje všude tam, kde zpravidla všechny možnosti selhaly.

Při odborné pomoci v krizi hovoříme o tzv. **krizové intervenci**. Tato odborná metoda zahrnuje různé techniky a strategie práce s lidmi, kteří prožívají nepříznivou a zatěžující situaci. Použití této metody navodí pocit zvládnání situace a úlevy. Je zaměřena na jedincovu minulost i budoucnost související s krizovou situací, na podnět, který krizovou situaci vyvolal, na pocity s ním spojené, na možné zdroje pomoci v klientově okolí a na jeho vlastní síly. **Krizový intervent** je pracovník, který prošel výcvikem v takové metodě pomoci a který PSP poskytuje (Vodáčková a kol., 2012).

3.3.3 Psychosociální pomoc a formy poskytované pomoci

PSP je psychická pomoc člověku v krizi v podobě jednorázového zásahu prostřednictvím rozhovoru. PSP v sobě zahrnuje okamžitou reakci na psychosociální potřeby klienta. Mohou ji poskytovat jak odborníci, tak vyškolení laici či nejbližší osoby zasaženého (Humpl a kol., 2013). V typové činnosti 12/IZS je psychosociální pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí definována jako: *„činnost v rámci humanitární pomoci a nouzového přežití a také jako naplňování zjištěných potřeb v oblasti duševní, duchovní a sociální, a to v souladu s hodnotami zasažených osob“* (MVČR-GŘ HZS, 2015, str. 4).

Cílem krizové pomoci je stabilizace stavu zasaženého a snahou je zajistit fungování jedince alespoň na úroveň před započítím krize. Dalším cílem je prodiskutovat otázky a úkoly v blízké budoucnosti, vést dotyčného k možnostem řešení, podpořit jeho samostatnost a kompetence. Krizová pomoc se odehrává formou **ambulantní** (krizová centra, denní stacionáře apod.) nebo **hospitalizací** (obvykle v krizovém centru nebo krizová lůžka v nemocnici). Dále pak v podobě **telefonické** první pomoci (kontaktní či specializované linky, linky důvěry) nebo v podobě **terénní služby** (výjezd ke klientovi, doprovod, zásah při MU), (Špatenková a kol., 2011). Rozsah péče je obvykle časově limitován, je omezen na jeden nebo několik málo kontaktů a nezřídka se odehrává v improvizovaných podmínkách. Zdravotničtí interventí jsou v současnosti členy svých nemocničních nebo záchranářských týmů, ale pokud jde o celorepublikovou úroveň, netvoří dosud žádnou síť. Spíše hovoříme

o jednotlivých místech, na nichž se v našem zdravotnictví tato služba poskytuje. O to spíše je důležité, aby zdravotničtí interventi dovedli v praxi zajistit informování a nasměrování psychicky zasažených k další možné péči, vnímají-li ji v konkrétním případě jako potřebnou. Pro každého z nich je proto velmi důležité, mít přehled o fungujících zařízeních tohoto typu v rámci vlastního kraje, kde působí (Humpl a kol., 2013). Tuto skutečnost nám potvrdila i krajská koordinátorka SPIS SČK Benešová (2021), která nám v rozhovoru sdělila, že: „každý krizový intervent má dostatek těchto informací, které v případě potřeby v rámci krizové intervence automaticky poskytuje jak zasaženému jednotlivci, tak rodině.“

3.3.4 Osobnost interventa a zásady prvního kontaktu s klientem v terénu

Dle Benešové (2021) je krizový intervent pracovník ve zdravotnictví, který absolvoval výcvik „První psychická pomoc ve zdravotnictví,“ se zkušeností s krizovou intervencí. Na základě tohoto výcviku může poskytovat ve vymezeném rozměru PSP osobám blízkým či pozůstalým, popřípadě samotnému pacientovi. Pracuje v souladu se závaznými legislativními normami a dokumenty, které upravují činnost zdravotnických pracovníků a jeho péče je poskytována v souvislosti s prací či zásahem zdravotnického týmu. Péči poskytuje ve spolupráci s krajským koordinátorem a odbornými garanty SPIS. Požadavek na vzdělání interventa:

- **absolvovat certifikovaný program** „První psychická pomoc ve zdravotnictví“ – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým;
- **adekvátní výcvik** první psychické pomoci, odsouhlasený, či vedený garanty SPIS se srovnatelnou délkou a odbornou náplní;
- **udržování kvalifikace** – účastnit se pracovních konferencí SPIS, refresh kurzů, supervizí – setkání týmu, dalších dohodnutých a garantem systému schválených akcí, kazuistických seminářů vedených garanty systému či jimi prověřenou osobou (Benešová, 2021).

První kontakt s pacientem, či klientem v terénu je pro krizového interventa vždy značně důležitý. V případě potřeby poskytuje psychickou podporu a provází náročnou situaci. Tento zájem by měl zasažený vnímat. Kromě toho, že v krizi se u člověka hlásí i somatické potřeby, kdy nesmí zapomínat na základní biologické potřeby, jako jsou tekutiny, teplo atd., pamatuje, že při prvním kontaktu je nejdůležitější:

- poskytnout prostor pro vyjádření emocí;
- být empatický, ale nepřítakávat;
- umožnit soukromí dle možností a bezpečí (sanitka, jiná místnost v bytě);
- přizpůsobit se zasaženému;
- poskytnout informace;
- zajistit další návaznou péči, popř. kontakty (Humpl a kol., 2013, str. 32).

Také etiku je nutné vnímat jako nedílnou součást každé pomáhající profese. Pomáhající pracovníci, stejně jako všichni ostatní lidé, zastávají určité postoje, na jejichž základě se rozhodují. Pokud není pomáhající schopen sebereflexe, může to mít vážný dopad na uživatele a celý profil služby (Baštecká, 2009). Proto je dle Buriánkové a Ryby (2009, str. 36) „cílem psychosociální intervenční služby podpora a péče o zaměstnance a důsledkem toho také komfortnější péče o pacienty,“ protože kvalitní pracovní výkon „intervenci,“ podá pouze pracovník, který je sám bez problémů a psychicky vyrovnaný. Je tedy nezbytné, aby se etika na kvalitní úrovni stala součástí celoživotního vzdělávání každého pomáhajícího pracovníka.

Každý peer a krizový intervent musí dodržovat „Etický kodex“ (dále jen EK) poskytovatele SPIS, který slouží k ochraně poskytovatele služeb při vymezení hranic jeho péče i k ochraně klienta před poškozením, způsobeným nevhodně použitými postupy intervence. Je závazný pro všechny poskytovatele SPIS (Humpl, 2013).

3.3.5 Práce s emocemi v průběhu krizové intervence

„Nevyjádřené emoce nikdy nezemřou. Jsou pohřbeny zaživa a vyjdou na povrch později, ošklivějšími způsoby.“

Sigmund Freud

V této podkapitole navážeme na předcházející výstižná slova rakouského lékaře, psychologa a psychoanalytika Sigmunda Freuda (1856-1939). Dle Vodáčkové a kol. (2012) cítí člověk v průběhu krize většinou silné emoce. Je tedy správné, aby je klient mohl projevovat a prožívat. Důležité je v tomto směru klientovi pomoci. Podle Humpla a kol. (2013) se v praxi během poskytování PSP pracuje s těmito emocemi:

- **Pláč** uvolňuje napětí, působí jako ventil. V kontaktu se zasaženým člověkem není nutno dělat více, jen poskytujeme plačícímu prostor.
- **Strach a úzkost** patří mezi časté emoce v krizových situacích, kdy jedinec reaguje buď šepotem a tichou mluvou nebo naopak křikem a snahou strach překřičet. Dále pak nutkáním mluvit nebo zrychleným tempem řeči. Důležitá je tedy poloha těla. Měl by být pozicí těla zakotvený v prostoru. Klienta úkolujeme jen po malých krocích, které budou snadno splnitelné. V těchto situacích velmi dbáme na vhodnost a bezpečnost případného tělesného kontaktu.
- **Panická úzkost** je stav, kdy je člověk ve svém prožívání doslova roztržštěn, tedy není schopen soustředit se a zaměřit svou pozornost. Těká z jednoho místa na druhé, vnější projev je zmatený a postrádá účel. Strach může být doprovázen strachem ze smrti nebo ze ztráty sebekontroly.
- **Hněv** je významná emoce, která pomáhá mobilizovat proti ohrožení, stanovovat hranice, vnímat vlastní individualitu. Může být jednou s fází vyrovnávání se s těžkou ztrátou – rychle se mohou střídát popření, smutek a hněv. Při práci s takovým klientem dáváme vždy pozor na vzájemnou vzdálenost, fixaci pohledem, vlastní polohu těla. Je nutno mít na paměti, že krize je proces. Trvá v rozmezí hodin až měsíců, může trvat roky. Klient potřebuje „*dopadnout na dno*“, aby mohl postupně opět nahoru na původní úroveň. Dopad na dno můžeme pozorovat z tělesných projevů jedince, například výdech a hluboký nádech, náhlé procitnutí v situaci apod. Z praxe je známé, že například nejvíce komplikací u suicidií není ve fázi sklouznutí a dopadu, ale ve fázi uvíznutí na cestě zpět. Důležité je tedy pomoci klientovi bezpečně dojít (nikoliv tvrdě dopadnout) až na dno a po té se postupně zocelit a z krize stoupat zpět nahoru.

3.3.6 Mimořádné a traumatizující události

Mimořádnou neboli kritickou událostí je myšlena taková událost, která má schopnost působit na jedince jako spouštěč krizové situace. Kritickou událostí nazýváme jakoukoliv událost natolik emocionálně silnou, že přesahuje běžné schopnosti člověka (který jí byl vystaven) se s ní vypořádat. Situace, která je pro jednoho člověka kritická, může být pro druhého vcelku dobře zvládnutelná. Svou roli hrají zkušenosti, aktuální psychický stav, vnější podmínky a řada dalších faktorů na místě události. Mezi takové události patří např: „*traumatická smrt dítěte, neúspěšná resuscitace dítěte,*

události extrémních sebevražd či násilné smrti, zážitek zvláště tragické události či katastrofy, setkání s krutou smrtí u postižené osoby, smrt nebo vážné zranění kolegy ve službě, okolnostmi komplikovaný a nezdařený pokus o záchranu postiženého, zážitek ohrožení vlastního života či zdraví při zásahu apod.“ (Humpl a kol., 2013, str. 35).

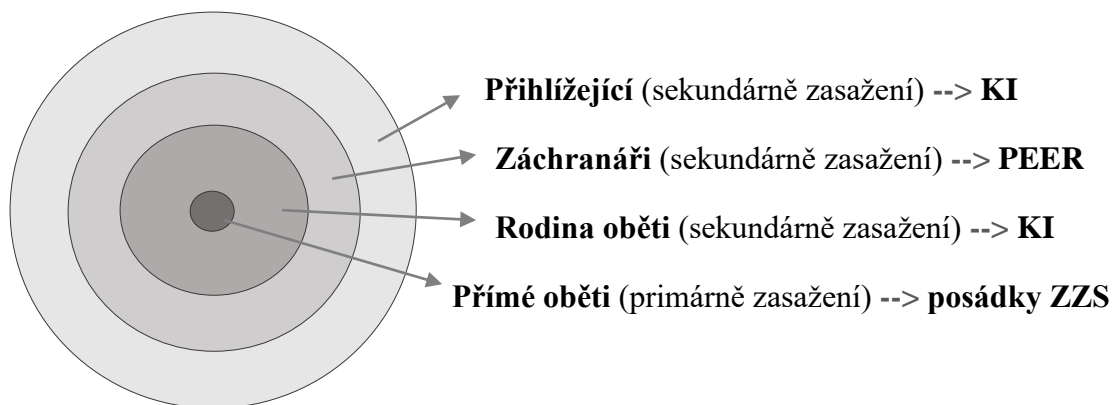
Traumatizující událostí je situace, která dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) vyvolává hluboké rozrušení téměř u kohokoli a má výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter (ÚZIS, 2018). Takové události mohou ovlivnit momentální i budoucí psychický stav a výkonnost postiženého jedince. Člověk může, ale nemusí být schopen kritickou situaci zvládnout sám. Traumatizující událost se projevuje na úrovni tělesné, pocitové, myšlenkové, psychické, vztahové, kdy hovoříme o takzvaných posttraumatických jevech. Slouží k jejímu zvládnutí a jsou tedy ve své podstatě zdravé. Pokud přetrvávají a jsou intenzivní i po skončení kritické události a jejím vyřešení, stávají se z nich poruchy (Humpl a kol., 2013). Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) rozlišuje tyto reakce na těžký stres:

- **Akutní reakce na stres (psychický šok)** – vzniká jako bezprostřední reakce na výjimečný fyzický či psychický stres. Člověk může být dezorientován, má zúžené vědomí a pozornost a výrazně snížené poznávací a rozumové schopnosti. Následovat může zvýšená činnost (hyperaktivita) nebo naopak stažení se jedince. Porucha není trvalá, příznaky se objevují v řádu minut po samotném stresovém prožitku a odeznívají během několika hodin až dnů. Postižený si nemusí tento časový úsek vůbec pamatovat nebo si pamatuje jen částečně, co se stalo (Humpl a kol., 2013).
- **Posttraumatická stresová porucha** – jedná se o prodlouženou nebo zpožděnou reakci na stresovou událost, která byla traumatizující. Objevuje se a rozvíjí do šesti měsíců po události. Hlavními příznaky jsou: *„pocity odtržení od lidí, otupělost a nedostatek zájmu, flashbacky, neboli živé, silné vzpomínky na traumatický prožitek z minulosti, který je vnímán jako součást reality - zasažený jakoby znovu prožívá událost, dále dráždivost, úzkost, zvýšená lekavost, poruchy spánku, noční můry, popření a vyhýbání se situacím, lidem a místům nebo činnostem, které událost připomínají, citová oploštělost, neschopnost vnímat pozitivní emoce, hněv a podráždění se objevují i na malý podnět a fyziologická reaktivita (dech, srdeční činnost) na podněty, které připomínají trauma“* (Vodáčková a kol., 2012, str. 364-365). Dále se mohou

objevovat panické stavy, pocity viny za vlastní přežití. Procentuální odhady výskytu této poruchy se pohybují mezi 10 až 30 % všech traumatem zasažených osob. Častější výskyt lze očekávat, pokud je jedinec sociálně neukotvený nebo má-li psychiatrickou anamnézu (Humpl a kol., 2013).

Následky traumatických událostí lze poskytnutím včasné intervence mírnit, v části případů jim i předejít. Dle Vymětala (2009, str. 16) je krizová intervence: „specializovaná okamžitá pomoc lidem, kteří se ocitli v krizi. Krizová intervence je komplexní, prakticky zaměřená pomoc, která může zahrnovat pomoc psychologickou (zaměřuje se na problém, který krizi vyvolal, kdy je jedinec s krizí konfrontován a dochází k jejímu řešení), lékařskou pomoc (psychiatrická intervence, medikace, hospitalizace), sociální pomoc (sociální intervence) a právní pomoc.“

V naší republice se objevuje možnost pomoci v zásahu psychologů či jiných vyškolených interventů přímo v terénu, tedy na místě události. V rámci IZS jsou zaměstnání psychologové, zejména v rámci složek HZS a Policie ČR a vyškoleni jsou také krizoví interventy z řad zaměstnanců všech složek IZS, tedy i z řad ZZS. V případě potřeby vyjíždějí na základě výzvy operačního střediska k zásahům a zasaženým poskytnou krizovou intervenci na místě neštěstí. Pojem **první psychická pomoc** (dále jen PPP) označuje **specifickou odnož krizové intervence**, která jak název napovídá, se nejčastěji používá v akutních situacích k rychlému psychickému ošetření a podpoře klienta při zasažení nenadálými událostmi, jako jsou například přírodní katastrofy, úmrtí či vážné onemocnění blízkého člověka apod. (Baštecká a kol., 2013). Následující obrázek 1 ilustruje všechny možné skupiny zasažených osob v rámci MU s konkrétní poskytovanou péčí.



Obrázek 1 Okruhy zasažených a možnosti PSP, zdroj: modifikace dle Humpla a kol., 2013, s. 5

3.3.7 Osobnost zdravotníka a expozice náročným situacím

Zdravotníci profesionálové jsou běžně konfrontováni nejen se samotnou potřebou řešení zdravotních problémů, ale také s negativním emočním prožíváním svých pacientů a jejich příbuzných. Kromě různorodých a často protichůdných tlaků a požadavků z okolí, musí neustále čelit i vlastní nejistotě, obavám, limitovaným schopnostem a vlastním zdrojům fyzických i psychických sil (Gurňáková, 2013).

Dle Humpla a kol. (2013) je tato skutečnost nedílnou součástí profese, stejně tak jako situace, kdy jakákoliv péče je marná či dokonce odmítaná. Z těchto důvodů jsou osobnostní charakteristiky pro výkon profese každého zdravotnického intervenanta velmi podstatné. Důvodem je fakt, že práce zdravotnického personálu v urgentním oboru tedy podstatně překračuje podmínky běžného zaměstnání, stejně tak jako u zaměstnanců ostatních složek IZS. Zatímco ale profesionální policisté a hasiči procházejí před přijetím do služebního poměru psychologickým testováním, které prověřuje jejich vlastnosti a osobnostní výbavu, zdravotníci nikoliv. Přesto jejich charakteristiky a předpoklady k pracovnímu výkonu jsou neméně důležité. Od zdravotníka pracujícího v prostředí urgentní medicíny se pochopitelně očekává řada charakteristik, kterými by měl disponovat. Jmenovat můžeme například schopnost rychlého rozhodnutí a zachování „chladné hlavy“ i ve velmi vypjatých situacích. Šeblová a kol. (2009) uvádějí, že podle zahraničních studií patří mezi typické osobnostní charakteristiky záchranářů mimo jiné i vysoká odolnost vůči zátěži, ochota podstoupit vysoké riziko a orientace na činnost, tedy rysy, které ke zvládnutí vypjatých situací pozitivně přispívají. Dle Humpla a kol. (2013) je tedy nesporné, že profese zdravotníka v urgentní péči patří mezi povolání s vysokou mírou psychické i fyzické zátěže. Z tohoto důvodu bývají někdy označováni za „skryté oběti mimořádných událostí.“ Proto si zaslouží pozornost nejen při nástupu do zaměstnání a na začátku své profesní dráhy, ale průběžně během výkonu své pracovní činnosti i jako rutinovaní zaměstnanci.

Při dlouhodobém vystavení se nárokům prostředí, které překračují jejich vlastní možnosti, dochází často k postupnému vyčerpání sil a možnosti vzniku „*syndromu profesního vyhoření*“, které má vážné důsledky pro osobní pohodu profesionálů, ale prostřednictvím snížené kvality jejich výkonu nejen na jejich osobní spokojenost, ale i na životy a zdraví pacientů (Gurňáková, 2013). Podobný názor sdílí i Guntupalli et al. (2014), kteří zmiňují, že důsledky související s profesionálním vyhořením postihují jak

zdravotníky, tak příjemce zdravotní péče. Podle Křivohlavého (2010) je syndrom vyhoření něčím negativním, tíživým a je také často spojen s pocitem selhání a pocitem marnosti. Dle Humpla a kol. (2013) má celkově syndrom vyhoření dopady na kvalitu poskytované péče. Zdravotník je nespokojený, prokazuje nižší výkonnost, menší zájem o pacienta a hrozí u něj vyšší pravděpodobnost profesní chyby. V důsledku toho, může být pacient iatrogeně poškozen a traumatizován. Spolu se syndromem vyhoření se mohou objevit deprese, které jsou u zdravotníků vždy varovné, kdy s sebou nesou riziko zneužívání návykových látek, v horším případě nebezpečí suicidia. Podle Nešpora (2011) jde nejčastěji o závislost na alkoholu, sedativech či hypnotikách.

Klíčovým faktorem pro nakládání se stresem je osobnost jedince a jeho zvládací mechanismy – coping mechanismy, které označují spektrum způsobů chování jedince, které se uplatňuje při zvládnutí náročných situací. Jedná se tedy o nasazení sil k boji se stresem. Takovým způsobem, jakým by se měli zdravotníci umět vcítit do role pacienta a ostatních osob postižených množstvím stresu a umět je uklidnit, měli by umět ovládat svůj stres v rámci vlastní psychohygieny a mít na paměti, že dlouhodobý neošetřený stres způsobuje psychosomatická onemocnění závažného rázu (Andršová, 2012). Také Kumar et al. (2016) zmiňují, že delší období stresu způsobuje destruktivní změny v těle. Podle Embriaco et al. (2007) je syndrom vyhoření psychický stav vyplývající z dlouhodobého se vystavení pracovním stresorům.

Humpl a kol. (2013) ve své knize uvádí, že přetížení množstvím práce je situace, kdy množství práce, kterou má daný člověk vykonat, je vyšší, než je daný člověk schopen vykonat za čas, který k tomu má k dispozici. Japonské zákony uznávají pracovní přetížení jako důvod k přiznání odškodného, jako je tomu u nás například u nemocí z povolání. Existuje dokonce japonský termín „*karóši*“ pro úmrtí z důvodu pracovního přetížení. Szotkowska-Ciešlar (2016) ve svém článku rovněž zmiňuje, že: „*karóši*“ – (v kandži – z Číny přejaté znaky, které se využívají při zápisu japonštiny, pro zajímavost zobrazeno následovně: 過勞死), lze z japonštiny přeložit jako „*smrt z přepracování*.“ Jde v zásadě o náhlou smrt na základě selhání srdce či mozkové příhody, bez jakýchkoliv předcházejících závažných zdravotních obtíží. Příčinou bývá fyzické a psychické vyčerpání, na podkladě prožívání dlouhodobého stresu. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že prevence stresu je základním opatřením před možností vzniku následků a komplikací. Dle Vymětala (2009) je jedním z účinných bojů proti stresu každodenní odpočinek, přiměřená fyzická námaha, správné stravovací návyky

a optimistické myšlení. Odolnost vůči stresovým faktorům je možné posilovat vhodnými technikami a postupy, omezujícími zátěž. Ke „*krátkodobým*“ strategiím zvládnání stresu patří jednoduché postupy, které se zaměřují na okamžité snížení stresové reakce organismu. Tím se myslí např: prohloubené dýchání, ochlazení krčních tepen, tělesný pohyb, záměrný odklon pozornosti k jiné činnosti nebo vedení vnitřního monologu. „*Dlouhodobé*“ strategie mají snížit úroveň zátěže, zaměřují se na správnou životosprávu, plánování času, osobní zájmy a záliby, relaxační cvičení apod.

3.3.8 Intervenční a preventivní techniky v rámci CISM

CISM tvoří ucelený systém preventivních a intervenčních technik, zavedený v souvislosti s prožitým traumatem, jejichž cílem je obnovit či udržet psychickou rovnováhu profesionálů po náročných zásazích. Jedná se o soubor technik, které jsou určeny profesionálům, zejména tísňovým složkám (ZZS, Policie ČR, HZS) a Armádě ČR, jejichž cílem je prevence nadměrného působení stresu a následné psychologické morbidity, kam patří syndrom vyhoření, posttraumatická stresová porucha a další (Andršová, 2012). SPIS používá dle Humpla (2013) tyto intervenční techniky:

- **Individuální** – jsou k dispozici všem zaměstnancům na vlastní žádost nebo na doporučení nadřízeného. V rozhovoru vedeném individuální formou mohou otevřeně mluvit o svých problémech. Zdravotník se tak setkává s porozuměním a empatií ze strany peera, který prochází školením, aby dokázal podpořit zdravotníky při vyrovnání se s následky prožitých, profesně náročných situací. Přínosem je jeho znalost problematiky profese, sám zažívá podobné situace jako jeho kolegové a dokáže tudíž nejlépe pochopit problémy zdravotníků. Peer je vyškolený kolega, nikoliv psycholog či psychoterapeut, je diskrétní, zachovává mlčenlivost, řídí se plně etickým kodexem peera, poskytuje PSP, realizuje podporu v rámci individuálních či skupinových setkání, pomáhá při vzdělávacích aktivitách, informuje, lze ho oslovit i s jinými problémy a je možnost oslovit jakéhokoliv peera (možnost výběru). Pomůže zorientovat se a případně pomůže s vyhledáním odborné péče. Je součástí týmu, kde také pracují odborníci na duševní zdraví – psychologové. O zásahu (z proběhlého setkání) se nepožizují žádné záznamy ani neprobíhá hlášení managementu.

Samozřejmostí je důvěrnost, bezpečné prostředí, vhodné místo a čas setkání. Zájemce osloví se svou potřebou peera, popřípadě koordinátora nebo krizového intervenanta či odborníka na duševní zdraví. Požadavek na členy týmu SPIS může vzejít z vedení zdravotnické organizace (nemocnice, ZZS), zejména v případě MU. Cítí-li peer, že jeho síly na problémy svého kolegy nestačí, nepřekračuje své kompetence a kolegu předá do rukou odborníků jako je například psycholog či psychiatr.

- **Skupinové** – probíhají bezprostředně po události nebo s časovým odstupem. Cílem je ohraničení události, rozhovor ve skupině zasažené nadlimitně zátěžovou událostí, vede jej peer nebo odborník na duševní zdraví spolu s několika peery. Pořádá se s odstupem několika dní (Humpl a kol., 2013).

Mezi skupinové techniky patří **debriefing**, který vede intervent nebo psycholog. Debriefingy pomohou jednotlivcům ve skupině zpracovat náročnou situaci. Praktikují se v průměru 24-72 hod po kritické události a trvají přibližně 2-3 hodiny. Kratší verzí debriefingu je **defusing**, který se odehrává bezprostředně po události nebo přibližně do 8 hod po traumatické události a trvá maximálně 45 min. Nejkratší formou intervenční pomoci je **demobilizace**, trvá cca 10 min. Cílem je informovat a zprostředkovat návazné služby, bývá provedena na konci služby. Využívá se u katastrof velkého rozsahu pro skupiny pracovníků a krizové štáby. Cílem je dodat informace o možných příznacích a udržet účastníky akce na úrovni tzv. automatického pilota (kdy člověk funguje bez doprovodu emočního prožitku). Důvodem je účinné plnění záchranných a likvidačních prací (Andršová, 2012).

Podle Vágnerové (2008, str. 57) je: *„schopnost identifikovat, přijmout a využívat sociální oporu velmi důležitým protektivním faktorem. Může člověku ulehčit v jeho tíživé situaci, ať už jde o její sdílení, ocenění jeho aktivity, či faktickou pomoc. Důležité je, že se necítí s problémem sám, účinná může být i skutečnost, že si někdo všimne jeho potíží a vyjádří mu účast.“*

Tento systém, který je stále v permanentním růstu, používají i další subjekty, jako HZS a Policie ČR. Podobný systém je dlouhodobě budován i v zahraničí a zkušenosti o jeho praktickém využití jsou pozitivní. Pomáhá zaměstnancům složek IZS zpracovat nadměrnou psychickou zátěž prožitou v souvislosti s výkonem svého povolání a urychluje jejich návrat zpět do pracovního procesu (Humpl a kol., 2013).

4 METODIKA

Dle Švaříčka a Šed'ové (2014, str. 17) je kvalitativní přístup „*proces zkoumání jevů v autentickém prostředí, s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“

Pro náš výzkum jsme tedy zvolili kvalitativní metodu, která nám umožnila získat velké množství informací od malého počtu osob. Naším cílem bylo vytěžit o námi zvolené problematice detailní informace a díky této strategii tak více porozumět zkoumané realitě. Těžištěm kvalitativního zkoumání bylo šest polostrukturovaných rozhovorů provedených s krizovými interventy ZZS SČK, které jsou dle Wildemuth a Zhang (2009) flexibilnější a volnější než strukturované a organizovanější a systematičtější než nestrukturované rozhovory. Tato metoda umožňuje díky své pružnosti měnit pořadí otázek a dle situace přidávat další. K úplné saturaci dat byly v průběhu rozhovorů použity i sondážní otázky, kterými jsme se snažili výtěžnost dat maximalizovat.

Kvalitu výzkumu jsme uchovali dodržáním zásady triangulace, tedy použitím několika zdrojů dat (v našem případě *lidé* – respondenti a *situace* v terénu) a více prostředků pro jejich sběr (v našem případě individuální rozhovory, kazuistiky, závěrečná společná diskuze a přímé pozorování událostí v terénu). Triangulace dle Miovského (2006) zvyšuje důvěryhodnost výsledků a její použití dovoluje lépe vyhodnotit rozdíly a podobnosti informací a prozkoumat co největší počet aspektů zkoumaného problému.

4.1 Časový harmonogram

V červnu roku 2021, kdy byl zahájen sběr literárních zdrojů pro teoretickou část diplomové práce, jsme také stanovili cíle práce, výzkumné otázky a vytvořili si okruhy otázek k rozhovoru v příloze 2 (s. 86), který jsme použili ve výzkumném šetření. To probíhalo po získání souhlasu ke sběru dat a jeho potvrzením od vedoucího pracovníka pracoviště respondentů v příloze 3 (s. 87) v měsíci září a v říjnu roku 2021. Z důvodu čerpání dovolené u dvou respondentů byly rozhovory naplánovány na měsíc listopad, kdy byly uskutečněny. Pro dokreslení a upřesnění všech údajů, byli respondenti

požádání o hromadnou diskuzi, která byla uskutečněna v listopadu roku 2021 ve školící místnosti ZZS SČK. V listopadu téhož roku jsme zjištěná data začali třídit, porovnávat, vyhodnocovat a průběžně analyzovat.

4.2 Výzkumný vzorek

Vzhledem k tomu, že bylo třeba získat odborné informace o průběhu činnosti dané profese, tuto skutečnost nám předurčují i samotné výzkumné otázky, byli osloveni krizoví intervenenti ZZS SČK, kteří s danou problematikou pracují a velmi dobře jí znají. Výzkumný vzorek tvořilo šest respondentů a všichni splňovali pro výzkum námi určená kritéria. Původně bylo osloveno 12 respondentů, dva z nich účast na průzkumu odmítli z časových důvodů a jeden se nezúčastnil z důvodu nemoci. Další tři respondenti nakonec nebyli ve výzkumu ke sběru dat využiti, z důvodu získání dostatečného množství informací již od prvních šesti respondentů – tedy dle našeho úsudku z důvodu dostatečné saturace dat. Na začátku výzkumného šetření respondenti zodpověděli identifikační otázky, které měly podat přehled o jejich počtu provedených intervencí, praxi, pracovní pozici v zaměstnání, vzdělání a věku, který je z důvodu zamezení osobní identifikace respondentů zaznamenán v číselném rozmezí. Pro lepší přehlednost jsou výsledky zobrazeny v následující tabulce 1 (s. 28).

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů

označení respondenta, počet let praxe v roli intervenenta a počet provedených intervencí	pracovní pozice respondenta v zaměstnání	nejvyšší dosažené vzdělání respondenta	věkové rozmezí respondenta
R1 – 5 – 21	operátor ZOS	ARIP	50-55
R2 – 7 – 41	záchranář	VŠ	55-60
R3 – 5 – 35	záchranář	VŠ	35-40
R4 – 6 – 43	operátor ZOS	ARIP	50-55
R5 – 5 – 32	záchranář	VŠ	30-35
R6 – 4 – 25	operátor ZOS	ARIP	35-40

zdroj: autor, 2021

Při výběru výzkumného souboru jsme postupovali metodou cíleného výběru. Záměrně jsme vyhledali účastníky výzkumu, kde výběrovým kritériem byla dlouhodobější pracovní zkušenost na pozici krizového intervenanta, a to minimálně tři roky praxe s minimálním počtem patnácti provedených intervencí. Konečný soubor tvořilo tedy šest respondentů.

Jak je již prezentováno v předchozí tabulce 1 (s. 28), tři respondenti mají specializační vzdělání v oboru ARIP (Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče) a tři vysokoškolské vzdělání v oboru záchranář. Délka praxe respondentů byla zaznamenána v rozmezí čtyř až sedmi let. Naše výběrové kritérium pro výzkum, kde jsme požadovali u respondentů délku praxe (v roli krizového intervenanta) minimálně tři roky, bylo splněno, stejně tak počet provedených intervencí (minimálně 15 intervencí), bylo rovněž splněno. Dlouhodobé praktické zkušenosti všech respondentů hodnotíme pozitivně a jako výhodu pro náš výzkum.

4.3 Výzkumný nástroj

V úvodu našeho výzkumu jsme použili metodu zvanou **participantní pozorování**. Dle Hendla (2016) je to metoda, pomocí které se zjišťují přirozeně probíhající rutiny, interakce a praktiky v dané skupině lidí v konkrétním prostředí. Taková účast výzkumníka ve skupině je podstatná pro to, aby důkladně porozuměl tomu, co sleduje, co zkoumá. Určitý stupeň účasti je důležitý, aby výzkumník mohl odhalit a prozkoumat komplexitu významů a situací konkrétní sledované události.

Na základě této metody, kde výzkumník (autorka této práce) byla přímým účastníkem dvou krizových intervencí poskytovaných přímo v terénu, byly výtěženy důležité informace, které byly v podobě terénních poznámek dále použity ve formě doplňujících sondážních otázek, důležitých k získání dalších informací v průběhu plánovaných rozhovorů a rovněž i v průběhu závěrečné společné diskuze.

Další potřebná data jsme dále zjišťovali prostřednictvím **individuálních polostrukturovaných rozhovorů**, provedených s šesti krizovými interventy ZZS SČK. S vybranými krizovými interventy byly rozhovory realizovány a vedeny dobrovolnou a individuální formou. Za kladný aspekt pokládáme sdílnost a ochotu respondentů k rozhovorům, které byly uskutečněny vždy v předem určeném čase, na předem určeném místě. Ve všech případech se rozhovory prováděly v přátelské

atmosféře domácího prostředí, čímž tak bylo vyhověno žádosti všech respondentů. Tento typ rozhovoru se dle Hendla (2016) vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací.

Otázky k rozhovoru byly rozděleny do několika okruhů. První okruh se zabývá osobní charakteristikou respondentů. Druhý okruh byl orientován na osobnost krizového intervenanta (požadavky, vlastnosti, způsobilost, vzdělání...). Třetí okruh zahrnuje dotazy na krizovou intervenci (standardy, indikace, průběh...). Poslední čtvrtý okruh zahrnuje otázky na způsoby možné intervence, na faktory, které ovlivňují její průběh, na pocity interventů a reakce klientů před, během a po krizové intervenci, na vlastní zkušenosti interventů v praxi, na jejich názory, zkušenosti a návrhy vedoucí k možnému zlepšení efektivity jejich práce. Otázky k rozhovoru byly otevřené, citlivé, neutrální a jasné, abychom tak „samotnou formulací otázky“ minimalizovali vnucování určitých odpovědí. Konkrétní otázky k rozhovoru jsou uvedeny v příloze 2 (s. 86). Každý rozhovor vždy začínal pozdravem a vysvětlením, co bude následovat. Poté, co respondent vyslovil ústní souhlas, rozhovor začal. Začátek probíhal položením otázky a následovala respondentova odpověď. Po zodpovězení poslední otázky, byla dána respondentovi možnost vyjádření se na konkrétní otázky. V průběhu každého rozhovoru, který byl nahráván na zařízení mobilního telefonu, byly pořizovány poznámky a pro upřesnění a rozvedení konkrétního tématu pokládány další sondážní otázky, vedoucí k hlubšímu pochopení respondentových výroků či k dokreslení jeho výpovědí. Ukončení každého rozhovoru bylo provedeno poděkováním za účast na výzkumu a rozloučením (Šumová, 2019). Následné doslovné přepisování záznamu hovorů uvedených v příloze 4 (s. 88) proběhlo v programu Microsoft Word 2016.

S odstupem několika dní, byli respondenti pro doplnění a upřesnění všech údajů požádáni o **hromadnou diskuzi**. Poslední metodou, která byla využita pro sběr dat, bylo vyprávění, přepis a následná **analýza kazuistik** z praxe, uvedených na s. 40.

4.4 Etické aspekty výzkumu

Ve výzkumech, které jsou prováděny v přímém kontaktu s lidmi, jsou etické aspekty velice důležité. Mezi etické zásady, které je nutné dodržovat, patří: souhlas respondenta, zveřejnění okolností výzkumu, svoboda odmítnutí, anonymita, soukromí a emoční bezpečí (Hendl, 2016). V rámci výzkumu jsme neočekávali žádné významné

etické problémy. Účastníci se do výzkumu zapojili dobrovolně, byli informováni o anonymitě, čímž byla docílena co největší otevřenost v průběhu rozhovorů a také o možnosti a právu rozhovor kdykoli ukončit. Před realizací každého rozhovoru byl získán ústní souhlas respondentů k jeho nahrávání a každému respondentovi bylo vysvětleno, jakým způsobem bude se získanými daty nakládáno (Šumová, 2019). Po přepisu byly všechny nahrávky smazány. Výzkum byl proveden v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (Česko, 2000b).

4.5 Metody vyhodnocování získaných dat

Ve výzkumu jsme pro zpracování dat zvolili metodu „**zakotvené teorie**.“ Hendl (2016) uvádí, že tuto metodu vyvinuli v r. 1967 dva američtí sociologové A. Strauss a B. Glaser a že zakotvená teorie je metodou pro navržení teorie, která se induktivně generuje pomocí dat, jejich systematickým shromažďováním a následnou analýzou. Ve výzkumu se nezačíná tedy teorií, kterou chceme ověřit, ale začíná se zkoumanou oblastí a nechává se postupně vynořit to, co je v této oblasti významné. Kvalitativní analýza vyžaduje kreativitu, aby bylo možné nestrukturovaná kvalitativní data významově uspořádat, propojit a interpretovat.

Další ve výzkumu použitou metodou je „**SWOT analýza**.“ Název se skládá ze čtyř anglických pojmů, kde cílem analýzy je zjistit silné (Strengths) a slabé (Weaknesses) stránky, příležitosti (Opportunities) a hrozby (Threats). Dle Shewana (2021) představují silné stránky pozitiva, přednosti a přínosy k dosažení cíle, naopak slabé stránky představují negativa, která ohrožují dosažení cílů nebo jejich samotnou existenci. Identifikované příležitosti napomáhají k rozvoji a ke zlepšení či dosažení cílů. Hrozby ohrožují dosažení cíle nebo samotnou existenci.

Cílem analýzy bylo učinit opatření k efektivnímu posílení silných stránek a k minimalizaci stránek slabých, k využití příležitostí a k eliminaci hrozeb.

5 VÝSLEDKY

Rozhovorů se zúčastnilo celkem 6 respondentů ze ZZS SČK. Jejich doslovný přepis uvádíme v příloze 4 (s. 88), kde čísla respondentů korespondují s pořadím rozhovorů. Respondenti 1, 4 a 6 mají specializační vzdělání v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (dále jen ARIP) a pracují jako operátoři ZOS ZZS SČK. Respondenti 2, 3 a 5 mají vysokoškolské vzdělání v oboru zdravotnický záchranář a všichni pracují ve výjezdových skupinách ZZS SČK. Všichni respondenti splňují námi určené kritérium pro účast ve výzkumu (tedy počet let praxe), které se pohybuje v rozmezí 4-7 let (podmínkou byly 3 roky praxe) a počet provedených intervencí, který se pohybuje v rozmezí 21-43, (podmínkou bylo 15 intervencí). Věková hranice respondentů byla variabilní a pro náš výzkum nebyla nijak významná. Vše zobrazeno již v tabulce 1 (s. 28). Zde uvádíme doslovný přepis odpovědí respondentů (dále jen R) na otázky, které byly výzkumníkem (dále jen V) zaměřeny na zodpovězení výzkumných otázek:

V: *Jakými osobnostními vlastnostmi by podle vás měl krizový intervent disponovat?*

R1: *Empatie, naslouchání, vstřícnost, pochopení, touha a umění pomoci druhému, ale také určitá rozhodnost, disciplína a spolehlivost.*

R2: *Rozhodnost, empatie, odolnost vůči stresovým situacím, umění improvizovat.*

R3: *Empatií.*

R4: *Jeho životní filozofií by mělo být „chtít pomáhat.“ Dále určitou schopností vcítit se do druhých. Schopnost organizovat a rozhodnost.*

R5: *Intervent by měl mít o práci zájem, měl by to být člověk vnímavý, empatický, ochotný, zodpovědný.*

R6: *Vnímavý, měl by se umět vcítit, spolehlivý.*

V: *Jaké požadavky jsou kladeny na osobnost, způsobilost, funkci krizového intervenanta?*

R1: *Budoucí intervent absolvuje pohovor s krajským koordinátorem, tam zjistí celkově veškeré informace, co tato činnost obnáší a poté následuje výcvik intervenanta, peera. To znamená 5 týdnů výuky, kde se provádí řešení modelových situací. Zkoušky jsou zakončením výuky. Je proveden osobní pohovor s lektorem, kde se intervent zkouší, jak*

v dané situaci zareaguje, jestli v dané situaci v jejím řešení ob stojí. Pokud ano, začne pracovat.

R2: Musí projít výcvikem, to je povinné, složit závěrečnou zkoušku a dále udržovat v průběhu každého roku aktivitu krizového intervenanta. Povinností je 4x do roka účastnit se nabídnutých akcí (minimálně účast na 4 akcích).

R3: V našem případě se jedná o zaměstnance ZZS, který se v prostředí pohybuje. Dále pak mlčenlivost a do určité míry i schopnost korigovat své vlastní emoce. A samozřejmě povinný výcvik.

R4: Úvodní povinný výcvik intervenanta. Umět improvizovat je výhodou, samozřejmě empatie, rozhodnost, atp.

R5: V současnosti se pečlivě vybírají noví členové týmu, očekává se od nich aktivní přístup a zájem o poskytovanou péči a samozřejmě odpovídající vzdělání v KI.

R6: Procházejí výběrovým řízením-pohovorem.

V: Je v současné době dostatečný počet krizových interventů?

R1: Momentálně není. Máme intervenanty, kteří fungují – jsou aktivní, dále máme intervenanty „spící“ na přechodnou dobu mimo činnost a intervenanty, kteří činnost úplně ukončili buď na svoji žádost nebo nevykazovali dlouhodoběji žádnou činnost v terénu. Byl jim tedy doporučen refresh kurz a aktivita v terénu nebo ukončení činnosti. Momentálně máme v řešení pomoc interventů mezi kraji.

R2: Bohužel mám pocit, že v současné době nás je méně než v letech předešlých. Bylo by určitě potřeba naše řady rozšířit.

R3: Není. Dlouhodobě je nedostatek interventů.

R4: Určitě není. Je to bohužel dlouhodobější problém.

R5: V rámci krajů ČR je počet interventů různý, probíhá vzdělávání nových kolegů, někde je počet dostatečný, někde bohužel není.

R6: V našem kraji nedostatek.

V: Působí krizový intervent ve všech krajích ČR?

R1: Ano ve všech krajích. Ne ve všech krajích jsou stejné podmínky pro činnost a v některých krajích nemají podporu z vedení organizace. **Jak dlouho činnost funguje ve SČK?** Řekla bych činnost peera cca 11 let, činnost intervenanta cca 8 let.

R2: Myslím, že ano, působí ve všech krajích.

R3: *Otázka spíše na koordinátora, ale pokud je mi známo, ve většině krajů ČR krizový intervent působí.*

R4: *Myslím, že ano. Podmínky pro pracovní činnost se ale liší. **Jak to myslíte?** Myslím tím finanční i pracovní. Dle mého názoru by toto mělo být všude stejné. Záleží ale na vedení organizace. Proto jsou a můžou být podmínky odlišné. To nás někdy trochu trápí.*

R5: *Ano, ale počty jsou rozdílné a ne všude jsou stejné podmínky pro činnost.*

R6: *Ano.*

V: ***Absolvujete nějaká pravidelná cvičení, školení, pro zlepšování poskytování KI?***

R1: *Ano, povinné jsou minimálně 4 aktivity ročně – konference celostátní, středočeská, refresh kurz a kurz vzdělávací. Máme na výběr cca z 20 akcí. Aby mohl intervent pokračovat v činnosti, musí minimálně 4 akce za rok absolvovat.*

R2: *Ano, samozřejmě. A myslím, že je to tak správně. Je to jeden ze způsobů, jak se udržovat v pracovní kondici a načerpat nové zkušenosti. Také poznáte nové lidi, přátele, kolegy a obohatíte se o zkušenosti ostatních. Víte, jsme taková velká pracovní rodina, takhle bych to asi nazvala.*

R3: *Krizový interventů jsou systematicky vzdělávání.*

R4: *Samozřejmě. Pravidelně a povinně.*

R5: *Ano, patří to mezi povinnosti každého intervenanta účastnit se vzdělávacích akcí, kurzů, konferencí.*

R6: *Ano, jak v rámci kraje, tak SPISu ČR.*

V: ***Existují nějaké standardy pro vedení KI?***

R1: *Ano, máme směrnici – vnitřní směrnici záchranné služby, podle které se řídí organizace při povolávání interventů, aktivace peerů, řízení postupů co můžete v konkrétních situacích nabídnout, např: odstavení posádek ZZS po náročném zásahu, zajištění střídání nebo odpočinek členů posádky.*

R2: *Ano, existují, standardy máme.*

R3: *Ano existují, s nimi je intervent seznámen v základním výcviku.*

R4: *Ano, existují. Řídíme se jimi při práci.*

R5: *Ano.*

R6: *Ano.*

V: U jakých typů krizových situací je KI indikována? K jakým typům událostí nejčastěji vyjíždíte?

R1: Tak jsou to náhlá a často tragická úmrtí dětských i dospělých pacientů, vážné dopravní nehody (dále jen DN), suicidia či MU většího rozsahu, zkrátka u všeho, co lze nazvat mimořádnou událostí, kterou zasažený neumí sám zvládnout.

R2: Jsou to úmrtí z různých příčin. Zasažené jsou osoby různého věku, děti, mladiství, zkrátka náročné situace na zpracování pro dotyčnou osobu. Situace, kdy se jim v podstatě zhroutí svět, jestli mne chápete.

R3: KI je indikována zpravidla u náhlého úmrtí, úmrtí za atypických okolností, u DN a hromadného postižení osob (dále jen HPO). Nejčastěji vyjíždíme k náhlému úmrtí po neúspěšné kardiopulmonální resuscitaci (dále jen KPR), úmrtí dítěte a tam, kde je dítě svědkem události.

R4: U úmrtí z různých příčin, náhlých, nečekaných, dramatických, například u hromadných neštěstí, různých havárií apod.

R5: Je indikována u kritických (úmrtí dětí, náhlé úmrtí dospělých, DN, pocit osobního selhání) a traumatizujících událostí, nejvíce poskytnutých intervencí se týkalo náhlého úmrtí, úmrtí účastníků DN, péče o kolegy po náročném zásahu.

R6: DN, úmrtí dětí a mladých lidí (náhlá úmrtí i očekávaná).

V: Jaké informace o situaci na místě zásahu potřebujete vědět před poskytnutím intervence?

R1: Počet osob pro intervenci na místě události, o jakou situaci se jedná - co se stalo, telefonní číslo na místo události, adresu, kontakt na posádku ZZS na místo události.

Setkala jste se s odmítnutím poskytnutí intervence? Ano. Samozřejmě může dojít ke změně názoru dotyčného, než intervent dorazí na místo události. Pokud dojde ke změně názoru a k odmítnutí, musíme ho respektovat. Prioritou je souhlas zasažených s intervencí.

R2: Důležité je vědět co se stalo, kolik lidí je na místě k intervenci, jestli s intervencí souhlasí, jestli nebyli medikováni, samozřejmě adresu místa a telefon na zasahující posádku a na nějakou intervenovanou osobu na místě události. **V: Byla vám někdy intervence odmítnuta?** Ano, stalo se mi, že původně si interventa přáli na místě, no a když jsem přijela, tak neměli zájem, že prý vše zvládnou. Jejich přání bylo samozřejmě respektováno. Prohodila jsem s nimi tedy několik slov (jestli se cítí být

v pořádku a jestli změní názor, ať se ozvou) a vrátila se domů. Ale to se stává výjimečně.

R3: Místo zásahu, počet zasažených, kontakt na zasahující posádku, součinnost složek IZS a okolnosti události. **Byla vám intervence někdy odmítnuta? V praxi jsem se s odmítnutím intervence nesečkala.**

R4: Adresa místa události, jaké posádky jsou na místě, o jakou událost se jedná, kolik je na místě zasažených. S odmítnutím jsem se nesečkala. Ale může se stát, že si klient rozmyslí naši péči. Jeho rozhodnutí respektujeme, ale to se stane opravdu výjimečně.

R5: Je třeba základní informace o události, co se stalo, kdo je zasažený, počet zasažených, kdo byl na místě. Ano, sečkala jsem se s odmítnutím.

R6: Potřebuji vědět vše co se na místě dělo a děje, počet zasažených. Ano, s odmítnutím jsem se sečkala.

V: Dáváte klientům nějaký kontakt pro možnost zpětné vazby? (např: pro dořešení případu, následné dotazy atp.).

R1: Pokud to není nezbytně nutné, tak ne. Jen výjimečně. Jsme služba PPP do 24 hod. Dále situaci dořešíme předáním kontaktu na příslušné linky, odkázáním na praktického lékaře, psychologickou pomoc a linky psychické pomoci, například linka na centrum psychiatrické léčebny Bohnice, kde je i ambulance + krizové linky (116006, 116123, 116111), Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb (dále jen RIAPS), linka pro seniory, spolek „Dlouhá cesta“ – pro rodiče, kteří přišli o děti a další.

R2: Není to tedy úplně standardní, takže nedáváme. Někdy ano, ale spíš ve výjimečných případech.

R3: Ano, v rámci KI klient obdrží řadu kontaktů pro následné dořešení. Od poskytnutí kontaktu na interventa se aktuálně upouští, z důvodu jeho ochrany.

R4: Kontakt na interventa se dává velmi výjimečně. Není to běžné. Ale poskytujeme kontakty na další návaznou péči psychologa a také krizové linky nebo potřebné letáčky související s danou situací.

R5: Nabízíme kontakty na pokračující vhodné služby.

R6: Kontakty na krizová centra, RIAPS a podobné instituce a spolky, léčebny, ordinace.

V: Jakými způsoby je KI vykonávána? Můžete je porovnat? V čem vidíte výhody x nevýhody, v čem se liší, popřípadě kterou upřednostňujete?

R1: *Tak terénní intervence znamená osobní kontakt – výhodou je přehled a prostředí na místě události v jakém se zasažená osoba nachází, jak vypadá, co dělá. Telefonická intervence má výhodu zkrácení doby dojezdu, kdy v podstatě intervenujeme ihned. (Tu může provádět pouze intervent, který absolvoval ještě další týdenní speciální kurz v Brně).*

R2: *Interventi ZZS poskytují intervenci osobně a telefonicky. Na telefonickou musíte mít ještě zvláštní kurz a ten já zatím nemám. Rozdíl tam samozřejmě bude v tom osobním kontaktu, kdy máte situaci pod kontrolou – myslím přímo na očích, pokud jste na místě té události. Pro celkovou orientaci na místě události bude rozhodně výhodou. Telefonická je zase rychlejší a bezpečnější.*

R3: *Jedná se o KI kde je intervent přítomen nebo o telefonickou KI. Vždy bude výhodnější osobní kontakt, ale jsou situace, kde je telefonická intervence zcela dostačující. Změnu přinesla doba výskytu pandemického onemocnění, kdy osobní KI neprobíhaly.*

R4: *Osobní kontakt a telefonická intervence. Telefonická se využívala v průběhu pandemické situace, kdy byl osobní kontakt pozastaven. Výhodou osobní KI je celkový přehled o situaci na místě a lépe se také s klienty pracuje.*

R5: *Je několik způsobů poskytování péče. V rámci peer podpory se poskytuje individuální nebo skupinová péče, dále je možnost telefonické podpory. Každá má své pro i proti. Osobní setkání bylo v době Covidu obtížnější, proto byla využívána možnost tel. kontaktu peer podpory z daných oblastí nebo využití tel. linky jak pro zdravotníky tak i blízké pacientů.*

R6: *Telefonická, osobní. Každá má svoje pro a proti. Liší se v kontaktu s intervenovaným. Osobní – vidím, telefonická – vnímám více hlas a jeho postavení. Obě intervence mají své, nepreferuji žádnou z nich.*

V: *Jaké pocity míváte vy osobně před, během a po poskytnutí krizové intervence? Využil-a jste někdy podporu peera?*

R1: *Podle typu intervence a podle informací, které poskytne CC ZZS nebo posádka z místa události začnu přemýšlet o organizaci na místě, o postupu intervence a eventuálně se povolá na místo ještě jeden intervent, pokud to situace vyžaduje. Pocity jsou smíšené, to je individuální, záleží na mnoha aspektech, na situaci, na tom, jak zasažení spolupracují a na mnoha dalších okolnostech. Na tom, jestli vše probíhá*

hladce nebo také na tom, jestli situaci někdo narušuje (médiá, vyšetřovatelé aj.). Ano, využila jsem podporu peera.

R2: Tak já se před KI soustředím na to, co udělám, až dorazím na místo, připravím si orientačně odpovědi na otázky zasažených, kdy odhadnu, co je bude zajímat a na co se budou ptát. Hlavně provedu před odjezdem rychlou kontrolu pomůcek. Na místě se soustředím hlavně na zasažené a to s maximální účastí. Svoje pocity tedy vnímám až po ukončení intervence, kdy mě zajímá, v jakém stavu je opouštím a jestli jsem byla nápomocna. A to mívám ten nejlepší pocit, když vidím, že ano.

R3: Vždy je to především obava z toho, že přicházím do prostředí, které je zasaženo tragickou událostí a také respekt ze zasažených, abych svým jednáním nikoho nepoškodila. Podporu peera jsem nevyužila nikdy přímo, ale to jen proto, že po zásahu jsme byli v kontaktu s krajskou koordinátorkou, která nás dokázala nenásilnou a přirozenou formou ošetřit.

R4: Pocity jsou smíšené. Situace bývají velmi náročné pro zasažené osoby, ale i pro nás. Proto je důležitý výcvik a refresh kurzy.

R5: Pocity jsou různé, vše se odvíjí od příčiny, proč je intervence vedena. Před intervencí respekt, důkladná příprava, během intervence velmi zodpovědný a citlivý přístup k vedené intervenci, po intervenci vás některé události nutí se zamyslet, nenechají vás klidnou, sdílíte něco, co se vás může dotknout. Po takových intervencích je velmi vhodné a doporučováno vyhledat podporu svého kolegy.

R6: Pocity různé. Před intervencí obava, očekávání, atd. Po intervenci vždy úleva a zároveň zamyšlení. Peer podporu občas využiji (ke konzultaci, k probrání situace).

V: Kým nebo čím vším může být průběh KI ovlivněn? Jaké osoby či situace vás nejvíce při práci na místě události zatěžují, stresují? S jakými obtížemi se při práci setkáváte a jak se s nimi vypořádáváte, popřípadě jakým způsobem jim předcházíte?

R1: Agrese lidí na místě, obava o vlastní bezpečnost, média, mám také respekt z domácích zvířat (volně pobíhající psy) a dále například zapomenuté pomůcky. Pokud to lze, vypořádám se po svém, poprosím o izolaci zvířat, domluvou, prosbou. Většinou vše zafunguje hned. **Jak se vypořádáváte se stresem?** Sportem, četbou, jógou.

R2: Znepříjemnit práci vám můžou například zapomenuté pomůcky, které jsem zmiňovala na začátku rozhovoru. Prováděla jsem KI jednou v terénu přímo v lese u oběšené dívky. Bylo krásně, tak jsem vyrazila v teniskách. Jenže jsem ujela cca 40km na místo intervence, kde bylo po vydatném dešti, všude kaluže, mokro. Na místě se mi

bohužel podařilo do jedné kaluže šlápnout, takže si dovedete představit, jak mi bylo cca 4 hodiny, které jsem strávila na místě s jednou botou a vlastně i nohou úplně mokrou. Nebylo to vůbec příjemné, ale chybami se člověk učí, takže od té doby v kufru vozím stabilně holinky i náhradní ponožky a doporučuji to i všem interventům. A jinak je to individuální, někdy jsou neodbytná média nebo možné konfliktní situace v rodině. Jako příklad uvedu situaci, kdy jsem zasahovala u utopeného dítěte, které hlídala matka a otec se vrátil opilý z hospody a samozřejmě že ho v jeho stavu nenapadlo nic lepšího, než matku začít obviňovat, křičet, nadávat. Ještě že byla Policie ČR na místě. **Jak se vypořádáváte se stresem?** Já aktivně sportuji, běh a jízda na kole, to je pro mne velká radost. Máme také chalupu na horách, takže se hýbu hodně v přírodě, túry, výlety, to je pro mne velký relax.

R3: V průběhu KI jsme ovlivněni prostředím, rodinou, příběhem a událostí samotnou. **Jaké osoby či situace vás nejvíce stresují?** Nejvíce zatěžující a stresující jsou situace, v nichž hrají roli děti, ať už jako postižení anebo jako zasažení událostí samotnou. **S jakými obtížemi se při práci setkáváte?** Snad největší obtíží bylo obhájit si svoji funkci krizového intervenanta v rámci ZZS. **Jak se vypořádáváte se stresem?** Se stresem se vyrovnávám těžkou fyzickou prací a radostí z vlastní rodiny.

R4: Ovlivnit vás můžou v podstatě všechny přítomné osoby na místě události. Dále situace jako taková, příčina události, oběti události, neodbytná média apod. Jednou, to bylo nějak v začátcích, jsem jela na intervenci po noční směně. Netušila jsem, že budu potřebná na místě 6 hodin. Soustředit se na vše potřebné mi dávalo pěkně zabrat. Tehdy jsem podcenila svoje fyzické limity a bylo to znát. Od té doby nikdy nesloužím intervence po noční směně. **Jak se vypořádáváte se stresem?** Jízdou na koni.

R5: Každá intervence může být ovlivněna přístupem zasažených. Ne každý je ochoten, schopen popsat své prožitky, někteří jsou sdílní, hovorní, jiní tuto schopnost nemají, příčiny mohou být různé – stud, strach, uzavřenost. Těžko specifikovat obtíže, každá intervence je citlivá, má svá specifika, je třeba přistupovat obezřetně. **Jak se vypořádáváte se stresem?** Sport, četba, přátelé.

R6: Ovlivní ho někdy samotný intervenovaný, rodina, přihlízející. Vysloveně obtíže při intervenci jsem nezažila. **Jak se vypořádáváte se stresem?** Turistikou, sportem.

V: Můžete jmenovat reakce či specifikovat stav klientů po KI?

R1: Tak určitě viditelná úleva. I přes smutek, pláč cítíme vděk, intervenovaní sami děkují za přítomnost, za pomoc, za náš čas, je vidět jejich smíření se situací, úleva, že

nebyli sami a že vědí co dál. Důležité je pro ně i pochopení organizačních věcí, děkují za poskytnuté informace „co dělat“ v následujících dnech, za možnosti, rady apod.

R2: Já pozorovala zatím kladné reakce, myslím, že pokaždé, když jsem odjížděla, na tom byli lidé psychicky o něco lépe, než když jsem příjížděla. A to je pro vás ta největší odměna. Zkrátka ten pocit, že práce dává smysl a motivace do další činnosti.

R3: Jsou klienti typu A (komunikující, otevřenější) a klienti typu B (mlčící, nevyjadřující jakékoliv emoce). Pokud dává klient své emoce najevo, ať už jsou jakékoliv, je to pro naši práci snazší. Naopak nekomunikující klient je mnohem náročnější ke zpracování. Po KI jsou klienti vyrovnanější.

R4: No, musím říct, že já mám vždy pocit takový, že jsme pomohli. V praxi jsem se nesečkala s tím, že by klient, kdy opouštím místo události, byl v horším stavu, než ve stavu, kdy za ním příjíždím. A to je ten smysl naší práce.

R5: Úleva, úsměv, první slzy, pláč, poděkování za projevený zájem o jejich osobu a čas, který jim byl věnován, pozitivní ocenění poskytnuté péče, ocenění existence služby a její potřeba.

R6: Poděkování, slzy, úsměv – vesměs pozitivní reakce – vděk.

V: *Můžete popsat průběh KI, resp. popsat nějaký příběh z praxe?* Všemi respondenty převyprávěné příběhy z praxe uvádíme v následujících řádcích v podobě šesti kazuistik.

R1: KAZUISTIKA 1 – Datum: 15. 10. 2018; **Místo intervence:** Kladno; **Délka intervence:** 4 hod.; **Čas výzvy:** 11:15h; **Intervence od-do:** 11:45-16:00h.; **Intervence vyžádána od:** posádky ZZS Rendez-vous (dále jen RV) + Rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP) Kladno; **Událost:** suicidium (žena skok z balkónu s dítětem v náručí); **Počet zasažených:** manžel (otec dítěte), 4letý syn, prarodiče; **Ukončení intervence:** muž předán Policii ČR, chlapec předán prarodičům.

Po jedenácté hodině ranní jsem byla oslovena Call centrem na žádost posádky výjezdové skupiny (dále jen VS) RV a RZP Kladno – zasahují u mladé ženy, která skočila z balkónu ze šestého patra i s dvouletým synem. Příjíždím na místo po 40 minutách od aktivace. Právě odlétá vrtulník s dítětem na palubě. Mluvím s lékařem RV, podává mi informace o události. Mladá žena byla na místě mrtvá, dítě v kritickém stavu bylo předáno letecké ZZS. V bytě odkud skočila, se nachází manžel zemřelý se čtyřletým synem. Přicházím do bytu, na místě Policie ČR, čekající na vyšetřovatele. Začínám si povídat s manželem a s malým Davidkem, ten si hraje a celou situaci přehlíží, ukazuje mi hru na počítači, jí jablíčko. Otec se chová klidně, čekal, že se něco stane, manželka

měla údajně dlouhodobé psychické problémy. Syn, se kterým skočila, byl prý od narození nemocný. Manželka, přestože byla lékařka, stav syna nezvládala. Muž ví, že manželka zemřela, o její zdravotní stav nemá zájem. Řešíme praktické věci, co a jak se bude dít po příjezdu vyšetřovatele a co vše je potřeba v dohledné době zařídit. Přijíždějí prarodiče – rodiče manžela, policie povoluje odjezd malého Davidka s babičkou a dědou. Při oblékání si všímáme velkého počtu modřin, starších i novějších po celém těle Davidka. Tatínek modřiny vysvětluje tím, že malý pořád někam leze a padá. Minulý týden byla manželka i s mladším synem v nemocnici a on se o Davidka staral sám, občas nestíhali, padal ze schodů. Přesto po dohodě s vyšetřovatelkou přivolávám zpět posádku ZZS s lékařem. Při odchodu z domova, před odvozem Davidka prarodiči, bereme chlapce i s babičkou do sanitky, kde ho lékař vyšetřuje a policejní technik fotí. Po té si chlapce prarodiče odvázejí. Na místě je spousta novinářů, snažíme se chlapce před nimi ukryt a předat k prarodičům do auta. Ještě mluvím s otcem dítěte, opakuji mu, co se bude dít a co je potřeba. Předávám tel. čísla. Muže odváží vyšetřovatelka k výslechu. Ještě mluvím s Policií ČR, loučím se a odjíždím. Po návratu domů jsem kontaktována ZOS, dostávám číslo na vyšetřovatele, kterému obratem volám. Ten mi sděluje, že muže pravděpodobně obviní z týrání. Po výslechu muži nabídli intervenční podporu a ten si vyžádal kontakt se mnou. Předávají mi tel. č., muži volám, ten mi telefon nebere. Posílám sms kdo jsem a že je možné mě kontaktovat, záhy mi přichází sms, že děkuje, že je momentálně u rodičů a vše zvládá. Přesto posílám ještě jednu sms s podporou a možnou pomocí, přichází mi sms odpověď „DĚKUJU.“

Intervence pokračovala telefonickou formou následující den. **Datum:** 16. 10. 2018; **Místo intervence:** Kladno x Slaný; **Délka intervence:** 1,5 h. – telefonicky; **Čas výzvy:** 10:15 h., + další volání ve 14:00 h.; **Intervence od-do:** 10:20-11:20 h., 14:00-14:30h.; **Intervence vyžádána od:** sms + telefonicky od zasažených; **Událost:** suicidium (žena skok s balkónu s dítětem v náruči - pokračování); **Počet zasažených:** manžel (otec dítěte), + babička (matka otce dítěte).

16. 10. 2018 cca po desáté hodině ranní mi přichází sms od muže (u kterého jsem byla na intervenci předešlý den) s prosbou o rozhovor. Volám tedy zpět. Pán se svěruje, že je v pohodě, ale že by si měl asi s nějakým psychologem promluvit. Povídáme si, probíráme událost ze včerejšího dne. Na konci rozhovoru předávám tel. číslo, na které se může obrátit. V jednu hodinu odpoledne téhož dne mi zvoní telefon, na druhé straně se představí babička dětí ze včerejší intervence (tedy matka muže - manžela zemřelého). Prosí mě o radu, jak se chovat k vnukovi – Davidkovi, který u nich pobývá od včerejšího

dne. Povídáme si, probíráme různé situace včetně rozloučení s jeho maminkou, předávám telefonní čísla krizového centra a loučíme se. **Negativní faktory uvedené respondentem:** konkrétní tragická situace – zbytečná a předčasná smrt mladé ženy a malého dítěte, emoce zasažených, média, konání otce – podezření z týrání dítěte, péče o viníka situace.

R2: KAZUISTIKA 2 – Datum: 24. 07. 2019; **Místo intervence:** Kolín; **Délka intervence:** 6,5 h.; **Čas výzvy:** 12:10 h; **Intervence od-do:** 12:30-19:00h.; **Intervence vyžádána od:** posádky ZZS RLP; **Událost:** suicidium (muž – podříznuté hrdlo); **Počet zasažených:** otec a matka, sestra zemřelého a její manžel, 3dětí (1x5 let a 2x7 let), přítelkyně, soused; **Ukončení intervence:** ponechání na místě + domluvena schůzka na další den.

DEN PRVNÍ – *Kolem poledne žádost posádky přes ZOS o intervenanta k pozůstalým po úspěšném suicidii. Přijíždím na místo, menší vesnice 10km od mého bydliště. Rodinný dům, menší předzahrádka, dvě terasy, dům dvougenerační – novostavba, za domem velká zahrada a dvoje vchodové dveře rodičů a sestry. Na trávníku před domem, před vchodovými dveřmi leží přikryté tělo. Na místě jsou stále přítomny posádky ZZS – RV a RZP a Policie ČR. Mám informace od ZOS, že jde o sebevraždu mladého muže, při příjezdu mě oslovuje kolegyně z posádky RZP – první na místě a pronáší větu „jsou tu tři děti, byly u toho“ a odmlčí se. Jdu za lékařem RV a zjišťuji podrobnější informace, domlouvám se s Policií ČR. Muž 31let, den před událostí přijel se svým pětiletým synem na čtyřdenní návštěvu k sestře, kde žijí i rodiče. Dopoledne po snídani vzal nůž a podřízl si hrdlo. Přicházím za rodinou. V zadní části domu, kousek od těla sedí tatínek zemřelého, je celý od krve, povídám si s ním, prosí mě, ať jdu za manželkou, žádosti vyhovuji, ale ještě před tím se ptám, zda se nechce omýt, odmítá, chce zůstat se synem. Odcházím do přední části domu, kde na terase sedí maminka, představuji se a povídáme si, přichází sestra a sedá si k nám, obě jsou zdrcené. Ptám se na děti, jedná se o pětiletého Tomáška – syn mrtvého a o sedmiletá dvojčata Adélku a Petřika, sousedka je odvedla k babičce, která bydlí ve vesnici. Ptám se, kde děti byly v době události, odpovědi se liší, jsou zmatené, ale viděly krev, nůž, slyšely křik. Když odcházely k babičce, bylo jim oznámeno, že sanitka odveze tatínka x strýce do nemocnice, že je nemocný, na otázku, proč je tam policie, jim bylo odpovězeno, že je to náhoda, že přijela na pravidelnou kontrolu zabezpečení rodinného domu. Asi po 40 minutách na chvíli odcházím za tatínkem, nesu mu sklenici s vodou, povídáme si.*

Přibližně po 10 minutách přijíždí z práce manžel sestry. Povídáme si, co se stalo, co se bude dít. Jdu zjistit informace od Policie ČR, která je stále na místě. Je nařízena soudní pitva, policie už volala pohřební službu, která přijede do hodiny. Vše postupně oznamuji rodině, tatínek souhlasí, že se půjde osprchovat a u těla zůstává švagr. Žádám ho, ať dohlíží na tatínka, kdyby něco potřeboval. Odjíždí Policie ČR a já s rodinou zůstávám sama, nabízím ještě jednoho kolegu, ale to si nepřejí. V přední části domu říkám veškeré informace od policie a co se dále bude dít a co je třeba, Nad terasu se přehouplo sluníčko, je jeden z tropických dnů, tak se přesouváme do bytu sestry, opět si povídáme. Pohřební služba už je na cestě, maminka chce syna vidět, to se mi podaří jí rozmluvit, manželkem jsem byla informována, že nesnáší krev. V místě události je tratoliště krve. Domlouvám, že se maminka rozloučí až po naložení těla, u pohřebního vozu. Zajišťuji vodu pro všechny přítomné. Odcházím zpátky do zadní části, kde si povídám s tatínkem a manželkem sestry, přijíždí pohřební služba, jdu jim otevřít vrata a žádám o trpělivost a o možnost rozloučení. Než tělo začne pohřební služba nakládat, jdu za maminkou a sestrou a říkám jim, co se bude dít. Po té pomáhám naložit tělo a prosím pána z pohřební služby, aby popojel do přední části zahrady, jdu pro maminku, prosí mě, ať jsem s ní, rakev je otevřená, ale tělo zakryté, podařilo se mi maminku přesvědčit, že tělo neodhalíme, i ruce jsou hodně od krve, snažila jsem se je umýt, ale nešlo to. Je 35 stupňů ve stínu, vzhledem ke stavu těla nabízím možnost rozloučení před pohřbem. Maminka hladí syna přes přehoz, zdá se jí teplý – ležel venku na sluníčku, s tělem se nesmělo hýbat. O to víc je pro ní těžké pochopit, že syn nežije. Po odvozu těla je celá rodina v jedné místnosti v domě u dcery, povídáme si, hledáme odpovědi na spoustu otázek, občas dochází ke střetům mezi matkou a dcerou, ale vždy se mi podaří situaci uklidnit. Ptám se na děti a všechny přesvědčuji o nutnosti, říci jim, že tatínek x strýc umřel, že už není. Nechtějí jim to dnes říkat, že už bude večer, půjdou spát. Domlouváme se, že přijedu druhý den a vše jim pomohu říct, nechtějí, aby děti věděly, že to byla sebevražda. Domluvíme variantu, že byl nemocný, začal krváčet, nůž jen držel v ruce. Ve chvíli, kdy začínám mluvit o odchodu, mi sestra řekne, že nechce, abych odešla, že jim pomáhám, že mě u nich zamkne, abych neodešla. Cítím, že sama potřebuju načerpat sílu a delší dobu u rodiny nemůžu být. Ještě asi hodinu si povídáme, okolo 18 hodiny se mi podaří v klidu odejít s příslibem návštěvy druhý den. Odjíždím a hlásím se ZOS.

Datum: 25. 07. 2019; **Místo intervence:** Kolín; **Délka intervence:** 7 h.; **Čas výzvy:** 12:10 h; **Intervence od-do:** 10-17 h.; **Intervence vyžádána od:** zasažených;

Událost: suicidium (muž – podříznuté hrdlo); **Počet zasažených:** otec + matka, sestra Linda, manžel sestry Petr, dvojčata – děti sestry Adélka a Petřík, soused Radim, přítelkyně Pavlína a její matka; **Ukončení intervence:** kontakt na CC, ponechání na místě + domluvena ještě jedna schůzka na další den.

DEN DRUHÝ – *Předchozí den jsem se na konci intervence s rodinou domluvila na další schůzce. Dopoledne mi Linda volá a ubezpečuje se, že opravdu přijedu, že mě potřebují. Sděluje mi, že ještě v noci přijela přítelkyně zemřelého Mirka a odvezla si Tomáška, svého syna, domů. Zeptala jsem se, jestli mu vše řekli, ale opak byl pravdou a ještě horší na tom bylo, že malému Tomáškovi řekli: „pokud si to budeš přát, tatínek se z nemocnice vrátí.“ Nedokážu ze sebe dostat ani slovo. Linda mluví dál, potřebují ještě pomoc pro souseda, abych s ním promluvila, prováděl KPR s tatínkem zemřelého do příjezdu ZZS. Přestože jsem se předešlý den ptala, kdo všechno tam byl, s kým mám promluvit, na Radima zapomněli, odešel po výsledku Policie ČR, nyní se necítí dobře, celou noc nespál, zvracel. Prosím Lindu, jestli je možné, aby Radim přišel k nim nebo jestli můžu já k němu domů. Slibuje, že vše zařídí. Před 11hod se hlásím ZOS a prosím o občasné kontaktování, pokud se neozvu. Přijíždím na místo, otevírá mi Linda, žádá mě, ať jdu za rodiči, že si až pak popovídáme spolu. Vítají mě s úlevou (zvláštní popis pocitu), ale tak jsem to cítila. Povídáme si. Na papírku mají spoustu otázek, na které se jim snažím odpovědět. Po chvilce si všimnu za oknem na zahradě, manžela sestry s batohem na zádech, omlouvám se rodičům, že se na chvíli vzdám. Jdu za Lindou a ptám se, kam se chystají, že bych s nimi ráda mluvila a hlavně s dětmi. Chvilku odmítají, přináším jim knížku pro děti o dinosaurech a o umírání, podaří se mi je přesvědčit, prosí mě, jestli jim to řeknu. Došla jsem k rodičům zemřelého a poprosila je o trpělivost, že přijdu hned, jak to bude možné, že jdu o události informovat děti. Posadíme se, v obýváku na sedačce sedí dvojčata a z každé strany jeden z rodičů, říkám dětem, že jsem přijela z nemocnice a mám smutnou zprávu a pak jim povídám vše, na čem jsme se domluvili. Vysvětluji, proč maminka i tatínek pláčou, že budou plakat i děda s babičkou atd. Petřík má pár otázek, je smutný, ale po chvilce si jde hrát, Adélka má cílené otázky a vypráví mi, jak mě zná a jak jsem u nich v červnu ve škole ve třídě byla s medvědem a učila je první pomoc a stlačovat hrudník. A že jsem jim říkala, že se někdy nepovede srdíčko oživit a to se stalo strejdovi, že viděla záchranáře mačkat hrudník. Byla úžasná a moc mi pomohla. Po jejích otázkách a povídání se oba rodiče rozbřečeli, což se do té doby u tatínka nestalo. Předchozí den vše uklízel a rodinu podporoval. Povídali jsme si a asi po hodině děti s tatínkem odjíždějí na výlet.*

Domlouvám se s Lindou, že zajdu za rodiči. Vracím se k nim, ptají se co děti, vše jim povídám a převádím řeč na Tomáška, že je nutné mu co nejdříve říci pravdu a vysvětluji, jak moc by mu nynější sdělení mohlo poznamenat další život. Opět přenechávám na sebe spojení se žádostí kontaktování ze strany přítelkyně. Povídáme si, odpovídám na otázky. S rodiči se loučím a odcházím za Lindou. Hlásím se na ZOS, že jsem v pořádku, ale intervenci ještě nekončím. Po mém příchodu následuje smršť otázek, na které hledáme odpověď. Ukazuje mi fotky bratra a sms z posledních dnů. Ptám se na souseda, omlouvá se, že když jsem se jí včera ptala, kdo tam ještě byl, myslela z rodiny. Nyní je Radim s rodinou na výletě a vrátí se zítra. Prosim o předání mého čísla a o kontaktování. Okolo 18 hod se loučím, hlásím se na ZOS a odjíždím. Hned v autě si připojuji ouško a volám o pomoc s Tomáškem Lukáše (garant SPIS). Přestože jsem udělala vše, co v dané situaci šlo, měla jsem pocit selhání. Po vylíčení celého příběhu mi Lukáš řekl, že už ho zná, ze strany příbuzných. Domlouváme se na předání mého čísla a dle potřeby na kontaktování. Po příjezdu domů mi volá Radim. Chce si domluvit schůzku, ale náš hovor se protáhne na 45 minut. Podávám mu informace, které podat můžu a podle tónu hlasu cítím, že pomáhají, což mi na konci rozhovoru sám potvrdí. Domlouváme se, že se druhý den ozve (zavolá, ale osobní kontakt už není nutný, předchozí rozhovor mu pomohl...kontaktuje mě ještě v týdnu, kdy děkuje za pomoc). Ještě týž večer mi volá sestra přítelkyně zemřelého, žádá nějaké informace a pomoc, jak mluvit s Tomáškem. Následuje další hodinový rozhovor, Další den – neděle – mi volají rodiče zemřelého, prosí o informace od policie ohledně pitvy a vydání těla. Oznamují mi, že v pondělí večer přijede přítelkyně s Tomáškem a žádají můj příjezd a popovídání se všemi v úterý. Souhlasím a domlouváme 11hod.

Datum: 26. 07. 2019; **Místo intervence:** Kolín; **Délka intervence:** 4 h.; **Čas výzvy:** 11 h; **Intervence od-do:** 11-15 h.; **Intervence vyžádána od:** zasažených; **Událost:** suicidium (muž – podříznuté hrdlo); **Počet zasažených:** otec + matka, sestra Linda, manžel sestry Petr, dvojčata – děti sestry Adélka a Petřík, soused Radim, přítelkyně Pavlína a její matka; **Ukončení intervence:** kontakt na CC ZZS, ponechání na místě + doporučen psycholog.

DEN TŘETÍ – *Po tel. domluvě s rodinou, se hlásím ZOS a přijíždím k rodině. Představuji se nově přítomným a domlouváme se, že první rozhovor bude s dětmi. V obýváku jsou dvojčata a Tomášek, seznamuji se s ním a povídáme si, má hodně otázek a opět mi nevědomky pomáhá Adélka. S dětmi strávím asi hodinu, po té odcházejí na oběd k babičce ve vesnici, což bylo domluvené a já zůstávám s rodinou. Přítelkyně*

*chce slyšet, co se stalo, jak vše probíhalo, co se bude dít dál atd. Chce vědět, jak mluvit s Tomáškem, co mu říkat a co třeba ne, domlouváme se, že k dětem všichni budou otevření a dají jim prostor se rozhodnout (pohřeb, návštěva bytu atd.) Opět odpovídám na otázky a povídáme si o zemřelém. Řeší se i pohřeb – rozloučení se zesnulým. Zde byl jen na návštěvě, navrhuji některé možnosti. Povídáme si a pomalu se připravuji k odchodu. Okolo 15 hod se loučím a odjíždím. Rodina mě ještě několikrát telefonicky kontaktuje a já souhlasím ještě s jedním setkáním, rodiče zemřelého mě poprosí o doprovod do smuteční síně před pohřbem. Rodiče chtějí syna ještě vidět, ale nechtějí tam s ním být úplně sami a rodinu tam nechtějí. Souhlasím, pohřeb je v sobotu od 14hod. Domlouváme se na 13:30hod před smuteční síní. **Negativní faktory uvedené respondentem:** konkrétní situace – způsob úmrtí, úmrtí mladého člověka, emoce přítomných, větší počet intervenovaných – mnoho otázek, chaos na místě události, strach o své bezpečí, použitá lež matkou dítěti – pocit vlastního selhání.*

R3: KAZUISTIKA 3 – Datum: 4. 11. 2020; **Místo intervence (Peer podpory):** Příbram; **Délka intervence:** 2 h.; **Čas výzvy:** 17:00 h; **Intervence od-do:** 17:00-19:00 h.; **Intervence vyžádána od:** posádky ZZS RV+RZP Příbram; **Událost:** dopravní nehoda: otec + 2 děti 9 a 12let (otec zemřel na místě, oba synové převezeni leteckou ZS (dále jen LZS) do nemocnice, kde jeden ze synů umírá na následky těžkého zranění); **Počet zasažených:** lékař, záchranář a 2 řidiči ZZS; **Ukončení intervence:** ponechání na místě, možnost následné telefonické intervence.

Dne 4. 11. 2020 jsem byla kontaktována ZOS, kdy vyjždím k vážné dopravní nehodě, na místě posádky RV + RZP Příbram + 2X LZS. Na místě dospělá osoba a 2 děti, dochází ke KPR u dospělého muže a 1 dítěte. Domluvu provádím se ZOS a CC o podání informací a pohybu posádek. Muž ponechán na místě – exitus, obě děti jsou transportovány do nemocnice Motol ve vážném stavu. Info ze ZOS, posádky se vrací z místa na základnu Příbram. Při příjezdu na základnu za nimi přicházím, všichni jsou zásahem a situací zdrceni. Povídáme si o celém zásahu, využívám možnosti odstavení posádky – domlouvám se ZOS, koordinátor je informován. Posádka RZP je odstavena na 40min, domluveno je dřívější střídání noční směnou. RV řidič je vystřídán dříve, lékař má službu až do rána – domlouváme se na odstavení cca 2hod (úklid sanitky, doplnění, odpočinek, strava). Asi po 2 hodinách na základně odjíždím, ponechávám kontakt s možností zpětného volání. Večer okolo 21hod přichází hovor od lékaře, povídáme si, asi po 10min je odvolán na výjezd, ponechávám možnost zavolání

*i později, čehož lékař využívá kolem 23hodiny. Rozhovor cca hodinu, lékař je zasažen celou situací – doma 3dětí ve věku zraněných. Domlouvám se na zpětných informacích o stavu rodiny (doma manželka a 7letá dcera – zde zajištěna KI od Policie ČR). Druhý den ráno lékaře kontaktuji, rozhovor cca 30 min, končí mu služba, těší se domů na děti a manželku. Získávám informace o dětech z DN, chlapec po KPR v kritickém stavu, druhý chlapec ve vážném stavu, mimo ohrožení života. Domlouváme se na opětovném případném kontaktování. Během odpoledne přichází zpráva o úmrtí chlapce 12letého. Informaci o úmrtí chlapce volám lékaři, se kterým jsem v kontaktu po dopravní nehodě, opět cca 30min rozhovor o vzniklé situaci. Souběžně přichází prosba o intervenci, propojení zemřelého chlapce – kamarád syna kolegyně ze ZZS + zasažená třídní učitelka ZŠ. Následně telefonická intervence s třídní učitelkou zemřelého chlapce. Další den se nacházíme i s koordinátorkou SPIS na konferenci a domlouváme tedy intervenční podporu pro ZŠ – aktivujeme interventku, která na místo dojíždí! Viz: následující Kazuistika 4. **Negativní faktory uvedené respondentem:** konkrétní událost: úmrtí dítěte + otce, emoce zasažených členů posádek VS.*

R4: KAZUISTIKA 4 – Datum: 6. 11. 2020; **Místo intervence:** ZŠ Příbram; **Délka intervence:** 5 h.; **Čas výzvy:** 17:00h předešlého dne; **Intervence od-do:** 8:00-13:00 h.; **Intervence vyžádána od:** kolegyně ZZS – matka kamaráda zemřelého chlapce + třídní učitelka ZŠ Příbram; **Událost:** dopravní nehoda – otec + 2 děti 9 a 12let (otec zemřel na místě, oba synové převezení LZS do ZZ, kde jeden ze synů umírá na následky zranění); **Počet zasažených:** třídní učitelka, spolužáci zemřelého chlapce; **Ukončení intervence:** ponechání na místě, možnost další telefonické intervence, kontakt na CC.

Intervence začala zjištěním informací o události, jednalo se o DN, kde zemřel otec dětí (řidič) a ve voze byli dva chlapci, 12letý na následky umírá a 9letý je hospitalizován v nemocnici Motol mimo ohrožení. 5. 11. 2020 ve večerních hodinách telefonická intervence s třídní učitelkou a příprava strategie na ráno. Další den seznámení ředitele se strategií, informovat učitelský sbor a s třídní učitelkou se jde do třídy zemřelého chlapce. Za několik dní domluveno rozloučení s Pavlíkem, balónky, truhla se vzkazy. Třída 6. C má 27 žáků, dobrý kolektiv, velmi pěkný vztah s třídní učitelkou. Do třídy jdu s třídní učitelkou a zástupkyní, vychovatelky jsou na chodbě. Ve třídě oznamuji a potvrzuji informaci o úmrtí Pavlíka, reakce dětí různé (ticho, pláč, pomazlení s třídní učitelkou, různé typy otázek). 2 spolužáci rizikový (dívka - Nela romského původu hyperventilovala, pak chlapec - Tadeáš nevolnost, zvracení, poté

*zjištěno, že tyto obtíže mívá při jakékoliv psychické zátěži. Řešeno s třídní učitelkou a později maminkou, kontakty na psychologa a „Vigvam Strefiti.“ Ve třídě byli různé dotazy, otázky. Některé děti byly u nehody (zážitky o tom). Navrhla jsem, aby napsaly vzkazy pro maminku a pro Pavlíka a vytvořily koutek, kde se mohou s Pavlíkem rozloučit a jak by se s ním chtěly rozloučit. Děti se zapojovaly, navrhovaly, jak udělat koutek, měly různé nápady, po té šly za učitelkou a udělaly strom života. Chtěly si povídat o Pavlíkovi, jaký byl, jaké zážitky s ním měly, co měl rád, i došlo na zpěv a jeho oblíbené písničky. Neustále jsem jim připomínala, ať to doma řeknou a že kdykoliv můžou zajít za třídní učitelkou a klidně mohou kontaktovat i nás. Při odjezdu domluva, jak se s Pavlíkem rozloučit – návrh na poslední vyučovací hodinu v určený den. Děti situaci zvládají, paní učitelka je na tom hůře. Domluva, že se ozvou do středy. S ředitelem řešení, jak se budou loučit s Pavlíkem (balónky + helium, uvolnit vyučování). Další den telefonická konzultace s třídní učitelkou a domluva, zda budu moct přijet a být s nimi při loučení s Pavlíkem. Sdělení, jak děti chtějí uspořádat rozloučení s Pavlíkem (balónky a napsat vzkazy - pouze 6. C a pak jít na zahradu školy, kde udělají hrobeček, dají truhlu se vzkazy, hračky a co chtějí spolužáci), mají to domluvené i s vedením školy. Já ještě zjišťuji, jak jsou na tom žáci (i Tadeáš a Nela) a paní učitelka. Na základě tel. rozhovoru s třídní učitelkou jedu na rozloučení. Den loučení s Pavlíkem: Setkání se žáky a třídní učitelkou (příprava balónek, malování vzkazů, příprava truhly, děti ve výtvarné výchově udělaly věnce). Otázka pohřbu (děti se podepsaly na stuhu, zda jít na pohřeb atd.). Uklizení pietního místa ve třídě, ponechaly si fotku Pavlíka na společné nástěnce. Rozloučit se jdeme na nádvoří školy pouze 6. C a ostatní žáci koukají z okna, nejdříve je zpěv, odpočítání a vypuštění balónek, přání. Zakopání truhly a dány návrhy, jak udělat okolí místa uložení. Děti situaci zvládly, ještě hovor s třídní učitelkou. Ponechána možnost kontaktu, kontakt i na Call centrum. **Negativní faktory uvedené respondentem:** konkrétní situace – úmrtí otce a malého chlapce, emoce zasažených dětí a pedagogů.*

R5: KAZUISTIKA 5 – Datum: 20. 04. 2019; **Místo intervence:** Vlašim; **Délka intervence:** 3,5 h.; **Čas výzvy:** 11:40 h; **Intervence od-do:** 12:00-15:30 h.; **Intervence vyžádána od:** posádky ZZS RV Benešov; **Událost:** suicidium; **Počet zasažených:** manželka + 2 dcery; **Ukončení intervence:** ponechání na místě, doporučen psycholog.

O intervenci požádal lékař RV posádky zasahující na místě. Po půl dvanácté mě tedy oslovila operátorka s prosbou intervence v rodině, kde došlo k úmrtí padesátiletého

muže. Ihned vyrážím a po cestě se spojuji se zasahujícím lékařem, který právě odjíždí od rodiny. Ve 12 hodin dojždím na místo – Vlašim asi 20 km od mého bydliště. Přicházím do bytu, kde se nachází manželka zemřelého a dvě dospělé dcery. Na místě jsem očekávána a okamžitě po mém příchodu mi manželka zemřelého sděluje veškeré informace, manžel – padesát let – odešel ráno v pět hodin z domova, pravidelně venčil psa, nepřišlo jim to divné. Před sedmou hodinou se paní probudila, ale manžel doma nebyl, jen pes, kterého s sebou nevezl. Nechal doma i telefon, který pořád nosil u sebe, měl jen klíče. Dcery tatínka začaly hledat, objížděly známé, práci a chalupu. Jedna s dcer se vydala se psem do míst, kam chodil pán na procházku a tam ho našla ve křoví pod asi 30 metrů vysokým sloupem v nepřírozené poloze. Přivolala ZZS, se kterou dorazila i Policie ČR. Při příjezdu lékař konstatoval smrt a vyšetřování si převzala Policie ČR. Vše na místě nasvědčovalo sebevraždě. Rodina se s tímto nemůže smířit, od pána nebyly ani náznaky sebevražedných sklonů (během dalšího povídání mi říkají, že maminka zemřelého se několikrát pokusila o sebevraždu, kterou při jednom pokusu dokonala). S manželkou měli naplánovaný víkendový pobyt v lázních, kam měli ve čtvrtek večer odjet (nyní je středa) a že už mají nachystané kufry. Plánovali prý i jiné věci do budoucna. Povídáme si, manželka pláče, jedna dcera také, na druhé je vidět, že se snaží obě dvě ženy podporovat a být ta silná. Pokusím se jí více rozpovídat, ale maminka mě zarazí, ať přestaneme, že z místnosti odejde, že nechce slyšet podrobnosti. Domlouvám se s dcerou, že se o maminku postará a odcházím s její sestrou do kuchyně, kde na mě začne „chrlit“ vše co se stalo a jak tatínka našla! Povídáme si a po chvíli začíná usedavě plakat, vše trvá asi 30 minut, svěruje mi spoustu podrobností z dnešního dne, ale i z rodinného života. Maminka má roztroušenou sklerózu, s tatínkem se před několika dny pohádala. Naše povídání přerušuje zvonek, přichází Policie ČR, přináší osobní věci a požaduje nějaké informace. Mimo jiné i informace o noži nalezeném na místě, který dcera nepoznává. Po jejich odchodu se vracíme do místnosti k mamince a druhé sestře. Ještě se pokoušíme hledat dopis na rozloučenou – bez úspěchu. Povídáme si, odpovídám na otázky typu – co se bude dít, co mají zařídit atd. Domlouváme se na návštěvě všech u nějakého psychologa. Připomínám jim, aby myslely na své potřeby – jídlo, pití, maminka léky, za což jsou vděčné. Zapomněly se nasnídat, pití jsem zajistila během mé návštěvy. Ozývá se jim sestra zemřelého, která je na cestě s nabídkou přivezení nějakého nákupu. Ještě si povídáme a okolo 15:30 hod se po dohodě loučím a odjíždím. Hlásím se ZOS. **Negativní faktory uvedené respondentem:** způsob úmrtí - sebevražda, emoce zasažených.

R6: KAZUISTIKA 6 – Datum: 20. 04. 2020; **Místo intervence:** Benešov; **Délka intervence:** 3,5 h.; **Čas výzvy:** 6:45 h; **Intervence od-do:** 7:00-10:30 h.; **Intervence vyžádána od:** posádky ZZS RLP Benešov; **Událost:** úmrtí dítěte; **Počet zasažených:** rodiče dítěte, sourozenci, babičky, **Ukončení intervence:** ponechání na místě, dále doporučen psycholog.

*Dne 20. 04. 2020 mi přišla žádost o KI prostřednictvím SMS z našeho Call centra, jednalo se o úmrtí 6měsíčního dítěte. Na místě toho času byla posádka RLP Benešov, na místě zásahu proběhla neúspěšná KPR. Okolnosti události získávám během cesty na místo od zkušeného záchranáře. Na místě byla pohřební služba, která vyčkává. Komunikuju s tatínkem dítěte, které mělo vrozenou srdeční vadu a v následujících dnech mělo podstoupit operaci. Dalšími zasaženými jsou dva starší sourozenci školního věku, dvě babičky a maminka. Ta, ačkoliv byla svědkem KPR a následně vedla hovor s lékařem ZZS odmítá situaci akceptovat. Nechce se k dítěti přiblížit ani se s ním rozloučit. Střídavě pracuji s dětmi, babičkami a maminkou. Tatínek je velmi konstruktivní a je mi velkou oporou. Za největší úspěch krizové intervence považuji skutečnost, že maminka situaci nakonec přijala a dokázala se s děťátkem rozloučit. Velký dík patří tatínkovi za pomoc a posádce pohřební služby za naprostou profesionalitu, trpělivost a lidskost. Cestou z KI jsem kontaktována zasahujícím záchranářem, který sám je otcem dítěte s těžkou vrozenou srdeční vadou a cca hodinovým hovorem jsme si byli schopni zpracovat sami v sobě daný zásah. Tato intervence je zřejmě tou nejtěžší, kterou jsem během svého působení krizového intervanta v rámci ZZS vedla. **Negativní faktory uvedené respondentem:** úmrtí malého dítěte, emoce zasažených, obtížná spolupráce s matkou zemřelého dítěte (myšleno ve smyslu náročnosti spolupráce – z pochopitelných důvodů).*

5.1 Přehled analyzovaných výsledků

Získaná data jsme v rámci zakotvené teorie analyzovali na základě teoretických pojmů – *konceptů kódování*, jehož cílem je dle Hendla (2016) tematické rozkrytí textu, a to pomocí identifikování *kategorií*. *Prvotní kategorizaci dat*, kterou Čábalová (2011, s. 107) vymezuje jako: „seřazení odpovědí prostřednictvím kódu od širokých a obecných až po specifické a konkrétní,“ jsme provedli po ukončení rozhovorů na základě zjištění značného množství informací. Ta proběhla přiřazováním kódů k odpovědím, a to pomocí čísel a názvů, kde každý kód představoval nějaký typ

odpovědi. Dále byla provedena i *druhotná kategorizace dat*, kde byly prvotní kategorie děleny do menších celků, které nám podávají jemnější obraz o sledované problematice. Na základě našich rozhovorů vznikly dvě hlavní kategorie odpovědí. První se dále členila na šest podkategorií a druhá kategorie na dvě podkategorie. V *první kategorii* došlo dále u podkategorie 1.1, 1.1.1, 1.2, 1.4, 1.4.1, 1.4.2, 1.4.3 a 1.6, 1.6.1 a 1.6.2 ještě k dalšímu členění, stejně tak jako ve *druhé kategorii*, a to u podkategorie 2.1, 2.1.1, 2.1.2, 2.2 a 2.2.3 došlo dále k dalšímu – podrobnějšímu členění na další podkategorie. Následné zobrazení dat nám ukazuje stupeň dosažené analýzy a je základem pro další interpretaci.

- **Kategorie 1: negativní faktory ovlivňující činnost krizového intervenanta a celkový průběh krizové intervence:**

podkategorie 1.1 provozní faktory;

podkategorie 1.1.1 technické faktory;

podkategorie 1.1.1.1 porucha mobilního telefonu (dále jen MT);

podkategorie 1.1.1.2 porucha automobilu;

podkategorie 1.1.2 zapomenutí pomůcek;

podkategorie 1.2 demotivující faktory;

podkategorie 1.2.1 nestejně finanční a pracovní podmínky v krajích;

podkategorie 1.2.2 odmítnutí pomoci intervenanta;

podkategorie 1.3 zátěžové faktory;

podkategorie 1.4 situační faktory;

podkategorie 1.4.1 informační faktory;

podkategorie 1.4.1.1 nedostatečné informace o události;

podkategorie 1.4.1.2 jazyková bariéra;

podkategorie 1.4.1.3 média;

podkategorie 1.4.2 kauzální faktory;

podkategorie 1.4.2.1 péče o viníky nehod;

podkategorie 1.4.2.2 příčina či způsob úmrtí (brutalita);

podkategorie 1.4.3 emoční faktory;

podkategorie 1.4.3.1 emoce členů VS na místě události;

podkategorie 1.4.3.2 emoce zasažených + příslušníků rodiny;

podkategorie 1.4.3.3 emoce přihlížejících;

podkategorie 1.5 faktory prostředí;

podkategorie 1.6 osobnost interventa;

podkategorie 1.6.1 osobní faktory;

podkategorie 1.6.1.1 snížená sebereflexe interventa;

podkategorie 1.6.1.2 nedostatek spánku, odpočinku;

podkategorie 1.6.2 profesní faktory;

podkategorie 1.6.2.1 porušení pravidel (EK, standardy);

podkategorie 1.6.2.2 málo zkušeností, strach o bezpečí a ze selhání.

Během našeho výzkumu byly v průběhu rozhovorů současně s negativními faktory zjištěny i faktory pozitivní, které nebylo primárně cílem naší práce identifikovat, ale dle našeho úsudku se staly vhodným a užitečným materiálem pro diskuzi, doporučení pro praxi a k zodpovězení druhé výzkumné otázky, proto je tedy rovněž uvádíme.

- **Kategorie 2: pozitivní faktory ovlivňující činnost krizového interventa a celkový průběh krizové intervence:**

podkategorie 2.1 situační faktory;

podkategorie 2.1.1 spolupráce všech zasažených na místě události;

podkategorie 2.1.1.1 spolupráce sekundárně zasažených;

podkategorie 2.1.1.2 spolupráce rodiny a přátel;

podkategorie 2.1.2 spolupráce všech složek IZS na místě události;

podkategorie 2.1.2.1 motivační faktory;

podkategorie 2.1.2.2 informační faktory;

podkategorie 2.2 osoba interventa;

podkategorie 2.2.1 osobní faktory;

podkategorie 2.2.2 provozní faktory;

podkategorie 2.2.3 profesní faktory;

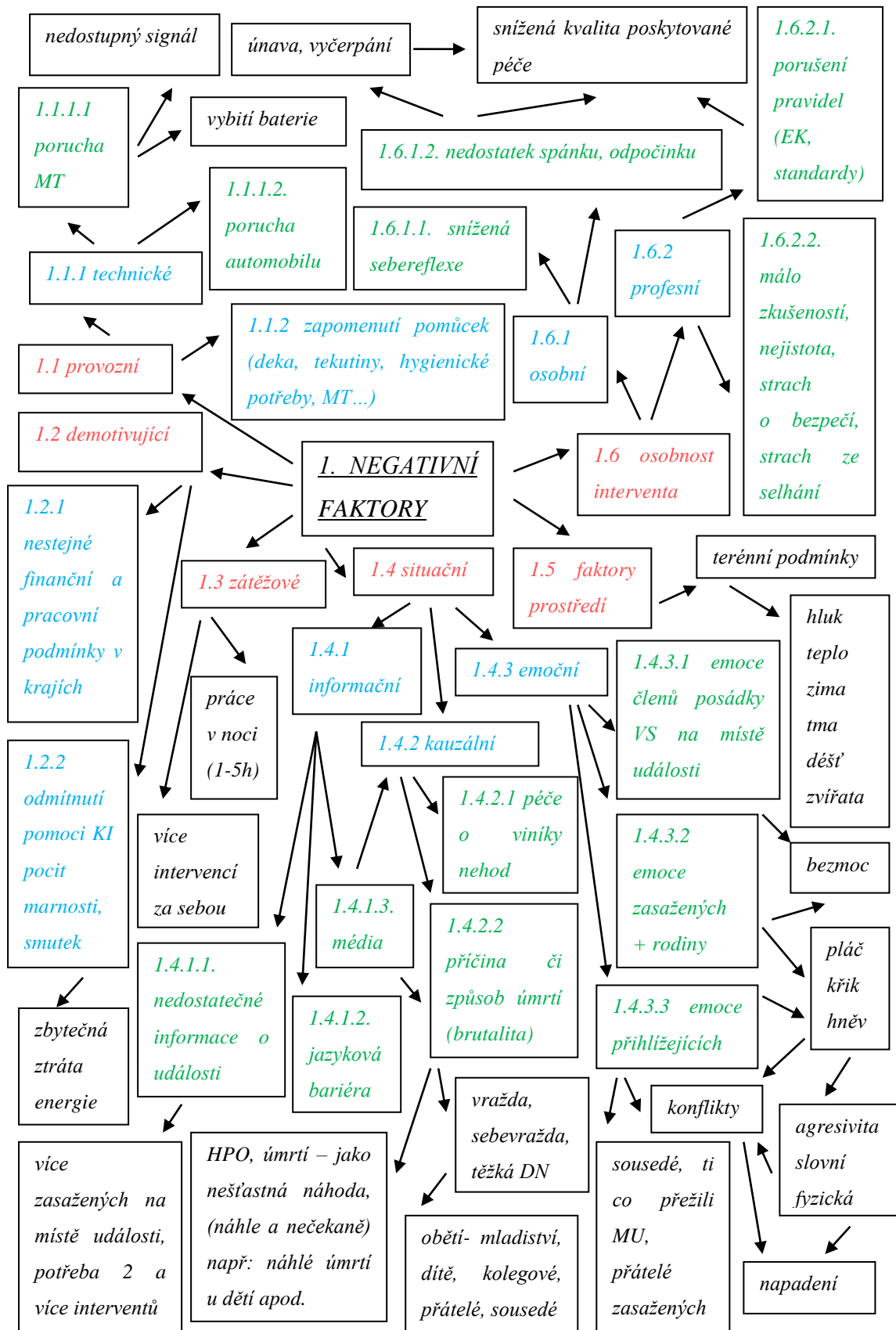
podkategorie 2.2.3.1 udržování kvalifikace;

podkategorie 2.2.3.2 etické chování;

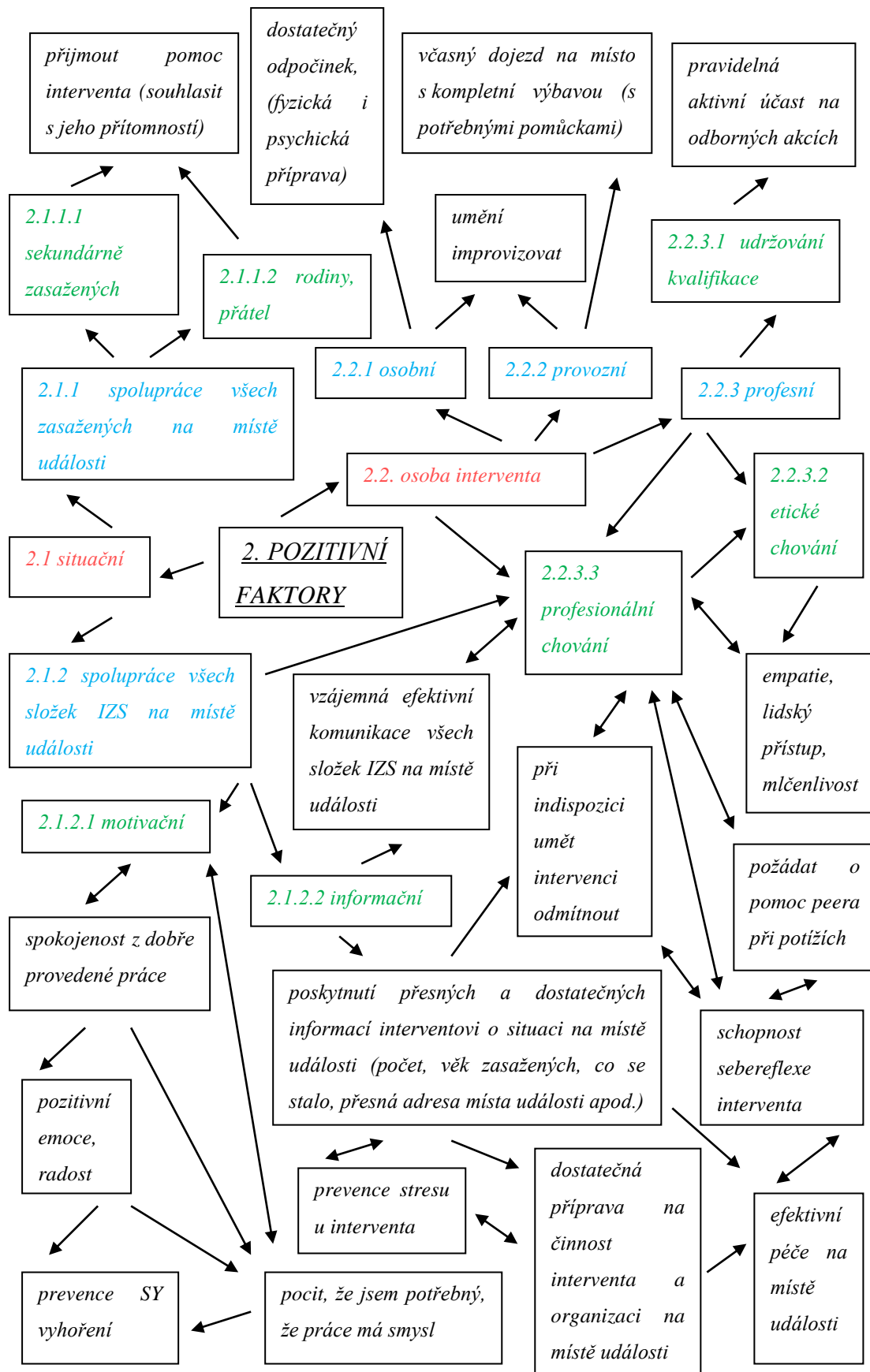
podkategorie 2.2.3.3 profesionální chování.

5.2 Vyhodnocení cílů práce

V diplomové práci jsme si stanovili tři cíle. Prvním cílem bylo přinést ucelený náhled na problematiku poskytování PSP osobám zasaženým MU. V teoretické části práce jsme vymezili základní pojmy týkající se tématu diplomové práce, získané z dostupné odborné literatury. Základní prameny pro vyhledávání tvořily tyto elektronické databáze: katalog Národní lékařské knihovny, Jednotná informační brána, Souborný katalog ČR, Theses, PubMed a online katalog NCO NZO, které nám poskytly klíčový materiál. Zpracováním dat tímto způsobem se nám podařilo obsáhnout zadaný cíl. Druhým cílem bylo zjistit a popsat negativní faktory působící při poskytování PSP osobám zasaženým MU. Zjištěné faktory byly na základě analýzy dat kategorizovány a pro lepší přehlednost uspořádány ve schématu na obrázku 2 (s. 54). Třetím cílem bylo zjistit možnosti eliminace negativních faktorů působících při poskytování PSP osobám zasaženým MU a navrhnout postupy k jejich řešení. Možnosti eliminace uvádíme na konci diskuze (s. 70) v podkapitole pod názvem: „Doporučení pro praxi.“ Můžeme tedy konstatovat, že všechny naše cíle byly splněny.



Obrázek 2 Kategorie 1 Negativní faktory ovlivňující průběh KI, zdroj: autor, 2021



Obrázek 3 Kategorie 2 Pozitivní faktory ovlivňující průběh KI, zdroj: autor, 2021

Z obou obrázků je zřetelné, že průběh a efektivitu poskytování psychosociální pomoci ovlivňuje dle výsledků našeho výzkumného šetření velké množství faktorů, které byly rozděleny do dvou základních kategorií.

První kategorii tvoří **1. NEGATIVNÍ FAKTORY**. Ty byly následně rozděleny na šest podkategorií: **1.1 provozní, 1.2 demotivující, 1.3 zátěžové, 1.4 situační, 1.5 faktory prostředí a 1.6 osobnost interventa**, které byly dále děleny do dalších podkategorií.

Do **1.1 provozních** faktorů byly dle respondentů zařazeny **1.1.1 technické** faktory, a **1.1.2 zapomenutí pomůcek** potřebných při poskytování PPP v terénu (jako je např: deka, tekutiny, hygienické potřeby, MT...). Mezi **1.1.1 technické** faktory patří **1.1.1.2 porucha automobilu a 1.1.1.1 porucha MT**, která se může projevit v podobě **nedostupného signálu MT** nebo **vybitou baterií MT**. Pod **1.2 demotivující** faktory respondenti uvedly **1.2.1 nestejně finanční a pracovní podmínky v krajích a 1.2.2 odmítnutí pomoci interventa**, z toho pramenící pocit marnosti, smutek či zbytečnou ztrátu energie. Více intervencí za sebou a práci v nočních hodinách (nejvíce mezi 1-5 hodinou ranní) vnímají respondenti jako faktory **1.3 zátěžové**. **1.4 situační** faktory byly dále rozděleny na **1.4.1 informační, 1.4.2 kauzální a 1.4.3 emoční**. Mezi **1.4.1 informační** faktory patří **1.4.1.3 média, 1.4.1.2 jazyková bariéra a 1.4.1.1 nedostatečné informace o události** – jako například více zasažených na místě události a nutná potřeba dvou a více interventů. Do **1.4.2 kauzálních** faktorů patří **1.4.2.1 péče o viníky nehod a 1.4.2.2 příčina či způsob úmrtí (brutalita)** jako je vražda, těžká DN, sebevražda, kdy obětí je dítě, mladiství, přátelé, kolegové, sousedé nebo úmrtí jako nešťastná náhoda (náhlé a nečekané) např: syndrom náhlého úmrtí u dětí. Mezi **1.4.3 emoční** faktory patří **1.4.3.1 emoce členů posádky VS na místě události a 1.4.3.2 emoce zasažených + rodiny**, kde společným jmenovatelem je bezmoc. Pláč, křik a hněv může vygradovat ke slovní či fyzické agresivitě, konfliktům a k napadení, což je společným jmenovatelem podkategorie **1.4.3.2 emoce příslušníků rodiny** a podkategorie **1.4.3.3 emoce přihlížejících** – tedy sousedů, těch, co přežili MU a přátel zasažených. Mezi **1.5 faktory prostředí** patří terénní podmínky, jako je hluk, teplo, zima, tma, déšť apod. Podkategorie **1.6 osobnost interventa** se dělí na dvě podkategorie **1.6.1 osobní a 1.6.2 profesní faktory**. Do **1.6.1 osobních** faktorů respondenti zahrnuli **1.6.1.1 sníženou sebereflexi interventa, 1.6.1.2. nedostatek spánku a odpočinku** a z toho pramenící únavu, vyčerpání a sníženou kvalitu KI, která je také výsledným bodem u podkategorie

1.6.2. *profesní faktory*, které se dále člení na 1.6.2.1 *porušení pravidel (EK, standardy)* a 1.6.2.2 *málo zkušeností, nejistotu, strach o bezpečí a strach ze selhání*.

Druhou kategorií tvoří **2. POZITIVNÍ FAKTORY**. Ty byly následně rozděleny na dvě podkategorie. **2.1 situační a 2.2 osobu interventa**, které se dále dělily na další podkategorie.

Faktory 2.1 situační jsou dále rozděleny na podkategorii 2.1.1 *spolupráce všech zasažených na místě události* a podkategorii 2.1.2 *spolupráce všech složek IZS na místě události*. Podkategorie 2.1.1 se dále dělí na podkategorii 2.1.1.1 *sekundárně zasažení a podkategorii 2.1.1.2 rodina a přátelé*, kde společným ukazatelem je přijetí pomoci interventa (souhlasit s jeho přítomností - pomocí). Podkategorie 2.1.2 *spolupráce všech složek IZS na místě události* je dále rozdělena na podkategorii 2.1.2.1 *motivační* a podkategorii 2.1.2.2 *informační*. Do podkategorie 2.1.2.1 *motivační* patří spokojenost z dobře provedené práce, pozitivní emoce, radost, které způsobují pocit, že intervent je potřebný a že jeho práce má smysl a které působí na krizového interventa jako prevence vzniku syndromu profesního vyhoření. Do podkategorie 2.1.2.2 *informační* zařadili respondenti vzájemnou efektivní komunikaci všech složek IZS na místě události a poskytnutí přesných a dostatečných informací o situaci na místě události (počet a věk zasažených, co se stalo, přesná adresa místa události apod.). Poskytnutí těchto informací působí preventivně proti vzniku zvýšeného stresu u interventa a také mu umožní dostatečnou přípravu na jeho činnost a na organizaci na místě události, z čehož následně vyplývá efektivnější péče o zasažené osoby. Podkategorie **2.2 osoba interventa** je dále rozdělena na podkategorie faktorů 2.2.1 *osobních*, 2.2.2 *provozních* a 2.2.3 *profesních*. Do 2.2.1 *osobních* faktorů respondenti zařadili dostatečný odpočinek interventa (tedy jeho dostatečnou fyzickou a psychickou přípravu), a do 2.2.2 *provozních* faktorů včasný dojezd na místo události s kompletní výbavou (s potřebnými pomůckami). Umění improvizovat je součástí *osobních i provozních* faktorů. 2.2.3 *profesní* podkategorie byla dále rozdělena na podkategorii 2.2.3.1 *udržování kvalifikace*, kam patří pravidelná aktivní účast na odborných akcích, dále na podkategorii 2.2.3.2 *etické chování*, kam patří empatie, lidský přístup, mlčenlivost a na podkategorii 2.2.3.3 *profesionální chování*, kam respondenti zařadili schopnost sebereflexe interventa, jako například při indispozici umět intervenci odmítnout nebo při potřebě či potížích požádat peera o pomoc.

Pro větší názornost jsou zjištěné skutečnosti z rozhovorů shrnuty do následující tabulky 2 (s. 58). Pokud se problematika u respondentů v průběhu činnosti objevila, jsou v tabulce uvedeny čísla respondentů, v opačném případě je použit symbol X. Čísla v tabulkách označují jednotlivé respondenty – R1, R2, R3, R4, R5 a R6 podle pořadí rozhovorů. Podrobnější rozbor dat v tabulce 2 je uveden na začátku diskuze (s. 59).

Tabulka 2 Zkušenost respondentů s negativními faktory v praxi

negativní faktory	respondenti se zkušeností s negativními faktory	respondenti bez zkušeností s negativními faktory
provozní	R2, 3, 5	R1, 4, 6
demotivující	R1, 2, 5, 6	R3, 4
zátěžové + faktory prostředí	R1, 2, 3, 4, 5, 6	X
situační	R1, 2, 4, 6	R3, 5
osobnost interventa	R1, 2, 5, 6	R3, 4

zdroj: autor, 2021

5.3 Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1: *Jaké faktory mají negativní vliv při poskytování PSP osobám zasaženým MU?* Všechny výzkumem zjištěné faktory byly kategorizovány a pro jejich široké spektrum a lepší přehlednost uvedeny na obrázku 2 (s. 54), kde názorně demonstrují odpověď na první výzkumnou otázku. Obrázek 3, (s. 55) znázorňuje pozitivní faktory, které spontánně vyplynuly z rozhovorů provedených během výzkumu a které se staly vhodným a užitečným materiálem k zodpovězení druhé výzkumné otázky. Protože jsou kvalitativní data objemná a postrádají strukturu, je zobrazení dat v kvalitativní analýze důležitým prostředkem. Abychom výzkumem zjištěná data neztráceli jejich kontextu, k zobrazení dat jsme zvolili podobu schémat, která nám posloužila ke kompresi informací a jejich názornou organizaci. **Výzkumná otázka č. 2:** *Jakými způsoby lze zjištěné negativní faktory omezit či eliminovat?* Na druhou výzkumnou otázku odpovídáme na konci diskuze (s. 70) v podkapitole pod názvem „Doporučení pro praxi.“

6 DISKUZE

V diplomové práci jsme se zabývali poskytováním PSP osobám zasaženým mimořádnou událostí. V teoretické části práce byly v obecné rovině vymezeny základní pojmy a definice týkající se daného tématu. Empirická část diplomové práce byla zaměřena na výzkum negativních faktorů, které v průběhu krizové intervence působí. Potřebná data byla získána kvalitativní metodou pomocí šesti polostrukturovaných rozhovorů, společnou diskuzí všech respondentů s výzkumníkem, analýzou kazuistik a pozorováním situace v terénu. V této části práce námi získané výsledky zhodnotíme a porovnáme s výsledky výzkumů jiných autorů, s dostupnou literaturou a s našimi zkušenostmi z praxe.

Podle tabulky 2 (s. 58) je patrné, že s negativními faktory se během své činnosti respondenti běžně setkávají. Ne všichni mají stejnou zkušenost. S **provozními faktory 1.1** měl například zkušenost respondent 2, který zapomněl potřebné pomůcky a na místě události musel improvizovat. Podobnou zkušenost mají i respondenti 3 a 5. Uvádíme například slova respondenta 5: *„Pokud pracujete v terénu v nočních hodinách a na místě zjistíte, že nemáte baterku nebo jinou potřebnou pomůcku vhodnou k intervenci, může vás to pěkně potrápít.“* S **demotivujícími faktory 1.2** se setkali respondenti 1,2,5 a 6 při odmítnutí nabízené intervence zasaženým. Všichni respondenti **přiznali zátěžové faktory 1.3** při práci v nočních hodinách a respondent 3 uvedl vyčerpanost a únavu v situaci, kdy intervenoval s deficitem spánku po noční službě na výjezdové skupině. Jako zkušenost se **situačními faktory 1.4** uvedli respondenti 1,2 a 4 při spolupráci s médii na místě události, respondenti 1,4 a 6 při péči o viníky nehod, respondenti 1 a 2, kteří zažili kontakt s agresorem, respondent 2, který intervenoval větší počet zasažených a přiznal chaos na místě události a všichni respondenti netajili náročné emoční situace (jak pro ně samotné, tak i intervenovaných osob) prožívané na základě příčin a způsobů náhlých, nečekaných úmrtí dětí i dospělých. Připomeňme například slova respondenta 3, který uvedl: *„Všichni víme, že smrt je nevyhnutelná a přirozená část našich životů, ale pokud přijde příliš brzy, například u dětí nebo náhle a nečekaně, například u dopravních nehod a jiných neštěstí, člověka to psychicky úplně rozloží. A přesně s lidmi v takovém stavu pracujeme, abychom při jejich nesprávném zpracování takové situace, zabránili jejich poškození a nežádoucím následkům.“* Všichni respondenti uvedli potíže při intervenci v terénu patřících do **faktorů prostředí**

1.5. Z negativních faktorů patřících do **1.6 osobnost intervenanta** jmenoval respondent 2 zážitek pocitu selhání při krizové intervenci na základě lži (použité matkou v kontaktu s dítětem), které se nedalo zabránit. Respondenti 5 a 6 zažili obtížnou spolupráci se zasaženými osobami a respondenti 1 a 2 prožili při výkonu činnosti strach o své bezpečí při přítomnosti zvířat na místě události. Připomínáme například slova respondenta 2, který uvedl: *„Přijela jsem na místo události a paní, které jsem měla poskytnout potřebnou péči, měla u sebe psa poněkud větší velikosti, který se ke mně nechoval příliš přátelsky, což chápu, byla jsem cizí. Navíc mám ze zvířat respekt. Nejhorší bylo, že psa chtěla mít u sebe po celou dobu kontaktu se mnou a nechtěla ho odvést do vedlejší místnosti. Paní měla ještě k tomu špatný sluch, takže ona špatně slyšela mě a já špatně slyšela jí, protože pes navíc neustále štěkal. Nakonec se mi podařilo paní přesvědčit, aby odvedla psa stranou, do vedlejší místnosti.“*

Dále z našeho výzkumu vyplývá, že intervenanti dle výpovědí respondentů dle obrázku 2 (s. 54) musí být dobře připraveni nejenom z odborného hlediska, tedy profesně, ale musí být také v dobré kondici po stránce fyzické i psychické. Zasažené osoby totiž mohou následkem různých stavů provázených strachem, panikou apod. způsobovat zmatek na celém prostoru při zásahu a tím, byť neúmyslně narušovat průběh záchranných akcí. Následkem například nedostatku spánku, odpočinku a následné únavy či vyčerpání nebo sníženou sebereflexí interventů, by mohlo dle výpovědí respondentů docházet ke snížené kvalitě poskytované péče. Jako příklad uvádíme slova respondenta 3, který uvedl: *„Jednou jsem jela na intervenci po noční směně. Netušila jsem, že budu potřebná na místě 6 hodin. Soustředit se na vše potřebné mi dávalo pěkně zabrat. Tehdy jsem podcenila svoje fyzické limity a bylo to znát. Od té doby nikdy nesloužím intervence s deficitem spánku.“* Stejně tak negativně by působilo dle slov respondentů jakékoliv porušení pravidel – standardů či „Etického kodexu“ interventů. U začínajících interventů, kteří čerpají zkušenosti, negativně působí vlastní nejistota, strach ze selhání či obavy při poskytování péče. Neméně důležitá je také nutnost dostatečné přípravy na komunikaci s médii a práce na odstranění jazykových bariér. Počet cizinců na našem území každoročně stoupá a vzhledem k tomu, že Česká republika má také úlohu transportní země, kde vysoké počty pohybujících se cizinců jsou běžné, lze tedy předpokládat, že jazyková vybavenost každého intervenanta znamená pro každého z nich značnou výhodu. Za nejvíce stresové faktory považovali respondenti agresivní chování sekundárně zasažených (obzvláště přihlížejících osob například

v podnapilém stavu), nedostatek informací z místa události a také nedostatek vlastní technické výbavy (v situaci při zapomenutí pomůcek apod.).

Ohledně nejenom řádné informovanosti o situaci, ale i důležitosti technické výbavy krizového intervenanta se s námi shoduje například i Janků (2017, str. 59), která ve své práci uvedla, že: *„Dosavadní praxe členů týmů posttraumatické péče s poskytováním PSP v terénu, u živelních pohrom, dopravních nehod a jiných MU ukázala, že je nutné mít vhodné vybavení pro zajištění péče o zasažené osoby i pro svou činnost a ochranu. Při poskytování pomoci je zasahující příslušník s osobou zasaženou událostí zpravidla mimo místo prováděného zásahu a není vhodné poskytování pomoci přerušovat odcházením pro potřebné pomůcky nebo materiál. Díky zásahovému batohu má zasahující člen týmu všechny potřeby pro podporu a péči o zasažené osoby na místě. Už jenom z důvodu pracovní činnosti interventů, která se odehrává v terénních podmínkách, musí být bezpodmínečně a dostatečně technicky vybaveni.“* Dle slov krajské koordinátorky SPIS SČK Benešové (2021) je standardní výbavou interventů ZZS SČK v zásahovém batohu: vesta s nápisem „INTERVENT“, identifikační karta SPIS ZZS SČK, návleky na boty, rukavice, respirátor FFP2, blok A4 nelinkovaný, propiska 2×, brožura pro pozůstalé 5×, kartičky psychické první pomoci, kapesníky papírové, deka jednorázová, 2×kelímky na vodu plastové, voda neperlivá, mikrotenové sáčky, hroznový cukr, plyšová hračka 2×, omalovánky 2×, pastelky 2×. Dle vlastního uvážení je možné dále doplnit vybavení podle typu události (např. pláštěnka, čelovka) a věcmi osobní potřeby (např. powerbanka, cigarety, žvýkačky, dezinfekční gel na ruce, my doporučujeme doplnit výbavu o holínky a náhradní ponožky z důvodu, který nám sdělil respondent 2, který v rozhovoru uvedl: *„Jednou jsem prováděla KI u oběšené dívky. Bylo to přímo v terénu – v lese. V místě mého bydliště bylo slunečno, vyrazila jsem tedy v teniskách. Po cca 40km cestě na místo intervence, kde bylo po vydatném dešti, všude kaluže, mokro, se mi podařilo do jedné kaluže šlápnout. To pro mne znamenalo trávit čas cca 4hodiny na místě s jednou nohou i botou úplně mokrou. Nebylo to tehdy vůbec příjemné, ale chybami se člověk učí. Od té doby v kufříku vozím stabilně holínky i náhradní ponožky a to samé doporučuji i ostatním interventům.“* Úkolem pomůcek je zajistit soběstačnost a ulehčit situaci na místě události jak interventům, tak zasaženým. Soupis pomůcek je obsahem standardů.

Otázku bezpečnosti krizových interventů při jejich pracovní činnosti, zmínila v našem společném rozhovoru krajská koordinátorka SPIS SČK Benešová (2021) jako

velice důležitou. Dle jejích slov, se v praxi pro kontrolu bezpečí interventů zavedlo několik systémových kroků. Operátor Call centra může pro kontrolu jeho bezpečí kdykoliv telefonicky intervenanta kontaktovat. Každý intervent má povinnost se vždy po ukončení krizové intervence hlásit telefonicky operátorce Call centra jak z místa události, tak po bezprostředním návratu do domácího prostředí a to hned z několika důvodů. Jako příklad z praxe uvádíme slova respondenta 2, který ve své výpovědi zmínil, že: *„Nikdy nevíte úplně, do čeho jdete, jak to bude na místě události vypadat, co vlastně čekat. Máte sice nějaké informace, ale situace na místě události se může během několika minut kdykoliv a jakkoliv změnit. Někdy může jít i o naše bezpečí, například v situaci, kdy členové ostatních složek IZS opustí místo události a vy jako krizový intervent zůstáváte na místě události sám se sekundárně zasaženými, a to pro nás může v některých situacích znamenat určité riziko.“* Můžeme zmínit i slova respondenta 4, který ve společné diskuzi vypověděl, že: *„Rizikem pro nás byla například situace, která nastala v průběhu intervence, kdy přišel na místo události domů v podnapilém stavu jeden ze členů rodiny a začal nás slovně napadat. Vzhledem k tomu, že po slovním útoku následuje mnohdy i útok fyzický, musela se z bezpečnostních důvodů volat znovu na místo hlídka Policie ČR.“*

Zajímavá diskuze proběhla i na téma „péče o viníky nehod.“ I přes profesionální přístup ke všem intervenovaným osobám se všichni respondenti shodli o jakémisi vnitřním rozporu ve vztahu k intervenovanému, v jehož případě byla nehoda spáchána například jeho vinou pod vlivem alkoholu, nepozorností, úmyslem apod. Tyto situace popsali „pro osobní zpracování situace“ jako značně náročné. Respondenti 1 a 6 se ve společné diskuzi shodli, že zasahovali u zbytečně způsobené nehody řidičem vozidla pod vlivem alkoholu a řidičem, který psal sms za volantem a nevěnoval se řízení.

V našem výzkumu jsme zpracovávali získaná data z teoretických zdrojů, z rozhovorů i z praktických zkušeností také pomocí SWOT analýzy v následující tabulce 3 (s. 63), kde jsme na základě výsledků provedli hodnocení a stanovili možná opatření, která jsou uvedena na konci diskuze (s. 70) v podkapitole pod názvem: *„Doporučení pro praxi.“*

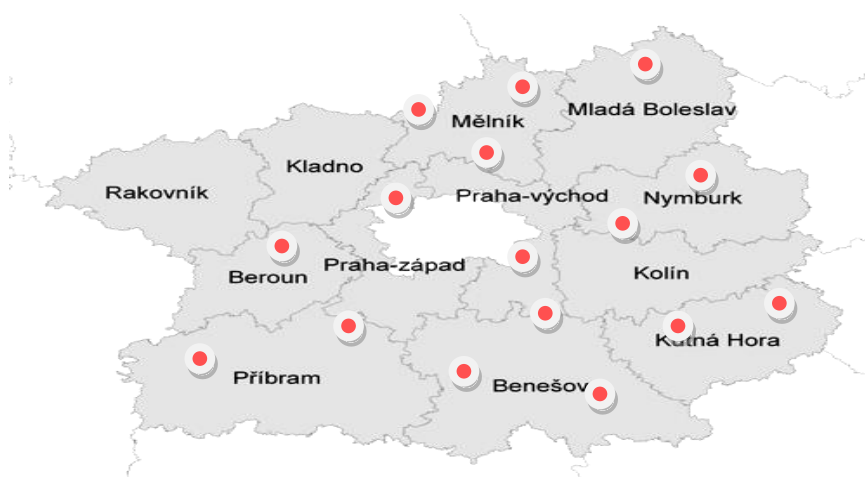
Tabulka 3 SWOT analýza poskytované krizové intervence

SWOT analýza	kladné stránky	záporné stránky
interní analýza	<p>silné stránky:</p> <ul style="list-style-type: none"> odborně vyškolený personál; zakotvení legislativy; spolupráce složek IZS; dostupnost péče 24hod; anonymita, akceschopnost; permanentní vývoj; kontinuálnost péče; důvěryhodnost v očích veřejnosti; „refresh“ kurzy pro krizové interventy; kolegiální linka psychické podpory. 	<p>slabé stránky:</p> <ul style="list-style-type: none"> jazykové bariéry; omezené technické prostředky; bližší specifikace úkolů krizového intervenanta v legislativě; udržení vyškoleného personálu ve výkonu profese (potřeba zvýšit počet sloužících interventů ve službě); rozdílné finanční hodnocení krizových interventů v krajích; rozdílné pracovní podmínky v krajích; nedostatečná informovanost od VS.
externí analýza	<p>příležitosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> důraz na problematiku; zavedení samostatného oboru KI na SŠ, VOŠ, VŠ; využití médií včetně internetu; permanentní rozvoj problematiky; telefonická intervence jako náhrada terénní intervence; povinné (preventivní) diskuze po náročném zásahu pro všechny členy složek IZS; možnost vyhledat péči peera v jiném kraji. 	<p>hrozby:</p> <ul style="list-style-type: none"> podceňování problematiky; nízký zájem veřejnosti (nevědomost, odmítnutí nabízené služby); generace bez jakéhokoliv povědomí o službě; syndrom vyhoření u krizových interventů; nedostatek krizových interventů; strach ze stigmatizace při vyhledání péče peera (někdy dokonce nedůvěra v jeho činnost).

zdroj: autor, 2021

Podle provedené SWOT analýzy k velkým výhodám poskytované intervenční péče považujeme 24hodinovou dostupnost, akceschopnost na místě události, spolupráci všech jednotek IZS na místě události a odborně vyškolený personál, který je schopen poskytnout osobám zasaženým mimořádnou událostí PSP a zajistit kontinuálnost péče v podobě telefonických hovorů v následujících dnech či poskytnutím kontaktů na další odborníky ambulantní péče. Další výhodou je anonymita intervenovaného u „peer“

podpory, kdy o zásahu (z proběhlého setkání) se nepožijí žádné záznamy o konkrétním průběhu ani neprobíhá hlášení managementu. Samozřejmostí je důvěrnost a bezpečné prostředí, tedy dohoda s uživatelem o vhodném místě a času setkání. Na následujícím obrázku 4 (s. 64) lze pozorovat, že předností poskytnutí KI je dobrý dosah, jak prostorový, tak časový, s výjimkou západní části SČK, kde lze garantovat dojezd interventů do 2 hodin a kde probíhají nyní jednání o případné výpomoci sousedních krajů. Systém nyní disponuje z původního počtu 32 zaškolených interventů počtem krizových interventů 16. Ostatní interveni svoji činnost již ukončili.



Obrázek 4 Mapa pokrytí krizovými interventy ve SČK, zdroj: modifikace dle RIS - MAPY - Středočeský kraj - Okresy, 2021. Dostupné z: www.risy.cz/cs/krajske-ris/stredocesky-kraj/verejna-sprava/spravni-cleneni/uzemni-cleneni-mapy

Zájemci ze ZZS mohou oslovit se svou potřebou peera, popřípadě koordinátora nebo krizového intervena či odborníka na duševní zdraví. Požadavek na členy týmu SPIS pro veřejnost při zásazích ZZS může vzejít z vedení zdravotnické organizace (záchranné služby, nemocnice), zejména v případě MU. V současné době je v provozu i telefonická „Linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví.“

V této souvislosti je třeba říci, že nejčastější situace, kdy je podpora SPIS vyžadována, zahrnují úmrtí pacienta, blízké osoby, dítěte nebo kolegy, s čímž se shodují i názory všech šesti respondentů výzkumu. Na otázku, zdali respondenti někdy využili během své činnosti péče peera, se respondenti 2 a 4 zdrželi odpovědi i přesto, že byli ujištěni, že odpovědi jsou zcela anonymní. Můžeme tedy usuzovat, že vyhledat či přiznat péči peera je stále pro některé jedince obavou z důvodu „stigmatizace“ nebo z neopodstatněného strachu z profesního poškození své vlastní osoby v rámci výkonu svého povolání. I přesto, že respondenti ze složek IZS v jejím výzkumu sledávají péči

o duševní zdraví potřebnou, dokonce v některých případech nezbytnou a její funkci hodnotí kladně, slabinou však v mnoha případech zůstává zdrženlivost v jejím praktickém využití. S naším názorem se shodují i výsledky výzkumu autora Tejmara (2017), který se ve své práci věnoval poskytování posttraumatické intervenční péče u příslušníků Policie ČR a zjistil, že třetina jeho respondentů si myslí, že využití některé z psychologických služeb u Policie ČR by mohlo mít negativní dopady na jejich službu. Respondenti měli nejvíce obavy z propuštění ze služebního poměru ve 43,24 % a obavu z přezkoumání psychického stavu ve 35,14 %. Nedůvěru v anonymitu služby v jeho výzkumu uvedlo 28,62 % respondentů a psychologickou pomoc by mimo Policii ČR volilo v jeho výzkumu raději 61,24 % dotázaných.

Z důvodu nebezpečí podceňování této problematiky a s vědomím toho, že současná generace je bez jakéhokoliv povědomí o těchto službách, klademe důraz na rozvoj této oblasti pomocí našeho doporučení, a to například v podobě zavedení povinného školního předmětu na středních a vysokých školách s touto tematikou, včetně lepšího využití médií a internetu ve prospěch těchto služeb a tímto způsobem pomoci, se pokusit zajistit této problematice permanentní vývoj.

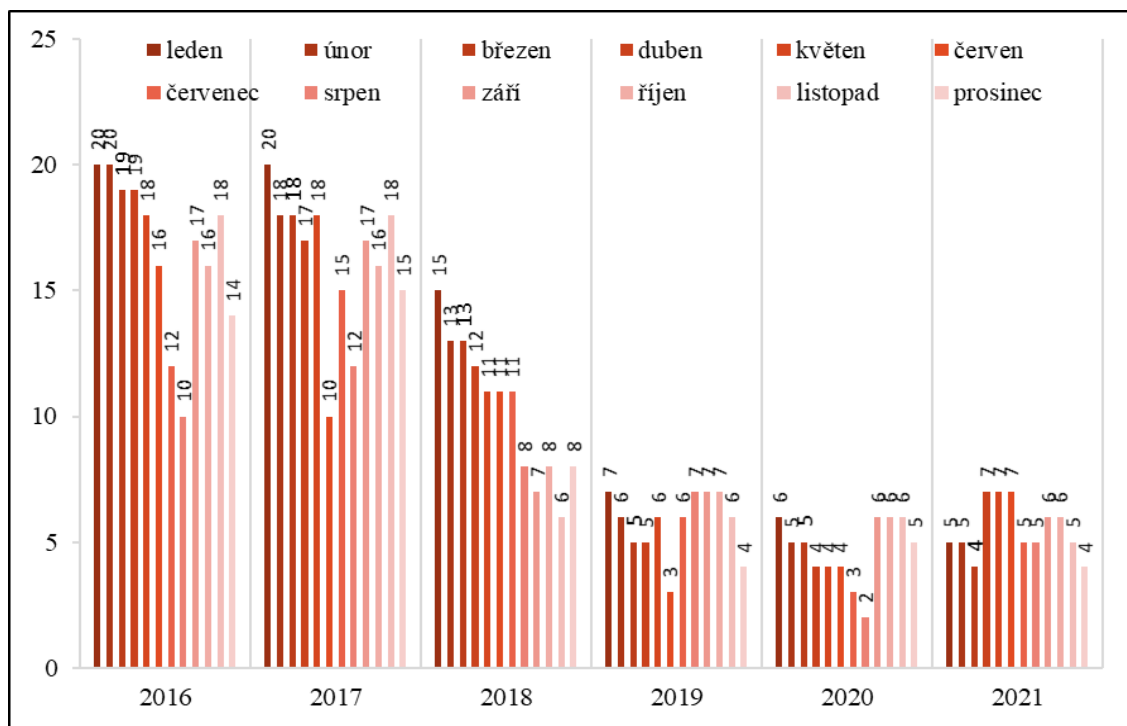
Osvojení a zkvalitnění této péče by mohlo také fungovat podobně jako základy první pomoci, které si v současné době osvojuje mnoho lidí-laiků prostřednictvím poskytovatele ZZS, která tuto výuku veřejnosti umožňuje. Dle Benešové (2021) byl ve výročním zhodnocení peer podpory v SPIS popisován probíhající výcvik peerů na mnoha místech ČR a vzrůstající poptávka po této službě. Přitom byla zmíněna taktéž skutečnost, že stále převládá nedostatečná informovanost o službě a například že činnost peerů je v některých krajích zcela dobrovolná.

Na otázku, podle jakých vlastností a schopností se oslovují a získávají pracovníci pro činnost krizového intervenanta nám v rozhovoru, odpověděla krajská koordinátorka SPIS SČK Benešová (2021), která zmínila, že *„Výběr či oslovení budoucích interventů se provádí na základě vlastních pracovních zkušeností s konkrétní osobou či na základě doporučení ostatních pracovních kolegů nebo se zájemce přihlásí sám. Dále pak záleží na úspěšně složených zkouškách a osobním zájmu v činnosti vytrvat.“*

Každý krizový intervent, který je zaměstnán organizací ZZS, vykonává svojí roli krizového intervenanta jako vedlejší pracovní činnost, tedy v průběhu osobního volna k úvazku svého hlavního zaměstnání. Činnost každého intervenanta je dobrovolná, nikoliv

povinná. Pracují v režimu „flexitime,“ kdy každý z nich limituje sám sebe zcela libovolně jak počtem hodin za den, tak počtem služeb za měsíc, vždy dle vlastního uvážení a rozhodnutí činnost vykonávat.

Výsledky výzkumu nás dovedly k dalšímu zjištění. V úvodu diplomové práce jsme zmínili, že v posledních čtyřech letech (2018-2021) byl zaznamenán postupně klesající trend počtu krizových interventů ZZS SČK v zájmu tuto činnost vykonávat. Výsledky zpracovaných dat jsme znázornili na následujícím obrázku 5 (s. 66).



Obrázek 5 Počet krizových interventů ZZS SČK ve službě (2016-21), zdroj: autor, 2021

Naše výsledky jsme diskutovali se všemi respondenty našeho výzkumu. Respondent 1 ve společné závěrečné diskuzi zmínil, že důvodem by mohla být volba interventa trávit více **volný čas** s rodinou nebo nespokojenost interventa s **finančním ohodnocením** za vykonanou práci a sdílel s námi názor, že: „*Možnost ukončení činnosti interventa z finančních důvodů je možné na základě rozdílných pracovních a finančních podmínek interventů ve všech krajích.*“ Respondent 3 naopak uvedl, že: „*Práci krizového interventa nelze dělat pro peníze, spíše z vlastního vnitřního pocitu, chtít pomáhat,*“ a respondent 6 zastává podobný názor a uvádí, že: „*Práce interventa není o penězích, spíš o tom být užitečný někde, kde je to potřeba, kde mám tu příležitost a kde to umím.*“ Respondenti 2 a 5 pro změnu sdíleli společný názor, že důvodem by mohla být i postupně neúnosná či dále netolerovatelná **psychická zátěž**. S tímto názorem se

shodují i členové „Národní sítě dětského traumatického stresu,“ kteří uvádí, že: „Vývoj sekundárního traumatického stresu je uznáván jako běžné pracovní riziko pro profesionály pracující s traumatizovanými dětmi. Studie ukazují, že až 26 % terapeutů pracujících s traumatizovanými populacemi a až 50 % pracovníků pečujících o traumatizované děti je vystaveno vysokému riziku sekundárního stresu nebo jiného traumatu. Každý profesionál pracující přímo s traumatizovanými dětmi, který jen „slyší“ vyprávění o traumatických zážitcích, je ohrožen sekundárním traumatickým stresem. Riziko se zdá být větší u žen a u jednotlivců, kteří jsou od přírody vysoce empatičtí nebo mají nevyřešené osobní trauma a také u profesionálů, kteří jsou sociálně nebo organizačně izolovaní nebo se cítí profesionálně ohroženi kvůli nedostatečnému školení. Ochrana před rozvojem traumatu zahrnuje faktory, jako je delší trvání odborné praxe a používání postupů založených na důkazech v průběhu poskytování péče. Taktéž péče o klienta může být ohrožena, pokud je terapeut emocionálně vyčerpaný nebo kognitivně ovlivněn sekundárním traumatem. Někteří traumatizovaní profesionálové, kteří se domnívají, že již nemohou sloužit svým klientům, nakonec úplně opustí zaměstnání nebo své pole působnosti a zvolí jiný typ práce“ (NCTSN, 2021). V práci Janků (2017, str. 54), která ve své práci zkoumala vliv mimořádných a zátěžových situací na psychiku člověka, se zajímavým způsobem vyjádřil ke stresu prožívanému v souvislosti s výkonem povolání jeden z respondentů, který například uvedl, že: „Stres na pracovišti jsem vyřešil snížením úvazku a přechodem do udržitelnějšího zaměstnání, podstatně lépe placeného.“

Míru vlivu délky zaměstnání na vznik syndromu vyhoření zjišťovala ve své práci i Ralbovská (2016), která na základě svého výzkumu došla ke zjištění, že nejvyšší míru vyhoření v jejím dotazníkovém šetření uvedli pracovníci s nejdelší praxí u složek IZS. Byli to pracovníci, kteří v oboru pracují 15-20 let a více.

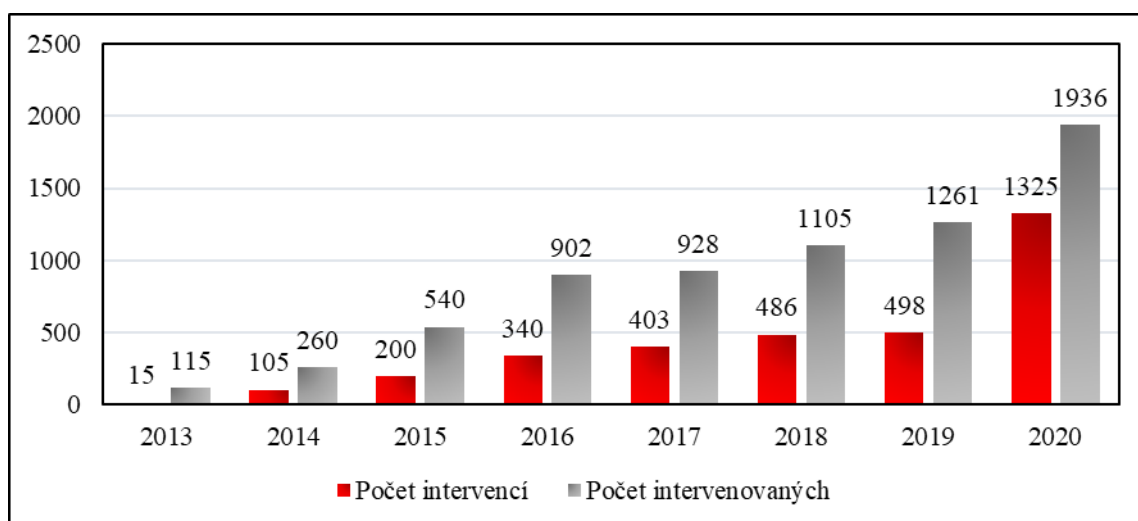
Na otázku, co by konkrétně mohlo být důvodem odchodu interventů z výkonu činnosti, jsme se také zeptali krajské koordinátorky SČK Benešové (2021), která nám odpověděla, že: „Ne vždy je mi důvod známý, některý intervent důvod sdělí sám a přímo, někdy je důvod evidentní – například odchod na mateřskou dovolenou a někdy mi důvod sdělen není a já to tak respektuji. Co bych ale chtěla také zmínit je například skutečnost z praxe, kdy byl intervent zaškolen, úspěšně složil zkoušky, ale ve chvíli zahájení pracovní činnosti v terénu najednou sám zjistil, že jej konkrétní situace, kterou řešil na místě události, zasáhla více, nežli čekal. V jiném případě se zase dotyčný

pracovník v roli interventa necítil vůbec dobře. Oba interventi z těchto důvodů činnost ukončili. Jako důvod u jiného začínajícího interventa mi byl například uveden „nepříjemný pocit“ z komunikace a z pobytu mezi cizími lidmi. Co si dále také vzpomínám, někteří (a to hlavně muži) pokládají za velký problém projevit nebo ukázat svoje emoce před cizími lidmi. Tím je myšlen hlavně pláč, kterému se na místě události v některých případech intervent zkrátka neubrání. Přitom je to zcela normální, přirozená reakce jak pro zasaženou – intervenovanou osobu, tak pro interventa. Někteří zkrátka stále ještě pokládají některé vlastní reakce, zvláště projevy emocí „za slabost,“ i když to tak ve skutečnosti vlastně vůbec není. My jakákoli rozhodnutí činnost interventa ukončit samozřejmě respektujeme. Je lepší skončit, nežli poškodit sebe nebo intervenovaného. Takových rozhodnutí si naopak velmi vážíme, protože jsou učiněná včas, na základě zdravé sebereflexe. Jsou ale také názorným příkladem, že činnost krizového interventa nemůže vykonávat každý.“

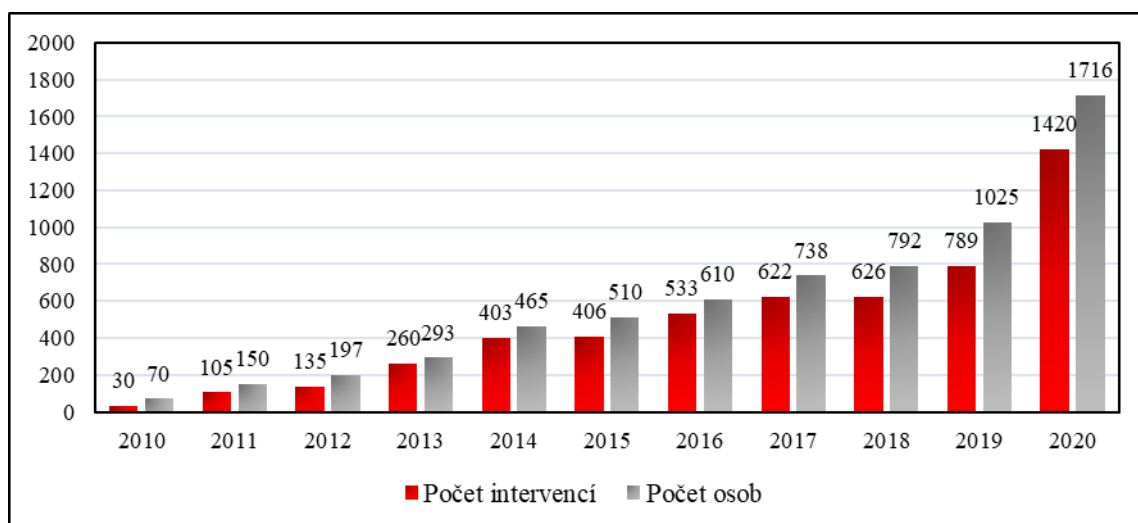
Na základě výsledků výzkumu můžeme dále také potvrdit, že krizoví interventi jsou v rámci své činnosti při jednotlivých i hromadných zásazích složek IZS důležitým mezičlánkem. Jejich základní úlohou je sice poskytovat PSP zasaženým, jejich „přítomnost“ ovšem na místě události plní ještě další významnou úlohu, která jejich činnosti dává mnohem širší rozměr. Příkladem našeho zjištění je reálně popsána situace v kazuistice 1 (s. 40), kdy intervent při výkonu své činnosti krizového interventa pomohl na základě pracovních zkušeností a vlastní všímavosti odhalit týrání malého chlapce. Připomínáme slova respondenta 1, který vypověděl zkušenost z intervenčního zásahu: „*Při oblékání chlapce si všímáme velkého počtu modřin, starších i novějších po celém těle Davidka. Tatínek modřiny vysvětluje tím, že malý pořád někde leze a padá... Minulý týden byla manželka i s mladším synem v nemocnici a on se o Davidka staral sám, občas nestíhali, padal prý ze schodů. Přesto po dohodě s vyšetřovatelkou přivolávám zpět posádku ZZS s lékařem. Lékař chlapce v sanitce vyšetřuje a policejní technik fotí. Po té si chlapce odvázejí prarodiče. Ještě mluvím s otcem dítěte, opakuji mu, co se bude dít a co je potřeba. Předávám tel. čísla. Muže odváží vyšetřovatelka k výslechu. Ještě mluvím s Policií ČR, loučím se a odjíždím. Po návratu domů jsem kontaktována ZOS, dostávám číslo na vyšetřovatele, kterému obratem volám. Ten mi sděluje, že muže pravděpodobně obviní z týrání.“*

Studie provedená během tvorby zásad TENTS – The European Network for Traumatic Stress (Evropská síť pro traumatizující stres) uvádí, že přestože objektivní

důkazy v současnosti neexistují, odborníci se všeobecně shodují na tom, že je smysluplné a blahodárné psychosociální pomoc zasaženým poskytovat (Bisson et al., 2010). Předpoklad založený na různých studiích a na výročních statistických zprávách SPIS, (které ukazují na následujících obrázcích 6 a 7 na s. 69 na kontinuální zvyšování frekvence zásahů krizových interventů) je tedy takový, že i v ČR je tento obor potřebný a jeho rozvoj je krok správným směrem.



Obrázek 6 Statistika intervence „vně“ v rámci SPIS - činnost zdravotnických interventů, zdroj: modifikace dle informací získaných od Benešová, 2021



Obrázek 7 Statistika využití peer a psychologické podpory zdravotnickými pracovníky v rámci SPIS, činnost zdravotnických interventů, zdroj: modifikace dle informací získaných od Benešová, 2021

Výsledky na obrázku 6 a obrázku 7 (s. 69) zachycují vzestupný trend počtu intervencí v obou případech (jak u poskytované intervence veřejnosti na obrázku 6, tak u poskytované intervence zdravotníkům na obrázku 7) a dokazují, že v péči o zasažené je poskytování PSP při mimořádných událostech žádoucí.

6.1 Doporučení pro praxi

Doporučení pro současné a budoucí krizové interventy - informačně-edukační materiál pro praktickou stránku činnosti interventů:

- Příprava vybavení pro zajištění péče o zasažené osoby i pro svou činnost a ochranu – pohotovostní zavazadlo + funkční MT s plně nabitou baterií, dopravní prostředek vždy předem připraven s plnou nádrží pohonných hmot.
- Být odpovědný za péči o sebe: dbát na správný odpočinek, výživu, cvičení, dostatečný spánek.
- Navštěvovat jazykové kurzy, kurzy slovní sebeobrany a obrany proti agresivitě slovní + fyzické.
- Při vyčerpání neprovádět více intervencí za sebou (uvědomit si své psychické i fyzické limity, umět intervenci odmítnout – předat jinému interventovi).
- Při vlastní potřebě zpracovat emoce pod odborným vedením a využít tak supervizi nebo službu peera, jako prevenci vzniku syndromu vyhoření.
- Udržovat zdravou rovnováhu mezi pracovním a soukromým životem.
- Pokračovat v individuálním školení o snižování rizik, podle potřeby využít programy pomoci zaměstnancům nebo poradenské služby.

Doporučení pro garanty a koordinátory SPIS

- Na konferencích zajistit předávání a pravidelnou diskuzi praktických zkušeností z terénu, způsoby řešení vzniklých situací, možnosti improvizací.
- Pořádat více interaktivních seminářů s nácvikem řešení simulovaných situací pro začínající interventy.
- Jako prevenci sekundárního traumatického stresu doporučujeme vypracovat strategii průběžného hodnocení rizik a odolnosti krizových interventů.

Doporučení pro management ZZS

- Jako prevenci klesajícího zájmu činnost krizového interventů vykonávat, navrhujeme sjednotit pracovní a finanční podmínky služeb interventů ve všech krajích s možností inspirace například v Moravskoslezském kraji (dále jen MSK), který disponuje vysokým počtem krizových interventů (cca 70 interventů), kde mají dostatečné pokrytí celého kraje + obsazení služeb, proplacené služby i v rámci pohotovosti, ne pouze při výkonu intervence,

(pro porovnání s MSK má SČK větší rozlohu, disponuje pouze šestnácti interventy, nejsou placené pohotovosti a některé pomůcky si hradí z vlastních financí).

- Zařídit (automaticky pořádat) povinné diskuze interventů s pověřenou osobou (peerem) po náročném zásahu (jako prevence obavy interventů ze stigmatizace vlastní osoby při aktivním vyhledání odborné pomoci).

Doporučení pro ZZS jako zaměstnavatele

- Edukovat všechny pracovní síly při nástupu do zaměstnání o intervenčních službách, provést povinné školení na toto téma a poskytnout každému jednotlivci informace o funkci, možnosti a způsobu využití těchto služeb.
- Poskytnout více financí na pracoviště krizového řízení pro pokrytí výdajů interventů za pomůcky (pro činnost intervanta) pořízených z vlastních financí.
- Nezapomínat, že klíčem ke zkvalitnění služeb jsou spokojení zaměstnanci, proto doporučujeme interventům za jejich náročnou činnost poskytnout motivační benefity pro sebezpečí a relax.

Doporučení pro státní a vzdělávací instituce

- Výsledky výzkumu diplomové práce by mohly být důvodem k zamyšlení pro MŠMT a sloužit jako podpora pro začlenění výuky krizové intervence do školních osnov např. jako součást předmětu první pomoci nebo jako samostatný obor s navrženou koncepcí a s jednoznačně definovaným obsahem i rozsahem učiva, probíhajícím v pravidelném režimu pod vedením profesionálů, jako jeden ze způsobů, jak v budoucnu rozšířit řady krizových interventů.
- Po zkušenostech s celosvětovou pandemií v letech 2020-21 a v neustále měnících se podmínkách naší společnosti, kdy lze v budoucnu očekávat například další migrační vlny, novou pandemii, zvýšenou kriminalitu či ohrožení jinou hrozbou, v rámci našich návrhů pro lepší připravenost na náhle vzniklé mimořádné situace doporučujeme a na základě naší vize do budoucna navrhujeme MZČR popřemýšlet o zřízení speciálních krizových telefonických center, fungujících v nepřetržitém režimu (jako součást ZZS nebo nemocničních zařízení ve všech krajích), se stabilním personálem sloužícím ve směnách a s možností mobilního přesunu na konkrétní místo události (přítomnost mobilních týmů včetně

technického vybavení) a s možností střídání (výměny interventů dle potřeby pro eliminaci kumulace zátěže) při opakované závažnosti případu. Máme totiž za to, že služba v podobě krizové intervence bude vždy (ať už telefonické či terénní formě) v takových situacích žádoucí, potřebná, ničím nenahraditelná a pro stoprocentní připravenost na krizové situace nezbytná.

Doporučení pro laickou veřejnost

- Pro zasažené osoby – neodmítat v krizových situacích možnosti využití těchto služeb.
- Pro osoby pracující v kulturní sféře – napsat knihu či natočit film s tematikou krizové intervence pro rozšíření povědomí a možnosti využití těchto služeb.

Doporučení pro praxi, která byla na základě výsledků výzkumného šetření vytvořena, by do budoucna mohla vést:

- Ke zlepšení či usnadnění práce a k předcházení vzniku zbytečných komplikací a stresových situací krizových interventů současných i budoucích.
- K většímu komfortu poskytované péče (primárně i sekundárně) zasaženým osobám mimořádnou událostí.
- K rozšíření celorepublikové sítě v počtu krizových interventů a tím k lepšímu pokrytí jednotlivých krajů (ke zkrácení časového limitu dojezdu na místo události a tím k rychlejší dostupnosti a časově rychlejšímu poskytnutí PSP).
- K edukaci zdravotnického personálu ZZS i laické veřejnosti o funkci, možnosti a způsobu využití služeb krizových interventů a peerů v terénu.
- Ke zvýšené efektivitě činnosti všech složek IZS na místě události.
- K zajištění identických pracovních a finančních podmínek interventů ve všech krajích a tím k udržení vyškoleného personálu ve výkonu činnosti.
- K prevenci vzniku syndromu vyhoření u zdravotnických krizových interventů.
- K odstranění obav ze stigmatizace vlastní osoby (interventa) při vyhledání odborné pomoci peera.
- K dokonalejší připravenosti (v rámci organizace) na zvládání krizových situací.

7 ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku poskytování psychosociální pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí. Teoretická část práce byla rozdělena do několika tematických kapitol, které poskytují informace ke sledované problematice. V této části jsme použili dostupné materiály jako je odborná literatura a platná legislativa. Uvádíme zde definice základních pojmů jako je krize, pomoc v krizi a její základní principy, popisujeme osobnost intervenanta, zásady prvního kontaktu s klientem v terénu při mimořádných událostech a také zmiňujeme osobnost zdravotníka a jeho expozici náročným situacím a v této souvislosti také důležitost intervenčních a preventivních technik v rámci výkonu jejich profese u složek IZS. V neposlední řadě také charakterizujeme SPIS včetně etické roviny při poskytování intervenčních služeb.

V praktické části jsme popsali přípravu a průběh provedeného výzkumu, k jehož strategii byla použita kvalitativní metoda. Získaná data byla následně analyzována, interpretována a diskutována. Výzkumem bylo zjištěno, že průběh krizové intervence doprovází velké množství nežádoucích faktorů v podobě zátěží, možných konfliktů, rozdílných pracovních a finančních podmínek interventů v jednotlivých krajích a stresových situacích, které negativně ovlivňují efektivitu poskytované psychické pomoci i pracovní výkon interventů. Pro jejich eliminaci bylo na konci diskuze uvedeno několik „Doporučení pro praxi,“ která budou poskytnuta krajské koordinátorce SPIS SČK jako námi doporučený návod pro efektivnější poskytování a využívání těchto služeb.

I přesto, že získané výsledky jsou limitované velikostí souboru a nelze je tedy zobecnit, považujeme cíle naší práce za splněné a výsledky za přínosné, neboť poskytují náhled do specifické oblasti poskytování psychosociální pomoci, kde řešení problematiky a kvality poskytované péče závisí dle výsledků našeho výzkumu nejenom na profesionalitě a úrovni odbornosti interventů, ale dle vnímání respondentů také na jejich psychické pohodě, fyzické připravenosti, umění improvizovat, na míře odolnosti vůči stresovým situacím, na finančních a pracovních podmínkách pro ně vytvořených a v neposlední řadě také na efektivní spolupráci všech složek IZS na místě události.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARIP – Anesteziologie, resuscitace, intenzivní péče

CC ZZS – Call centrum zdravotnické záchranné služby

CISM – Critical Incident Stress Management

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

DN – Dopravní nehoda

EK – Etický kodex

HPO – Hromadné postižení osob

HZS – Hasičský záchranný sbor

IZS – Integrovaný záchranný systém

KI – Krizová intervence

KPR – Kardiopulmonální resuscitace

LZS – Letecká záchranná služba

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

MSK – Moravskoslezský kraj

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MT – Mobilní telefon

MU – Mimořádná událost

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NCO NZO – Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

PPP – První psychická pomoc

PSP – Psychosociální pomoc

R – Respondent

RIAPS – Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb

RV – Rendez-vous (potkávací systém)

RZP – Rychlá zdravotnická pomoc

SMS – Short message service

SPIS SČK – Systém psychosociální intervenční služby Středočeského kraje

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

V – Výzkumník

VS – Výjezdová skupina

ZOS – Zdravotnické operační středisko

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

ZZS SČK – Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BAŠTECKÁ, Bohumila, 2009. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-470-0.
3. BAŠTECKÁ, Bohumila. 2013. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4195-6.
4. BENEŠOVÁ, Marie, 2021. *Osobní interview s krajskou koordinátorkou SPIS SČK*. Kladno. 12. 8. 2021.
5. BROŽ, Filip a Daniela VODÁČKOVÁ, 2015. *Krizová intervence v kazuistikách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0811-2.
6. BURIÁNKOVÁ, Helena; Alan, RYBA, 2009. Systém „Psychosociální intervenční služby – PIS“ na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy, územního střediska záchranné služby. In *Urgentní medicína*, roč. 12. č.2/09, s. 35-37. MEDIPRAX CB. ISSN1212-1924.
7. ČÁBALOVÁ, Dagmar, 2011. *Pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2993-0.
8. ČESKO. 2000a. Zákon č. 239/2000 Sb., ze dne 28. června 2000, Zákon o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka **73**, s. 3461-3474. ISSN 1211-1244.
9. ČESKO. 2000b. Zákon č. 101/2000 Sb., ze dne 4. dubna 2000, Zákon o ochraně osobních údajů a o změně některých předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka **32**, s. 1521-1532. ISSN 1211-1244.
10. ČESKO. 2011. Zákon č. 374/2011 Sb., ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka **131**, s. 4839–4848. ISSN 1211-1244.
11. DAŠKOVÁ, Veronika, 2018. *Povědomí zdravotníků o psychosociální intervenční péči*. České Budějovice, 2018. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých

Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

12. FRANĚK, Ondřej, 2008. *Medicínský a koordinační rozměr práce operačního střediska*. Kladno: Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje. ISBN 978-80-904018-2-2.

13. GURŇÁKOVÁ, Jitka, 2013. *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV. ISBN 978-80-88910-45-9.

14. HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté vydání. Praha: Portál, ISBN: 978-80-262-0982-9.

15. HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ, 2013. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-562-4.

16. JANKŮ, Vendula, 2017. *Vliv mimořádných a zátěžových situací na psychiku člověka*. Praha. Diplomová práce. ČVUT, Praha. Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D.

17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

18. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

19. NEŠPOR, Karel, 2011. *Návykové chování a závislosti*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-908-8.

20. RALBOVSKÁ, Denisa Charlotte, 2016. *Účinky syndromu vyhoření na pracovníky integrovaného záchranného systému*. Kladno. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství, Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. Vedoucí práce doc. PhDr. Darina Brukkerová, Ph.D., MPH.

21. RALBOVSKÁ, Rebeka, 2017. *Psychologické aspekty mimořádných událostí*, In: ŠÍN Robin et al. *Medicína katastrof*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-295-4.

22. SCHMIDBAUER, Wolfgang, 2015. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0865-5.
23. ŠEBLOVÁ, Jana, Vladimír KEBZA, Jana VIGNEROVÁ a Blanka ČEPICKÁ, 2009. Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. In *Urgentní medicína*, roč. 12. č.1/09, s. 26-31. MEDIPRAX CB, ISSN: 1212-1924.
24. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5327-0.
25. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. 2011. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.
26. ŠUMOVÁ, Romana, 2019. *Problematika komunikace na tísňové lince 155 pohledem operátorů*. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha. Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. Eva Marková, Ph.D.
27. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
28. TEJMAR, Matěj, 2017. *Analýza stresu a poskytování posttraumatické intervenční péče u Policie České republiky*. Praha. Diplomová práce. ČVUT v Praze. Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce: PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.
29. ÚZIS ČR, 2018, MKN-10: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1. 1. 2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.
30. VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
31. VODÁČKOVÁ, Daniela, 2012. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0212-7.
32. VYMĚTAL, Štěpán, 2009. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

33. WILDEMUTH, Barbara M. a Yan ZHANG, 2009. Unstructured Interviews. WILDEMUTH, Barbara M. *Applications of social research methods to questions in information and library science*. Westport, CT: Libraries Unlimited, pp. 222 - 231. ISBN 978-15-9158-503-9.

Internetové zdroje

34. BISSON, Jonathan, I., et al. 2010. TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *The British Journal of Psychiatry*. 196 (1): pp. 69-74. [online]. [cit. 2021-07-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20044665/>

35. DVOŘÁČEK, David, 2010. Historie zdravotnické záchranné služby v ČR. [online]. [cit. 2021-07-20]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/historie-zdravotnicke-zachranne-sluzby-v-cr-451490>

36. EMBRIACO, Nathalie, et al. 2007. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current opinion in critical care*. 13(5): pp. 482-488. [online]. [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17762223/>

37. GUNTUPALLI Kalpalatha K., WACHTEL Sherry, MALLAMPALLI Antara, SURANI Salim, 2014. Burnout in the intensive care unit professionals. *Indian J Crit Care Med*. 18(3): pp. 139. [online]. [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.ijccm.org/doi/pdf/10.4103/0972-5229.128703>

38. HOLČÁKOVÁ, Gabriela, 2018. Práce s obětí. Policie ČR – Krajské ředitelství policie Moravskoslezského kraje. [online]. [cit. 2021-07-27]. Dostupné z: <https://www.policie.cz/clanek/prace-s-obeti.aspx>

39. KUMAR Arunesh, PORE Prasad, GUPTA Sachin, WANI Aziz. 2016. Level of stress and its determinants among Intensive Care Unit staff. *Indian J Occup Environ Med*. 20(3): pp. 129-132. [online]. [cit. 2021-07-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28446837/>

40. MVČR - GŘ HZS, 2015. Typová činnost složek IZS při poskytování psychosociální pomoci. Hasičský záchranný sbor ČR. [online]. [cit. 2021-07-10]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/dokumentace-izs-587832.aspx>

- 41.** MZČR, 2019. Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví. [online]. [cit. 2021-11-22]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicke-doporuceni-pro-poskytovani-psychosocialni-podpory-ve-zdravotnictvi-_17753_3.html
- 42.** NCTSN, 2021, Understanding Who is at Risk. [online]. [cit. 2021-07-22]. Dostupné z: <https://www.nctsn.org/trauma-informed-care/secondary-traumatic-stress/introduction>
- 43.** RIS – MAPY – Středočeský kraj – Okresy. Regionální informační servis [online]. Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, Copyright © 2021. [online]. [cit. 2021-07-12]. Dostupné z: www.risy.cz/cs/krajske-ris/stredocesky-kraj/verejna-sprava/spravni-cleneni/uzemni-cleneni-mapy
- 44.** SHEWAN, Dan, 2021. How to Do a SWOT Analysis (With Examples & Free Template!). [online]. © WordStream. [cit. 2021-11-20]. Dostupné z: <https://www.wordstream.com/blog/ws/2017/12/20/swot-analysis>
- 45.** SZOTKOWSKA-CIEŚLAR , Jana, 2016, Karóši, 過勞死, přepracování - příznaky, projevy, symptomy. [online]. [cit. 2021-07-25]. Dostupné z: <https://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/1139-karosi-prepracovani-priznaky-projevy-symptomy>
- 46.** ÚSZSSK, 2013. Pro veřejnost: Call centrum Středočeské záchranné služby. [online]. [cit. 2021-07-12]. Dostupné z: <http://www.uszssk.cz/pro-verejnost/call-centrum>

10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Okruhy zasažených a možnosti PSP	22
Obrázek 2 Kategorie 1 Negativní faktory ovlivňující průběh KI	54
Obrázek 3 Kategorie 2 Pozitivní faktory ovlivňující průběh KI	55
Obrázek 4 Mapa pokrytí krizovými interventy ve SČK.....	64
Obrázek 5 Počet krizových interventů ZZS SČK ve službě (2016-21).....	66
Obrázek 6 Statistika intervence „vně“ v rámci SPIS - činnost interventů.....	69
Obrázek 7 Statistika využití peer a psychologické podpory v rámci SPIS.....	69

11 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů.....	28
Tabulka 2 Zkušenost respondentů s negativními faktory v praxi.....	58
Tabulka 3 SWOT analýza poskytované krizové intervence.....	63

12 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Typy nadlimitně psychicky zatěžujících událostí, při kterých může být poskytována intervenční podpora a peer podpora	84
Příloha 2 Otázky k rozhovorům.....	86
Příloha 3 Protokol k provádění sběru dat.....	87
Příloha 4 Rozhovory	88

Příloha 1 Typy nadlimitně psychicky zatěžujících událostí, při kterých může být poskytována intervenční podpora a peer podpora

INTERVENČNÍ PODPORA:

- náhlá a traumatická úmrtí dětí,
- úmrtí rodičky, perinatální úmrtí,
- osamělý pozůstalý,
- sebevražedné pokusy dětí,
- přírodní katastrofy,
- dopravní nehody s úmrtím,
- mimořádné události a hromadná postižení zdraví,
- podpora rodiny pacienta v kritickém stavu,
- situace náhlých úmrtí/sebevražd dospělých osob,
- zasažení osob poskytujících laickou první pomoc,
- přítomnost psychicky zasažených svědků na místě tragické události,
- následná podpora po sdělení infaustní prognózy pacientovi/blízkým nemocného,
- jiné situace s jasnými známkami silné akutní stresové reakce jedince na základě aktuální psycho-traumatizující události.

PEER PODPORA:

- vážná poranění, onemocnění či smrt dítěte,
- péče o extrémně nezralého novorozence,
- úmrtí rodičky, porod mrtvého plodu,
- vážné onemocnění, zranění či úmrtí kolegy,
- hromadné neštěstí,
- tragická událost,
- péče o kriticky nemocného pacienta, kontakt s příbuznými,
- neúspěšná kardiopulmonální resuscitace/záchrana mladého pacienta,
- úmrtí pacienta během operace,
- sebevražda pacienta nebo pokus o ní,
- mobbing/bossing na pracovišti,
- nehody s množstvím obětí, extrémně devastované oběti,
- úmrtí či vážné zranění kolegů nebo blízkých osob,

- zásah/ošetřování u osoby blízké,
- nezdařený pokus o záchranu spojený s pocity bezmoci,
- dopravní nehoda posádky zdravotnické záchranné služby,
- napadení zdravotníka při výkonu práce, kontakt s pozůstalými,
- péče o dlouhodobě nemocného pacienta, kontakt s příbuznými,
- péče o agresivního pacienta,
- ohrožení vlastního zdraví, či života zdravotníka při práci,
- péče o pachatele závažného trestného činu,
- událost s nadměrným zájmem médií,
- profesní pochybení, selhání zdravotníka,
- stížnost podaná pacientem/příbuzným.

zdroj: MZČR, 2019. Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví. [online]. [cit. 2021-11-22]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicke-doporuceni-pro-poskytovani-psychosocialni-podpory-ve-zdravotnictvi-_17753_3.html

Příloha 2 Otázky k rozhovorům

1. Kolik vám je let?
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho působíte v roli krizového intervenanta, kolik intervencí jste již provedl-a?
4. Jakými osobnostními vlastnostmi by podle vás měl KI disponovat?
5. Jaké požadavky jsou kladeny na osobnost, způsobilost, funkci KI?
6. Je v současné době dostatečný počet KI?
7. Působí KI ve všech krajích ČR?
8. Absolvujete nějaká pravidelná cvičení, školení, pro zlepšování poskytování KI?
9. Existují nějaké standardy pro vedení KI?
10. U jakých typů krizových situací je KI indikována? K jakým typům událostí nejčastěji vyjíždíte?
11. Jaké informace o situaci na místě zásahu potřebujete znát před poskytnutím intervence? Setkal-a jste se v praxi s odmítnutím KI?
12. Dáváte klientům nějaký kontakt pro možnost zpětné vazby (k dořešení případu?)
13. Jakými způsoby je KI poskytována? Můžete je porovnat? V čem se liší, kde vidíte výhody x nevýhody, popřípadě kterou upřednostňujete?
14. Jaké pocity míváte vy osobně před, během a po podání PPP? Využil-a jste někdy podporu peera?
15. Kým nebo čím vším může být průběh KI ovlivněn? Jaké osoby či situace vás nejvíce při práci zatěžují - stresují? S jakými obtížemi se při práci setkáváte?
16. Můžete jmenovat nějaké reakce či specifikovat stav klientů po KI?
17. Můžete popsat průběh KI, resp. popsat nějaký příběh z praxe?

zdroj: autor, 2021



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

Fakulta biomedicínského inženýrství
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování diplomové práce

Příjmení a jméno studenta: Bc. Romana Šumová

Studijní obor: Civilní nouzové plánování

Téma práce: Problematika poskytování psychosociální pomoci osobám
zasaženým mimořádnou událostí pohledem krizových interventů Zdravotnické záchranné
služby Středočeského kraje

Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů: ZZS SČK Kladno

Jméno vedoucího práce: PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D.

Souhlas krajského koordinátora SPIS SČK: Marie Benešová

Zdravotnická záchranná služba
Středočeského kraje
příspěvková organizace
Okresní středisko ZZS v Benešově
Máchova 400, 256 01 Benešov
IČ: 750 30 928

V Kladně dne: 22. 6. 2021

Podpis studenta:

Rozhovor 1 (Respondent č. 1), V: výzkumník, R: respondent. Datum uskutečnění rozhovoru: 11. září 2021, délka hovoru: 0:55 min., pomůcky: psací potřeby, blok, nahrávací zařízení MT, délka praxe respondenta v roli interventa: 5 let, nejvyšší dosažené vzdělání: specializační – ARIP.

V: Jakými osobnostními vlastnostmi by podle vás měl krizový intervent disponovat?

R: Empatie, naslouchání, vstřícnost, pochopení, touha a umění pomoci druhému, ale také určitá rozhodnost a disciplína a také spolehlivost.

V: Jaké požadavky jsou kladeny na osobnost, způsobilost, funkci interventa?

R: Budoucí KI absolvuje pohovor s krajským koordinátorem, tam zjistí celkově veškeré informace, co tato činnost obnáší, poté následuje výcvik interventa (peera). To znamená 5 týdnů výuky, kde se provádí řešení modelových situací. Zkoušky jsou zakončením výuky. Je proveden osobní pohovor s lektorem, kde se intervent zkouší, jak v dané situaci zareaguje, jestli v dané situaci v jejím řešení obstojí. Pokud ano, začne pracovat.

V: Je v současné době dostatečný počet krizových interventů?

R: Momentálně není. Máme interventy, kteří fungují – jsou aktivní, dále máme interventy „spící“ tzn. na přechodnou dobu mimo činnost a interventy, kteří činnost úplně ukončili buď na svoji žádost nebo nevykazovali dlouhodoběji žádnou činnost v terénu. Byl jim tedy doporučen refresh kurz a aktivita v terénu nebo ukončení činnosti. Momentálně máme v řešení pomoc interventů mezi kraji.

V: Působí krizový intervenenti ve všech krajích ČR?

R: Ano ve všech krajích. Ne ve všech krajích jsou stejné podmínky pro činnost a v některých krajích nemají podporu z vedení organizace. **Jak dlouho činnost funguje ve SČK?** Řekla bych činnost peera cca 11 let, činnost interventa cca 8 let.

V: Absolvujete nějaká pravidelná cvičení, školení, pro zlepšování poskytování KI?

R: Ano, povinné jsou minimálně 4 aktivity ročně – konference celostátní, střeďočeská, refresh kurz a kurz vzdělávací. Máme na výběr cca z 20 akcí. Aby mohl intervent pokračovat v činnosti, musí minimálně 4 akce za rok absolvovat.

V: Existují nějaké standardy pro vedení KI?

R: Ano, máme směrnici – vnitřní směrnici záchranné služby, podle které se řídí organizace při povolávání interventů, aktivace peerů, řízení postupů co můžete v konkrétních situacích nabídnout – např: odstavení posádek ZZS po náročném zásahu, zajištění střídání nebo odpočinek členů posádky.

V: U jakých typů krizových situací je KI indikována?

R: Tak jsou to náhlá a často tragická úmrtí dětských i dospělých pacientů, vážné dopravní nehody, suicidia či MU většího rozsahu, zkrátka u všeho, co lze nazvat MU, kterou zasažený neumí zvládnout.

V: Jaké informace o situaci na místě zásahu potřebujete vědět před poskytnutím KI?

R: Počet osob pro intervenci na místě události, o jakou situaci se jedná - co se stalo, telefonní číslo na místo události, adresu, kontakt na posádku ZZS na místě události.

Setkala jste se s odmítnutím poskytnutí KI? Ano. Prioritou je souhlas zasažených s intervencí. Samozřejmě může dojít ke změně názoru dotyčného, než intervent dorazí na místo události. Pokud dojde ke změně názoru a k odmítnutí, musíme ho respektovat.

V: Dáváte klientům nějaký kontakt pro možnost zpětné vazby (poděkování, dořešení případu, následné dotazy...).

R: Pokud to není nezbytně nutné, tak ne. Jen výjimečně. Jsme služba PPP do 24 hod. Dále se situace dořeší předáním kontaktu na příslušné linky, odkázáním na praktického lékaře, psychologickou pomoc a linky psychické pomoci, např: linka na centrum PL Bohnice, kde je i ambulance + poskytujeme krizové linky (116006, 116123, 116111), RIAPS, linka pro seniory, spolek „Dlouhá cesta“ – pro pozůstalé, co přišli o děti apod.

V: Jakými způsoby je KI vykonávána? Můžete je porovnat? V čem vidíte výhody x nevýhody, v čem se liší, popřípadě kterou upřednostňujete?

R: Tak terénní intervence znamená osobní kontakt, výhodou je přehled a prostředí na místě události v jakém se zasažená osoba nachází, jak vypadá, co dělá. Telefonická intervence má výhodu zkrácení doby dojezdu, kdy v podstatě intervenujeme ihned. (Tu může provádět jen intervent, který absolvoval ještě další týdenní speciální kurz v Brně.

V: Jaké pocity míváte vy osobně před, během a po poskytnutí PSP? Využil-a jste někdy podporu peera?

R: Podle typu intervence a podle informací, které poskytne CC ZZS nebo posádka z místa události začnu přemýšlet o organizaci na místě, o postupu intervence a eventuálně se povolá na místo ještě jeden intervent, pokud to situace vyžaduje. Pocity jsou smíšené, to je individuální, záleží na mnoha aspektech, na situaci, na tom, jak zasažení spolupracují a na mnoha dalších okolnostech. Na tom, jestli vše probíhá hladce nebo také na tom, jestli situaci někdo narušuje (médiá, vyšetřovatelé, apod.). Ano, využila jsem podporu peera.

V: *Kým nebo čím vším může být průběh KI ovlivněn? Jaké osoby či situace vás nejvíce při práci na místě události zatěžují, stresují? S jakými obtížemi se při práci setkáváte a jak se s nimi vypořádáváte, popřípadě jakým způsobem jim předcházíte?*

R: *agrese lidí na místě, obava o vlastní bezpečnost, média, mám také respekt z domácích zvířat – volně pobíhající psy, dále zapomenuté pomůcky aj.*

V: *Můžete jmenovat reakce či specifikovat stav klientů po KI?*

R: *Tak určitě viditelná úleva, a to i přes smutek, pláč, cítíme vděk, intervenovaní sami řeknou, že děkují za přítomnost, za pomoc, za náš čas. Je vidět také jejich smíření se situací, úleva, že nebyli sami a že vědí co dělat dál. Důležité je pro ně i pochopení organizačních věcí, poděkování za informace „co dělat“ v následujících dnech, za možnosti, rady apod.*

Rozhovor 2 (Respondent č. 2), V: *výzkumník, R:* *respondent. Datum uskutečnění rozhovoru: 22. září 2021, délka hovoru: 0:58 min., pomůcky: psací potřeby, blok, nahrávací zařízení MT, délka praxe respondenta v roli intervenanta: 7 let, nejvyšší dosažené vzdělání: vysokoškolské.*

V: *Jakými osobnostními vlastnostmi by podle vás měl krizový intervent disponovat?*

R: *Rozhodnost, empatie, odolnost vůči stresovým situacím, umění improvizovat.*

V: *Jaké požadavky jsou kladeny na osobnost, způsobilost, funkci intervenanta?*

R: *Musí projít výcvikem, to je povinné, složit závěrečnou zkoušku a dále udržovat v průběhu každého roku aktivitu krizového intervenanta. Povinností je 4x do roka účastnit se nabídnutých akcí (minimálně účast na 4 akcích).*

V: *Je v současné době dostatečný počet interventů?*

R: *Bohužel mám pocit, že v současné době nás je méně než v letech předešlých. Bylo by určitě potřeba naše řady rozšířit.*

V: *Působí krizoví intervenanti ve všech krajích ČR?*

R: *Myslím, že ano, působí.*

V: *Absolvujete nějaká pravidelná cvičení, školení, pro zlepšování poskytování KI?*

R: *Ano, samozřejmě. A myslím, že je to tak správně. Je to jeden ze způsobů, jak se udržovat v pracovní kondici a načerpat nové zkušenosti. Také poznáte nové lidi, přátele, kolegy a obohatíte se o zkušenosti ostatních. Víte, jsme taková velká pracovní rodina, tak bych to nazvala.*

V: *Existují nějaké standardy pro vedení KI?*

R: *Ano, existují, standardy máme.*

V: U jakých typů krizových situací je KI indikována?

R: Jsou to úmrtí z různých příčin. Zasažené jsou osoby různého věku, děti, mladiství, zkrátka náročná situace na zpracování pro dotyčnou osobu. Situace, kdy se jim v podstatě zhroutí svět, jestli mne chápete.

V: Jaké informace o situaci na místě zásahu potřebujete vědět před poskytnutím KI?

R: Důležité je vědět co se stalo, kolik lidí je na místě k intervenci, jestli s intervencí souhlasí, jestli nebyli medikováni, samozřejmě adresu místa a telefon na zasahující posádku a na nějakou intervenovanou osobu na místě události. **V: Byla vám někdy intervence odmítnuta?** Ano, stalo se mi, že původně si interventa přáli na místě a když jsem přijela, tak neměli zájem, že prý vše zvládnou. Jejich přání bylo samozřejmě respektováno. Prohodila jsem s nimi tedy několik slov (jestli se cítí být v pořádku a jestli změni názor, ať se ozvou) a vrátila se domů. Ale to se stává výjimečně.

V: Dáváte klientům nějaký kontakt pro možnost zpětné vazby (poděkování, dořešení případu, následné dotazy...).

R: Není to tedy úplně standardní, takže nedává. Někdy ano, ale spíš ve výjimečných případech.

V: Jakými způsoby je KI vykonávána? Můžete je porovnat? V čem vidíte výhody x nevýhody, v čem se liší, popřípadě kterou upřednostňujete?

R: Interventi ZZS poskytují intervenci osobně a telefonicky. Na telefonickou musíte mít ještě zvláštní kurz a ten já zatím nemám. Rozdíl tam samozřejmě bude v tom osobním kontaktu, kdy máte situaci pod kontrolou, myslím přímo na očích, pokud jste na místě té události. Pro celkovou orientaci na místě události bude rozhodně výhodou. Telefonická je rychlejší a bezpečnější.

V: Jaké pocity míváte vy osobně před, během a po poskytnutí PSP? Využil-a jste někdy podporu peera?

R: Tak já se před KI soustředím na to, co udělám, až dorazím na místo, připravím si orientačně odpovědi na otázky zasažených, kdy odhadnu, co je bude zajímat a na co se budou ptát. Hlavně provedu před odjezdem rychlou kontrolu pomůcek. Na místě se soustředím hlavně na zasažené a to s maximální účastí. Svoje pocity tedy vnímám až po ukončení intervence, kdy mě zajímá v jakém stavu je opouštím a jestli jsem byla nápomocna. A to mívám ten nejlepší pocit, když vidím, že ano.

V: Kým nebo čím vším může být průběh KI ovlivněn? Jaké osoby či situace vás nejvíce při práci na místě události zatěžují, stresují? S jakými obtížemi se při práci setkáváte a jak se s nimi vypořádáváte, popřípadě jakým způsobem jim předcházíte?

R: Znepříjemnit práci vám můžou například zapomenuté pomůcky, které jsem zmiňovala na začátku rozhovoru. Prováděla jsem KI jednou v terénu přímo v lese u oběšené dívky. Bylo krásně, tak jsem vyrazila v teniskách. Jenže jsem ujela cca 40km na místo intervence, kde bylo po vydatném dešti, všude kaluže, mokro. Na místě se mi bohužel podařilo do jedné kaluže šlápnout, takže si dovedete představit, jak mi bylo cca 4hodiny, které jsem strávila na místě s jednou botou a vlastně i nohou úplně mokrou. Nebylo to vůbec příjemné, ale chybami se člověk učí, takže od té doby v kufru vozím stabilně holínky i náhradní ponožky a doporučuji to i všem interventům. A jinak je to individuální, někdy jsou neodbytná média nebo možné konfliktní situace v rodině. Jako příklad uvedu situaci, kdy jsem zasahovala u utopeného dítěte, které hlídala matka a otec se vrátil opilý z hospody a samozřejmě že ho v jeho stavu nenapadlo nic lepšího, než matku začít obviňovat, křičet, nadávat. Ještě že byla Policie na místě. **Jak se vypořádáváte se stresem?** Já aktivně sportuji, běh a jízda na kole, to je pro mne velká radost. Máme chalupu na horách, hýbu se v přírodě, túry, výlety, to je velký relax.

V: Můžete jmenovat reakce či specifikovat stav klientů po KI?

R: Já pozorovala zatím kladné reakce, myslím, že pokaždé, když jsem odjížděla, na tom byli lidé o něco lépe, než když jsem přijížděla. A to je pro vás ta největší odměna. Zkrátka ten pocit, že práce dává smysl a motivace do další činnosti.

Rozhovor 3 (Respondent č. 3), V: výzkumník, R: respondent.

Datum uskutečnění rozhovoru: 9. října 2021, délka hovoru: 0:56min., pomůcky: psací potřeby, blok, nahrávací zařízení MT, délka praxe respondenta v roli interventa: 5 let, nejvyšší dosažené vzdělání: vysokoškolské.

V: Jakými osobnostními vlastnostmi by podle vás měl krizový intervent disponovat?

R: Především empatií.

V: Jaké požadavky jsou kladeny na osobnost, způsobilost, funkci interventa?

R: V našem případě se jedná o zaměstnance ZZS, který se v prostředí pohybuje. Dále pak mlčenlivost a do určité míry i schopnost korigovat své vlastní emoce. A samozřejmě povinný výcvik.

V: Je v současné době dostatečný počet krizových interventů?

R: Není. Dlouhodobě je nedostatek interventů.

V: Působí krizový interventi ve všech krajích ČR?

R: Otázka spíše na koordinátora, ale pokud je mi známo, ve většině krajů ČR působí.

V: Absolvujete nějaká pravidelná cvičení, školení, pro zlepšování poskytování KI?

R: *Krizový intervenenti jsou systematicky vzděláváni.*

V: *Existují nějaké standardy pro vedení KI?*

R: *Ano existují, s nimi je intervent seznámen v základním výcviku.*

V: *U jakých typů krizových situací je KI indikována?*

R: *KI je indikována zpravidla u náhlého úmrtí, úmrtí za atypických okolností, u DN a HPO. Nejčastěji vyjíždíme k náhlému úmrtí, úmrtí dítěte a tam, kde je dítě svědkem události.*

V: *Jaké informace o situaci na místě zásahu potřebujete vědět před poskytnutím intervence? Setkala jste se v praxi s odmítnutím KI?*

R: *Místo zásahu, počet zasažených, kontakt na zasahující posádku, součinnost IZS a okolnosti události. V praxi jsem se s odmítnutím KI nesečkala.*

V: *Dáváte klientům nějaký kontakt pro možnost zpětné vazby (poděkování, dořešení případu, následné dotazy...).*

R: *Ano, v rámci KI klient obdrží řadu kontaktů pro následné dořešení. Od poskytnutí kontaktu na krizového intervenenta se aktuálně upouští, z důvodu ochrany intervenenta.*

V: *Jakými způsoby je KI vykonávána? Můžete je porovnat? V čem vidíte výhody x nevýhody, v čem se liší, popřípadě kterou upřednostňujete?*

R: *Jedná se o KI kde je intervent přítomen, nebo o telefonickou KI. Vždy bude výhodnější osobní kontakt, ale jsou situace, kde je telefonická intervence zcela dostačující. Změnu přinesla doba výskytu pandemického onemocnění, kdy osobní KI neprobíhaly.*

V: *Jaké pocity míváte vy osobně před, během a po poskytnutí KI? Využil-a jste někdy podporu peera?*

R: *Vždy je to především obava z toho, že přicházím do prostředí, které je zasaženo tragickou událostí a také respekt ze zasažených, abych svým jednáním nikoho nepoškodila. Podporu peera jsem nevyužila nikdy přímo, ale to jen proto, že po zásahu jsme byli v kontaktu s krajskou koordinátorkou, která nás dokázala nenásilnou a přirozenou formou ošetřit.*

V: *Kým nebo čím vším může být průběh KI ovlivněn? Jaké osoby či situace vás nejvíce při práci na místě události zatěžují, stresují? S jakými obtížemi se při práci setkáváte a jak se s nimi vypořádáváte popřípadě jakým způsobem jim předcházíte?*

R: *V průběhu KI jsme ovlivněni prostředím, rodinou, příběhem a událostí samotnou. Jaké osoby či situace vás nejvíce stresují? Nejvíce zatěžující a stresující jsou situace, v nichž hrají roli děti, ať už jako postižení anebo jako zasažení událostí samotnou.*

S jakými obtížemi se při práci setkáváte? Snad největší obtíží bylo obhájit si svoji funkci krizového intervenanta v rámci ZZS. Jak se vypořádáváte se stresem? Se stresem se vyrovnávám těžkou fyzickou prací a radostí z vlastní rodiny.

V: Můžete jmenovat reakce či specifikovat stav klientů po KI?

R: Jsou klienti typu A (komunikující, otevřenější) a klienti typu B (mlčí, nevyjadřující jakékoliv emoce). Pokud dává klient své emoce najevo, ať už jsou jakékoliv, je to pro naši práci snazší. Naopak nekomunikující klient je mnohem náročnější ke zpracování. Po KI jsou klienti vyrovnanější.

Rozhovor 4 (Respondent č. 4), V: výzkumník, R: respondent. Datum uskutečnění rozhovoru: 16. října 2021, délka hovoru: 0:58 min., pomůcky: psací potřeby, blok, nahrávací zařízení MT, délka praxe v roli intervenanta: 6 let, nejvyšší dosažené vzdělání: specializační – ARIP.

V: Jakými osobnostními vlastnostmi by podle vás měl krizový intervenant disponovat?

R: Jeho životní filozofií by mělo být „chtít pomáhat.“ Dále určitou schopností vcítit se do druhých. Schopnost organizovat a rozhodnost.

V: Jaké požadavky jsou kladeny na osobnost, způsobilost, funkci intervenanta?

R: Úvodní povinný výcvik intervenanta. Umět improvizovat je výhodou, samozřejmě empatie, rozhodnost, atp.

V: Je v současné době dostatečný počet krizových intervenantů?

R: Určitě není. Je to bohužel dlouhodobější problém.

V: Působí krizový intervenanti ve všech krajích ČR?

R: Myslím, že ano. Podmínky pro pracovní činnost se ale liší. Jak to myslíte? Myslím tím finanční i pracovní. Dle mého názoru by toto mělo být všude stejné. Záleží ale na vedení organizace, tak proto jsou a můžou být podmínky odlišné. To nás někdy trochu trápí.

V: Absolvujete nějaká pravidelná cvičení, školení, pro zlepšování poskytování KI?

R: Samozřejmě. Pravidelně a povinně.

V: Existují nějaké standardy pro vedení KI?

R: Ano, existují. Řídíme se jimi při práci.

V: U jakých typů krizových situací je KI indikována?

R: U úmrtí z různých příčin, náhlých, nečekaných, dramatických, například u HPO, různých haváriích apod.

V: Jaké informace o situaci na místě zásahu potřebujete vědět před poskytnutím intervence? Bývá někdy KI i odmítnuta?

R: Adresa místa události, jaké posádky jsou na místě, o jakou událost se jedná, kolik je na místě zasažených. S odmítnutím jsem se nesečkala. Ale může se stát, že si klient rozmyslí naši péči. Jeho rozhodnutí respektujeme, ale to se stane opravdu výjimečně.

V: Dáváte klientům nějaký kontakt pro možnost zpětné vazby (poděkování, dořešení případu, následné dotazy...).

R: Kontakt na intervenenta se dává velmi výjimečně. Není to běžné. Ale poskytujeme kontakty na další návaznou péči – psychologa a krizové linky nebo potřebné letáčky související s danou situací.

V: Jakými způsoby je KI vykonávána? Můžete je porovnat? V čem vidíte výhody x nevýhody, v čem se liší, popřípadě kterou upřednostňujete?

R: Osobní kontakt a telefonická intervence. Telefonická se využívala v průběhu pandemické situace, kdy byl osobní kontakt pozastaven. Výhodou osobní KI je celkový přehled o situaci na místě a lépe se také s klienty pracuje.

V: Jaké pocity míváte vy osobně před, během a po poskytnutí KI? Využil-a jste někdy podporu peera?

R: Pocity jsou smíšené. Situace bývají velmi náročné pro zasažené osoby, ale i pro nás. Proto je důležitý výcvik a refresh kurzy.

V: Kým nebo čím vším může být průběh KI ovlivněn? Jaké osoby či situace vás nejvíce při práci na místě události zatěžují, stresují? S jakými obtížemi se při práci setkáváte a jak se s nimi vypořádáváte, popřípadě jakým způsobem jim předcházíte?

R: Ovlivnit vás můžou v podstatě všechny přítomné osoby na místě události. Dále situace jako taková, příčina události, oběti události, neodbytná média apod. Jednou jsem jela na intervenci po noční směně. Netušila jsem, že budu potřebná na místě 6 hodin. Soustředit se na vše potřebné mi dávalo pěkně zabrat. Tehdy jsem podcenila svoje fyzické limity a bylo to znát. Od té doby nikdy nesloužím intervence po noční směně. **Jak se vypořádáváte se stresem? Jízdou na koni.**

V: Můžete jmenovat reakce či specifikovat stav klientů po KI?

R: No, musím říct, že já mám vždy pocit takový, že jsme pomohli. V praxi jsem se nesečkala s tím, že by klient, kdy opouštím místo události, byl v horším stavu než ve stavu, kdy za ním přijíždím. A to je ten smysl naší práce.

Rozhovor 5 (Respondent č. 5), V: výzkumník, R: respondent. Datum uskutečnění rozhovoru: 1. listopadu 2021, délka hovoru: 0:54 min., pomůcky: psací potřeby, blok, nahrávací zařízení MT, délka praxe respondenta v roli interventa: 5 let, nejvyšší dosažené vzdělání: vysokoškolské.

V: Jakými osobnostními vlastnostmi by podle vás měl krizový intervent disponovat?

R: Krizový intervent by měl mít o práci zájem, měl by to být člověk vnímavý, empatický, ochotný, zodpovědný.

V: Jaké požadavky jsou kladeny na osobnost, způsobilost, funkci interventa?

R: V současnosti se pečlivě vybírají noví členové týmu, očekává se od nich aktivní přístup a zájem o poskytovanou péči a samozřejmě odpovídající vzdělání v KI.

V: Je v současné době dostatečný počet krizových interventů?

R: V rámci krajů ČR je počet interventů různý, probíhá vzdělávání nových kolegů, někde je počet dostatečný, někde bohužel není.

V: Působí krizoví interventi ve všech krajích ČR?

R: Ano, ale počty jsou rozdílné a ne všude jsou stejné podmínky pro činnost.

V: Absolvujete nějaká pravidelná cvičení, školení, pro zlepšování poskytování KI?

R: Ano, patří to mezi povinnosti každého interventa účastnit se vzdělávacích akcí, kurzů, konferencí.

V: Existují nějaké standardy pro vedení KI?

R: Ano.

V: U jakých typů krizových situací je KI indikována?

R: Je indikována u kritických (úmrtí dětí, náhlé úmrtí dospělých, DN, pocit osobního selhání...) a traumatizujících událostí, nejvíce poskytnutých intervencí se týkala náhlého úmrtí, účastníci DN, péče o kolegy po náročném zásahu.

V: Jaké informace o situaci na místě zásahu potřebujete vědět před poskytnutím intervence? Setkal-a jste se v praxi s odmítnutím KI?

R: Jsou potřeba základní informace o události, co se stalo, kdo je zasažený, počet zasažených, kdo byl na místě. Ano, setkala jsem se s odmítnutím.

V: Dáváte klientům nějaký kontakt pro možnost zpětné vazby jako je poděkování, dořešení případu, následné dotazy?

R: Nabízíme kontakty na pokračující vhodné služby.

V: Jakými způsoby je KI vykonávána? Můžete je porovnat? V čem vidíte výhody x nevýhody, v čem se liší, popřípadě kterou upřednostňujete?

R: Je několik způsobů poskytování péče. V rámci peer podpory se poskytuje individuální nebo skupinová péče, dále je možnost telefonické podpory. Každá má své pro i proti. Osobní setkání bylo v době Covidu obtížnější, proto byla využívána možnost tel. kontaktu peer podpory z daných oblastí nebo využití tel. linky jak pro zdravotníky tak i blízké pacientů.

V: **Jaké pocity míváte vy osobně před, během a po poskytnutí KI? Využil-a jste někdy podporu peera?**

R: Pocity jsou různé, vše se odvíjí od příčiny, proč je intervence vedena. Před – respekt, důkladná příprava, během – velmi zodpovědný a citlivý přístup k vedené intervenci, po některé události vás nutí se zamyslet, nenechají vás klidnou, sdílíte něco, co se vás může dotknout. Po takových intervencích je velmi vhodné a je doporučováno vyhledat podporu svého kolegy.

V: **Kým nebo čím vším může být průběh KI ovlivněn? Jaké osoby či situace vás nejvíce při práci na místě události zatěžují, stresují? S jakými obtížemi se při práci setkáváte a jak se s nimi vypořádáváte, popřípadě jakým způsobem jim předcházíte?**

R: Každá intervence může být ovlivněna přístupem zasažených. Ne každý je ochoten, schopen popsat své prožitky, někteří jsou sdílní, hovorní, jiní tuto schopnost nemají. Příčiny mohou být různé – stud, strach, uzavřenost. Těžko specifikovat obtíže, každá intervence je citlivá, má svá specifika, je třeba přistupovat obezřetně. **Jak se vypořádáváte se stresem?** Sportem, četbou, kontaktem s přáteli.

V: **Můžete jmenovat reakce či specifikovat stav klientů po KI?**

R: Úleva, úsměv, první slzy, pláč, poděkování za projevený zájem o jejich osobu a čas, který jim byl věnován, pozitivní ocenění poskytnuté péče, ocenění existence služby a její potřeba.

Rozhovor 6 (Respondent č. 6), V: výzkumník, R: respondent. Datum uskutečnění rozhovoru: 2. listopadu 2021, délka hovoru: 0:51 min., pomůcky: psací potřeby, blok, nahrávací zařízení MT, délka praxe respondenta v roli interventa: 4 roky, nejvyšší dosažené vzdělání: specializační – ARIP.

V: **Jakými osobnostními vlastnostmi by podle vás měl krizový intervent disponovat?**

R: Vnímavý, měl by se umět vcítit, spolehlivý.

V: **Jaké požadavky jsou kladeny na osobnost, způsobilost, funkci interventa?**

R: Procházejí výběrovým řízením-pohovorem.

V: **Je v současné době dostatečný počet krizových interventů?**

R: *V našem kraji nedostatek.*

V: *Působí krizoví intervenenti ve všech krajích ČR?*

R: *Ano.*

V: *Absolvujete nějaká pravidelná cvičení, školení, pro zlepšování poskytování KI?*

R: *Ano, jak v rámci kraje, tak SPISu ČR.*

V: *Existují nějaké standardy pro vedení KI?*

R: *Ano.*

V: *U jakých typů krizových situací je KI indikována? K jakým typům KI nejčastěji vyjíždíte?*

R: *- DN, úmrtí dětí a mladých lidí (náhlá úmrtí i očekávaná).*

V: *Jaké informace o situaci na místě zásahu potřebujete znát před poskytnutím intervence? Setkal-a jste se v praxi s odmítnutím KI?*

R: *Potřebuji vědět vše co se na místě dělo a děje, počet zasažených. Ano, s odmítnutím jsem se setkala.*

V: *Dáváte klientům nějaký kontakt pro možnost zpětné vazby jako je poděkování, dořešení případu, následné dotazy?*

R: *Kontakty na krizová centra, RIAPS a podobné instituce a spolky, léčebny, ordinace.*

V: *Jakými způsoby je KI vykonávána? Můžete je porovnat? V čem vidíte výhody x nevýhody, v čem se liší, popřípadě kterou upřednostňujete?*

R: *Telefonická a osobní intervence. Každá má svoje pro a proti. Liší se v kontaktu s intervenovaným, osobní – vidím, telefonická – vnímám více hlas a jeho postavení. Obě intervence mají své, nepreferuji žádnou z nich.*

V: *Jaké pocity míváte vy osobně před, během a po poskytnutí KI? Využil-a jste někdy podporu peera?*

R: *Pocity různé. Před – obava, očekávání atd. Po – vždy úleva a zároveň zamyšlení. Peer podporu občas využiji – ke konzultaci, k probrání situace.*

V: *Kým nebo čím vším může být průběh KI ovlivněn? Jaké osoby či situace vás nejvíce při práci na místě události zatěžují, stresují? S jakými obtížemi se při práci setkáváte a jak se s nimi vypořádáváte popřípadě jakým způsobem jim předcházíte?*

R: *Ovlivní ho někdy samotný intervenovaný, rodina, přihlízející. Vysloveně obtíže při intervenci jsem nezažila. Jak se vypořádáváte se stresem? Turistikou, sportem.*

V: *Můžete jmenovat reakce či specifikovat stav klientů po KI?*

R: *Poděkování, slzy, úsměv – vesměs pozitivní reakce – vděk.*

zdroj: autor, 2021