



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

---

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

# **Poskytování psychosociální intervenční péče v rámci SPIS v Moravskoslezském kraji**

## **Provision of Psychosocial Intervention Care within the SPIS in the Moravian- Silesian Region**

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Autor bakalářské práce: Laura Valouchová

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Tibor Brečka, MBA, LL.M.

---

Kladno 2021



# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

## I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Valouchová** Jméno: **Laura** Osobní číslo: **483284**  
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**  
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**  
Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**

## II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

**Poskytování psychosociální intervenční péče v rámci SPIS v Moravskoslezském kraji**

Název bakalářské práce anglicky:

**Provision of Psychosocial Intervention Care within the SPIS in the Moravian-Silesian Region**

Pokyny pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude porovnávání konkrétních situací při poskytování intervenční péče zdravotnickým záchranářům a občanům České republiky. V teoretické části budou vysvětleny obecné pojmy, jako krize, stres, trauma, posttraumatická stresová porucha, posttraumatická stresová reakce a fungování psychosociální intervenční péče zdravotnickou záchranou službou. Bude zpracována problematika jednotlivých situací a jejich dopad na pracovníky zdravotnické záchrané služby, které je mohou negativně ovlivnit ve výkonu práce, a na občany České republiky. Praktická část bakalářské práce bude provedena formou rozhovoru, ve kterém bude rozebrán postup zdravotníků v daných konkrétních situacích a dotazníkovým šetřením, ve kterém bude zjištěna informovanost zdravotnických pracovníků na poskytování psychosociální intervenční péče v terénu.

Seznam doporučené literatury:

- [1] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., Krize a krizová intervence, ed. 1. vyd., Praha: Grada, 2017, 288 s., ISBN 978-80-247-5327-0
- [2] VODÁČKOVÁ Daniela a kol., Krizová intervence, ed. 3., Praha: Portál, 2012, 543 s., ISBN 978-80-262-0212-7
- [3] AYERS, Susan a DE VISSER, Richard, Psychologie v medicíně, ed. 1., Praha: Grada, 2015, 568 s., ISBN 978-80-247-5230-3

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

**Mgr. Tibor Brečka, MBA, LL.M.**

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: **15.02.2021**  
Platnost zadání bakalářské práce: **18.09.2022**

  
doc. Mgr. Zdeněk Hon, Ph.D.  
podpis vedoucí(ho) katedry

  
prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., MBA  
podpis děkana(ky)

### III. PŘEVZETÍ ZADÁNÍ

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

20. 4. 2021

Datum převzetí zadání



Podpis studenta(ky)

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Poskytování psychosociální péče v rámci SPIS v Moravskoslezském kraji vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

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

V Kladně dne 23.04.2021

Laura Valouchová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych především poděkovat svému vedoucímu práce panu Mgr. Tiboru Brečkovi, MBA, LL.M. za podporu, ochotu a obzvlášť za trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat klinickému psychologovi PhDr. Lukáši Humplovi za jeho informace z praxe, podporu a ochotu při uskutečňování rozhovorů. Poté bych chtěla poděkovat celé Zdravotnické záchranné službě Moravskoslezského kraje, především panu PhDr. Petr Jaššo, MBA za možnost uskutečnit dotazníkové šetření a rozeslání dotazníku skrz soukromý intranet. Také velice děkuji za poskytnutí rozhovoru psychologickému interventovi a peerovi, bez kterých bych se neobešla. Těmto všem děkuji za jejich čas a odborné názory, které velice přispěly do praktické části. Na závěr bych chtěla poděkovat rodině a přáteli, kteří mě podporovali po celou dobu studia.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá především psychosociální intervenční službou Zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje. Následně se zaměřuje na to, kdo a jak vnímá veškeré stresory v práci a jak se s nimi následně vypořádává.

Teoretická část se zaměřuje na pojmy vybraného tématu, se kterými se zdravotnický personál Zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje setkává. V teoretické části je dále popsáno fungování psychosociální intervenční služby Zdravotnické záchranné služby v Moravskoslezském kraji a fungování systému psychosociální intervenční služby.

V praktické části je zpracováno dotazníkové šetření, které je doplněno rozhovory se zkušenými psychosociálními pracovníky.

Hlavním cílem bylo zjistit informovanost zdravotnického personálu na možnost využití psychosociálního kolegy, dále zjistit stresové faktory zdravotnického personálu a jak se s nimi vyrovnávají. Výsledkem je porovnání získaných informací z dotazníkového šetření a rozhovorů zanesených do grafů a tabulek.

## **Klíčová slova**

Krizová intervence; krize; stres; posttraumatická stresová porucha; syndrom vyhoření

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis discusses primarily the psychosocial interventional service of Emergency Medical Service in the Moravian-Silesian region. It then focuses on perception of stressors in work environment and how the Service's personnel deals with them.

The theoretical part aims to explain the concepts and notions of the topic that the medical personnel in the Emergency Medical Service in the Moravian-Silesian region deals with. Then follows the description of operational functioning of the psychosocial interventional service itself.

The practical part is comprised of a questionnaire survey which is complemented by structured interviews with experienced psychosocial workers.

The primary goal of this thesis is to evaluate awareness of the medical personnel about their psychosocial peers and to find out what are their stress factors and how they deal with them. The result is a comparison of the results gathered by the survey and structured interviews. These results are comprised into tables and visual chart analysis.

## **Keywords**

Intervention crisis; crisis; stress; posttraumatic stress disorder; burnout.

## Obsah

1	Úvod.....	11
2	cíle práce.....	13
3	přehled současného stavu.....	14
3.1	Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje.....	14
3.2	Právní rámec.....	14
3.3	Charakteristika zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje	14
3.4	Výjezdové základny .....	15
3.5	Výjezdové skupiny .....	16
3.5.1	Výjezdová skupina „rychlé lékařské pomoci“ .....	16
3.5.2	Výjezdová skupina „rychlé zdravotnické pomoci“ .....	17
3.5.3	Rendez-vous.....	18
3.5.4	Letecká záchranná služba .....	19
4	krize.....	20
4.1.1	Definice krize .....	20
4.2	Stres.....	21
4.3	Posttraumatická stresová porucha .....	23
4.4	Akutní reakce na stres.....	25
4.4.1	Příčina ARS.....	25
4.4.2	Příznaky ARS .....	25
4.4.3	Krizová intervence pro ARS .....	25
4.5	Syndrom vyhoření.....	26
4.5.1	Rizikové faktory a vliv stresu .....	27



5	Krizová intervence .....	29
6	Tým systému psychosociální intervenční služby .....	30
6.1	Krizoví interventi.....	31
6.1.1	Podpora vlastním zaměstnancům – záchranářům - Peer.....	31
6.1.2	První psychická pomoc v terénu - intervent .....	33
6.2	Odborná příprava interventa SPIS .....	35
6.2.1	Požadavek na vzdělání interventa.....	35
6.2.2	Udržování kvalifikace.....	36
6.3	Odborná příprava peera SPIS .....	36
6.3.1	Požadavek na základní vzdělání peera.....	36
6.3.2	Udržování kvalifikace.....	37
7	Psychologická první pomoc .....	38
7.1	Psychologická první pomoc systému Critical Incident Stress Management podle Everlyho a Parkerové .....	38
7.2	Psychologická první pomoc podle National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) a National Centre For PTSD (NCPTSD).....	39
7.3	Specifické formy intervence .....	40
7.3.1	Formy intervence pro Peer pracovníka.....	40
7.3.2	Formy intervence pro interventa .....	42
8	Metodika.....	43
9	Výsledky.....	44
9.1	Dotazníkové šetření.....	44
9.2	rozhovory.....	53
10	Diskuze .....	56

11	Závěr .....	60
12	Seznam použitých zkratk.....	61
13	Seznam použité literatury.....	63
14	Seznam použitých obrázků .....	68
15	Seznam použitých tabulek.....	69
16	Seznam Příloh.....	70

# 1 ÚVOD

Tématem bakalářské práce je „Poskytování psychosociální intervenční péče v rámci SPIS v Moravskoslezském kraji“. Práce je rozdělena na teoretickou část, ve které definuji charakteristiku práce Zdravotnické záchranné služby v Moravskoslezském kraji a specifikace jednotlivých zdravotnických a psychosociálních pozic. V teoretické části má daný čtenář možnost získat představu o tom, z jakých pozic se skládá Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje a co v ní najdeme. Seznámí se zde s pojmy jako je krize, stres, posttraumatická stresová porucha, akutní reakce na stres, syndrom vyhoření a krizová intervence a s ní spojení psychosociální pracovníci. Práce zdravotnických pracovníků na Zdravotnické záchranné službě se ve velké míře liší od práce ve zdravotnických zařízeních, a to především rychlým a správným rozhodováním v terénu bez další pomoci. Tento fakt bývá spjat se zvýšeným stresem jak v práci, tak i následně v domácnosti. Téma „Poskytování psychosociální pomoci v rámci SPIS v Moravskoslezském kraji“ jsem si vybrala z důvodu upřesnění, kdo je to psychosociální pracovník, kdy se s ním můžeme jako zdravotničtí pracovníci setkat a jak oni sami pracují. Práce je proto určena pro všechny, kdo by se chtěl dozvědět více o psychosociálních pracovnících a jejich práci.

Očekávám od této práce obohacení vědomostí pro všechny, kdo si tuto práci přečtou, upřesnění dané problematiky a možnost si prohloubit znalosti v oblasti psychologické intervence.

Praktická část bakalářské práce je zpracována formou kvalitativní a kvantitativní. Prostřednictvím dotazníkového šetření jsou osloveni záchranáři, lékaři, řidiči zdravotnické záchranné služby a také i operátoři Moravskoslezského kraje a je prováděno šetření v oblasti míry stresu před výjezdem, dále jsou zjišťovány jejich stresové situace a následné vypořádání s pomocí psychosociální pomoci. Druhý výzkum je veden formou

rozhovoru, kde se dotazují psychosociálních pracovníků na rozdíl v postupu práce mezi psychosociálním interventem a peerem, co je k této pozici vedlo a dále, zdali se navyšuje psychosociální pomoc v závislosti na pandemii COVID-19.

Závěrem je vyhodnocení hlavních a dílčích cílů a také diskuze, ve které je řešena daná problematika a veškeré poznatky z výzkumných metod.

## 2 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem je dozvědět se, jaká je informovanost zdravotnického personálu na Zdravotnické záchranné službě Moravskoslezského kraje na své psychosociální kolegy, tedy peery a zdali je využívají po náročných zásazích. Dále zjištění nejvíce stresujících výjezdů a jak se s nimi pracovníci vypořádávají. K těmto daným problémům nám pomůže dotazníkové šetření v praktické části. Toho se zúčastnili a vyplnili jej respondenti ze Zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje.

Dílčím cílem bakalářské práce je zjistit rozdíl postupů mezi psychosociálním interventem a peerem. Dále, zdali se navyšuje potřeba psychosociální pomoci k přítomné pandemii COVID-19. K tomuto tématu nám pomůže rozhovor se zdravotnickým interventem a peerem.

## **3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU**

Při poskytování přednemocniční neodkladné péče se mohou záchranáři dostat do velmi psychicky a fyzicky náročných situací, které jsou spojené s nadměrným stresem. Proto je důležitá znalost vymezených pojmů, které se k problematice vážou.

### **3.1 Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje**

### **3.2 Právní rámec**

Zdravotnická záchranná služba se řídí podle Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) rozumí zdravotní služba, 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. Součástí zdravotnické záchranné služby jsou další činnosti stanovené jak tímto zákonem, tak Zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě [1].

### **3.3 Charakteristika zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje**

Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje je příspěvková organizace a provozovatel zdravotnické záchranné služby v Moravskoslezském kraji. Mezi Hlavní náplň činnosti zdravotnické záchranné služby je zajišťovat přednemocniční neodkladnou péči na území Moravskoslezského kraje podle zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Přednemocniční neodkladná péče je zajišťována na území o rozloze 5 427 km<sup>2</sup> pro více než 1 250 000 obyvatel. V Moravskoslezském kraji je zpřístupněno více než 60 výjezdových skupin a jedna skupina letecké záchranné služby rozmístěných na 32 výjezdových základnách [2].

Dne 31. prosince 2003 zanikly okresní úřady a vznikly Územní střediska záchranné služby Ostrava jako nástupnická organizace všech samostatných záchranných služeb v okresech Ostrava-město, Bruntál, Opava, Karviná, Nový Jičín a Frýdek-Místek. Všechny výjezdové základny i jednotlivé dispečinky byly sloučeny pod jednu organizaci. Od samotného vzniku je zdravotnická záchranná služba v Moravskoslezském kraji největší územní záchranná služba v České republice [2].

### **3.4 Výjezdové základny**

Na území Moravskoslezského kraje se nachází vcelku 32 výjezdových základen, jejichž organizace je taková, aby byla přednemocniční neodkladná péče zajištěna do 20 minut od přijetí tísňové výzvy [3].

Je strukturálně členěna do územních odborů a dále do jednotlivých výjezdových základen. Ředitelství organizace se nachází v Ostravě-Zábřehu, ve společném komplexu s Hasičským záchranným sborem. Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje zde má centralizován personální a provozní úsek.

Územních odborů je šest: Bruntál, Frýdek-Místek, Karviná, Nový Jičín, Opava a Ostrava. Každý má svého ředitele, který podléhá řediteli ZZS MSK. Každý územní odbor zajišťuje přednemocniční neodkladnou péči ve své oblasti, odpovídající zpravidla někdejšími okresům. Posádky výjezdových skupin jednotlivých výjezdových stanovišť jsou na území celého kraje vyslány k výjezdům z jediného operačního střediska se sídlem v Ostravě [4].

### 3.5 Výjezdové skupiny

Na území Moravskoslezského kraje je k dispozici v nepřetržitém 24hodinovém provozu přes 60 výjezdových skupin a vzletová skupina letecké záchranné služby, jejichž počet se mění s pracovní a noční dobou. Mimo pracovní dobu nebo v nočních hodinách je počet posádek snížen. Výjezdové skupiny pracují v režimech rychlá zdravotnická pomoc (RZP), rychlá lékařská pomoc (RLP) a rychlá lékařská pomoc v systému Rendez-Vous (RV) [5].



Obrázek 1 Posádky ZZS MSK [1]

#### 3.5.1 Výjezdová skupina „rychlé lékařské pomoci“

Výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci je složena z lékaře a zdravotnického záchranáře. Většina lékařů jsou zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje a část je na záchranné službě pouze externě zaměstnaná. Indikací k výjezdu skupiny rychlé lékařské pomoci jsou případy, kdy se jedná o život ohrožující stav, jako je např. infarkt, mozková příhoda, střelné poranění, těžké následky po dopravních nehodách, požárech a podobné [5, 6].



Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje disponuje celkem jedenácti posádkami rychlé lékařské pomoci. Ty vyjíždějí k postiženým ve speciálně vybaveném sanitním voze, v němž mají k dispozici vše potřebné k vyšetření, ošetření a zajištění pacienta v kritickém stavu [5]:

- ventilátor umožňující umělou plicní ventilaci;
- odsávačku s motorovým pohonem;
- monitor EKG s kardiostimulátorem, defibrilátorem a možností záznamu;
- vakuové matrace ke znehybnění páteře a končetin;
- pulzní oxymetr měřící okysličení krve a tepovou frekvenci;
- léky, obvazový materiál a sterilní krytí pro ošetření ran;
- vyprošťovací a speciální transportní prostředky.

### 3.5.2 Výjezdová skupina „rychlé zdravotnické pomoci“

Posádky rychlé zdravotnické pomoci jsou tvořeny ze dvou zdravotnických záchranářů nebo jednoho zdravotnického záchranáře a jednoho řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby, tedy nelékařských zdravotnických pracovníků.

Tato výjezdová skupina po vyhodnocení operačním střediskem je vyslána k pacientům, jejichž zdravotní stav nevyžaduje lékaře zdravotnické záchranné služby. Jde o úrazy, které jsou nekomplikované nebo také neúrazové a nevyžadují okamžitou diagnostickou činnost a léčbu. Skupiny rychlé zdravotnické pomoci provádějí také sekundární převozy náhle zhoršených pacientů z ordinací praktických lékařů, nebo zasahují k výjezdové skupině rychlé lékařské pomoci u větších výjezdů. Pokud pacienta zajišťuje posádka

rychlé zdravotnické pomoci, měla by jej bez výjimek předat do lékařské péče. Absence lékaře v týmu omezuje kompetence zdravotníka v oblasti aplikace léků a některých terapeutických postupů. Zdravotníci záchranáři a sestry-specialistky jsou ovšem kompetentními zdravotníky, kteří se dovedou o pacienta spolehlivě postarat. V případě potřeby mohou stav postiženého konzultovat vysílačkou či telefonem s lékařem, nebo si jej na místo i přivolat [5].

### **3.5.3 Rendez-vous**

V některých městech Moravskoslezského kraje - v Ostravě, Opavě, Hlučíně, Bruntále, Krnově, Frýdku-Místku, Fulneku a Frenštátě pod Radhoštěm, pracuje záchranná služba v tzv. setkávacím systému, neboli "rendez-vous". Lékař vyjíždí k pacientům osobním nebo terénním automobilem [5].

Výjezdovou skupinu rendez-vous tvoří lékař a zdravotnický záchranář, který je zároveň řidičem vozidla. Posádka je rovněž vybavena potřebnými prostředky k záchrane postiženého, a to včetně ventilátoru a monitoru srdeční činnosti. Toto vozidlo nemá však pochopitelně možnost nemocného transportovat. V tomto případě lékař není nijak vázán na sanitní vůz a může po ošetření pacienta ihned odjet k dalšímu zásahu. Výjezdová skupina s lékařem dojede na místo události odeslané operačním střediskem, kdy operační středisko vysílá někdy pouze vozidlo rendez-vous, a to v případě, kdy je možné, že pacienta nebude nutno transportovat do zdravotnického zařízení (tedy například k epileptickým či astmatickým záchvatům a pod). Po ošetření lékařem zůstává pacient doma. Je-li zapotřebí zajistit jeho převoz do nemocnice, posádka rendez-vous si přivolá sanitku RZP. Pokud je samozřejmě pacient nalezen na ulici nebo v kritickém stavu tak operační středisko vyšle posádku rychlé zdravotnické pomoci a zároveň Rendez-Vous [5].

### 3.5.4 Letecká záchranná služba

Součástí ZZS MSK je také letecká záchranná služba, která sídlí v Ostravě. Základna se nachází v areálu IZS v Ostravě-Zábřehu. Heliport je vybavený pro denní i noční provoz. V areálu se také nachází dvě přistávací plochy pro vrtulníky a hangár. Na území Moravskoslezského kraje a přilehlých částí krajů Olomouckého a Zlínského působí Letecká záchranná služba pod volacím znakem "Kryštof 05" od 1. srpna roku 1989. Na základě dohody o příhraniční spolupráci může vrtulník z Ostravy zasahovat i v příhraničních oblastech na území Polska a Slovenska. Dříve provozovala leteckou službu firma Delta Systém Air, a.s (DSA) od 1.1.2017 se provozovatelem stala rakouská firma Helikopter Air Transport, GmbH (HAT). Akční rádius vrtulníku je cca 70 km, tj. cca 18 minut letu. Letecká záchranná služba Ostrava používá v současnosti ke své činnosti moderní stroj EC 135 T2+, dvoumotorový jednopilotní vrtulník, který splňuje nejvyšší výkonnostní a bezpečnostní požadavky, dané evropskými předpisy pro civilní letectví [7].

## 4 KRIZE

Krize je jedním z nejčastějších důvodů vyhledání psychiatrické péče. Psychiatři u klientů v krizi obvykle diagnostikují poruchu přizpůsobení (nejčastější diagnóza na krizových centrech), neboť poruchy přizpůsobení podle MKN-10 navazují na významné životní změny či stresové události a projevují se tísní, poruchami emocí, narušením sociálního fungování a výkonu. Nejčastěji příznaky zahrnují zpravidla depresivní náladu, úzkost, obavy, poruchy chování, a u adolescentů výbuchy násilí. U dospělých porucha přizpůsobení zpravidla odeznívá do šesti měsíců, u třetiny však přetrvává i po roce [8].

### 4.1.1 Definice krize

Krize vzniká, když se člověk při cestě za cílem setká s překážkou, kterou není schopen překonat obvyklou metodou řešení problémů. Nastává pak tedy období zmatku a marnými pokusy o řešení těchto problémů [8].

#### 4.1.1.1 Fáze krize dle Caplana [9]:

- 1. fáze tenze, kdy obranné mechanismy neposkytují řešení, trvá minuty až týdny;*
- 2. fáze lability, vulnerability, izolace, hypobulie (v této fázi je díky sugestibilitě nejúspěšnější intervence);*
- 3. fáze mobilizace vnitřních rezerv (nedojde-li k níže uvedeným patologickým typům vývoje krize), tato fáze trvá měsíce až roky.*

#### 4.1.1.2 Příčiny krizí

Mezi hlavní příčiny krize mohou být konflikty manželské, pracovní, migrační, právní, sexuální, úmrtí v rodině, katastrofy, separační - vojna, vězení nebo

emigrace. Další příčinou jsou krize vývojové, tedy školní problémy, puberta, těhotenství a stárnutí. Čím oslabenější je organismus (somaticky či psychicky, např. osobnostně), tím menší stresor vyvolá krizi. Krize tedy mohou vycházet i z psychopatologie [10, 8].

## 4.2 Stres

„Pojem stres (napětí, zátěž) poprvé použil kanadský endokrinolog Selye. Stres je podle něj „sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespécifickou noxou“ [11].

Stres je reakce duševní i tělesná na různé vnitřní a vnější faktory. Tento pojem je možné vnímat jako synonymum pro situace, ve kterých je podáván běžný výkon za ztížených podmínek. Zátěžové situace jsou jednotlivci vnímány různě. Vlastní hodnocení člověka rozhoduje o tom, co bude prožíváno jako stresové a co nikoliv. V níže uvedeném textu bude vysvětleno rozdělení stresových faktorů a působení na organismus. Naše kognitivní schopnosti (vnímání, myšlení, paměť a učení) jsou stresem velmi ovlivněny. V jeho ovlivnění mohou být schopnosti vyhodnocování informací velmi omezené.

Stresové faktory můžeme rozdělit do šesti skupin [12]:

1. *tělesné (hlad, bolest, námaha, ...);*
2. *emocionální (strach, zlost, obavy, ...);*
3. *kognitivní (fantazie, postoje, negativní myšlenky, ...);*
4. *fyzikální (tma, chlad, jasné světlo, ...);*
5. *biochemické (léky, kofein, alkohol, ...);*

6. *komplexní (časový tlak, konfliktní situace, vysoké požadavky na výkon, ...).*

První tři uvedené stresové skupiny lze zařadit do vnitřních, další tři vnímáme jako stresory vnější. Stresor, kterým je stresová reakce spuštěna, je možné označit za tzv. trigger.

Reakce jedince na stres lze rozdělit do tří fází [12]:

- *fáze aktivační;*
- *fáze zvládnutí zátěžové situace (snaha o zvládnutí);*
- *fáze důsledková.*

V první fázi dochází k aktivaci organismu, reakci na trigger (stresový spouštěč). Organismus, který zmobilizoval své síly, se snaží v další fázi celou situaci zvládnout a přežít. V této situaci je spotřebováno nejvíce energie. Důsledková fáze se vyznačuje vyčerpáním. Tato únava se dostavuje vždy, i když je ve druhé fázi situace zvládnuta (zátěžová situace překonána). Čím náročnější je stresová situace, tím více energie stojí její překonání a nastává vyčerpání. Je velmi důležité myslet na získání nové energie, ať už formou odpočinku, spánku či jídla.

Stresové situace se rozdělují dle obtížnosti na [12]:

- *běžné okolnosti (běžná situace);*
- *zvýšená zátěž;*
- *hraniční zátěž (maximální možná zátěž, kterou jedinec může překonat);*

- *extrémní zátěž (přesahuje možnosti jedince, bude vždy neúspěšný a je sledována doba, po kterou je postižený schopen zátěž vydržet bez vážných zdravotních obtíží).*

### **4.3 Posttraumatická stresová porucha**

Posttraumatická stresová porucha, (PTSP či PTSD, z angl. Posttraumatic Stress Disorder, řazena pod MKN-10 F43. 1 , někdy též Posttraumatický stresový syndrom (PTSS), vzniká jako reakce na traumatickou událost. Postižený opakovaně prožívá událost v myšlenkách, snech a fantaziích, snaží se vyhýbat místům či situacím, kde k události došlo. Otřesnou událost může zažít přímo pacient sám nebo jeho blízký. V současné době nahlížíme na PTSP jako na stav, kdy selže začlenění traumatického zážitku mezi ostatní každodenní zkušenosti.

Porucha se často projevuje poruchami spánku, soustředění nebo úlekovými reakcemi. Současně s PTSP se může vyskytovat deprese, generalizovaná úzkostná porucha, OCD, agorafobie, depersonalizace nebo různé závislosti. Jako samostatná diagnóza byla posttraumatická stresová porucha klasifikována americkými psychiatry po výzkumech změn psychiky vojáků ve válce v Koreji a Vietnamu [13].

V současné době se na vzniku této poruchy podílejí nejrůznější traumatické události [14]:

- *přepadení či sexuální zneužití;*
- *šikanování;*
- *přírodní katastrofy (povodně, zemětřesení);*

- *vážná zranění při dopravních nehodách apod.*

U postižených se mohou dostavovat [14]:

- *potíže v mezilidských vztazích spojených se ztrátou důvěry v druhé lidi, izolace;*
- *pachatel traumatu je vnímán jako všemocný;*
- *problémy se sebepercepcí – pocit bezmoci, odcizení, studu, viny;*
- *obtížná regulace emocí – přetrvávající smutek, výbuchy silné zlosti, suicidální myšlenky;*
- *sebepoškozování či zneužívání psychotropních látek ve snaze uniknout bolestivým vzpomínkám.*

PTSP nemusí být nevyhnutelným důsledkem vážného stresoru. Tato porucha totiž postihne zhruba 9 % lidí, kteří prožijí extrémně traumatizující událost. Skutečnost, že se u všech traumatizovaných osob PTSP nerozvine, poukazuje na jednu z nejdůležitějších stránek teorie stresu. Závisí na genetické dispozici, osobním způsobu zvládnání událostí a dalších sociálních faktorech. Nejnovější výzkumy ukazují, že pokud má člověk po traumatické události silnou sociální oporu, pravděpodobnost vzniku posttraumatické stresové poruchy je menší. Samotné onemocnění, doba a rozsah uzdravování se liší. Přibližně 50 % osob se zcela zotaví během šesti měsíců. Jiné pacienty tato nemoc může trápit celá desetiletí, někdy dokonce celý život. U obětí přírodních katastrof a obětí kriminálních činů bývá uváděna celoživotní prevalence mezi 3 -58 %. Přibližně u třetiny fyzicky týraných nebo sexuálně zneužívaných dětí se rozvine PTSP [14].



## **4.4 Akutní reakce na stres**

Akutní reakce na stres, dále jen ARS, patří k neurotickým poruchám řazena do MKN-10 F43. 0. Jedná se o závažnou poruchu přechodného trvání bez předcházející psychické poruchy. Představuje bezprostřední reakci na závažný stres, psychický nebo fyzický. Odezní během několika hodin nebo během několika dní. Na poruchu může být částečná i úplná amnézie, tedy ztráta paměti. Trvání ovlivňuje zranitelnost jedince a jeho schopnost zvládat stres [15].

### **4.4.1 Příčina ARS**

Příčinou je ve velké většině mimořádně stresující životní zážitek, jako například živelné pohromy, úraz, přepadení, znásilnění nebo také významná životní změna, tedy ztráta blízkých nebo požár v domácnosti [15].

### **4.4.2 Příznaky ARS**

Mezi nejčastější příznaky patří zúžené vnímání, vědomí a pozornost. Pacienti s akutní reakcí na stres mají neschopnost pochopit situaci a mohou být dezorientováni. Stahují se do sebe, obvykle jsou přítomny vegetativní příznaky jako tachykardie, pocení nebo zčervenání [15].

### **4.4.3 Krizová intervence pro ARS**

Odsunutí z dosahu stresoru, umožnění ventilace emocí, práce s tělem, dechem, relaxace, poskytnutí opory, azylu, informací, mobilizace sociální sítě; krátkodobá aplikace psychofarmak v případě nutnosti (hypnotika, anxiolytika, atypická antipsychotika) [15].

## 4.5 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je popisován jako stav celkového vyčerpání vznikající v důsledku dlouhodobého intenzivního stresu. Tento stav se převážně vyskytuje u lidí, kteří často a pravidelně přicházejí do styku s jinými lidmi. Odhadem 20 % - 30 % osob, kteří pracují s lidmi, se v životě setkali s vyhořením, nebo alespoň s jejími příznaky [16].

Termín burn-out neboli vyhoření, zahrnuje úbytek zájmu, ideálů, energie, smysluplnosti a radosti ze života. Představuje i záporné sebeocenení a postoj k profesi. Je popisován na základě zvyšujících se požadavků od pouhého jedince či jeho okolí [17].

V průběhu téměř 30 let výzkumu tohoto problému se objevila ve světové literatuře řada pojetí a vymezení syndromu vyhoření, jež se často v různých aspektech vzájemně liší. Lze však konstatovat, že většina pojetí se shoduje alespoň v následujících bodech [18]:

- *jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání;*
- *vyskytuje se primárně u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“;*
- *tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální;*
- *klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční exhauce, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava;*
- *všechny hlavní složky tohoto syndromu rezultují z chronického stresu;*

- *vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu burn-out syndromu se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres.*

Jako burn-out („vyhoření“, či „vyhasnutí“) bývá popisován stav emocionálního vyčerpání, vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků. Nejprve byl popsán u některých zaměstnaneckých kategorií pracujících s jinými lidmi (zvl. u lékařů, zdravotních sester, učitelů, policistů, což byly profese, na něž byl od počátku zaměřen zájem psychologů). Později se ukázalo, že burn-out syndrom se vyskytuje též v dalších zaměstnaneckých kategoriích (např. u advokátů, pojišťovacích agentů, poštovních úředníků, sociálních pracovníků atd.) a že se dokonce objevuje i v kategoriích nezaměstnaneckých [18].

#### **4.5.1 Rizikové faktory a vliv stresu**

Vznik syndromu vyhoření přináší dlouhodobý stres, který již pracovník nedokáže překonat. V nepracovní sféře je syndrom vyhoření velmi ovlivněn denními nepříjemnostmi a velkými životními ději jako je nemoc, ztráta blízkého nebo ztráta práce [19].

Syndrom vyhoření je tvořen souhrou mnoha rizikových faktorů, které mají souvislost s osobností člověka. Faktory či působící činitele zapadají jak do sféry pracovní, tak i do mimopracovního života. Obecně nejvíce ohroženými osobami se stávají lidé velmi zodpovědní, schopní, a to například zdravotní sestry, lékaři, psychologové, sociální pracovníci, ale i policisté, či pracovníci na úřadech. Syndrom vyhoření je tvořen souhrou mnoha rizikových faktorů, které mají souvislost s osobností člověka. Faktory či působící činitele zapadají jak do sféry pracovní, tak i do mimopracovního života [16].

Existuje spousta obecných rizikových faktorů, které mají podíl na vzniku syndromu vyhoření. Můžeme sem zařadit například dlouhou pracovní dobu, zvýšené nároky na práci, rušení pracovních míst či přímo oddělení nebo také zkrácení dovolených, nárůst emoční náročnosti práce a obavy ze ztráty zaměstnání [20].

Již samotný život v současné civilizované společnosti s neustále rostoucím životním tempem a nároky na člověka má za následky psychické zhoršení jedince a zvýšené riziko syndromu vyhoření. Příslušnost k profesi, obsahující profesionální práci, nebo pouze kontakt s lidmi také patří pod rizikové faktory. Mezi další rizikové faktory je nutnost čelit chronickému stresu, vysoké až nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti a monotónní práce. Neschopnost relaxace je zásadním rizikem spolu s permanentně prožívaným časovým tlakem.

Mezi poslední zařaditelné rizika a faktory patří nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení, chronické přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese [18].

## 5 KRIZOVÁ INTERVENCE

Krizová intervence je terapeutické vedení klienta v krizi, především pomocí krátké psychoterapie [8].

Krizovou intervencí můžeme vymezit jako „specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi“. Tvoří ji různé formy pomoci, jejichž úkolem je navrátit jedinci psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní situací. Do této pomoci řadíme pomoc psychologickou, sociální, právní a lékařskou [21].

Podle Špatenkové krizová intervence představuje časově omezený, ale také intenzivní zásah v krizi. Cílem není řešit situaci jedince, ale stabilizovat ho a případně ho nasměřovat k dalším účinným zdrojům pomoci. Krizová intervence sama o sobě krizi nevyřeší, ale může pozitivně ovlivnit její průběh a dopad.

## 6 TÝM SYSTÉMU PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY

System psychosociální intervenční služby má za cíl uvést do provozu psychosociální intervenční službu na každé zdravotnické záchraně službě, a zároveň celorepublikově a má tuto strukturu [22]:

- **Garant systému psychosociální intervenční služby** – garant systému dohlíží na dodržování standardů péče a zodpovídá za funkčnost systému psychosociální intervenční služby a za činnost jednotlivých subjektů. Je v kontaktu a spolupracuje s dalšími organizacemi, jako je Asociace zdravotnických záchraných služeb, Odborná společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof, Asociací fakultních nemocnic a Asociací českých a moravských nemocnic;
- **Odborný garant systému** – odpovídá za funkčnost systému psychosociální intervenční služby, především dohlíží na dodržování postupů lege artis. Dohlíží na činnost jednotlivých krajských koordinátorů;
- **Krajský koordinátor (KK)** – určená, způsobilá a kvalifikovaná osoba pro realizaci systému psychosociální intervenční služby. Koordinuje, monitoruje a organizuje péči pro peery v kraji, ve kterém působí;
- **Odborník na duševní zdraví (ODZ)** – jedná se o klinického psychologa s odbornou způsobilostí pro oblast zdravotnictví, s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem nebo výcvikem v krizové intervenci. Poskytuje peerům supervizi;
- **Peer** – profesní kolega, vycvičený v oblasti psychosociální péče. Jeho činnost vychází z toho, že kolega ví a zná pocity, které zasažený kolega prožívá.

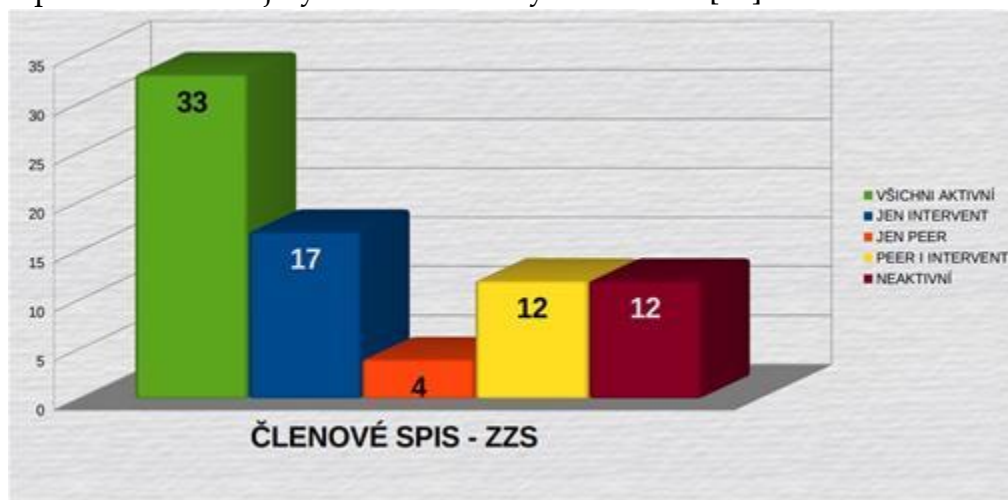
## 6.1 Krizoví interventní

V rámci zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje v současné době pracují dva týmy, které mají za úkol poskytovat psychosociální péči. Jejich činnost upravuje Směrnice ředitele organizace [23].

### 6.1.1 Podpora vlastním zaměstnancům – záchranářům - Peer

Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje se zapojila do celostátního projektu psychosociální podpory zdravotnickým pracovníkům. V organizaci Moravskoslezského kraje od roku 2011 oficiálně funguje speciálně vyškolený tým, který je připraven poskytnout profesionální péči pracovníkům ZZS MSK – záchranářům, řidičům, lékařům i operátorům. Skupina je složená z tzv. peerů. Jde o záchranáře, kteří si prošli specifickým certifikovaným výcvikem v Národním centru ošetrovatelství v Brně, kde se naučili, jak zvládat psychicky náročné situace. Získali rovněž dovednost pomáhat v tom svým kolegům, jež zasáhla mimořádně obtížná profesní situace. Tým vede klinický psycholog, který je také zaměstnancem záchranné služby.

Tým v roce 2020 poskytl péči záchranářům v sedmi desítkách případů. Jeho členové nabízeli psychickou podporu svým kolegům v organizaci, ale i pracovníkům z jiných zdravotnických zařízení [23].



Obrázek 2 Členové SPIS na ZZS MSK [2 ]

### 6.1.1.1 Dovednosti a znalosti peera

#### 6.1.1.1.1 Komunikace s jednotlivcem a ve skupině, vedení rozhovoru, aktivní naslouchání

Mezi základní pravidla zkušeného Peer zdravotníka patří zařazení komunikačního pravidla, práce s tichem a nasloucháním, práce s časem je velice důležitá stejně jako způsob navázání kontaktu. Zdravotník utváří s postiženým dohodu o cíli setkání. Mezi dovednosti zdravotníka patří znalost a schopnost užívat pravidla bezpečné činnosti, spolupráce s ODZ při poskytování intervence. Peer zdravotník zahajuje rozhovor s jedincem nebo ve skupinovém sezení. Používá aktivní naslouchání, důležitá je empatie a zrcadlení pocitů. Zdravotník si musí být vědom chyb v komunikaci, jako je skákání do řeči, plané utěšování, manipulace nebo bagatelizace problému. Specializovaný zdravotník si musí být vědom hranic peer činnosti a musí být schopen odmítnout požadavek neslučující se s etickými pravidly [24].

#### 6.1.1.2 Způsob aktivace peer činnosti a pravidla peer činnosti

Peer může být osloven kýmkoli ze zdravotníků s žádostí o první psychickou podporu po událostech, které souvisely s výkonem profese. Může být osloven i managementem na různé úrovni s žádostí o poskytnutí první psychické podpory pro zaměstnance nebo s žádostí o pomoc při organizaci psychické podpory pracovníků. Peer může oslovit kolegu, u kterého pozoruje změnu vlivem proběhlých profesních událostí i sám.

V každém případě respektuje právo na svobodné rozhodnutí přijmout nebo odmítnout nabízenou péči potenciálním uživatelem. Po setkání peer zachovává stoprocentní mlčenlivost s výjimkou událostí, které podléhají zákonu. Peer je povinen dodržovat etický kodex SPIS, při jeho porušení může být ze systému SPIS vyřazen. Rovněž může být jeho činnost v systému SPIS ukončena, jestliže



nedojde k dohodě mezi ním, KK a odbornými garanty ohledně jeho činnosti pro SPIS. Náklady na činnost peera – doprava, strávený čas, uvolňování z pracovního procesu nebo zahrnutí jeho peer činnosti do fondu pracovní doby a podobné řeší jeho mateřská organizace v rámci svých vnitřních předpisů [24].

### **6.1.2 První psychická pomoc v terénu - intervent**

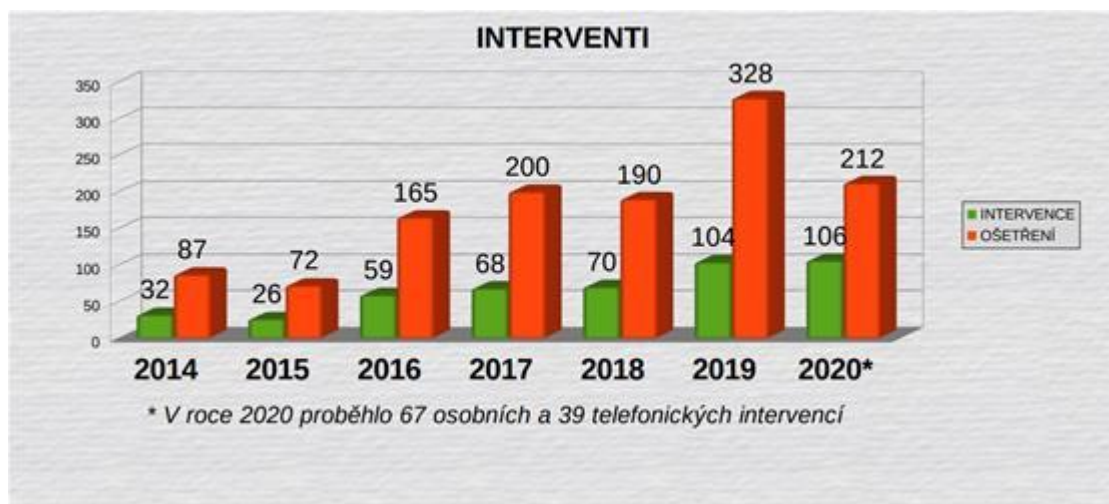
V této skupině se nachází sedmadvacet aktivních členů, kteří jsou nepřetržitě připraveni k práci na území celého Moravskoslezského kraje. Tým tvoří zkušení záchranáři ZZS. Tito interventní jsou k dispozici v pohotovostním režimu a na základě požadavku zasahující posádky vyjíždí neprodleně na místo události [23].

Intervent je pracovník ve zdravotnictví, který absolvoval výcvik „První psychická pomoc ve zdravotnictví“, či jiné adekvátní vzdělání, a se zkušeností s krizovou intervencí. Na základě tohoto výcviku může poskytovat v definovaném rozměru psychickou první pomoc osobám blízkým či pozůstalým, popřípadě samotnému pacientovi. Pracuje v souladu se závaznými legislativními normami a dokumenty, upravujícími činnost zdravotnických pracovníků a jeho péče se odehrává v přímé souvislosti s prací či zásahem zdravotnického týmu. Péči poskytuje ve spolupráci s krajským koordinátorem a odbornými garanty SPIS [23].

Záchranná služba zasahuje u mnoha situací, které souvisejí s lidským neštěstím, těžkou životní ztrátou či smrtí. V některých případech jsou na místě osoby, jež neutrpěly zranění fyzického charakteru, ale došlo k těžkému zasažení jejich psychického, emočního stavu. Hovoříme o tzv. sekundárně zasažených. Mohou to být příbuzní nebo blízcí postiženého či zemřelého, svědci tragické události, lidé, kteří poskytovali první pomoc. Pravidelně bývá nutné zajištění návazné péče o jejich psychické potřeby rodinou či vhodnou službou.

Posádky záchranné služby samozřejmě primárně pečují o zraněné nebo jinak ohrožené na životě. K takto zasaženým lidem však mohou přivolat intervenanta, který může s člověkem v akutní stresové reakci zůstat i delší dobu, v řádu několika hodin a věnovat se jeho potřebám.

V roce 2020 byli intervenanti ZZS MSK voláni k 67 událostem, při nichž poskytovali první psychickou pomoc téměř dvěma stům zasaženým osobám. Někteří naši intervenanti se rovněž aktivně zapojili do poskytování telefonické psychické pomoci v rámci celostátní zdravotnické linky, jež byla zřízena v souvislosti s pandemií nemoci COVID-19. Zde odvedli další desítky intervencí s volajícími [23].



Obrázek 3 Průběh intervencí pro intervenanty od roku 2014 do roku 2020 [3]

### 6.1.2.1 Dovednosti a znalosti intervenanta

#### 6.1.2.1.1 Komunikace s jednotlivcem a ve skupině, vedení rozhovoru, aktivní naslouchání

Základní pravidla interventů jsou velice shodné s pravidly pro peer zdravotníky. Mezi základní pravidla patří komunikace s postiženým, práce s tichem a nasloucháním. Důležitá je utvořená dohoda o cíli setkání a znalosti

užívání pravidel pro intervenanta. Intervent musí znát svoje hranice činnosti a nesmí je jakýmkoliv způsobem překročit. Mezi nejdůležitější činnosti intervenanta patří aktivní naslouchání, mezi co může patřit empatie nebo také zrcadlení pocitů [25].

#### 6.1.2.2 Způsob aktivace intervenanta a pravidla jeho činnosti

Intervent postupuje dle obecně platných pravidel upravujících činnost zdravotnických pracovníků a v souladu s vnitřními předpisy vlastní organizace. Při své práci poskytuje péči pouze v rozsahu, v němž byl vycvičen. Vždy respektuje právo na svobodné rozhodnutí přijmout nebo odmítnout nabízenou péči uživatelem. Spolupracuje a svoji činnost může konzultovat s KK, s ODZ a s odbornými garanty SPIS. O skutečnostech, které se dozvěděl v souvislosti s výkonem intervenční činnosti, zachovává mlčenlivost, s výjimkou událostí, které podléhají zákonu. Intervent je povinen dodržovat etický kodex SPIS, při jeho porušení může být ze systému SPIS vyřazen. Rovněž může být jeho činnost v systému SPIS ukončena, jestliže nedojde k dohodě mezi ním, KK a odbornými garanty ohledně jeho činnosti pro SPIS [25].

## 6.2 Odborná příprava intervenanta SPIS

### 6.2.1 Požadavek na vzdělání intervenanta

Pro práci v systému jsou akceptovány tyto výcviky [25]:

- *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.*

## 6.2.2 Udržování kvalifikace

Intervent SPIS je povinen se minimálně jednou za 12 měsíců aktivně zúčastnit odborné akce zaměřené na problematiku intervenční péče. O účasti obdrží doklad. Jestliže se nezúčastní 2x po sobě, bude ze systému SPIS jako intervent vyřazen.

Mezi tyto akce patří [25]:

- *Pracovní konference SPIS;*
- *Refresh kurz;*
- *Supervizí setkání týmu;*
- *Další, dohodnuté a garantem systému schválené akce;*
- *Kazuistický seminář vedený garanty systému či jimi pověřenou osobou.*

## 6.3 Odborná příprava peera SPIS

### 6.3.1 Požadavek na základní vzdělání peera

Pro práci v systému jsou akceptovány tyto výcviky [24]:

- *CISM I , CISM II (Dr. Thomas Apple-Schumacher 2002-2006 v ČR) nebo tímtéž mezinárodně certifikovaným kurzem, který vedl jiný certifikovaný vyučující lektor CISM;*
- *peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům v NCO NZO Brno;*

- *výcvik v metodách CISM vedený certifikovaným vyučujícím lektorem;*
- *výcvik CISM organizovaný HZS, absolvovaný do 31.12.2010.*

### **6.3.2 Udržování kvalifikace**

Peer SPIS je povinen se minimálně jednou za 12 měsíců aktivně zúčastnit odborné akce zaměřené na problematiku SPIS. O účasti obdrží doklad. Jestliže se nezúčastní 2x po sobě, bude ze systému SPIS vyřazen.

Mezi tyto akce patří především [24]:

- *Rallye Rejvóz - je mezinárodní metodická odborná soutěž pro posádky zdravotnických záchranných služeb;*
- *Pracovní konference SPIS;*
- *Refresh kurz;*
- *Supervizí setkání týmu;*
- *Další, dohodnuté a garantem systému schválené akce.*

## 7 PSYCHOLOGICKÁ PRVNÍ POMOC

Psychologická první pomoc je intervenční strategie určená lidem, kteří byli nebo jsou vystavení krizové situaci, katastrofy, terorismu či jiné mimořádné události v lidském životě. Je založena na porozumění, že ti, kteří takovou situaci přežili, mohou prožívat spektrum nejrůznějších bezprostředních reakcí a některé z těchto reakcí jim mohou bránit při adaptivním vyrovnávání se s kritickou situací. Tomu je možné předejít adekvátní podporou a péčí [26].

Funguje na bázi naplnění základních lidských potřeb (např. voda, jídlo, teplo, odpočinek), zajištění klidného místa (např. kontejner nouzového přežití) a nakonec přísunu informací o tom, co se stalo a momentálně děje a dít bude [27].

Cílem psychologické první pomoci je stabilizovat člověka, který se dostal do náročné životní situace. Je možné ji přirovnat ke zdravotnické první pomoci, která slouží k zajištění základních životních funkcí člověka, než je předám do následné odborné péče [21].

Bohumila Baštecká a spol. ve své knize Terénní krizové práce uvádí, že je lepší používat slovo zdravotní místo zdravotnická a slovo psychická místo psychologická, neboť se domnívá, že slova jako zdravotnická a psychologická navozují dojem, že pomoc je nutně vázaná na odbornost, což není pravda [28].

### 7.1 Psychologická první pomoc systému Critical Incident Stress Management podle Everlyho a Parkerové

Podle Špatenkové se jedná o strukturovaný přístup, který byl původně vytvořen pro záchranáře, policisty a hasiče v USA. Je definován jako soucitný a podporující přístup, zaměřený na redukci distresu a vyhledávání potřeb

k zajištění péče o psychické zdraví člověka. Psychologická první pomoc bývá vnímána jako prevence rozvoje posttraumatické stresové poruchy (PTSD), ve skutečnosti tomu tak není, přestože je totiž v daném okamžiku člověku v krizi poskytnuta adekvátní podpora, neznamená to, že u něho nedojde k rozvoji PTSD [21].

## **7.2 Psychologická první pomoc podle National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) a National Centre For PTSD (NCPTSD)**

Podle NCTSN a NCPTSD je psychologická první pomoc standartní přístup zaměřený na pomoc dětem, dospívajícím, dospělým a rodinám, kteří zažívají bezprostřední následky způsobené krizovou situací. Psychologická pomoc je zaměřena na redukci počáteční tísně způsobené traumatickou událostí a podporuje krátkodobé a dlouhodobé zvládací a vyrovnávací mechanismy.

Mezi hlavní činnosti první psychologické pomoci patří kontakt a zapojení se, kdy první kontakt je důležitý pro vytvoření a vybudování dobrého vztahu. Nejprve je důležité se kontaktovat s lidmi, kteří sami vyhledali pomoc intervanta. Při poskytování psychosociální pomoci dětem se nejprve psychosociální pracovník spojí se zákonným zástupcem dítěte a vysvětlí svoji roli, kdy požádá o svolení. Další činností je bezpečí a komfort, kdy pocit bezpečí je nejdůležitější úkol pro krizovou situaci. Je nutné podporovat aktivní a efektivní jednání. Dávat přesné informace a zabránit tak dezinformacím a také být ve spojení s lidmi, kteří mohou sdílet podobné zkušenosti. Pro zajištění bezpečí a komfortu je důležité zajištění okamžitého fyzického bezpečí, podporovat komunikaci postiženého situací a chránit je před dodatečnými traumatickými zážitky [21].

## 7.3 Specifické formy intervence

### 7.3.1 Formy intervence pro Peer pracovníka

Peer je poskytovatelem první psychické pomoci, jeho úloha je ve skupinovém zpracování nadlimitních zážitků (defusing, demobilizace), spolupracuje s ODZ a návaznými systémy v kraji. Intervence u peer pracovníka může být okamžitá nebo odložená, kde se projevují rozdíly v přístupu [29].

Peer péče poskytuje dvě formy podpory – skupinovou a individuální podporu. Skupinová podpora (defusing, demobilizace) je specifická metoda v rámci CISM, je poskytována druhý den až čtyři týdny po události, cílem je uzavření události, zmírnění příznaků stresu. Skupinová podpora je uskutečňována v místě mateřského pracoviště zaměstnance, čas intervence mají zaměstnanci počítán jako výkon práce a je uhrazen. Individuální podpora zaměřena na zmírnění akutních obtíží v náročných životních situacích formou aktivního naslouchání, emoční podpory, poskytnutí empatie, doporučení, s cílem obnovení vlastních sil, zmírnění stresové reakce, případně předání zasaženého do další péče. Individuální intervence je na rozdíl od skupinové přísně anonymní, důvěrná a pro zaměstnance zcela bezpečná. Individuální podporu mohou zaměstnanci čerpat při osobním setkání, ale i telefonicky, e-mailem. Obě podpory jsou zaměstnancům poskytovány zcela bezplatně. O poskytnutí psychosociální intervenční služby je oprávněn požádat zaměstnanec sám, a to koordinátora nebo kteréhokoli peera, kdykoli v průběhu nebo po skončení zatěžující události [29].



### 7.3.1.1 Defusing

Defusing je čas, kdy mají oběti možnost mluvit o svých zážitcích krátce před tím, než přijde čas, kdy přehodnocují událost a reinterpetují si její význam [30].

Defusing je méně strukturován, vede se v rámci menších skupin a obvykle trvá 20 až 60 minut. Má za cíl nashromáždit a obnovit sociální oporu a ujistit se, že oběti nebudou mít tendenci izolovat se od ostatních [29].

Defusing bývá obvykle úkolem velitele, který by měl navodit atmosféru podpory a pohody a posílit tak citění týmu. Jeho členové by měli zažít přijetí ostatními, společný humor, společnou péči o ty z nich, kteří toho při zásahu prožili tělesně i prožitkově nejvíce. Často probíhá spontánně a kritika zde nemá své místo. Obvykle se považuje za nezbytnou součást pracovního postupu záchranářů [30].

### 7.3.1.2 Demobilizace

V případě katastrof velkého rozsahu je využitelná demobilizace. Prováděna by měla být ihned po přesunu z akce v délce deseti minut a následovat by měla dvacetiminutová relaxace. Jejím cílem je poskytnout jasné a strukturované informace o dostavení se možných symptomů, o dodržování životosprávy, snížení stresu spojeného s kritickou událostí a zahájení obnovy sil záchranářů k jejich udržení na úrovni takzvaného automatického pilota [31].

### 7.3.2 Formy intervence pro interventa

Intervent je taktéž poskytovatelem první psychické pomoci, kdy spolupracuje se zdravotnickými týmy. Intervence může být v situaci mimořádného charakteru anebo intervent může zasahovat při akutní stresové reakci postiženého.

Zdravotnický intervent poskytuje v případě potřeby první psychickou pomoc na místě události také sekundárně zasaženým, kteří jeví známky akutní stresové reakce. Sdílí se zasaženými emoce, usnadňuje práci zdravotnickému týmu při kontaktu s blízkými pacienta, vysvětluje postup zdravotnických pracovníků, případně dalších záchranných složek, podává informace, umožňuje důstojné rozloučení se zemřelým, případně umírajícím. V indikovaných případech zajišťuje psychicky zasaženým také další péči. Jde nejčastěji o příbuzné pacientů či zemřelých, ale také svědky tragických událostí a další osoby.

První psychologická pomoc je poskytována při individuálních událostech např. úmrtí dětí, vážná dopravní nehoda, úmrtí rodičky, neúspěšná kardiopulmonální resuscitace především mladých lidí, sebevražedné pokusy, dále u hromadných neštěstí, mimořádných událostí s větším počtem zasažených, přírodních katastrofách, teroristických či násilných činech [29].

## 8 METODIKA

V praktické části byla využita metoda dotazníkového šetření a rozhovoru. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na Zdravotnickou záchrannou službu Moravskoslezského kraje. Respondentům byl dotazník poskytnut v elektronické verzi, kde anonymně odpovídali na otázky, které byly mířeny na stresující faktory z povolání. Dotazník obsahoval šestnáct otázek, na které odpovídalo 62 respondentů. Otázky byly konstruovány ve formě uzavřených odpovědí s jednou nebo více možnostmi volby. Druhá výzkumná metoda byla provedena formou rozhovoru, ve kterých se dotazují anonymně odborníků, aby k tématu přispěli svými poznatky a informacemi. První rozhovor je s psychosociálním interventem, zatímco druhý s peerem.

Z důvodu současné situace způsobené pandemií COVID-19 nebylo možno postupovat dle hlavního cíle z podkladu bakalářské práce. V rozhovoru porovnání konkrétních situací bylo velice komplikované zapříčiněné nedostatkem materiálů k vypracování z toho důvodu jsem požádala dva psychosociální pracovníky, interventa a peera, aby mi odpověděli na předem dané otázky. Bakalářská práce je také vedena dílčím cílem při porovnávání postupů mezi psychosociálním interventem a Peerem.

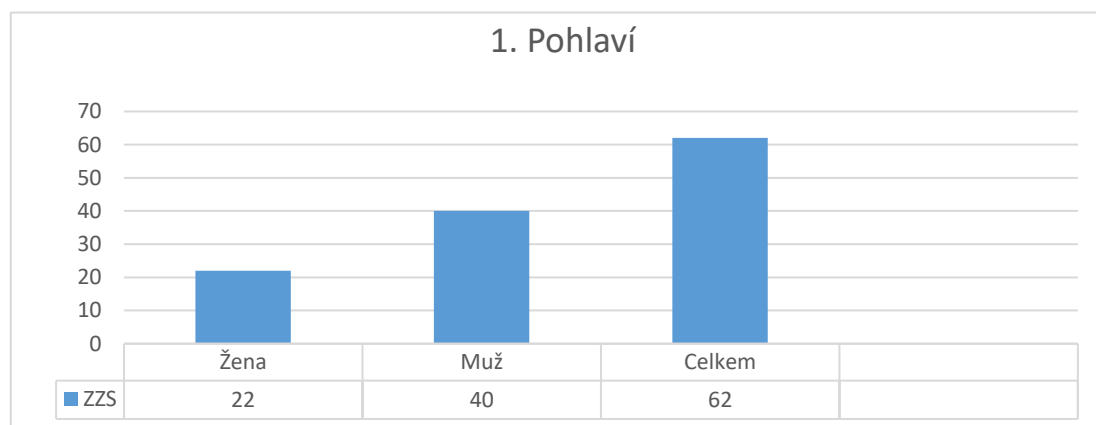
## 9 VÝSLEDKY

V této kapitole budou zpracovány a podrobně uvedeny výsledky zjištěné jak z dotazníkového šetření, tak z rozhovorů.

### 9.1 Dotazníkové šetření

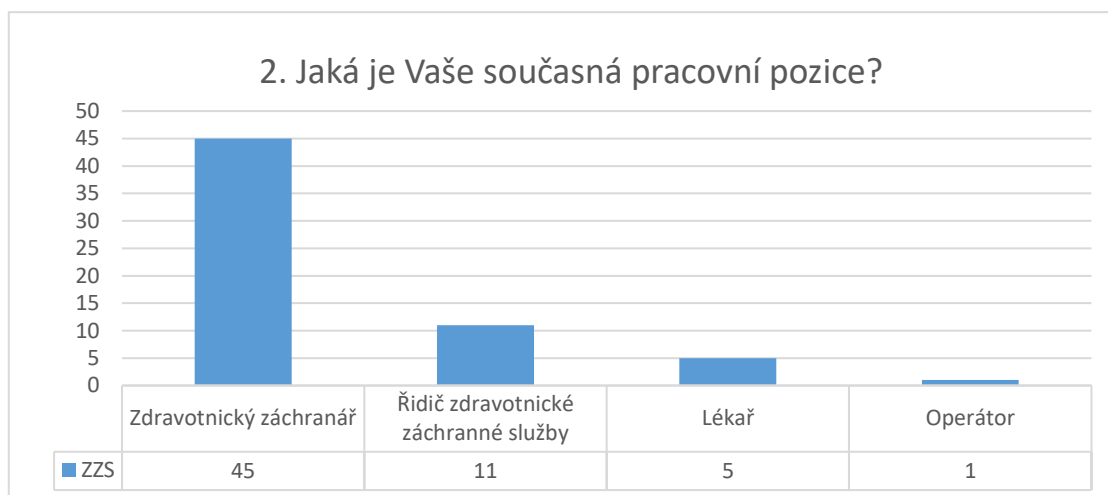
V první kapitole praktické části je využita výzkumná metoda v podobě dotazníkového šetření. Na dotazníkové šetření mi odpovídali zdravotnický personál Moravskoslezského kraje s celkovým počtem 62 respondentů. V grafech jsou uvedeny reálné odpovědi a hodnoty respondentů. Pro lepší porovnání pod většinou grafů pracuji i s hodnotami v procentech.

Celá verze dotazníkového šetření je uvedena v příloze.



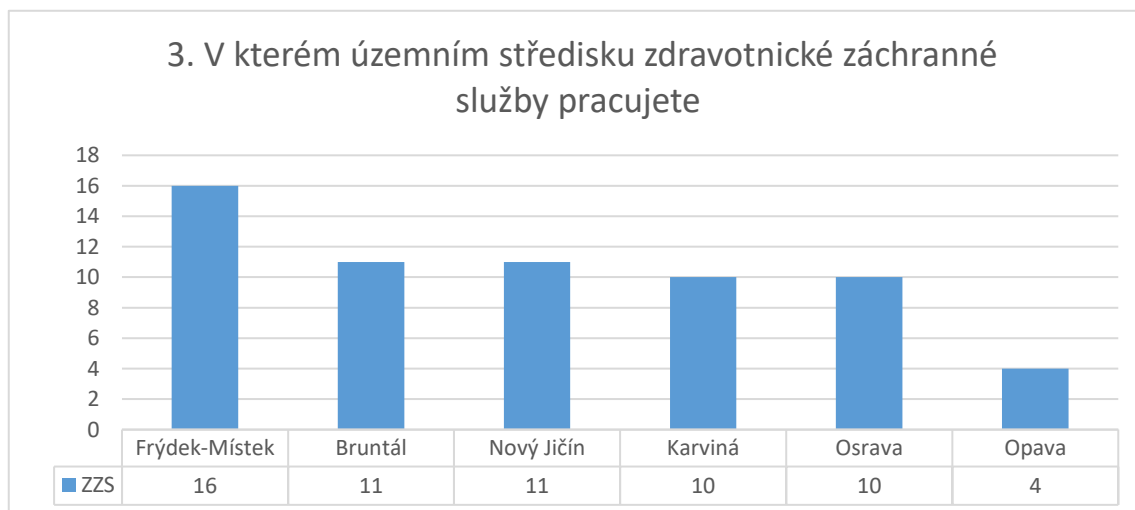
Obrázek 4 Graf k dotazníkové otázce číslo 1 [VLASTNÍ ZDROJ]

První otázka se zaměřovala na pohlaví respondentů. Z celkového počtu 62 vyplněných dotazníků se výzkumu zúčastnilo 64,5 % mužů a 35,5 % žen.



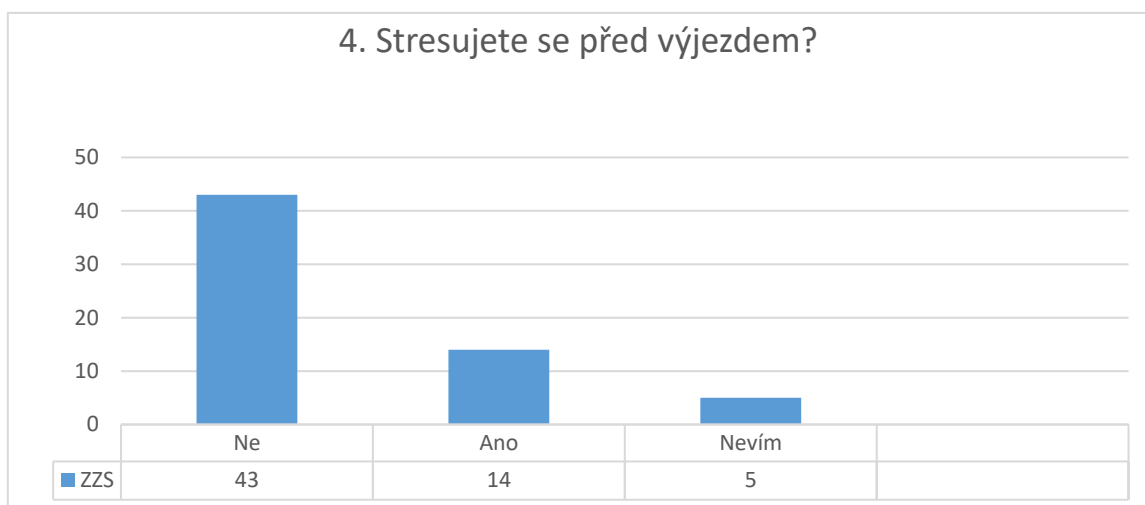
Obrázek 5 Graf k dotazníkové otázce číslo 2 [VLASTNÍ ZDROJ]

V grafu číslo 2 můžeme pozorovat současná pracovní pozice respondentů. Vyšší počet z celkové skupiny tvoří zdravotničtí záchranáři, kdy z celkového počtu 62 respondentů, 72,6 % tvoří záchranáři, 17,7 % řidiči zdravotnické záchranné služby, 8,1 % lékaři a 1,6 % operátoři.



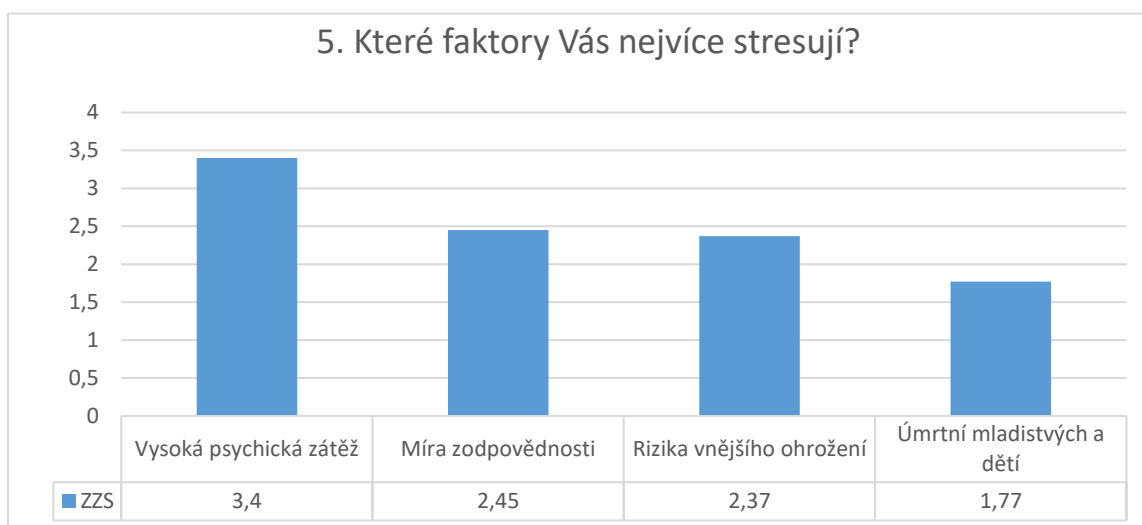
Obrázek 6 Graf k dotazníkové otázce číslo 3 [VLASTNÍ ZDROJ]

Graf číslo 3 znázorňuje pod kterým územním střediskem zdravotnické záchranné služby respondenti pracují. Velká většina respondentů je z Frýdku-Místku 25,8 %, Bruntál 17,7 %, Nový Jičín 17,7 %, Karviná 16,1 %, Ostrava 16,1 % a Opava 6,5 %.



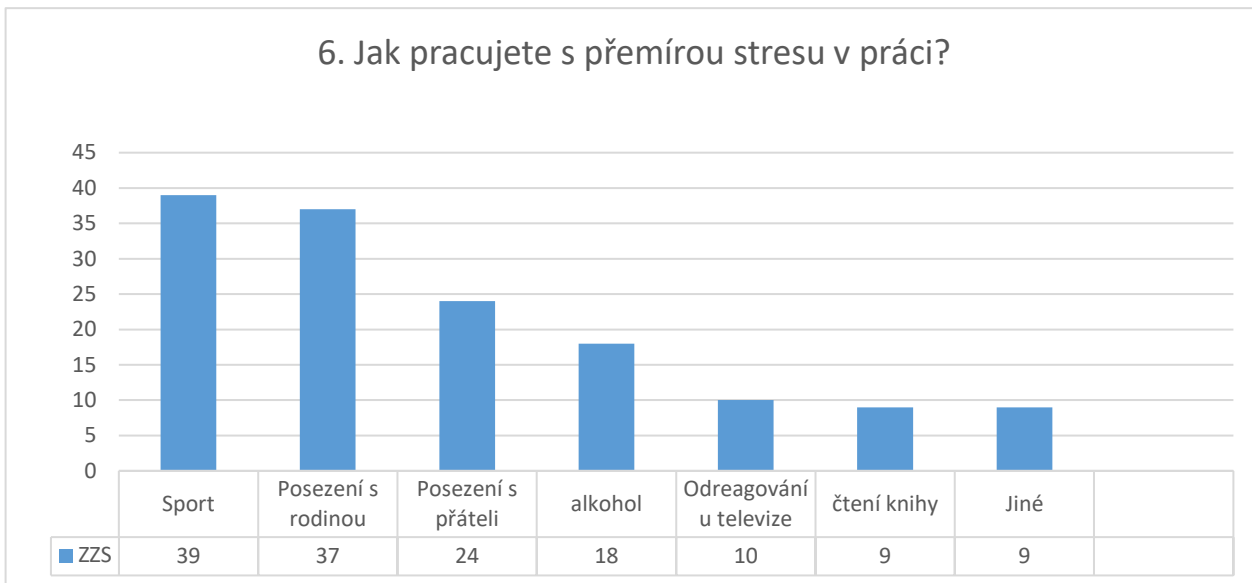
Obrázek 7 Graf k dotazníkové otázce číslo 4 [VLASTNÍ ZDROJ]

V další otázce je zjišťováno, zdali se zdravotničtí pracovníci stresují před jejich výjezdem. 43 respondentů z celku se nestresuje, zatímco 14 respondentů se stresuje a 14 respondentů si to v momentální chvíli neuvědomuje.



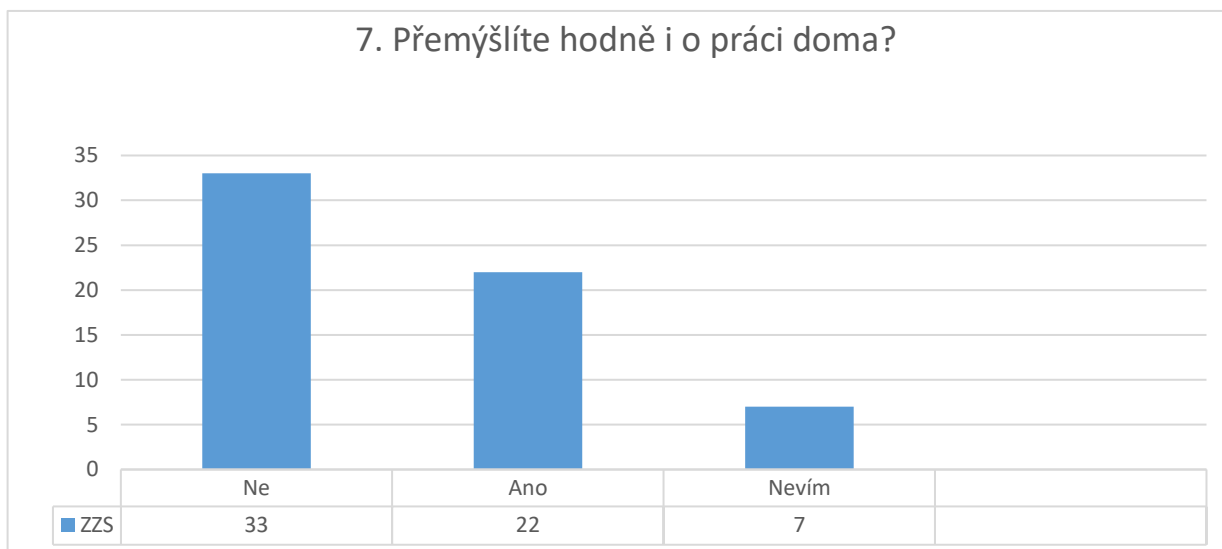
Obrázek 8 Graf k dotazníkové otázce číslo 5 [VLASTNÍ ZDROJ]

V grafu číslo 5 je zjišťováno, které faktory mohou respondenty nejvíce stresovat, požádala jsem respondenty, aby mi odpovědi seřadili od nejvíce stresujících po nejméně. Vysoká psychická zátěž skončila na prvním místě s číslem 3,4, poté na druhém místě míra zodpovědnosti s číslem 2,45, rizika vnějšího ohrožení s číslem 2,37 a nejméně stresující pro respondenty je úmrtí mladistvých a dětí.



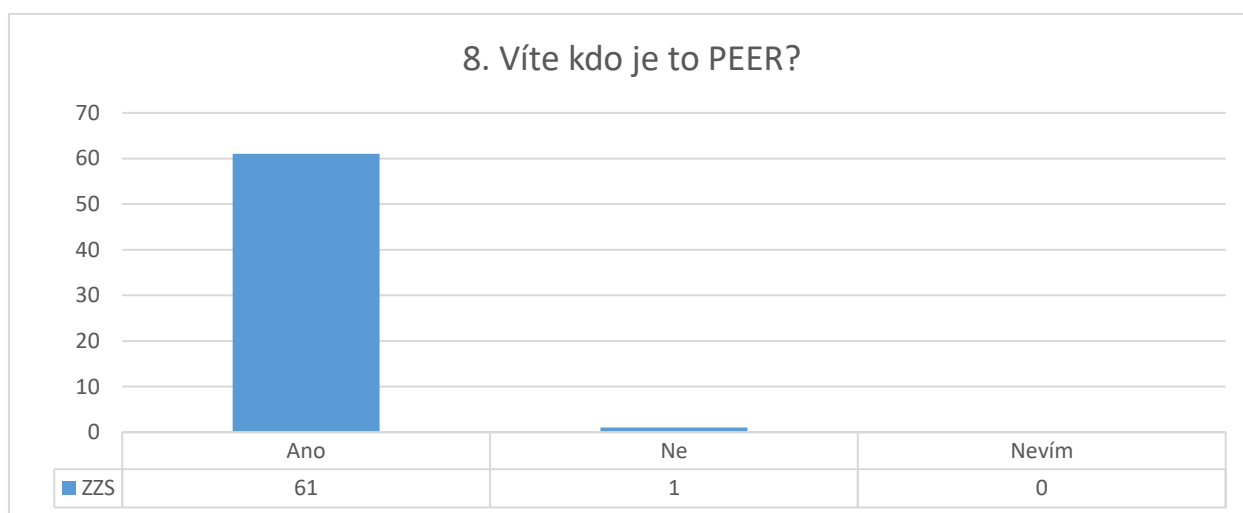
Obrázek 9 Graf k dotazníkové otázce číslo 6 [VLASTNÍ ZDROJ]

V grafu číslo 6 je zjišťováno jakým způsobem respondenti pracují s přemírou stresu. Velká většina pracuje s přemírou stresu v práci pomocí sportu, což je 62,9 %, poté 59,7 % respondentů řeší přemíru stresu posezením s rodinou, 38,7 % posezením s přáteli, 29 % respondentů řeší přemíru stresu alkoholem, 16,1 % se odreaguje u televize, 14,5 % si přečte ve volném čase knihu a posledních 14,5 % řeší přemíru stresu jiným způsobem.



Obrázek 10 Graf k dotazníkové otázce číslo 7 [VLASTNÍ ZDROJ]

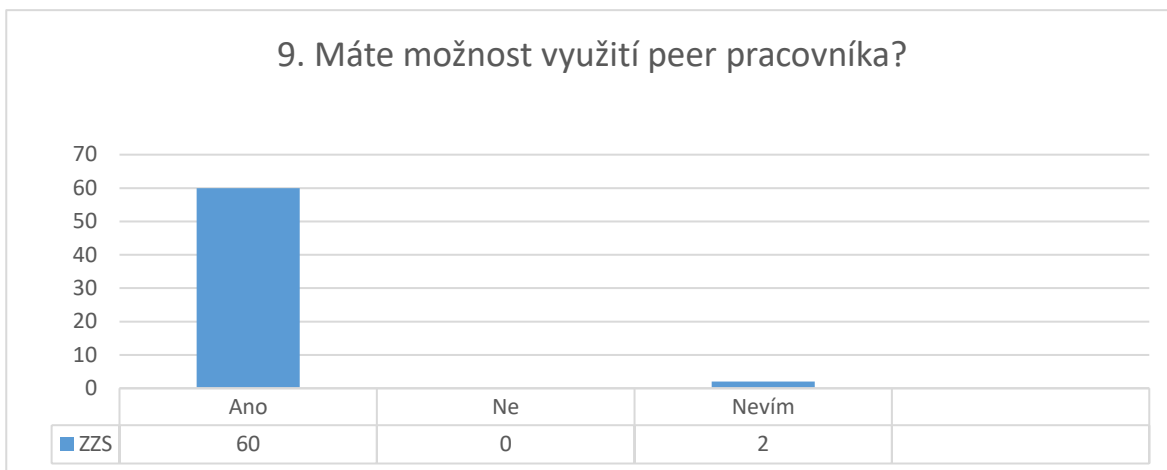
Graf číslo 7 nám ukazuje, že zdravotničtí pracovníci v domácnosti nepřemýšlí o své práci a nezatěžují se situacemi, které vznikají při výjezdech. 53,2 % respondentů odpovídá, že nepřemýšlí o práci doma, 35,5 % přemýšlí a zatěžují se pracovním stresem i doma a 11,3 % respondentů neví.



Obrázek 11 Graf k dotazníkové otázce číslo 8 [VLASTNÍ ZDROJ]

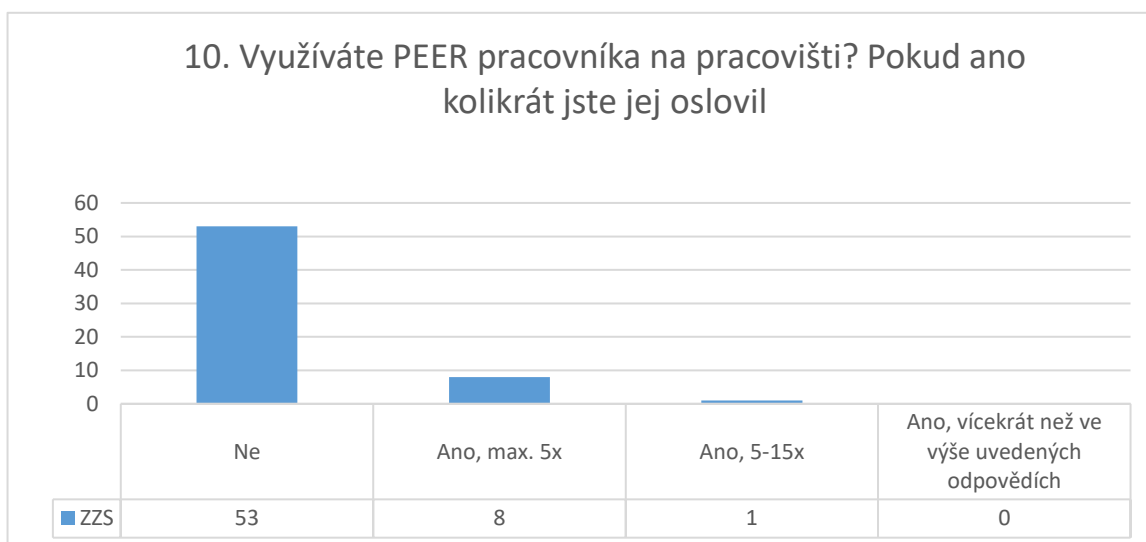
V otázce číslo 8 je zjišťována informovanost pozice peera, zdali o této pozici peera další zdravotní pracovníci ví nebo nikoliv. Z 62 respondentů 61, tedy 98,4 %, odpovědělo, že pozici peera znají, zbylých 1,6 % pozici peera nezná.





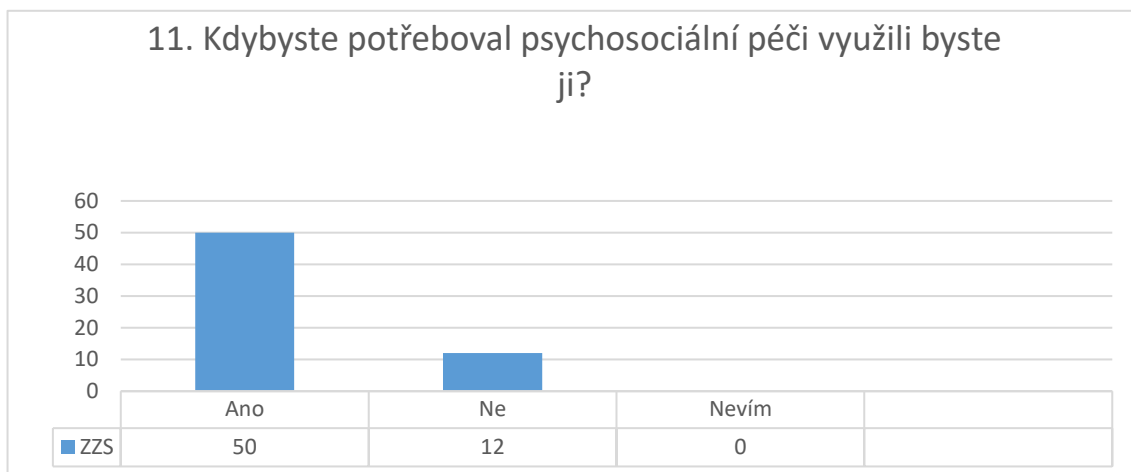
Obrázek 13 Graf k dotazníkové otázce číslo 9 [VLASTNÍ ZDROJ]

Graf číslo 9 navazuje na předchozí otázku a respondenti odpovídají, zdali mají možnost využití Peer pracovníka po jakékoliv stresové reakci v práci. Graf znázorňuje, že 96,8 % respondentů má možnost využít Peera a zbylých 3,2 % si toho není tohoto času vědom.



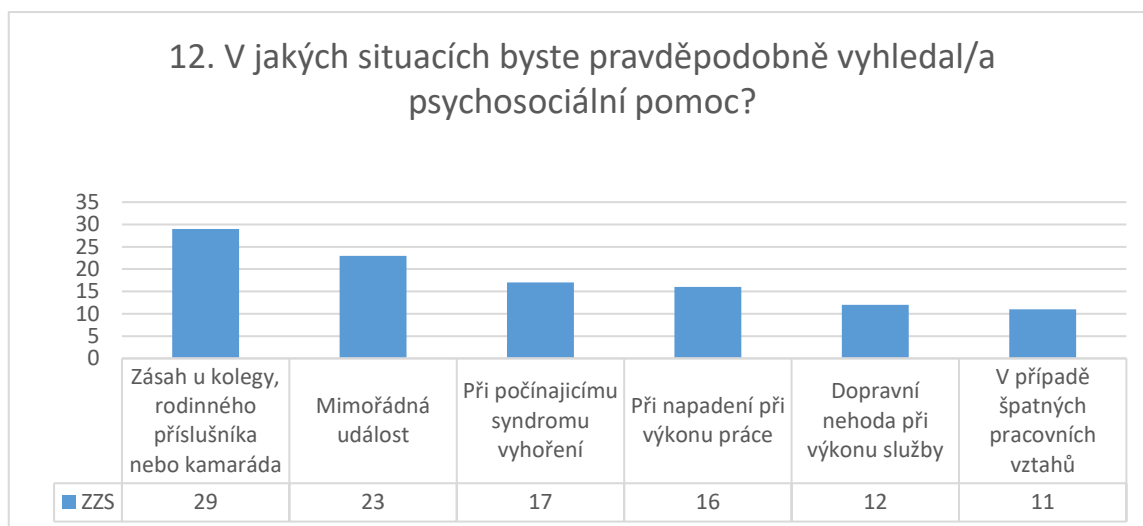
Obrázek 12 Graf k dotazníkové otázce číslo 10 [VLASTNÍ ZDROJ]

V otázce číslo 10 je zjišťováno, zdali respondenti využívají Peera na pracovišti. 85,5 % odpověděli, že nikdy neměli prozatím možnost využití Peera nebo jej nechtěli oslovit, 12,9 % odpovědělo, že Peera využili maximálně pětkrát a zbylých 1,6 % využilo Peera maximálně patnáctkrát.



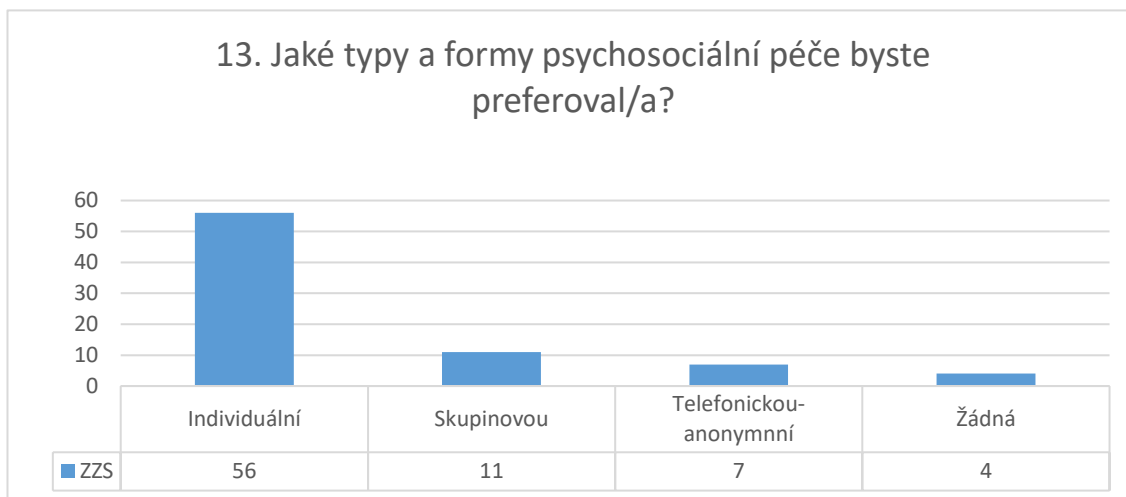
Obrázek 15 Graf k dotazníkové otázce číslo 11 [VLASTNÍ ZDROJ]

Otázka číslo 11 prokazuje, že 80,6 % respondentů by psychosociálního pracovníka využila a zbylých 19,4 % nikoliv.



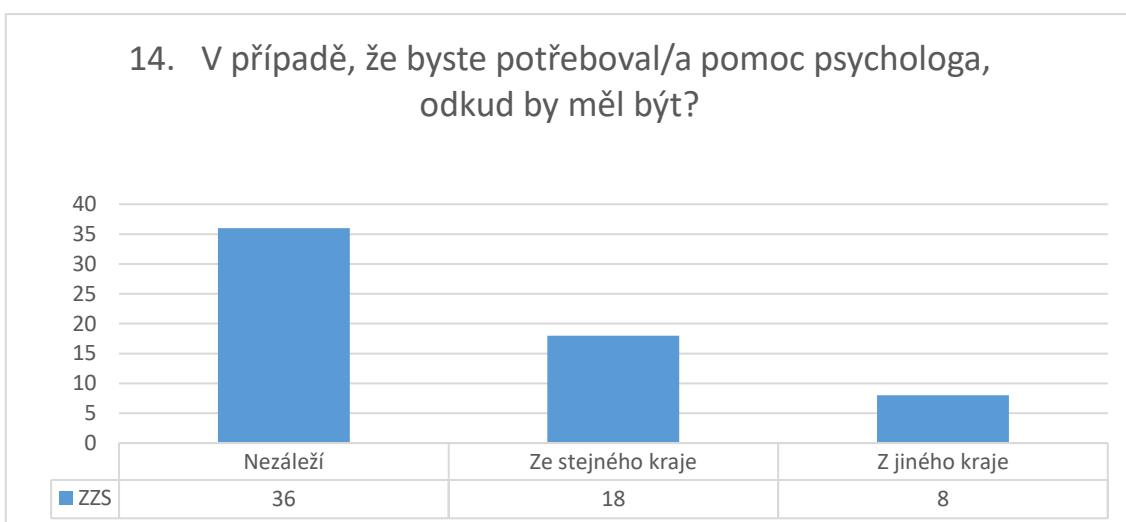
Obrázek 14 Graf k dotazníkové otázce číslo 12 [VLASTNÍ ZDROJ]

Další otázka prokazuje, že pro zdravotnické pracovníky na záchranné službě je nejstresovější zásah u kolegy, rodinného příslušníka nebo kamaráda a z tohoto důvodu by vyhledali psychosociálního pracovníka. Dále mezi stresové události vyhledávající psychosociálního pracovníka patří mimořádná událost nebo také v poslední době velice běžný počínající syndrom vyhoření.



Obrázek 17 Graf k dotazníkové otázce číslo 13 [VLASTNÍ ZDROJ]

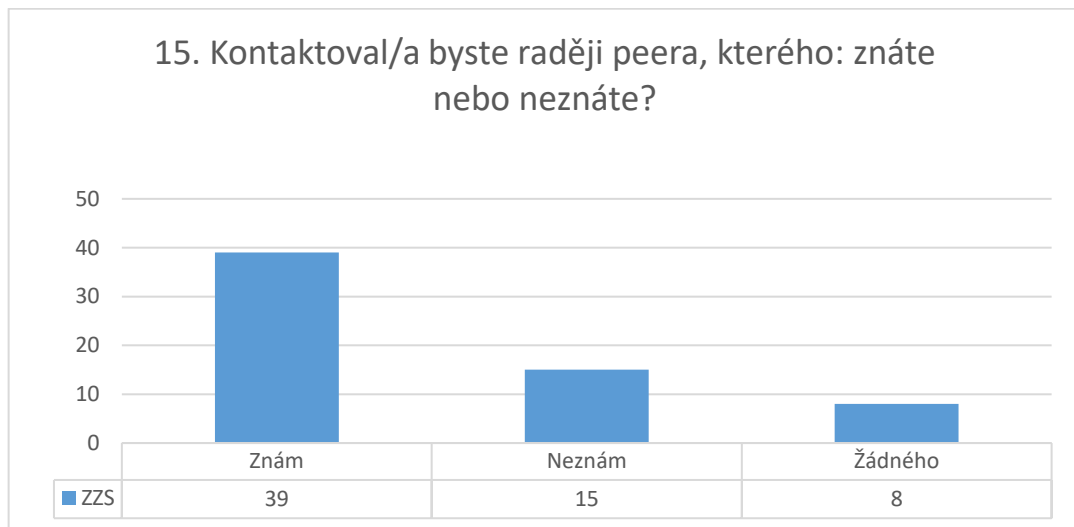
V otázce číslo 13 je zjišťováno jakým způsobem by zdravotničtí pracovníci na záchranné službě kontaktovali psychosociálního pracovníka. 90,3 % respondentů by využila individuální psychosociální péči, dále 17,7 % by využila psychosociální péči ve formě skupinové, 11,3 % by využila formu anonymní, tedy telefonickou a žádnou formu si vybralo 6,5 %.



Obrázek 16 Graf k dotazníkové otázce číslo 14 [VLASTNÍ ZDROJ]

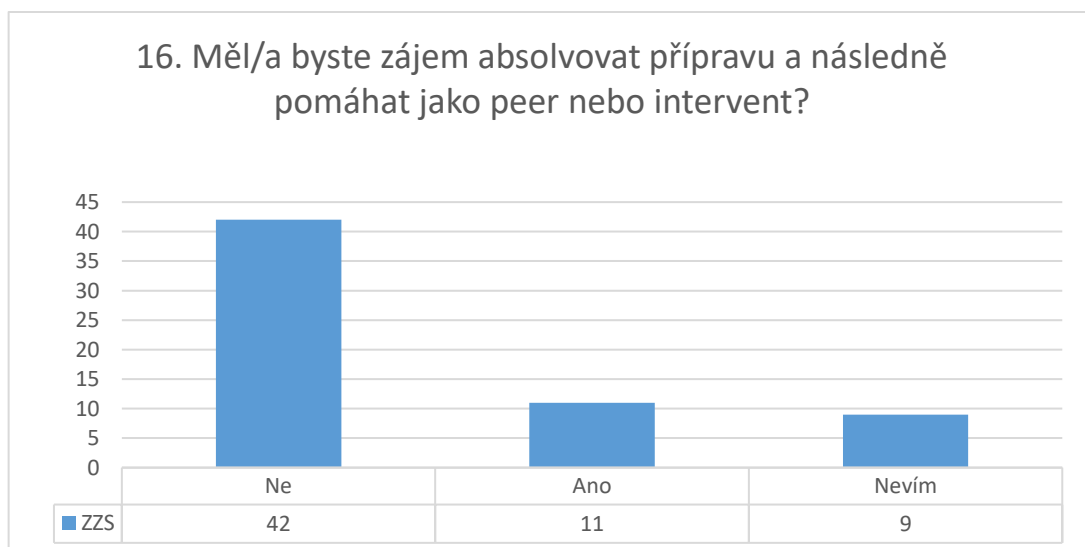
Další otázkou je dotazováno, zdali by si respondenti vybrali psychosociálního pracovníka ze stejného kraje, jiného nebo jim na tom nezáleží. 36 respondentů, tedy 58,1 %, si vybralo, že jim nezáleží, ze kterého kraje by psychosociální pracovník pocházel a dále 18, tedy 29 % respondentů si vybralo, že by preferovali psychosociálního pracovníka ze stejného kraje na kterém působí, zbylých

8 respondentů, tedy 12,9 %, by si vybralo psychosociálního pracovníka z jiného kraje, než ve kterém pracují.



Obrázek 18 Graf k dotazníkové otázce číslo 15 [VLASTNÍ ZDROJ]

Graf číslo 15 prokazuje, že velká většina, přesněji 62,9 % respondentů by si raději vybralo svého známého psychosociálního pracovníka než neznámého a dalších 12,9 % by nechtěla ani jednoho.



Obrázek 19 Graf k dotazníkové otázce číslo 16 [VLASTNÍ ZDROJ]

Poslední otázkou je zjišťováno, zdali by zdravotničtí pracovníci na záchranné službě byli schopni absolvovat přípravu psychosociálního pracovníka

a následně pomáhat jako Peer nebo intervent, kde 67,7 % si zvolila ne, 17,7 % by mělo zájem o pomoci ostatním a zbylých 14,5 % si není tohoto času vědoma a jistá, zdali by chtěli absolvovat přípravu a následně pomáhat.

## 9.2 rozhovory

V druhé kapitole praktické části je použita druhá výzkumná metoda, tedy rozhovor. V rozhovoru se dotazují odborníků pro dané téma, kteří přispěli svými zkušenostmi jako zdravotničtí intervenci nebo peři.

Získané informace jsou zpracovány do tabulky, které zaznamenávají potřebné informace ke zjištění daného cíle.

Celé rozhovory jsou k nalezení v příloze.

*Tabulka 1 stručný přehled odpovědí na dané otázky*

	Zdravotnický intervent	Zdravotnický Peer
Jaká je Vaše psychosociální profese a komu Vaší pomoc podáváte?	Psychosociální první pomoc postiženým akutní stresovou reakcí nebo sekundárně zasaženým	Psychosociální první pomoc zdravotnickému personálu
Ovlivňuje Vás vaše zaměstnání v osobním životě?	Ano, ovlivňuje. Více si vážím malých samozřejmých věcí	Ano, určitě ovlivňuje
Postup pravidel při navázání intervence	Je zcela individuální na situaci a na člověku	Řekla bych, že je to 50:50, lidský

		přirozený přístup, navození důvěrné atmosféry a pravidla, která jsou daná.
Pomáhá nácvik simulace intervenčního výjezdu před tím reálným?	Ano, velice	Ano, určitě, nácvik je velmi důležitý
Jak často je možnost vyzkoušení simulací pro nácvik	Minimálně jednou do roka	Několikrát do roka v rámci vzdělávání, konferencí
Věková skupina, která si nejvíce vyžaduje následnou intervenci	30-40 let	Středně starší a starší
V jakých situacích se nejvíce vyskytujete	Náhlé nečekané úmrtí jinak zdravého člověka	Pracovní záležitosti, dále také osobní problémy
Pocítujete navýšení případů intervence z důvodu epidemie covid-19?	ne	ano, určitě

Koho byste raději nebo častěji kontaktoval za účelem pomoci	Určitě na Peer kolegu	Vhodného Peer kolegu, psychologa
---	-----------------------	----------------------------------

## 10 DISKUZE

Zdravotničtí záchranáři a lékaři na Zdravotnické záchranné službě, jsou to profesionálové, kteří i ve stresu a napětí musí zachovat klid a rovnovážnost a jsou schopni svoji práci odvést bez chyby i v těch nejtěžších podmínkách. Po těžkém zásahu se ale může vše změnit, a i oni potřebují pomoc s jejich psychickou nebo fyzickou stránkou. Mají právo si pomoc vyžádat nebo se s ní samostatně vypořádat. V této profesi se velmi často setkávám s kolegy, kteří jsou ovlivněni stresovými faktory kolem sebe jak při zásahu v práci, tak i doma rodinou. Za mou tříletou praxi mezi zdravotnickými záchranáři jsem se setkala s kolegy, u kterých se ve většině případu rozvíjí nejčastější syndrom vyhoření. Jejich chování je poté složitější a pomoc bude tak těžší. Dalším nejčastějším problémem mezi zdravotníky na Zdravotnické záchranné službě v Moravskoslezském kraji, která je častější u mužů je že neprojevují žádné city nebo chování a vytváří si jakési obrnění kolem sebe, nechtějí s nikým probírat své problémy a vše chtějí utáhnout sami. I tohle jsou všechno důvody, proč je důležitá podpora psychosociální intervenční péče. Dle našeho názoru je největším problémem uvědomit si, že je něco v nepořádku. Z dotazníkového šetření je patrně jasné, že zdravotničtí záchranáři, lékaři, řidiči Zdravotnické záchranné služby nebo také i operátoři si velmi zřídka požádají o pomoc. Celých 85,5 % odpovědělo, že nikdy nevyužili ani nekontaktovali psychosociálního pracovníka, přestože je znají a uvědomují si jejich pozice. Aktivní vyhledávání psychosociální pomoci zdravotnických pracovníků na Zdravotnické záchranné službě je velmi nízké. S porovnáním publikovaných výsledků jiných autorů je velká shoda odpovědí z dotazníkového šetření, přestože byly odpovědi shromažďovány z jiných krajů. Ve velkém množství zdravotnický personál si nevyžaduje intervenční pomoc,



i kdyby ji potřebovali. Je důležité změnit pohled na intervenční péči a brát ji jako pomoc pro zdravotnický personál, a ne jako nějakou další komplikaci.

První část praktické části je věnována dotazníkovému šetření, kde z 62 respondentů, zdravotnického personálu z Moravskoslezského kraje odpovídalo na dotazy mířené k míře stresu při výjezdu, zdali se stresují a jak se vyrovnávají s případným stresem. Z dotazované otázky číslo 4 je patrně jasné, že 69,8 % respondentů se nijak nestresuje před svým výjezdem a 22,2 % se stále obává toho co na je na budoucím výjezdu potká. Na co bych kladla velký důraz, je otázka číslo 5, kdy na prvním místě můžeme pozorovat vysokou psychickou zátěž a až na posledním místě úmrtí mladistvého a dítěte, zatímco z dotazníkového šetření podle Sittové se úmrtí dítěte vyskytuje na prvním místě a vysoká psychická zátěž až na posledním také. Podle Šeblové je pro pracovníky pomáhajících profesí nejvíce zátěžovými stresory úmrtí nebo resuscitace dítěte a mladých osob, těžké dopravní nehody a úrazy, velké pracovní nasazení a nakonec poměry na pracovišti. To dále navazuje na dotazovanou otázku číslo 6 v dotazníkovém šetření, kdy až 29 % respondentů řeší přemíru stresu alkoholem a tato odpověď končí tak na 4. místě ze 7. Podle našeho názoru je toto číslo vysoké, zároveň většina z těchto dotazovaných také odpověděla, že nechtějí nebo nevyužívají psychosociálního Peera a to celých 12 respondentů, tedy 19,4 %, na to také navazuje Koutná, která uvádí že 73 % respondentů se vyrovnává s mimořádnou událostí prostřednictvím svých kolegů. Oproti tomu odbornou pomoc žádný z respondentů nevyužívá. Většina kolegů, v průměře mužského pohlaví, se kterými jsem se setkala při praxi na Zdravotnické záchranné službě pociťuje pomoc od psychosociálních kolegů jako zbytečnou a neúčinnou. Tento výsledek je zarážející a měl by být řešen lepší kolegiální pomocí a jejím vysvětlením. V otázce číslo 11 můžeme velice dobře pozorovat, že i za potřebné psychosociální pomoci 19,4 % respondentů nechce využít jejich nabízenou pomoc. Na tento fakt navazuje Vaňásková, která se ve své práci zabývá, kolik

respondentů by využilo psychologa nebo psychosociálního Peera po náročné události. 88 % respondentů by využilo psychologa nebo kolegu Peera. Dále Sperlingová, která na základě svého dotazníkového šetření zjišťuje fakt, kdy 27 % respondentů by službu psychosociálního Peera nebo psychologa nevyužilo. Personál na Zdravotnické záchranné službě by si měl uvědomovat fakt, že psychosociální kolegové jsou tam pro ně a není nijak ponižující využít jejich nabízenou pomoc.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, v jakém měřítku je zdravotnický personál ZZS MSK informován ohledně psychosociálních Peerech. Z dotazníkového šetření vyšlo, že 98,4 % respondentů zná Peera a ví, že by jej mohl oslovit. Podle dotazníkového šetření Sittové je pozitivní zjištění, že od roku 2012 je větší nárůst informovanosti zdravotnického personálu na psychosociálního Peera. Nevědomost z roku 2012 na psychosociálního kolegu byla větší a to celých 27 % respondentů nevědělo, kdo to je nebo o koho se jedná, zatímco v mém dotazníkovém šetření z roku 2021 nevědělo o psychosociálním kolegovi pouze 1,6 % respondentů. Tímto faktem docházíme k závěru, že postupem času se informovanost zdravotnického personálu na kolegiální psychosociální pomoc neustále zvyšuje. Podle našeho názoru je důležité upozornit na otázku číslo 7, kde se ptáme respondentů, zdali přemýšlí o své práci i doma, kdy celých 53,2 % odpovědělo ne, nepřemýšlí a 35,5 % ano, přemýšlí. To stojí za zmínku, kdy podle Sittové 52 % respondentů občas přemýšlí o své práci doma, 31 % často a pouhých 5 % nepřemýšlí o práci doma. Časem a dobou jde pozorovat velké změny v odpovědích zdravotnického personálu na který je kladen velký nárok i v této době pandemie.

Druhá část praktické části se skládá z rozhovorů se zdravotnickým interventem a Peerem, kde je cílem zjistit rozdíl v postupu práce a zdali se s přítomnou pandemií COVID-19 zvyšuje intervence na obou stranách. V druhé

otázce se dotazují psychosociálních pracovníků, co je samotné vedlo k výběru této pozice interventa nebo Peera. Respondenti odpověděli, že k této pozici je vedlo z velké části oživení své současné pozice zdravotnického záchranáře, z důvodu rutinní práce, která se stále opakuje a zapříčiňuje syndrom vyhoření, další odpovědí bylo zájem o danou problematiku v řešení stresu, potřeba zjištění správného přístupu k lidem, pomoci lidem v situacích, ve kterých se můžou sami kdykoliv ocitnout. Tyto poslední faktory jsou pro pracovníky Zdravotnické záchranné služby velice důležité, kdy se ve velké většině zapomíná na přístup empatický a bez předsudků k pacientům a vzhledem k dané rutinní práci a postupem času tak přístup k pacientům nemusí být takový, jaký je učen na vysokých školách pro daný obor Zdravotnického záchranáře. Mezi dílčí cíl patří zjišťování rozdílů v postupu práce mezi psychosociálním interventem a Peerem. Na tento dotazovaný problém se ptám v rozhovoru v otázce číslo 7, kdy mezi největší rozdíl spadá tzv. timing, tedy časování. Psychosociální pracovník má za úkol pomoci člověku v tísni okamžitě na místě události, zatímco Peer má za úkol pomoci svým kolegům po daném výjezdu, má proto také více času na defusing, až 8 hodin. Málodky se stane, že by zdravotnický pracovník musel být odvolán z aktuálního výjezdu, aby byla poskytnuta psychosociální pomoc, právě jemu samotnému, ale i tyto případy se stávají. Dílčím cílem bylo také zjištění navyšující intervence v době pandemie COVID-19, kdy je zajímavé pozorovat nárůst intervence na straně Peera pro zdravotnický personál, zatímco psychosociální intervent nepociťuje žádné navýšení intervencí. Může to samozřejmě zapříčinit větší nátlak na stranu zdravotnického personálu, kdy je na ně kladen velký důraz na pečlivost a stálou kontrolu ze stran práce nebo rodiny co se týče nařízení ZZS proti pandemii COVID-19.

## 11 ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma „Poskytování psychosociální péče v rámci SPIS v Moravskoslezském kraji“ je z části formou výzkumnou. Výzkumné šetření ve formě dotazníku bylo provedeno s respondenty na ZZS MSK. Výzkumné šetření formou rozhovoru bylo provedeno se specialisty na dané téma. Zpracování této bakalářské práce potvrdilo, že problematika psychosociální intervence a jejich využívání u zaměstnanců ZZS MSK pokročila a zaměstnanci jsou si ve většině případů vědomi využití psychosociálního kolegy, tedy Peera, ve stresovém období nebo situaci. Stále musím podotknout, že jsou zde velké rezervy, které se u zaměstnanců vyskytují a měly by být změněny. Zdravotnický personál ZZS MSK pracuje ve velmi stresovém prostředí, které je způsobeno negativně působícími faktory a je velice důležité, aby každý ze zdravotnické záchranné služby uměl pracovat se stresem a dokázal si požádat o psychosociální pomoc. Pokud by jednotlivci řešili včas tyto problémy, tak by jakékoliv následky, například již dříve zmiňovaný syndrom vyhoření, mohly zasáhnout v co nejmenší míře. Z dotazníkového šetření je jasné vidět, že stále jen nízké procento zdravotnického personálu na Zdravotnické záchranné službě v Moravskoslezském kraji využívá psychosociální pomoc dostatečně, i když mohou mít začínající nebo probíhající syndrom vyhoření. Na závěr můžeme říci, že je nezbytně nutné naučit zdravotnický personál, jak využívat psychosociální péči.

## 12 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ZZS.....	Zdravotnická záchranná služba
MSK.....	Moravskoslezský kraj
RZP.....	Rychlá záchranná pomoc
RLP.....	Rychlá lékařská pomoc
RV.....	Rendez-Vous
IZS.....	Integrovaný záchranný systém
MKN.....	Mezinárodní klasifikace nemocí
PTSP.....	Posttraumatická stresová porucha
PTSD.....	Posttraumatic Stress Disorder
PTSS.....	Posttraumatický stresový syndrom
OCD.....	Obsedantně kompulzivní porucha
ARS.....	Akutní reakce na stres
KK.....	Krajský koordinátor
ODZ.....	Odborník na duševní zdraví
SPIS.....	System psychosociální intervenční služby
CISM.....	Critical Incident Stress Manageent

NCO NZO.....Licence Creative Commons Developed by Dactyl Group

HZS.....Hasičský záchranný sbor

USA.....Spojené státy americké

NCTST.....National Child Traumatic Stres Network

NCPTSD.....National Centre For PTSD

## 13 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [2 ] HUMPL, Lukáš. *Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje p .o .:* *Kdo jsme* [online]. Ostrava, 2018, 7 .2 .2018 [cit. 2020-11-22]. Dostupné z : <https://www.zzsmsk.cz/Default.aspx?mainhref=informace>
- [3 ] HUMPL, Lukáš. *Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje p .o .:* *Organizační struktura* [online]. Ostrava, 2019, 16.5 .2019 [cit. 2020-11-22]. Dostupné z : <https://www.zzsmsk.cz/Default.aspx?subhref=orgStruktura>
- [4 ] Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje. *Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje* [online]. Copyright © Webmaster ZZS MSK [cit. 12.03.2021]. Dostupné z : <https://www.zzsmsk.cz/Default.aspx?subhref=orgStruktura>
- [5 ] HUMPL, Lukáš. *Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje p .o .:* *Pozemní posádky* [online]. Ostrava, 2018, 5 .5 .2016 [cit. 2020-11-22]. Dostupné z : <https://www.zzsmsk.cz/Default.aspx?subhref=posadky>
- [6 ] ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA HL. M. PRAHY – ÚZEMNÍ STŘEDISKO ZÁCHRANNÉ SLUŽBY [online]. 2012. [cit. 2021-09-02]. Dostupné z WWW:[http://www.zzshmp.cz/?page\\_id=473](http://www.zzshmp.cz/?page_id=473)
- [7 ] HUMPL, Lukáš. *Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje p .o .:* *Letecká záchranná služba Ostrava – Kryštof 05* [online]. Ostrava, 2019, 1 .1 .2017 [cit. 2020-11-22]. Dostupné z : <https://www.zzsmsk.cz/Default.aspx?subhref=LZS>
- [8 ] ŠVARC, Jiří. *Principy krizové intervence : Psychiatrie ve zkratce*. Bohnice, 2003. [online]. Dostupné z : [http://file:///C:/Users/laura/Downloads/Solen\\_psy-200306-0010.pdf](http://file:///C:/Users/laura/Downloads/Solen_psy-200306-0010.pdf)
- [9 ] Caplan, G . (1964). *Principles of preventive psychiatry* (pp. 26-55). London, UK: Tavistock.
- [10] Erikson E . H . *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton, 1968.

- [11] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN isbn80-7178-802-3 .
- [12] BREČKA, Tibor A . *Psychologie katastrof: vybrané kapitoly*. V Praze: Triton, 2009. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-330-1 .
- [13] PHARMANEWS | Odborné konference pro farmaceutické asistenty, lékárníky a sestry. *PHARMANEWS | Odborné konference pro farmaceutické asistenty, lékárníky a sestry* [online]. Dostupné z : <http://www.pharmanews.cz/clanek/posttraumaticka-stresova-porucha-2/>
- [14] HOLCNER, T. Posttraumatická stresová porucha – PTSD a její léčba [online]. 2020 [cit. 2020-05-12]. Dostupné z : <https://www.psycholog-holcner.cz/posttraumatickastresova-porucha/>.
- [15] Akutní reakce na stres. *Předlékařská první pomoc do škol* [online]. Dostupné z : <https://ppp.zshk.cz/vyuka/akutni-reakce-na-stres.aspx>
- [16] PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit : pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2016. ISBN isbn978-80-88163-00-8 .
- [17] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-3174-2 .
- [18] KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN isbn80-7071-231-7 .
- [19] PELCÁK, Stanislav a TOMEČEK, Alexander. *Syndrom vyhoření – psychické důsledky výkonu práce expedienta. Praktické lékařství* [online]. 2011, 7 (2), s . 87-90. [cit. 2021-10-01]. ISSN 1803-5329. Dostupné z : <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2011/02/10.pdf>
- [20] STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN isbn978-80-247-3553-5



- [21] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN isbn978-80-247-5327-0 .
- [22] FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO. Systém psychosociální intervenční služby, SPIS [online]. Brno, 2011. [cit. 2020-07-08]. Dostupné z WWW:<http://www.spismz.cz>
- [23] Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje. *Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje* [online]. Copyright © Webmaster ZZS MSK[cit.12.03.2021].Dostupné z : <https://www.zzsmsk.cz/Default.aspx?clanek=20761>
- [24] Peer | Systém psychosociální intervenční služby. *Systém psychosociální intervenční služby* | *Systém psychosociální intervenční služby* [online]. Dostupné z : <http://www.spis.cloud/peer/>
- [25] Intervent | Systém psychosociální intervenční služby. *Systém psychosociální intervenční služby* | *Systém psychosociální intervenční služby* [online]. Dostupné z : <http://www.spis.cloud/intervent/>
- [26] Brymer, M ., Jacobs, A ., Layne, C ., Pynoos, R ., Ruzek, J ., Steinberg, A ., Vernberg, E ., & Watson, P . (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide* (2 . ed.). National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. Dostupné 31.3 . 2018, z <https://www.nctsn.org/resources/psychological-first-aid-pfa-field-operations-guide-2ndedition>
- [27] *Ochrana obyvatelstva a krizové řízení: skripta*. Praha: Ministerstvo vnitra - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2015. ISBN isbn978-80-86466-62-0 .
- [28] BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN isbn80-247-0708-x .  
[online]. Dostupné z : <https://www.zzskhk.cz/cs/psychosocialni-intervencni-sluzba#>
- [29] VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence: [krize v životě člověka : formy krizové pomoci a služeb]*. Praha: Portál, 2002. ISBN isbn80-7178-696-9 .

- [30] Dyregov A . (1989). Caring for helpers in disaster situations: Psychological debriefing. *Disaster Management*;2 (1 ):25–30.
- [31] I záchranáři jsou jen lidé - Norway Grants. *Úvodní strana - Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. Copyright © 2020 The Ministry of the Interior of the Czech Republic, all rights reserved [cit. 13.03.2021]. Dostupné z : <https://www.mvcr.cz/norwaygrants/docDetail.aspx?docid=21519751&doctype=ART>
- [32] SITTOVÁ, S. *Možnosti psychologické intervence u lékařů a nelékařů zdravotnických záchranných služeb*, Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce MUDr. Pavel Hrdlička
- [33] ŠEBLOVÁ, J .; KEBZA, V . *Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie*. In *Urgentní medicína*. 2005, roč. 8 , č . 1 . str. 27–29 ISSN 1212-1924.
- [34] SPERLINGOVÁ, P . *Posttraumatická intervenční péče u záchranářů hasičského záchranného sboru*. Univerzita Palackého v Olomouci. 2013. Diplomová práce. Vedoucí práce Mgr. Martin Kupka, Ph.D .
- [35] KOUTNÁ, E ., *Vliv mimoriadnej udalosti na psychiku zasahujúceho človeka*. Kladno, 2015. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce doc. PaedDr. ThDr. Monika Zaviš PhD.
- [36] VAŇÁSKOVÁ, P . *Psychosociální péče při mimořádných událostech*. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D .

## **Legislativa**

[1]

- Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- Zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě

## 14 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Posádky ZZS MSK [zdroj <a href="http://www.zzsmsk.cz">www.zzsmsk.cz</a> ] .....	16
Obrázek 2 Členové SPIS na ZZS MSK [zdrok <a href="http://www.zzsmsk.cz">www.zzsmsk.cz</a> ] .....	31
Obrázek 3 Průběh intervencí pro interventy od roku 2014 do roku 2020 [zdroj <a href="http://www.zzsmsk.cz">zzsmsk.cz</a> ] .....	34
Obrázek 4 Graf k dotazníkové otázce číslo 1 .....	44
Obrázek 5 Graf k dotazníkové otázce číslo 2 .....	45
Obrázek 6 Graf k dotazníkové otázce číslo 3 .....	45
Obrázek 7 Graf k dotazníkové otázce číslo 4 .....	46
Obrázek 8 Graf k dotazníkové otázce číslo 5 .....	46
Obrázek 9 Graf k dotazníkové otázce číslo 6 .....	47
Obrázek 10 Graf k dotazníkové otázce číslo 7 .....	48
Obrázek 11 Graf k dotazníkové otázce číslo 8 .....	48
Obrázek 12 Graf k dotazníkové otázce číslo 9 .....	49
Obrázek 13 Graf k dotazníkové otázce číslo 10 .....	49
Obrázek 14 Graf k dotazníkové otázce číslo 11 .....	50
Obrázek 15 Graf k dotazníkové otázce číslo 12 .....	50
Obrázek 16 Graf k dotazníkové otázce číslo 13 .....	51
Obrázek 17 Graf k dotazníkové otázce číslo 14 .....	51
Obrázek 18 Graf k dotazníkové otázce číslo 15 .....	52
Obrázek 19 Graf k dotazníkové otázce číslo 16 .....	52

## 15 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 stručný přehled odpovědí na dané otázky .....	53
---	----

## **16 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Rozhovor se zdravotnickým interventem

Příloha 2 Rozhovor se zdravotnickým Peerem

Příloha 3 Dotazník

## **Příloha 1**

### Rozhovor se zdravotnickým interventem

1. *Jaká je Vaše psychosociální profese a komu Vaši pomoc podáváte? Jsem intervent a podávám psychosociální první pomoc postiženým akutní stresovou reakcí nebo sekundárně zasaženým*
2. *Jak jste se dostali k dovednosti interventa? Co Vás k tomu vedlo? S kamarádem jsme hledali oživení rutinní práce na ZZS a cítili jsme, že by toto mohla být cesta jak pomoci dalším lidem*

3. *Jak dlouho jste na pozici psychosociálního pracovníka?*

*Už to jsou 3 roky, tedy od roku 2018*

4. *Ovlivňují Vás jako interveny situace, ke kterých jezdíte, v osobním životě?*

*Ano ovlivňují. Více si vážím malých samozřejmých věcí*

5. *Držíte se nějakého postupu nebo pravidel při navázání kontaktu při intervenci?*

*Ne, vždy přistupuji individuálně. Můj přístup je zcela individuální na situaci a člověku.*

6. *Pomáhá nebo vyhovuje Vám nácvik simulace intervenčního zásahu před tím reálným?*

*Ano, velice.*

7. *Jak často máte zpřístupněné simulace intervenčního zásahu?*

*Minimálně jednou do roka*

8. *Dovedete definovat věkovou skupinu, která si nejvíce vyžaduje Vaši intervenci?*

*Nejvíce bych řekl kolem 30-40 let*

9. *V jakých tematických situacích se nejčastěji vyskytujete jako intervent? Náhlé nečekané úmrtí jinak zdravého člověka*

10. *Pociťujete navýšení případů intervence z důvodu epidemie covid-19?*

*Momentálně nepociťuji žádné navýšení intervencí ani v této době*

11. *Koho byste raději nebo častěji kontaktoval za účelem pomoci jako intervent po těžkém intervenčním úkolu – Peer kolegu, psychologa, anonymní telefonní linku nebo raději přítele?*

*Určitě na Peer kolegu*

## **Příloha 2**

### **Rozhovor se zdravotnickým Peerem**

1. *Jaká je Vaše psychosociální profese a komu Vaší pomoc podáváte? Jsem už několik let Peer a poskytuji psychosociální první pomoc zdravotnickému personálu*

2. *Jak jste se dostali k dovednosti Peera? Co Vás k tomu vedlo*  
*zájem o tuto problematiku, potřeba zjištění správného přístupu k lidem, pomoci lidem v situaci, ve které se můžeme kdykoliv sami ocitnout*

3. *Jak dlouho jste na pozici psychosociálního pracovníka?*  
*Od roku 2010*

4. *Ovlivňují Vás jako Peery situace ke kterým jezdíte v osobním životě? Ano, určitě bezpochybně mě určité situace ovlivňují*

5. *Držíte se nějakého postupu nebo pravidel při navázání kontaktu jako Peer?*  
*Řekla bych, že je to 50:50 , lidský , přirozený přístup, navození důvěrné atmosféry a pravidla, která jsou daná. Důležitý je timing a následná pomoc ve formě defusing, kdy máme jako Peer více času na pomoc.*

6. *Pomáhá nebo vyhovuje Vám nácvik simulace intervenčního zásahu před tím reálným?*  
*Ano, určitě, nácvik je velmi důležitý*

7. *Jak často máte zpřístupněné simulace intervenčního zásahu?*  
*Několikrát do roka v rámci vzdělávání, konferencí*



8. *Dovedete definovat věkovou skupinu, která si nejvíce vyžaduje Vaši intervenci? Nelze určit, možná střední a starší? těžko říct*
9. *V jakých tematických situacích se nejčastěji vyskytujete jako Peer? Pracovní záležitosti, dále také osobní problémy*
10. *Pociťujete navýšení případů intervence z důvodu epidemie covid-19? ano, určitě*
11. *Koho byste raději nebo častěji kontaktoval za účelem pomoci jako Peer po těžkém intervenčním úkolu – Peer kolegu, psychologa, anonymní telefonní linku nebo raději přítele?*

*Vhodného Peer kolegu, psychologa*

### **Příloha 3**

Dotazník

Vážené respondentky, vážení respondenti,

obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro Bakalářskou práci na téma „poskytování psychosociální péče v rámci SPIS v Moravskoslezském kraji“. Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná.

Předem děkuji za spolupráci. Studentka zdravotnického záchranáře na ČVUT FBMI.

#### **1. Pohlaví**

A )Muž

B )Žena

2. **Jaká je Vaše současná pracovní pozice?**

A ) Zdravotnický záchranář

B ) Řidič Zdravotnické záchranné služby

C )Lékař

D ) operátor

3. **V kterém územním středisku Zdravotnické záchranné služby pracujete**

A ) Bruntál

B ) Frýdek-Místek

C ) Karviná

D ) Novy Jičín

E ) Opava

F ) Ostrava

4. **Stresujete se před výjezdem?**

A) Ano

B) Ne

C) Nevím

5. **Seřad'te které faktory Vás nejvíce stresují**

A) Rizika vnějšího ohrožení

B) Úmrtí mladistvých a dětí

C) Míra zodpovědnosti

D) Vysoká psychická zátěž

6. **Jak pracujete s přemírou stresu v práci**

- A) Odreagování u televize
- B) Čtení knihy
- C) Posezení s rodinou
- D) Posezení s přáteli
- E) sport
- F) Alkohol

7. **Přemýšlíte hodně i o práci doma?**

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

8. **Víte, kdo je to Peer?**

- A) Ano
- B) Ne

9. **Máte možnost využít Peer pracovníka?**

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

10. **Využíváte Peer pracovníka na pracovišti? Pokud ano, kolikrát jste jej oslovili?**

- A) NE
- B) ANO, max 5
- C) ANO, 5 -15x
- D) Ano, vícekrát

11. **Pokud byste potřeboval/a psychosociální péči využili byste ji? Pokud ne, tak proč**

- A) Ano
- B) Ne, proč...

**12. V jakých situacích byste pravděpodobně vyhledal/a psychosociální pomoc**

- A) Mimořádná událost
- B) Zásah u kolegy, rodinného příslušníka nebo kamaráda
- C) Dopravní nehoda při výkonu služby
- D) Při napadení při výkonu služby
- E) V případě špatných pracovních vztahů
- F) Při počínajícím syndromu vyhoření

**13. Jaké typy a formy psychosociální pomoci byste preferoval/a ?**

- A) Telefonickou-anonymní
- B) Ve dvou osobách
- C) Skupinovou
- D) Jíná
- E) Žádná

**14. V případě, že byste potřeboval/a pomoc psychologa, odkud by měl být?**

- A) Z vašeho kraje
- B) Z jiného kraje
- C) Ze žádného

**15. Kontaktoval/a byste raději Peer a kterého :znáte nebo neznáte**

- A) Zním
- B) Neznám
- C) Žádného

**16. Měl/a byste zájem absolvovat přípravu a následně pomáhat kolegům jako Peer nebo intervent?**

- A) Ano
- B) Ne

C) Nevím