

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE PRO ZDRAVOTNICKÉ
ZÁCHRANÁŘE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE POLÁKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara

Praha 2014

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 3. března 2014

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Jaroslavu Pekarovi za užitečné rady a pečlivé vedení bakalářské práce. Dále chci poděkovat Dominiku Hornovi, Heleně Brýdlové a Ivanu Prchlíkovi za cenné konzultace a zprostředkované schůzky s lidmi, kteří mě také ochotně zasvětili do problematiky psychosociální intervenční péče v rezortu zdravotnictví.

ABSTRAKT V ČESKÉM JAZYCE

POLÁKOVÁ, LUCIE. *Psychosociální intervence pro zdravotnické záchranáře*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Praha 2014. 53s.

Bakalářská práce seznamuje v teoretické části čtenáře s charakterem složení posádky RZP a poukazuje na stresové faktory, kterým jsou její členové vystaveni během výkonu jejich profese. Zevrubně popisuje stres, jeho možné dopady na lidský organismus jakož i jeho prevenci. Dále vysvětluje události nemimořádného a mimořádného charakteru. Následně zmiňuje plíživý syndrom vyhoření a charakteristiku psychosociální intervenční služby s legislativním zakotvením. Tato část práce popisuje dva různé přístupy, minulý na ZZS hlavního města Prahy a současný, který v poslední době prochází celorepublikovým rozvojem. V závěru teoretické části uvádí metody psychosociální intervence, které jsou zavedeny pro kolegy v integrovaném záchranném systému. V praktické části je popsáno několik kazuistik, které pomohou čtenáři nejlépe pochopit, proč je systém psychosociální intervenční služby pro zdravotnické záchranáře tak důležitý.

Klíčová slova

Zdravotnická záchranná služba. Stresové faktory. Syndrom vyhoření. Události nemimořádného charakteru. Psychosociální intervence.

ABSTRAKT V ANGLICKÉM JAZYCE

POLÁKOVÁ, LUCIE. *Psychosocial Interventions for Paramedics*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Grade of qualification: Bachelor (Bc.) Tutor: Mgr. Jaroslav Pekara, Prague 2014. 53 p

In the theoretical part of this bachelor thesis, the reader is acquainted with the character of ERA (Emergency Rescue Assistance) crew structure, and is introduced to the stress factors, which the crew members are exposed to when performing their profession. This part also thoroughly describes the stress, its possible impacts on human organism as well as its prevention. Further it explains events of ordinary and extraordinary character. Subsequently it mentions creeping burn-out syndrome and the characteristic of psychosocial interventional service with its legislation lay down. The theoretical part describes two different approaches, the past one which refers to EMS of the capital city Prague, and the recent one which is currently undergoing nationwide development. Finally, it presents psychosocial intervention methods established for colleagues of the integrated rescue system. The practical part describes several case studies which will help the reader understand best why the system of psychosocial intervention services is so important for medical rescuers.

Key words

Emergency Rescue Assistance. Stress Factors. Burn-out Syndrome. Events of extraordinary Character. Psychosocial Interventions.

OBSAH:

Seznam použitých zkratk	
Úvod.....	9
1 Teoretická část	10
1.1 Charakteristika Zdravotnické záchranné služby	10
1.1.1 Rizika a stresové faktory zdravotnického záchranáře	11
1.1.2 Příčiny stresu dispečera	13
1.2 Stres.....	14
1.2.1 Fáze stresu	14
1.2.2 Reakce organismu na stres	14
1.2.3 Prevence stresu	15
1.3 Charakter události	15
1.3.1 Události ne-mimořádného charakteru	15
1.3.2 Události mimořádného charakteru	15
1.4 Syndrom vyhoření	17
1.5 Psychosociální intervence v rámci zdravotnické záchranné služby.....	19
1.6 Legislativa	20
1.7 Modely psychosociální intervence	21
1.7.1 Demobilizace.....	21
1.7.2 Defusing	21
1.7.3 Debriefing.....	22
1.7.4 Individuální intervence.....	23
1.8 Vývoj psychosociální intervenční služby na záchranných službách v České republice	23
1.9 Psychosociální intervenční služba na Zdravotnické záchranné službě hlavního města Prahy	24
1.10 Systém psychosociální intervenční služby	26
1.10.1 Strukturální obsazení členů týmu	26
1.10.2 Současný počet peerů a psychologů SPIS v jednotlivých krajích České republiky	28
1.11 Psychosociální intervenční služba u kolegů v integrovaném záchranném systému	28
2 Praktická část	32
2.1 Kazuistika 1	32
2.2 Kazuistika 2.....	35
2.3 Kazuistika 3.....	36
2.4 Kazuistika 4.....	38
3 Diskuse.....	41
3.1 Metoda sběru dat	43
4 Závěr	44
5 Seznam použitých zdrojů	45
6 Přílohy	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACTH – Adrenokortikotropní hormon

atd. – a tak dále

AZZS – Asociace zdravotnických záchranných služeb

CISM – Critical Incident Stress Management

ČR – Česká republika

DN – dopravní nehoda

DRNR- Doprava raněných nemocných a rodiček

FN – Fakultní nemocnice

HMP – Hlavní město Praha

HZS – Hasičský záchranný sbor

IZS – Integrovaný záchranný systém

KPR – kardiopulmonální resuscitace

LSPP- Lékařská služba první pomoci

MEKA – Medicína katastrof

MKN- mezinárodní klasifikace nemoci

PČR – Policie České republiky

PIP – Posttraumatická intervenční péče

PIS – Psychosociální intervenční služba

PNP – Před nemocniční neodkladná péče

RIAPS – Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb

RLP – Rychlá lékařská pomoc

RV – Systém rendez - vous

RZP- Rychlá zdravotnická pomoc

SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

TPP – Tým posttraumatické péče

tzv. – tak zvaně

ÚSZS – Územní středisko záchranné služby

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

ZOS – Zdravotnické operační středisko

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Mezi společnostmi stále panuje představa, že zdravotničtí záchranáři jsou akční hrdinové, kteří nepodléhají stresu, necítí strach a v neposlední řadě zvládnou každou vypjatou situaci. Toto je možná obraz amerického seriálu, realita je však jiná. Jsou to lidé z masa a kostí se svými emocemi, pocity a dojmy. Aby mohli záchranáři kvalitně pomáhat druhým, musí být sami v pořádku. Ve svém zaměstnání se setkávají s událostmi, přesahujícími rámec jejich běžných zkušeností jako je např. neúspěšná resuscitace dítěte, smrt kolegy během výjezdu nebo výrazná deformace těl pacientů. Po těchto mimořádných událostech jsou zdravotničtí záchranáři ohroženi akutní reakcí na stres nebo posttraumatickou stresovou poruchou. Vyhořelý, demotivovaný a unavený záchranář nemůže dobře pracovat a poskytnout tak pacientům adekvátní péči. Z tohoto důvodu byl vytvořen Systém psychosociální intervenční služby (dále jen SPIS), který má preventivní charakter, učí zdravotníky adaptaci na stresové situace a vede k pochopení reakce zdravotníků na mimořádnou událost. Vedení systému se řídí heslem: „Pomáhající, zdravotníci, záchranáři jsou jako běžci na dlouhých tratích. Chceme-li, aby běželi dobře a neupadli na trati vysílením, musíme se o ně starat.“

Bakalářská práce popisuje dva přístupy psychosociální intervenční služby na Zdravotnické záchranné službě: Pilotní projekt Ministerstva zdravotnictví, Psychosociální intervenční službu Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy, která fungovala na principu individuálních intervencí, prostřednictvím vyškolených profesních kolegů (tzv. peerů). Tento přístup trval pouze omezenou dobu a z mého pohledu byl velice propracovaný a úspěšný. Jako druhý přístup popisuje současný Systém psychosociální intervenční péče, který se celorepublikově rozvíjí. Dále se zmiňuje o psychosociální intervenční službě u kolegů v Integrovaném záchranném systému (hasiči, policie), která jim byla poskytována o několik let dříve než Zdravotnické záchranné službě.

Cílem bakalářské práce je ucelení a přehlednost tématu psychosociální intervence v rezortu zdravotnictví.

V praktické části je uvedeno několik kazuistik, které byly ponechány v jejich úplné syrovosti tak, jak je zasažení mimořádnou událostí vylíčili.

1 Teoretická část

1.1 Charakteristika Zdravotnické záchranné služby

Zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS) je spolu s Hasičským záchranným sborem ČR a Policií ČR složkou integrovaného záchranného systému ČR (dále jen IZS). Na rozdíl od těchto dvou státem řízených bezpečnostních sborů jsou ZZS zřizovány, vedeny a financovány kraji. Strukturálně se organizace dělí do jednotlivých úseků, tzn. na **řídící úsek**, sem patří ředitel, provozní náměstek, ekonomický náměstek atd., úsek **zdravotnického operačního střediska**, který např. prostřednictvím dispečerů přijímá a vyhodnocuje tísňové výzvy, úsek **krizového managementu** a **zdravotní úsek**, kam spadají jednotlivé výjezdové základny a výjezdové skupiny. Pro potřeby přednemocniční neodkladné péče (dále jen PNP) se využívají vlastní výjezdové skupiny ZZS charakteru rychlé lékařské pomoci (RLP) a rychlé zdravotnické pomoci (RZP), dále se využívá lékařská služba první pomoci (LSPP) a doprava raněných nemocných a rodiček (DRNR). Na vybraných místech ČR se používá setkávací systém rendez – vous (RV), který slouží k ekonomicky i časově účelnějšímu využití lékaře. Pokud je to indikované, lze pro rychlý a šetrný transport využít leteckou záchrannou službu (Pokorný, 2004), (Bydžovský, 2008).

Činnost ZZS nejlépe znázorňuje symbol PNP - šesticípá „Hvězda života“, neboť každý z cípů představuje určitý princip PNP:

1. Vyhledávání (např. postižených a raněných i za mimořádných okolností)
2. Zodpovědnost (např. zodpovědnost za správnou léčbu pacientů)
3. Dosažitelnost (v každé době, nepřetržitě, pro všechny, kdo jsou v nouzi)
4. Ošetření na místě (např. při dopravní nehodě)
5. Péči při transportu (pokračující léčba a ošetřování)
6. Převoz k definitivnímu ošetření (Dobiáš, 2007)

Vymezení činnosti zdravotnické záchranné služby dle Zákona o zdravotnické záchranné službě č.374/2011 Sb., §4 je následující:

a) „nepřetržitý kvalifikovaný bezodkladný příjem volání na národní číslo tísňového volání 155 a výzev předaných operačním střediskem jiné základní složky integrovaného

záchranného systému (dále jen „tísňové volání“) operátorem zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska,

b) vyhodnocování stupně naléhavosti tísnového volání, rozhodování o nevhodnějším okamžitém řešení tísnové výzvy podle zdravotního stavu pacienta, rozhodování o vyslání výjezdové skupiny, rozhodování o přesměrování výjezdové skupiny a operační řízení výjezdových skupin,

c) řízení a organizaci přednemocniční neodkladné péče na místě události a spolupráci s velitelem zásahu složek integrovaného záchranného systému,

d) spolupráci s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče,

e) poskytování instrukcí k zajištění první pomoci prostřednictvím sítě elektronických komunikací v případě, že je nezbytné poskytnout první pomoc do příjezdu výjezdové skupiny na místo události,

f) vyšetření pacienta a poskytnutí zdravotní péče, včetně případných neodkladných výkonů k záchraně života, provedené na místě události, které směřují k obnovení nebo stabilizaci základních životních funkcí pacienta,

g) soustavnou zdravotní péči a nepřetržité sledování ukazatelů základních životních funkcí pacienta během jeho přepravy k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče, a to až do okamžiku osobního předání pacienta zdravotnickému pracovníkovi cílového poskytovatele akutní lůžkové péče,

h) přepravu pacienta letadlem mezi poskytovateli akutní lůžkové péče za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak,

i) přepravu tkání a orgánů k transplantaci letadlem, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak,

j) třídění osob postižených na zdraví podle odborných hledisek urgentní medicíny při hromadném postižení osob v důsledku mimořádných událostí nebo krizových situací“ (Zdravotní služby, 2012, s. 151).

1.1.1 Rizika a stresové faktory zdravotnického záchranáře

Zásahové týmy jednají pod častým tlakem, ve snaze dodržet všechna daná kritéria, která jim ukládá legislativa, zaměstnavatel i svědomí. V současném silničním provozu pro řidiče vozidel ZZS může znamenat rychlá jízda s výstražnými akustickými a světelnými signály akutní stresovou zátěž. Prakticky neustále jsou řidiči nuceni řešit

nestandardní situace, způsobené nezkušenými, nebo bezohlednými řidiči. Během převozu musí zajistit bezpečnost posádky i pacienta. Od řidičů se očekává předvídání chování ostatních řidičů a okamžitá schopnost reagovat. Na místě zásahu je celá posádka mnohdy nucena pracovat pod kritickým a emočně laděným dohledem příbuzných pacienta nebo veřejnosti a čelit nepříznivému počasí. Je na ně kladena velká zodpovědnost, neboť často pracují bez přítomnosti lékaře a možnosti konzultace zvoleného postupu. Rychlost správného rozhodování při nedostatku informací, sehraná práce v týmu a součinnost s dalšími složkami IZS na místě zásahu, i toto můžeme považovat za dílčí stresory. Při příjezdu do zdravotnického zařízení se pracovníci mnohdy setkávají s neporozuměním ze strany zdravotníků, kteří pacienta odmítají převzít (Baštecká a kol., 2005).

Roku 2001 vydali K. Nešpor a L. Csémy přehled rizikových faktorů práce ve zdravotnictví:

- kontakt s tabuizovanými oblastmi lidské existence (bolest, smrt, atd.)
- převážně emočně negativní stavy pacientů
- velká odpovědnost pracovníků
- konflikt rolí (lékařská versus ekonomická versus rodinná atd.)
- ostrý životní styl
- směnný provoz, práce v noci
- nároky na flexibilitu, čas, vzdělání
- nutnost rozhodovat se při nedostatku informací
- hluk a jiné fyzikální faktory (Hoskovcová, 2009)

Zdravotnický záchranář se během výkonu své profese může setkat i s nestandardními situacemi, které mohou mít vliv na ztrátu osobnostních předpokladů nezbytných k činnosti záchranáře. Tím se myslí situace, kdy zažije úmrtí nebo těžké poranění jiných osob jako přímý svědek události, především u dětí či kolegů. Tragické události, jakož jsou nehody s velkým množstvím obětí, extrémně zohavená těla zasažených, nebo situace, kdy je svědkem sebevraždy. Nemusí se jednat pouze o zranění ostatních lidí, ale i samotného zachraňujícího, který může čelit těžkému ohrožení života, například přehřátím, poleptáním, ozářením, intoxikací nebo infekcí. Těžké poranění při dopravní nehodě, trauma ze zasypaní, zavalení či popálení. Na druhé straně se dají vytyčit situace, ve kterých sám záchranář způsobí smrt nebo těžké zranění někoho jiného, např. v důsledku dopravní autonehody či chybného rozhodnutí (Hoskovcová, 2009).

1.1.2 Příčiny stresu dispečera

Neboť zdravotnický záchranář po dokončení potřebného vzdělání může pracovat na ZOS (dále jen zdravotnickém operačním středisku), je vhodné popsat i stresové faktory dispečerů. Vlastní stres dispečera je velice negativní faktor, do kterého se pracovník dostává z pravidla v situacích, které neumí řešit. Výsledkem je improvizace, kdy dispečer jedná mnohdy pod tlakem času a hlavně odpovědnosti.

Mezi nejčastější příčiny stresu dispečerů patří:

- **Neustále hrozící riziko chybného rozhodnutí** – tím je myšlena situace nečekaně se vyvíjející, jejíž důsledky mohou být doslova fatální a správnost či nesprávnost rozhodnutí se mnohdy ukáže, až když už případné pochybení nelze vzít zpět.
- **Špatná či dokonce žádná organizace práce** – manažer firmy přetěžuje své zaměstnance, nezařídí vhodné pracovní podmínky (rozbité PC monitory, špatně slyšitelné telefonní linky atd...), nedostatečné zázemí pro krátkodobou relaxaci přímo na pracovišti.
- **Absence dostatečného výcviku dispečerů, chybějící jasná pravidla** – z těchto příčin plyne nejistota při rozhodování, kritika po špatně zpracované výzvě se znalostí výsledku.
- **Systémová chyba v profesní přípravě** – nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou školeni pracovat zejména pod vedením jiného pracovníka např. lékaře a pracují tak na povel někoho odpovědného za danou situaci, a tudíž nejsou připraveni rozhodovat se sami za sebe. Dále je obrovská mezera ve vzdělávání, kdy po dokončení studia zdravotnického záchranáře, má absolvent plné kompetence pro práci na ZOS, aniž by prošel základním kurzem vzdělání nebo měl několika týdenní stáž na ZOS.
- **Zdravotnické operační středisko je křižovatkou**, na níž se střetává očekávání volajícího (Na nic se neptejte, pošlete ihned to nejlepší, co máte!) s nelibostí členů výjezdových skupin (Na jakou hloupost nás to zase posíláte?), což obě strany dávají neadekvátně dispečerům najevo.
- **Bezmoc** v situacích, kdy si je dispečer vědom vážnosti stavu volajícího, ale nemůže mu ihned aktivně pomoci.
- **Trvalé nedocnění práce ZOS**, kdy na rozdíl od výjezdových skupin se dispečeri při mediálně zajímavých a úspěšných případech nevyhřívají v záři reflektorů (Franěk, 2012).

1.2 Stres

Anglické slovo „stress“ pochází ze starého francouzského výrazu „estrecier“ (přinutit nebo nutit), které je odvozeno z latinského „strictus“, které znamená „utahovat“ nebo „stlačovat“. Lze jej definovat jako fyziologickou reakci organismu na jeho potřeby a stav určitého tělesného nebo psychického napětí. Tělo se připravuje na útok nebo útěk. Dlouhodobé působení stresu na organismus může vézt k počátkům řady onemocnění, avšak nemusí být nutně špatný, protože mnohdy člověku pomůže dosáhnout lepších výsledků. Stres není úzkost, strach ani přímá příčina nemoci, i když často přispívá k jejímu rozvoji. Jedná se o citové vypětí, které negativně ovlivňuje schopnost „normálně fungovat“ (tzn. rozhodovat se, komunikovat, účelně jednat atd.). Na člověka působí faktory, vyvolávající stres, na který organismus reaguje. Každý bude na jeden a ten samý činitel stresu působit jinak (Melgosa, 1997).

1.2.1 Fáze stresu

Stres probíhá ve třech fázích. První se nazývá **varovná** a vyznačuje se přítomností stresového faktoru. Tělo na něj reaguje a tím umožňuje danou situaci posoudit a dojít k případnému řešení. Důsledky stresu se v této situaci neprojeví. Pokud jeden nebo více faktorů stresu působí déle, dochází k fázi **odolávání**, kdy se mohou dostavit frustrující pocity. Dotyčný zjišťuje, že ztrácí příliš mnoho energie a důsledkem toho se snižuje jeho produktivita. Poslední je fáze **vyčerpání**, která se projevuje únavou, depresi a určitými stavy úzkosti. Tyto příznaky se nemusí objevit současně, často se projeví jednotlivě a dále se stupňují. K dalším příznakům řadíme nervozitu, napětí, podrážděnost a zlost (Melgosa, 1997).

1.2.2 Reakce organismu na stres

Organismus na stres působí fyziologicky a to skrze hypotalamus, jenž vysílá signály do sympatického nervového systému, který se podílí na řízení činnosti vnitřních orgánů a cév. Nervové signály vedou i přes dřeň nadledvin, která zvýší sekreci adrenalinu a noradrenalinu. Tyto hormony se poté dostávají do krve a touto cestou způsobují změny v celém těle. Hypotalamus také stimuluje činnost hypofýzy, která vytváří adrenokortikotropní hormon ACTH neboli stresový hormon, jenž uvolňuje hormon kortizol, který reguluje hladinu cukru v krvi. Tělo dostává energii do svalů a je připravené reagovat. Pokud se tak nestane a organismus nahromaděnou energii

nevyužije, hromadí se cholesterol a ostatní tuky v tepnách, kde posléze přilnou ke stěnám a mohou vést k arterioskleróze (Atkinson, 2003).

Příčiny stresu mohou být pro každého jedince jiné, tzn., že pro záchranáře, který má malou dceru, může být výjezd k podobně staré holčičce stresorem, kdežto pro jeho bezdětného kolegu motivátorem. Uvádí se ještě třetí skupina lidí, kterou tato situace vůbec emočně nezasáhne.

1.2.3 Prevence stresu

Jedním z účinných bojů proti stresu je přiměřená fyzická námaha, každodenní odpočinek, správné stravovací návyky a optimistické myšlení. Odolnost vůči stresovým faktorům je možné posilovat vhodnými technikami a postupy, omezujícími zátěž. Ke **krátkodobým strategiím** zvládnutí 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, zhodnocení problémů a jejich následné řešení, rozvoj osobních zájmů a zálib, relaxační cvičení atd. Patří sem také metoda přístupu, při které dotyčný usiluje o změnu u sebe, s cílem poznat a změnit vlastní nevhodné postoje, které situaci zhoršují (Vymětal, 2009).

1.3 Charakter události

1.3.1 Události ne-mimořádného charakteru

Události ne-mimořádného charakteru zahrnují každodenní stres a běžné starosti. Mezi chronické stresory ovlivňující život a spokojenost lidí patří zdravotní, sociální či osobní problémy. Z oblasti pracovní to jsou špatné vztahy na pracovišti nebo vážnoucí komunikace mezi kolegy. V osobní rovině může jít o nevyhovující bydlení, dlouhé dojezdy do práce, péče o člena v domácnosti atd. Každodenně se opakující malé, ale negativně vnímané události, jako jsou přeplněné dopravní prostředky, velké fronty u pokladen nebo červená vlha na semaforech, se postupně kumulují a představují tak hrozbu zhoršeného zvládnutí mimořádných událostí (Kebza, 1997).

1.3.2 Události mimořádného charakteru

„Mimořádnou událostí se rozumí škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činnostmi člověka, přírodními vlivy, ale také havárie, které ohrožují život, zdraví,

majetek nebo životní prostředí a vyžadují si provedení záchranných a likvidačních prací“ (Pokorný et al., 2010, str. 430).

„Něco se stalo a naráz je všechno jinak. Mluvíme o krátce časově ohraničené nepříznivé události, nehodě, neštěstí, katastrofě. V řeči zákonů, které upravují vnitřní bezpečnost našeho státu, jde o mimořádné události, neboli škodlivé působení sil a jevů“ (Baštecká a kol., 2005, str. 13).

Rozsah mimořádné události se rozděluje podle počtu zasažených na individuální, jehož přímou obětí se stal jednotlivec, nebo na skupinovou, kdy bylo zasaženo více lidí. V případě skupiny lze hovořit o hromadném neštěstí či katastrofě psychického rázu (Baštecká a kol., 2005).

Literatura disponuje velkým množstvím poznatků, zabývajících se problematikou psychických dopadů na oběti, avšak pouze malá hrstka autorů se věnuje reakcím profesionálních záchranářů. Z toho lze usoudit, že záchranáři jsou veřejností považováni za tak odolné jedince, kteří neustálým tréninkem a činností při výkonu své práce si zvykli na působení stresu a mimořádné události neprožívají. Psychické reakce záchranářů jsou však velice různé a mohou mít až trvalé následky (Štětina a spol., 2000).

J. Štětina uvádí čtyři reakce zasažených záchranářů: „1. **Žádné vnější projevy** změny chování, rychlý návrat schopností k původní činnosti. Vyskytuje se pouze u malého počtu jedinců, kteří jsou mimořádně výkonní při záchranné akci. 2. **Možná podrážděnost**, třes prstů, končetin, celého těla, zvyšování tepové frekvence a krevního tlaku, pocení, bledost. Schopnost k záchranářské činnosti zachována. 3. **Deprese**, útlum, hrozí vznik neurózy a akutního vyčerpání, výrazný pokles schopnosti plnit uložený úkol. 4. **Zastřené vědomí**, panické reakce (buď otupělost a neschopnost činnosti, nebo nekoordinovaný útek, bezúčelné pohyby, dezorientace, případně těžko předvídatelné činy, včetně možné sebevraždy)“, (Štětina a spol., 2000, str. 242).

L. Humpl ve své přednášce na konferenci Sedmý Pelhřimovský podvečer roku 2011 uvedl události, přesahující běžnou zkušenost záchranářů. Jedná se o kardiopulmonální resuscitaci (dále jen KPR) dítěte či jeho úmrtí, vážné dopravní nehody, obtížné okolnosti práce (málo prostoru pro práci, přítomnost příbuzných pacienta, navyšující se počet přihlížejících diváků, média, atd.), napadení zdravotníka či ohrožení posádky ZZS, smrt kolegy na pracovišti, dopravní nehoda sanitního vozidla a jiné (VAŇATKA, Tomáš. *Pelhřimovský Podvečer* [online], 2011 [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: <http://pelhřimovskypodvecer.cz/?sid=20/>).

V důsledku mimořádné situace lze u zasažených pozorovat zvláštní projevy a procesy, které jsou zahrnuty pod diagnostickou kategorií **akutní reakce na stres**, dle Mezinárodní klasifikace nemoci (dále jen MKN) diagnóza F. 43.0. Kdy převládá silové napětí v celém těle, krev se přesouvá do periferie, dostávají se návaly horka, fyziologické funkce jsou zrychlené, zasažený se potí, pobíhá či jedná neúčelně, má zhoršenou schopnost komunikace. Na traumatickou událost může záchranář reagovat opožděně i v řádu měsíců, poté se jedná o **posttraumatickou stresovou poruchu**, dle MKN diagnóza F. 43.1. Projevuje se děsivými sny, úzkostí, stále se opakujícími myšlenkami a obrazy na danou situaci, dostávají se náhlé pocity a projevy, jakoby událost znovu nastala (tzv. flashback), (Vodáčková, 2007).

Svou tíživou situaci často zdravotníci řeší otupujícími účinky alkoholu, až propadnou **alkoholismu**, nebo závislosti na jiné návykové látce a podléhají **depresím** (Baštecká a kol., 2005).

1.4 Syndrom vyhoření

Anglický výraz „burn-out“ se do českého jazyka překládá jako vyhoření, vyhasnutí nebo se v daném kontextu popisuje také jako ztráta nadšení. Tento pojem poprvé popsal v sedmdesátých letech dvacátého století psycholog H. Freudenberger jako stav vyčerpání u hospicových zdravotních sester. Jeho popis byl následovný:

„U někoho jsou to pocity únavy a vyčerpání, neschopnost setřást pocit chladu, pocit fyzické vyčerpanosti, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy, až po nespavost a depresi. Ve stručnosti lze říci, že tento syndrom zasahuje na nejrůznějších místech celou psychosomatickou oblast. To jsou převážně tělesné projevy. Mohou se však projevit příznaky ve sféře psychické a behaviorální (chování): například osoba známá povídavostí je náhle zamlklá. Objevuje se psychická únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená iritabilita (podrážděnost), ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny.“ Jde o postupně se vyvíjející proces, který může trvat několik měsíců až let. Syndrom vyhoření se neprojevuje ze dne na den, ale má svá postupující stádia. Tento stav je nebezpečný svoji plíživostí a proto je i pro samotné zdravotníky těžké rozpoznat, že jsou v počáteční fázi vyhoření (Venglářová a kol., 2011, str. 23).

Pojem „burn-out“ má podle L. Kebzy dvě úrovně. Předně úroveň filozoficko-psychologickou, danou v pojmech a pohledech existence s pocity odcizení a za druhé úroveň psychologicko-medicínskou, mající své místo a kód v MKN diagnosa Z73.0, vyhasnutí. Práce záchranářů už z výše zmiňovaných aspektů je psychicky náročná a vzhledem ke chronicky působícímu stresu jsou právě oni, stejně jako jiné pomáhající profese, ohroženi syndromem vyhoření (Hoskovcová, 2009).

„Vyhořelý pracovník ztrácí smysl svého povolání, což se projevuje značnou nechutí ke své práci. Původně mnohdy nadšený jedinec očekávající splnění svých nerealistických cílů, tvrdě konfrontuje svá očekávání s realitou“ (Špatenková a kolektiv, 2004, str. 45).

Syndrom vyhoření se může diagnostikovat pomocí dotazníků, jedním z nich je MBI (Maslach Burnout Inventory), který mapuje emocionální vyčerpání, depersonalizaci a uspokojení z práce. Pokud se již záchranář ocitne v konečném stádiu stavu vyhoření, zůstává tím poznamenán. Může to mít i pozitivní charakter, např. vědomí, že má sklon propadat stavům nadšení, kdy ho práce nadchne, až nezdravým způsobem. Každého to může ovlivnit jiným směrem. Je třeba zhodnotit celkovou situaci a zvážit závažnost příznaků. Zamyslet se nad tím, zda situaci zasažený zvládne sám, či potřebuje pomoc svého okolí nebo odborníka. Občas je nutností změnit životní styl, denní režim, upravit stravovací návyky, zajistit dostatek odpočinku, začít pracovat na své osobnosti, a to hlavně regenerativními aktivitami. Naučit se myslet sám na sebe a vytvořit si fyzický prostor a čas jen pro sebe, mít vlastní soukromí a tento prostor využívat k hlubokému odpočinku (Venglářová a kol., 2011).

V dokumentárním filmu České televize s názvem „Zachraňte záchranáře, aneb nás se bojí zubatá“ hovoří Ivan Prchlík o své práci záchranáře a pomalu se plížícím syndromu vyhoření. Stal se jedním z těch, kteří svou práci milovali a žili jen pro ni. Varování kolegů, ať svůj přístup změní, ignoroval, ba se jim vysmíval. Po několika letech se proroctví jeho kolegů vyplnilo. Z počátku ho práce přestala zajímat a za nějaký čas mu dokonce začala vadit. Díky jeho pudu sebezáchovy a jakéhosi uvědomění, že svou práci nedělá dobře, odešel ze záchranné služby pryč. Až po určité době mimo záchrannou službu byl schopný se opět vrátit a adekvátně fungovat (Nás se bojí zubatá. *Česká televize: dokument* [online], 2010 [cit. 2013-11-25]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10213330312-nas-se-boji-zubata/20956226662>).

1.5 Psychosociální intervence v rámci zdravotnické záchranné služby

„Psychosociální intervence je obor s velmi rozsáhlou oblastí uplatnění psychologických postupů. Intervence je obecně definována jako cílený, předem promyšlený zásah, který je zpravidla zaměřený na zmírnění tíživé osobní situace. Jedná se v podstatě o jakýkoli postup nebo techniku směřující k přerušování, zamezení nebo úpravě právě probíhajícího procesu“ (Hartlová, Hartl, 2000, str. 239).

„Jde o odbornou činnost vykonávanou konkrétní osobou nebo organizací, jejímž cílem je zlepšení kvality života a snížení utrpení konkrétního jedince nebo skupiny lidí“ (Hoskovcová, 2009, str. 9).

Co se týká psychosociální intervence na ZZS, byla prvotní myšlenka zabývat se touto problematikou určena především pacientům. Tedy poskytovat psychosociální intervenční služby (dále jen PIS) vně organizace. Vždyť právě pacient v mimořádných situacích neví, co si počne, a proto by mu měl záchranář srozumitelně, šetrně a trpělivě sdělovat, jaký bude další postup, co a kdy se bude s pacientem dále dít. Bohužel záchranář, který není vlídný a přívětivý sám k sobě, nemůže být přívětivý ani k pacientům. Proto je služba prozatím určena pouze zaměstnancům ZZS nikoli pacientům. Zdravotničtí záchranáři se musí nejprve naučit jak pomoci sami sobě, neboť tímto krokem pomůžou druhým, nikoli pouze péčí o stránku fyzickou, ale taktéž o tu duševní (Buriánková, Ryba, 2009).

„Cílem psychosociální intervenční služby je podpora a péče o zaměstnance a důsledkem toho také komfortnější péče o pacienty“ (Buriánková, Ryba, 2009, str. 36).

Helena Brýdlová ve své bakalářské práci uvádí rozdíly mezi dvěma přístupy psychosociální intervenční služby:

Psychosociální intervenční služba Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy - „tento přístup byl založen na principu individuálních intervencí a v přístupu k záchranářům respektuje, že záchranáři mají potřebu řešit nejen problémy pracovního rázu, ale také osobního. Byl aplikován na ZZS hl. m. Prahy a byl zcela dobrovolný. Prostřednictvím řešení osobních problémů se buduje důvěra v psychosociální intervenční službu“ (Brýdlová, 2012, str. 19).

Tento přístup na ZZS hl. m. Prahy trval bohužel pouze omezenou dobu a to od října 2008 do roku 2010, kdy odborná skupina pro rozvíjení celorepublikového systému zanikla. ZZS hl. m. Prahy jde v současné době cestou profesionálů na duševní zdraví a jako jediná ze všech krajů nejde cestou peerů. Pro naplnění legislativních

požadavků nového zákona, který ukládá povinnost zaměstnavatelům ZZS poskytnout svým zaměstnancům psychickou pomoc v případě potřeby, uzavřela ZZS hl. m. Prahy smlouvu s Krizovým centrem RIAPS (PIS. *Zdravotnická záchranná služba HMP* [online]. 2011 [cit. 2013-12-06]. Dostupné z: http://www.zzshmp.cz/?page_id=2513).

Systém psychosociální intervenční služby – tento přístup upřednostňuje především skupinová sezení před individuální intervencí a vychází z amerického přístupu Critical Incidence Stress Management (dále jen CISM). Je zaměřený především na události mimořádného charakteru a nepřipouští osobní problémy záchranáře, které se mnohdy prolínají s těmi pracovními (Brýdlová, 2012).

Nicméně jako vše kolem nás i Systém psychosociální intervence se vyvíjí a pohlíží zejména na potřeby zasažených, které mnohdy úzce souvisí s osobním životem záchranářů.

1.6 Legislativa

Dříve byla psychosociální podpora zakotvena v Ústředním poplachovém plánu IZS v kódu 207 – psychologická a psychosociální podpora (obětem, příbuzným, sobě navzájem).

V roce 2009 byla na světovém kongresu Urgentní medicíny a medicíny katastrof přijata Deklarace psychosociálních práv, která uvádí, že na psychosociální podporu má právo každý včetně záchranářů (Deklarace psychosociálních práv. *Ministerstvo vnitra ČR* [online], 2009 [cit. 2013-12-02]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/deklarace-psychosocialnich-prav.aspx>).

Zdravotnická záchranná služba byla jedinou ze složek integrovaného záchranného systému, která neměla zřízené poskytování psychosociální péče svým zaměstnancům. Snaha tuto službu zajistit, vznikla až v roce 2008. Řada záchranných služeb nepodporovala tuto službu vůbec, u jiných měla oporu např. v Kolektivní smlouvě odborové organizace se zaměstnavatelem. Rok 2012 se stal zlomovým, neboť byl schválen Zákon č. 374/2011 Sb. o Zdravotnické záchranné službě, kde §16, odst. 1 písm. b) říká, že Pracoviště krizové připravenosti zajišťuje psychosociální intervenční služby pro zaměstnance poskytovatele zdravotnické záchranné služby

a další zdravotnické pracovníky v případě mimořádné události nebo krizové situace při provádění záchranných a likvidačních prací (Česko, 2011).

1.7 Modely psychosociální intervence

V České republice se uplatňuje posttraumatická intervenční péče vycházející z metody Critical Incident Stress Management, kterou popsal americký autor Jeffrey T. Mitchell a G. S. Everly v roce 1983. Metoda je zaměřena na prevenci, tzn., že má povahu diskuse, podpory, strukturovaného setkání a osvěty týkající se stresu a je v dnešní době používána po celém světě. Jejím cílem je snížení rizika vývinu posttraumatické stresové reakce a zmírnění následků mimořádné události. V daném procesu nejde o léčbu, psychoterapii ani o poradenství- tato opatření lze poskytnout v případě přetrvávání následků mimořádné události a situace bude řešena spíše individuální formou. Tento široce pojatý systém sloužící ke zmírnění následků stresu, zahrnuje vzdělávací preventivní programy, podporu na místě události, peer programy, defusing, debriefing a další následné služby (Baštecká a kol., 2005).

1.7.1 Demobilizace

„Demobilizace se využívá v případě katastrof velkého rozsahu pro skupiny pracovníků, krizové štáby. Cílem je dodat jasné a přehledné informace o možných příznacích a zvládnání stresu, doporučení ohledně životosprávy atd. Je třeba, aby se účastníci akce udrželi na úrovni tzv. automatického pilota (kdy člověk funguje jako automatický stroj, bez emočního prožitku doprovodu). Důvodem je účinné plnění záchranných a likvidačních prací – odklizení trosk a ostatků, vyprošťování raněných apod. Demobilizace trvá přibližně 10 minut, přičemž následuje 20 minut relaxace spojené s občerstvením“ (Baštecká a kol., 2005, str. 255).

„Vzhledem k dosud nepružnému systému zdravotnické záchranné služby je demobilizace v našich podmínkách v podstatě nerealizovatelná“ (Brýdlová, 2012, str. 25).

1.7.2 Defusing

Je využíván spíše po menších událostech nebo tam, kde se ještě debriefing uskuteční později. Lze říci, že defusing je zkrácená forma níže popisovaného debriefingu. Uplatňuje se u skupiny pěti až deseti lidí, kteří společně prožili událost. Provádí se bezprostředně po návratu z nasazení, dříve než dotyční opustí základnu.

Defusing vedou školení členové týmu posttraumatické intervenční péče v klidné místnosti okolo stolu, bez časového omezení či nátlaku, ale ne déle než 45 minut (Mitchell, 2006).

V úvodu zasažení popisují své emoce během i po události. Následuje fáze informací, kdy se situace shrne, intervent ubezpečí zasažené, že se jedná o běžné reakce lidí po mimořádné události a nabídne následnou pomoc. Defusing lze provést jen tehdy, pokud zásah netrval příliš dlouho. Jeho cílem je zklidnění neboli rychlé snížení intenzity reakcí na stres (Baštecká a kol., 2005).

1.7.3 Debriefing

Debriefing využívá potenciálu skupiny a lze ho označit jako strukturovaný rozhovor. Vychází z anglického slova „debrief“ – vyslechnout hlášení a je mezinárodně uznávanou metodou v oblasti duševního zdraví. Jeho využívání má ozdravující i preventivní charakter. Metoda by se měla používat v rozmezí 48-72 hodin po události. Setkání vede nejčastěji psycholog za pomoci vyškolených peerů. Peer může být hasič, záchranář, policista, voják nebo kdokoli jiný, kdo pracuje ve stejném oboru jako zasažená skupina. Tím, že kolega zná jejich práci a úskalí, které se v daném povolání skýtají, může se zasaženými sdílet vlastní zkušenosti, dodávat podporu a povzbuzení vyplývající z jeho vlastní praxe. Při debriefingu hovoří každý sám za sebe a v případě, že mluvit nechce, není k ničemu nucen. Doba trvání sezení je obvykle dvě i více hodin.

Debriefing se skládá ze sedmi úseků. Použití otázek závisí na povaze události a čase, který od ní uplynul. V úvodu se účastníci sezení představí a vedoucí debriefingu **stanoví pravidla**. Navazuje **úsek skutečností**, kde se pokládají otázky typu: Co se stalo? Kde jste byl, když se to stalo? Co jste tam dělal? Co jste měl za úkol? Po zodpovězení těchto otázek přichází **fáze myšlenek**, kde zasažení líčí své prvotní myšlenky po odehrání situace a myšlenky, které je napadaly déle. Další je **úsek reakcí**. Zde se popisuje, co dotyčný dělal, jak reagoval, jak se cítil, když to skončilo, jaká byla první noc po události, jak reagovala jejich rodina atd. Přichází **úsek příznaků**, ve kterém zasažení vypráví o tom, jaké to bylo po návratu, zda pociťovali nějaké změny v chuti k jídlu, kvalitě spánku, v těle či prožívání. Následuje **úsek učení a přípravy**, kdy se vedoucí debriefingu ptá, zda daná událost změnila zasaženým život, co by příště udělali jinak a co stejně nebo jak dnes rozumí tomu, co se s nimi v daném okamžiku dělo. Jako poslední je **fáze ukončení**. Dochází k dohodě, jak se bude postupovat dále. Případně se nabízí individuální konzultace a tím sezení končí. Cílem metody je, aby účastníci mluvili o svých zážitcích a pocitech, které při a po situaci zažívali

a uvědomili si, že jejich reakce jsou normální a přirozené dané situaci (Mitchell, 2006), (Vodáčková a kol., 2007).

1.7.4 Individuální intervence

Individuální intervence jsou uskutečněny prostřednictvím peerů, kteří aktivně vyhledávají potenciálně zasažené kolegy a nabízejí jim individuální rozhovor, ve kterém mohou otevřeně mluvit o svých problémech. Zdravotnický záchranář se tak setkává s porozuměním a empatií ze strany peera. Ten ovšem není odborníkem na duševní zdraví (psycholog, psychiatr), a proto cítí-li peer, že jeho síly na daný problém svého kolegy nestačí, nepřekračuje své kompetence a kolegu předá do rukou výše zmiňovaného odborníka. Cestou individuálních intervencí se vydala především Psychosociální intervenční služba hl. m. Prahy (Brýdlová, 2012).

1.8 Vývoj psychosociální intervenční služby na záchranných službách v České republice

Vývoj tohoto systému začínal přípravnou fází, která se datuje od roku 2005 až do roku 2008, jeho součástí byl výzkum stresu v ZZS, rozvinutí vzdělávacích aktivit a posléze příprava a certifikace peerů. Bylo zapotřebí analýzy prostředí, mezinárodní výměna zkušeností a spolupráce s psychology.

Rok 2008-2009 se uskutečnila regionální pilotní studie aplikovaná na Zdravotnické záchranné službě hlavního města Prahy. V tu dobu se začal utvářet design SPIS (odborní garanti, krajsí koordinátoři, peři, vzdělávání, financování, udržitelnost, výzkum).

Další rok, tedy 2010 se aplikoval pilotní projekt na potřeby zdravotníků.

Roku 2011 dochází k integraci služeb, tj. propojení SPIS s odbornými systémy rezortu Ministerstva vnitra, integraci do ochrany obyvatelstva a zapojení do mezinárodních aktivit (*Systém psychosociální intervenční péče* [online], 2011 [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: <http://www.spiscr.info/cs/>).

1.9 Psychosociální intervenční služba na Zdravotnické záchranné službě hlavního města Prahy

Psychosociální intervenční služba v Praze fungovala pouze omezenou dobu a to od října 2008 až do roku 2010, kdy se skupina hlavně z finančních důvodů rozpadla.

K rozvoji PIS na ZZS HMP přispěl grant evropských sociálních fondů. V rámci tohoto grantu proběhl čtyřicetihodinový kurz „**Psychologie pro záchranáře**“, který vedla PhDr. Marie Sotolářová a jehož se zúčastnilo osm pracovníků ZZS. Ti poté předávali informace a své zkušenosti dál svým kolegům v osmihodinovém školicím bloku. Pojednávalo se především o autoritě záchranáře a jeho osobnostních rysech, dalším tématem byla komunikace, stres a jeho formy, akutní reakce na stres a posttraumatická stresová porucha, syndrom vyhoření, systém řízení a zvládnání stresu (CISM), psychologická a psychosociální péče a podpora o zasažené- komunikace, pravidla a postupy (Buriánková, 2009).

Ministerstvo zdravotnictví, obor krizové připravenosti učinil nabídku k provedení pilotního projektu „**Poskytování preventivní psychosociální péče zaměstnancům Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy psychosociální intervenční službou.**“ Cílem bylo vybudování týmu peerů a předložení návrhu na systémová opatření v rezortu zdravotnictví ve vztahu k zajištění krizové intervence před, během a po mimořádných událostech a krizových situacích. Tato krizová intervence byla určena pracovníkům ZZS a pracovníkům na urgentních příjmech zdravotnických zařízení. Důvodem zadání projektu byl návrh zákona o záchranné službě, §13, písm. b) o zajišťování psychosociální intervenční služby pracovníkům zdravotnické záchranné služby a pro obyvatelstvo v případě mimořádné události a krizové situace. V rámci tohoto projektu byl proveden výzkum v podobě anonymního dotazníku s názvem „**Intenzita prožívání psychicky zatěžujících situací a míra opotřebení psychiky (syndromu vyhoření) u zaměstnanců ZZS HMP – ÚSZS**“. Výzkum byl proveden u lékařů, nelékařských pracovníků, operátorů zdravotnického operačního střediska a technicko-hospodářských pracovníků. Zaměření výzkumu bylo aplikováno hlavně na identifikaci traumatizujících událostí, stanovení intenzity prožívání těchto událostí, určení hladiny opotřebení psychiky neboli syndrom vyhoření a identifikování akceptovatelné formy psychosociální intervenční služby (Buriánková, 2009).

Druhou částí projektu ministerstva zdravotnictví České republiky bylo vytvoření skupiny „**Psychosociální intervenční služby**“ (dále jen PIS), jejímž cílem bylo zrealizování systému pro poskytování psychosociální intervenční služby zaměstnancům ZZS tehdy, jestliže jim hrozí zasažení v důsledku psychicky zatěžující situace. Služba mohla být využívána i v případech osobních, kdy si záchranář potřeboval pouze s někým popovídat. Předcházelo se tím mimo jiné i syndromu vyhoření. Tým PIS začal fungovat v polovině měsíce října 2008 a skládal se z odborného garanta, kterým byla PhDr. Marie Sotolářová, jednoho koordinátora a skupiny peerů. Snahou systému bylo, aby pracovní odvětví peerů bylo různorodé, podle pracovních pozic zaměstnanců ZZS (Buriánková, 2009).

Skupina PIS se skládala z počátku z deseti peerů a koordinátora, který byl současně peerem. Na každý měsíc byl vypsán rozpis nepřetržitých pohotovostních služeb, kdy byli peeri na příjmu svého služebního telefonu, schopni okamžitě vyjet za kolegy, kteří by mohli potřebovat jejich pomoc. V případech, kdy situace nebyla akutní, si mohl kdokoli s peerem sjednat schůzku mimo jeho pohotovost. Peeri nekomunikovali pouze přes služební telefony a e-mailové schránky, ale mohli využívat i jiné komunikační kanály jako je skype, facebook a podobně. Nejčastěji se však využívalo osobního setkání. Po každé uskutečněné intervenci peer zpracoval „Záznam o poskytnutí psychosociální intervenční služby“, který posléze odevzdal koordinátorovi pro monitorování služby. Záznam byl zpracován velmi obecně a bez identifikačních údajů, aby nebylo možné rozpoznat o jakého pracovníka ZZS se jedná. K dalšímu vybavení peerů patřily batohy, které sloužily pro případ, že se na místě události peeri zdrží delší dobu. Základním vybavením batohů byly psací potřeby, letáky pomáhajících organizací, vizitky peera, hračky pro děti, alufolie, gumové rukavice, papírové kapesníky, voda a čokoláda, termosky s čajem a kávou, svítilna (čelovka) a nepromokavý reflexní svrchní oděv. Batohy sloužily při mimořádných událostech jako nástroje první pomoci peerů (Buriánková, 2009), (Brýdlová, 2012).

Logo organizace znázorňuje uši ochotné naslouchat a srdce připravené porozumět (viz. Příloha 1)

1.10 Systém psychosociální intervenční služby

Systém psychosociální intervenční služby (dále jen SPIS) s celorepublikovou působností je systém, který se používá v současnosti. Zastřešuje ho Koordinační středisko Medicíny katastrof (dále jen MEKA) ve FN Brno ve spolupráci s Asociací zdravotnických záchranných služeb ČR (dále jen AZZS ČR). FN Brno zajišťuje administrativní činnosti jako je uzavírání smluv mezi jednotlivými subjekty SPIS, administrace webových stránek, komunikace s krajskými koordinátory a podobně. AZZS ČR úkoly výše uvedené zadává a zavazuje se, že zprostředkuje spolupráci krajských Zdravotnických záchranných služeb v ČR při finančním zajištění činnosti SPIS. Finanční zajištění spočívá v zaslání finančního příspěvku za členskou organizaci v dané hodnotě na účet FN Brno. Do členské organizace AZZS ČR patří třináct krajů, kromě hlavního města Prahy. Z celkové hodnoty příspěvků všech členů organizace se posléze vynaloží na odměnu krajským koordinátorům, garantům, provoz webových stránek a na další náklady spojené s provozováním SPIS (*Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR* [online], 2012 [cit. 2013-12-11]. Dostupné z: <http://www.azzs.cz/spis/>).

1.10.1 Strukturální obsazení členů týmu

Systém psychosociální intervenční služby má svá pravidla, ať už se to týká úrovně poskytovaných služeb, vzdělávání peerů nebo organizační struktury, která je následující:

- **Garant systému** zodpovídá za funkčnost SPIS a činnost jednotlivých subjektů, které se na systému podílí. K zajištění chodu systému je zapotřebí komunikace s odbornými guaranty a krajskými koordinátory. Svou činnost vykonává garant systému dobrovolně a zodpovídá za organizaci SPIS jako celku. Podílí se na přípravě peerů a odborníků na duševní zdraví v rámci certifikovaného výcviku a poskytuje supervizi.
- **Odborný garant** dohlíží na péči poskytovanou peery a odborníky na duševní zdraví, jakož i na činnost jednotlivých krajských koordinátorů. Zasaduje se o propagaci systému a jeho využití v rezortu zdravotnictví na území ČR, dodržuje etický kodex SPIS a další dokumenty v systému přijaté. Zajišťuje a podílí se na organizaci průběžného vzdělávání osob zapojených v SPIS, atd.
- **Krajský koordinátor** je zároveň peerem, který prošel výcvikem SPIS a koordinuje, sleduje a organizuje péči pro kolegy v daném kraji. Aktivně provádí

informační a publicistickou činnost o SPIS a rovněž v tom podporuje peery a odborníky na duševní zdraví na území svého kraje, atd.

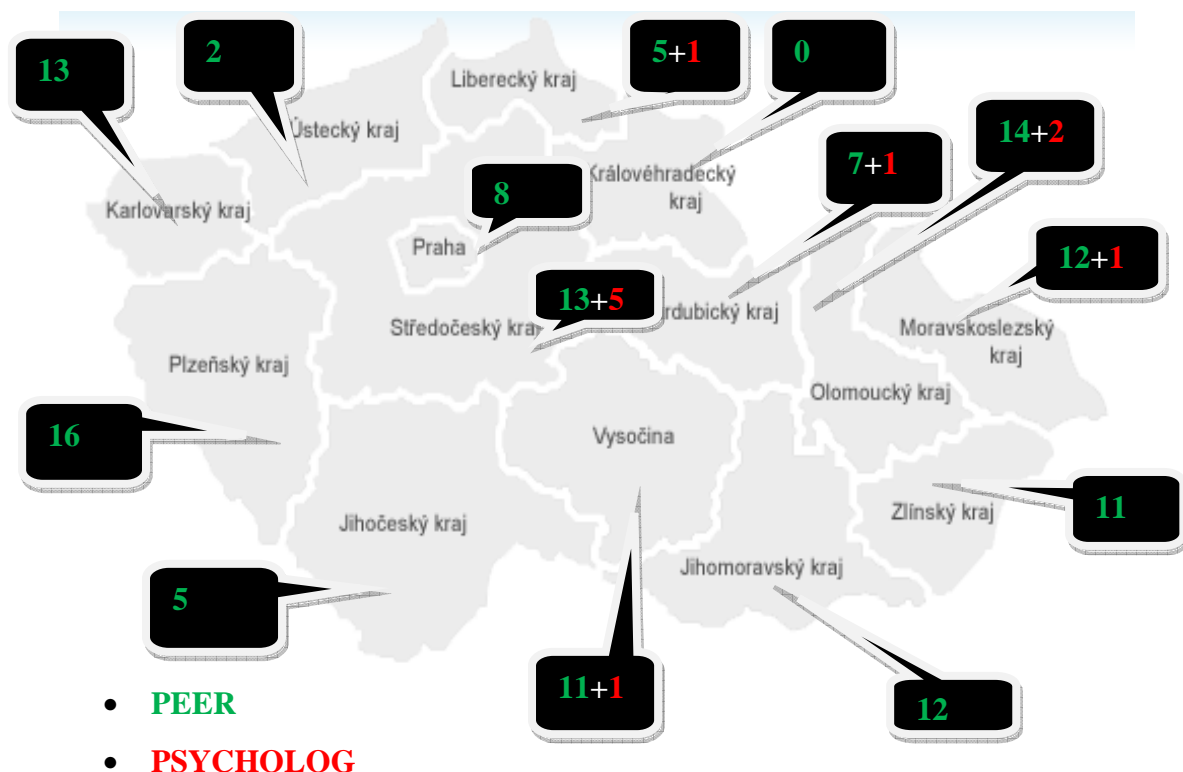
- **Odborník na duševní zdraví** je klinický psycholog s odbornou způsobilostí pro oblast zdravotnictví, s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem nebo výcvikem v krizové intervenci. Poskytuje peerům supervizi.
- **Peer** je tzv. profesní kolega, který kromě svého zaměstnání prošel certifikovaným výcvikem psychosociální péče o kolegy. Na základě tohoto výcviku může poskytovat psychickou podporu kolegům. Ti si jí buď vyžádali sami, nebo jim byla doporučena. Výhodou tzv. peerovství je, že profesní kolega ví, co dotyčný cítí, zná jeho pocity a tím pádem se dokáže plně vcítit do situace zasaženého. Účast peera v systému je čistě dobrovolná, může z něj kdykoli odejít. Peer může být osloven jakýmkoli zdravotníkem nebo managementem s žádostí o psychickou podporu, popřípadě může sám peer oslovit kolegu, u kterého pozoruje změnu vlivem profesních událostí. Pokud cítí, že jeho síly na daný problém nestačí, doporučí zasaženého do péče odborníka na duševní zdraví (*Systém psychosociální intervenční služby* [online], 2011 [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: <http://www.spiscr.info/cs/>).

Poskytovatelé SPIS jsou vázáni k dodržování **etického kodexu**, který slouží jak k ochraně samotných poskytovatelů, tak i k ochraně klienta. Mezi obecné zásady patří: „Poskytovatel SPIS respektuje jedinečnost každého člověka, a to bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu, či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení. Tuto péči poskytuje podle svého největšího vědomí a svědomí a má na paměti nejlepší prospěch uživatele. Poskytovatel SPIS respektuje uživatele jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy a povinnostmi, včetně jeho zodpovědnosti za své zdraví“ (*Systém psychosociální intervenční služby* [online], 2011 [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: <http://www.spiscr.info/cs/>).

Dle slov klinického psychologa moravskoslezského kraje PhDr. Lukáše Humpla je momentálně snaha o rozšíření psychosociální intervence i do zázemí nemocnic. Tímto bude služba dostupná nejen zdravotnickým záchranářům, ale i všem pracovníkům nemocnic. Jedná se zatím spíše o větší zdravotnická zařízení, jako jsou např. FN Ostrava, FN Brno -Bohunice nebo FN Hradec Králové. Od září roku 2015 budou probíhat nové kurzy pro peery, ve kterých jak to aktuálně vypadá, budou zájemci

především ze strany nemocničních zařízení. Nyní SPIS plně funguje ve Fakultní nemocnici Olomouc.

1.10.2 Současný počet peerů a psychologů SPIS v jednotlivých krajích České republiky



Zdroj: PhDr. Lukáš Humpl

- Jde o čísla aktivních peerů a psychologů, nikoli vyškolených
- Karlovarský kraj má 8 peerů, ale jsou neaktivní, tento kraj SPIS nevyužívá
- Hl.m. Praha má 8 aktivních peerů, ale činnost mimo SPIS

1.11 Psychosociální intervenční služba u kolegů v integrovaném záchranném systému

„Do základní složky IZS patří Hasičský záchranný sbor ČR, zdravotnická záchranná služba a Policie ČR. Hasiči jsou každoročně konfrontováni s mnoha usmrcenými, mezi nimiž jsou i děti. Vidí lidská neštěstí v jejich syrovosti, nenadálosti, popřípadě rozsáhlosti. Oni vyprostí zraněné či umírající z vraku automobilu, jdou v potápěčském obleku do kalné vody hledat pohřešovanou osobu, objeví zuhelnatělé tělo obyvatele hořícího domu, oni vidí těla, která jsou po haváriích nepodobná člověku“ (Baštecká a kol., 2005, str. 246).

Fakt, že práce hasičů je náročná jednak fyzicky, ale i psychicky potvrzují i nové koncepce, rozhodnutí a opatření Hasičského záchranného sboru ČR. Do výkonu práce hasiče jsou vybíráni lidé zdraví, psychicky odolní a fyzicky zdatní. Od roku 2002 se systematicky zavádí psychologická služba, která je vedena za účelem prevence a pomoci nejen pro hasiče a jejich rodinné příslušníky, ale také pro oběti mimořádných událostí. Psychologická služba HZS je sestavena ze tří základních pilířů a to sice z personální práce s hasiči, péče o hasiče a péče o další oběti (Baštecká a kol., 2005).

Zasažený hasič je poznamenán především hlubokou nejistotou a narůstajícími pochybnostmi, popř. i pocity viny. Mnohdy musel jednat v časové tísní a možná ve vysoce nebezpečné situaci, a proto se sám sebe zpětně ptá, zda jednal správně, nebo zda mohl jednat jinak. Přemýšlí o tom, jak se nyní budou nadřízení, kolegové, příbuzní k němu chovat a jak se postaví k případným sporným událostem. Náznaky ostatních si vykládá obvykle ve vlastní neprospěch. Měl by však vědět, že se momentálně nachází ve výjimečné životní situaci, a proto se stává citlivějším (Psychologická služba MV-GR HZS ČR, 2004).

V těchto situacích se hasiči mohou obracet na psychologickou službu HZS ČR, což je tým posttraumatické péče (TPP) v čele s psychologem HZS daného kraje. „Psychologové sboru vytvářejí, odborně vzdělávají a zajišťují systém poskytování posttraumatické péče příslušníkům a občanským zaměstnancům, a také obětem mimořádných událostí. Členy TPP jsou příslušníci nebo zaměstnanci HZS ČR, kteří mají nad rámec svých pracovních povinností zájem o pomoc lidem také touto formou. Každý člen TPP prochází výcvikem v CISM (Critical Incident Stress Management) a rovněž odbornou přípravou v poskytování první psychické pomoci, jejímž cílem je stabilizace psychického stavu zasažené osoby tak, aby se situace pro zasaženého již nezhoršovala, byl dodán pocit bezpečí, zajištěny základní potřeby a případně předání do další péče. V současné době je u HZS ČR jmenováno do TPP 206 členů“ (ČAPKOVÁ, M. Psychologická služba. *Hasičský záchranný sbor ČR* [online]. 2010, [cit. 2013-12-02]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-onas.aspx>).

Povolání policisty má také svá specifika. S. Hoskovcová uvádí čtyři nejčastější situace, kdy se jeví psychosociální intervence jako velice potřebná.

Jsou to traumatizující události, použití střelné zbraně, sebevraždy a jiná úmrtí policistů a odchod do výslužby (Hoskovcová, 2009).

Policie České republiky (dále jen PČR) může využít systém psychologické péče, který zahrnuje:

1) Anonymní telefonní linka pomoci v krizi - číslo linky je 974 834 688, je určena policistům, hasičům, zaměstnancům policie, hasičského záchranného sboru, ministerstva vnitra a jejich rodinných příslušníků. Při mimořádných událostech linku může využít i širší veřejnost. K dispozici je 24 hodin denně celý rok. Svou činnost linka zahájila 14. 11. 2002 a důvodem zřízení byl narůstající počet náročných služebních zásahů i výskyt sebevražedného jednání v řadách policistů. Na lince pracují vyškolení odborníci, kteří prošli výcvikem v telefonické krizové intervenci.

2) Systém posttraumatické intervenční péče (PIP) - Byl založen za účelem minimalizace rizik spojených s náročností výkonu policejní služby. Systém se začal rozvíjet v roce 1998. Intervenční tým tvoří lidé z řad policistů, občanských zaměstnanců Ministerstva vnitra a PČR, policejních psychologů a duchovních, kteří prošli speciálním akreditovaným výcvikem. Interventi PIP do systému vstupují na základě jejich dobrovolnosti. Členové týmu poskytují policistům specifické informace, potřebnou podporu, pomoc či zprostředkování další odborné péče. Opět se zachovává maximální diskrétnost a anonymita policistů. Interventi garantují mlčenlivost o informacích, které se od zasaženého dozvědí. Policisté si mohou sami vybrat interventa PIP, nebo se obrátit na koordinátora týmu. Členové týmu jsou k dispozici na internetových stránkách každého krajského ředitelství policie. Zasažený může kontaktovat interventa sám osobně či telefonicky, nebo naopak systém PIP kontaktuje iniciativně zasaženého a nabízí mu intervenci. Lze ji zprostředkovat individuálně i skupinově, za účelem zmírnění dopadů traumatizující situace nebo také jako prevence rozvoje potíží v budoucnu. Posttraumatická intervenční péče je upravena závazným pokynem policejního prezidenta č. 21/2009, který byl dále změněn ZP PP č. 79/2010. Členové týmu PIP jsou jmenováni na základě rozkazu ředitele daného krajského ředitelství policie. Za metodické řízení systému PIP odpovídá vedoucí psycholog PČR.

3) Služby policejních psychologů – Pomoc psychologa si může vyžádat každý pracovník policie, popřípadě v některých situacích i rodinný příslušník. Policista si může sám vybrat psychologa, s kterým chce hovořit. Policejní psychologové stáli u zrodu výše zmiňovaných intervenčních metod, na kterých se stále podílejí.

Tito psychologové poskytují odborné konzultace, psychologické poradenství, krizové intervence a případně i psychoterapie. Policejní psychologové jsou vázáni etickým kodexem, takže se řídí principem mlčenlivosti a diskrétnosti. (Vymětal, Voska, 2010)

Nárok policistů na psychologickou péči stanovuje zákon č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů. Psychologická péče v rezortu PČR zachovává etické zásady, zejména pak diskrétnost, která je obdobou lékařského tajemství. Tým poskytovatelů psychologické péče se skládá z policejních psychologů, krizových interventů z řad policistů či zaměstnanců PČR a duchovních. Tato péče se provádí na principu dobrovolnosti, tzn., že nemůže být nikomu nařízena nebo vynucována jinými osobami. Poskytování je anonymní, důvěrné a bezplatné (Vymětal, Voska, 2010).

2 Praktická část

V praktické části jsem popsala několik kazuistik. Vzhledem k tomu, že jeden z hlavních a nejzásadnějších pilířů peerů je diskrétnost a mlčenlivost o skutečnostech, jež se dozvěděli prostřednictvím intervence, nebylo vůbec jednoduché se k nějaké kazuistice dostat. Díky mlčenlivosti se peerům dostává důvěry z řad zasažených kolegů, kteří se bez obav mohou kdykoli vrátit a svěřit se. Nejsem sice vyškolený peer, ale se vši úctou budu respektovat diskrétnost a osobitost jednotlivých příběhů, které mi svěřili zaměstnanci ZZS a já jim za to moc děkuji. Neboť po jejich přečtení každý, ať už je to student, záchranář nebo člověk z jiného oboru, pochopí, proč je psychosociální pomoc důležitá. Níže popsané kazuistiky jsou anonymní a sepsané slovy zasažených.

2.1 Kazuistika 1

„Podzim, denní služba, pracovní den. Jsem v autě, píská pager, tam adresa a informace, těžká dopravní nehoda, dítě versus nákladní vozidlo. Jsem 2 km od místa, je jasné, že tam budu první. Cestou riskuji víc než normálně, promítám, co budu dělat, utěšuji se, že to volající jistě přehnal, i když je zřejmé, že jestli to nepřehnal, moc tam toho nenaděláme... Za chvíli už přijíždím na místo. Resuscitují holčičku, běžím k nim, pracujeme, dítě je zraněné hodně a já si uvědomuji, že nemá šanci. Kolem se srocují lidé, časem registruji na obrubníku sedícího řidiče nákladní Tatry s pískem, který dítě na přechodu srazil, když odbočoval vpravo a dítě mělo zelenou. Ptá se nás, jak to vypadá, říkám mu, ať si odsedne dál, že za ním lékař přijde. Chlap se nehýbe, pláče a říká, že ji neviděl, беру ho za předloktí a odvádím pryč, tam mu říkám, že děláme maximum a vracím se k dítěti, je to velmi rychlé... Po cca 10 minutách konečně přijíždí další RZP vůz a střídáme se, dítě resuscitujeme víc než hodinu, dostává plnou, byť poněkud zoufalou péči. Lékař mi šeptá, že je mrtvá, ale že budeme pokračovat. Mezitím opakovaně zvoní rozbitý mobil holčičky, na prasklém displeji bliká „Mum’s calling“, žádám PČR o prohledání špinavé a zakrvavené tašky, tam je žákovská a v ní adresa. Jde o cizinku, a bydlí v domě 150 m od křižovatky. Říkám PČR, že když matka volala a nedovolala se, jistě bude koukat z okna a doběhne, jdu

přeparkovat auto, aby na nás přímo neviděla, a posílám policistku před své auto, aby matku zastavila. Ta skutečně po chvíli přiběhla, v teplácích, v náručí drží asi roční dítě, bez ponožek, strašně pláče, mluví anglicky, chce k nám. Beru jí do sanitky, na minutu nechávám s policistkou, jdu za lékařem a oznamuji mu, že přišla matka, jestli by za ní nešel, lékař naštěstí mluví anglicky. Chce jít za ní, říkám mu, ať si sundá krvavé rukavice, udělal to. Mezitím pokračujeme v KPR. O několik minut později přijíždí taxík, z vozu vyskakuje mladý muž, anglicky křičí, co se stalo, беру ho do sanitky, tam je stále náš lékař a mluví s manželkou. Střídáme se, doktor jde k dítěti, já zůstávám s rodinou, nevím, co mám říct, беру alespoň buničinu a svůj čaj. Za chvíli buší na dveře 2 starší lidé, jsou to babička a dědeček dítěte - rodiče matky, oba brečí. Všichni nastupují do vozu, malé dítě začíná brečet. Situace strašlivá, 5 lidí mi brečí v autě, já přes okno na monitoru vidím stále rovnou čáru a nechci na tom místě být. Uvažuji, co můžu udělat, babičce říkám, že budu venku, vystupuji a volám na ZOS, že potřebuji RIAPS, ale anglicky mluvícího doktora, ať to zařídí. Hlas mi přeskakuje, dispečerka mi oznamuje, že se ozve a že rozumí. Jde ke mně nějaký chlap s kamerou, posílám ho pryč, nechápe, nebo nechce pochopit, jdu za PČR, ať ty hyeny někam uklidí... Čas strašně běží, jdu opět k dítěti, KPR stále pokračuje. Masíruji hrudník, křupe mi pod rukama, holčička má na obličejí otisk pneumatiky, blond vlasy spleené krví. Lékař mně bere za ruku a říká, že to ukončuje. Na koleně cítím chlad, klečím v krvi. Slyším ze sanitky ten pláč, lékař tam jde oznámit úmrtí, ptám se ho, jestli mám jít s ním, říká, že to zvládne. Já tedy stříhám infuzní roztok a omývám obličej holčičky, kdyby se rodina chtěla jít rozloučit, což si nedokážu představit, ale mají na to právo a my jim to máme nabídnout, i když je upozorníme, co je čeká... kolega chce jít pro černou plachtu, ptám se řidiče, jestli nemá ve svém autě bílé prostěradlo – připadalo mi nepřipustné, aby teď do vozu, kde je celá rodina, šel pro černou plachtu a pak, aby byla přikrytá černým igelitem... Má, tak jí halíme do bílého prostěradla. Brečím. Nemůžu se ovládnout, kutálejí se mi slzy. Volá ZOS, že sehnalo na RIAPS anglicky mluvícího doktora, jdu do auta, otírám se a opakuji si, že to musím zvládnout. Hledám seznam pomáhajících profesí (v té době nebyl leták), venku mezitím stojí babička s dítětem. Mluvím s ní, dávám jí deku a kontakt na RIAPS, usazují je do auta. Říká, že moc děkuje a že jsme udělali, co jsme mohli. Z auta vystupuje doktor, naštěstí rodině rozmluvil rozlučku s dcerou na místě, táta ale vybíhá z auta a chce k dceři, dochází k menší potyčce s dědečkem, který se ho snaží zachytit. Sedá si na zadní schůdek a brečí, jdu k němu, dřepím u něj a mlčím. Ještě nás čeká dořešení pojistky, rodiče

nemají kartičku pojištěnce u sebe, volám na dispečink, diktuji jim jméno a datum narození holčičky, ať zavolají na VZP, jestli není pojištěná tam, za chvíli volají zpět, že je to OK. Stejně bychom rodině fakturu nenapsali, to by se vyřešilo později...

Opět mluvím s babičkou, vše opět vysvětluji, dávám svojí vizitku. Odcházejí domů, mají to kousek... Děkuji za RIAPS, zajdou tam pěšky, z domu to mají 300 m.

Jdu za svými kolegy, všichni jsme ze situace špatní, nemluvíme, mechanicky uklízíme, do odsávačky plné krve se nikomu z nás nechce... Lékař sedí v autě a píše, jeho řidič nemluví, uklízí, kouří u toho... PČR fotí, vyměřuje. Jdu za řidičem Tatry, zhroutil se. Taky dostává kontakt na RIAPS, nastupuje do vozu vyšetřovatelů DN PČR.

Odjíždíme, hlásím se na příjmu, dispečerka mi děkuje. V krátké době volají dva peeri, už vědí, co se stalo. Volá mluvčí, volá primář. Večer volá máma, viděla zprávy. Čtu mail, píše další peer. Probíráme to, pomáhá mi to. Za necelý týden resuscitujeme další dítě, opět neúspěch. PIS opět zafunguje.“

- Ptala jsem se, jaké stresové faktory na místě události byly nejhorší:
 - **Bezmoc** (Hned od začátku posádka věděla, že holčička nemá šanci na přežití, ale přesto se snažili udělat vše, co bylo v jejich silách. Možná všichni potřebovali čas, aby zvládli první nápor emocí, dali jí hodinu a použili vše, co mohli.)
 - **Fakt, že doběhne matka holčičky** (Po zjištění adresy a neustále zvonícím mobilním telefonem, bylo posádce jasné, že matka půjde svoji dceru hledat a tím pádem může na místo nehody zanedlouho dorazit.)
 - **Okolí** (Z počátku se všichni koncentrují pouze na pacienta a dělají, co je v jejich silách. S postupem ubíhajících minut začnete vnímat své okolí, kolemjdoucí, kteří vás pozorují, televizní kamery a nelítostné reportéry bažící po zprávě dne.)
 - **Jazyková bariéra**
- Využití intervence: Jednalo se o individuální psychosociální intervenci, která byla zaměstnancem ZZS využita 4x, trvala vždy přibližně 1,5-2 hodiny.
- Pocity z psychosociální intervence: „Je to určitý pocit jistoty, že když bude nejhůř, vím na koho se obrátit. Ten někdo rozumí, poslouchá a slyší.“

2.2 Kazuistika 2

„Na ZZS jsem byl přibližně půl roku, když jsem dostal nejprve výzvu dušnost ++ na adresu přibližně 600 metrů od našeho stanoviště. Doktor byl někde vyjetý, tudíž jsme na místo události přijeli jako první. Z výzvy nebylo jasné, zda se jedná o dívku či kluka, ale věděli jsme, že jde nejspíše o dítě. Asi za dvě minuty jsme přijeli do azylového domu pro matky s dětmi. V hlavě jsem si říkal, že to nějak zvládneme, vezmeme si kyslíkový batoh a doktor už bude na cestě. V tom nám volá dispečink, změnil výzvu na bezvědomí ++, matka resuscituje, ale je zvláštní, neboť nedokáže podat informace. Situaci jsem rychle přehodnotil, vzali jsme s sebou vše, co jsme pobrali včetně kyslíku a monitoru. Ve vchodu do domu stál starší pán, který pootevřel dveře jen na pár centimetrů a ptal se, kam jdeme. Samozřejmě mě to naštvalo, protože jsme pospíchali. Co je to vůbec za otázku? Jsme záchranáři, kam bychom asi tak šli? Proběhlo mi hlavou. Jen jsem odvětil: Dovnitř, pusťte nás prosím, jsme záchranka! Dál jsem se k tomu nevyjadřoval a pokračoval dál.

Přiběhli jsme do bytu a ve chvíli, kdy jsme vstoupili do dveří, za námi dorazil doktor. Vešli jsme dovnitř a přibližně za 5 metrů jsme odbočili doprava, kde byla malá předsíňka, v ní rozházené boty. Šli jsme do obývacího pokoje. Tam stála matka dítěte, měla asi 150 kilo a vypadala vyděšeně. Oči fixovala do okolí a bylo zřejmé, že není úplně při smyslech. Byla psychiatricky nemocná, což jsme zjistili až po nějaké chvíli. Přímo před ní ležel pětiletý chlapec, který měl kolem krku obvázanou šňůru na vytahování žaluzií, která byla vyrvaná ze zdi. Chlapec tam ležel, hlavu měl úplně modrou a šňůru obmotanou minimálně pětkrát kolem krku. Hned jsme si k němu klekli a začali ji odmotávat. Vyptávali jsme se matky, co se stalo. Matka se obhajovala, že neví, že už ho takhle našla, nejprve kašlal, potom brečel, pak nebrečel.... Už nám začalo docházet, že matka není jen zmatená, ale nemocná. Chlapcovo tělo bylo bezvládné. Na krku byly jasně vidět strangulační rýhy, měl to hodně utáhlé. Kontrolovali jsme dýchání, nedýchal. Dali jsme ho na monitor a snažili se zajistit žílu. To se povedlo až na počtvrté a pouze žlutá. Vzhledem k bezvědomí se doktor rozhodl zavést intubační rourku, nedařilo se... Chytl jsem dítě a vyzvedl ho asi deset centimetrů do vzduchu nad podlahu. Doktor zaintuboval a dýchal s dítětem. Mělo zástavu, snažil jsem se masírovat hrudník, ale šlo to špatně. Tělesné proporce chlapce neumožňovaly masáž oběma rukama, tak jsem masíroval jen jednou a snažil se chlapce svoji vahou doslova nerozmačkat.

Masírovali jsme skoro hodinu, na chodbě pořád někdo chodil a nakukoval do dveří, psi štěkali. Okřikl jsem je, ale doktor mi řekl, ať si jich nevšímám. Na léky dítě vůbec nereagovalo, a když sem se ptal matky, jak dlouho tam takhle leží, odpověděla, no před chvílí, no já jsem ho hned vytáhla.... Těžko se mi to popisuje, ale ta situace opravdu byla divná. Doktor to ukončil. Dítě jsme bohužel nenahodili. Čekal jsem, že nám bude matka nadávat, že bude šílet, ale ona tam jen tak seděla a tvářila se, jakoby jí někdo ukradl nákup. Potom začala afektovaně brečet a za chvíli byla zase abnormálně klidná. Když přijela policie, matka zmateně pobíhala po bytě. Situaci popisovala jinak, než jak to vypadalo. Někdo ze sousedů řekl, že ten chlapec strašně brečel a poté, co jsme přijeli, bylo ticho. Od policie bylo vzneseno podezření, že ho matka usmrtila. Sám jsem neměl pocit, že by si to chlapec udělal sám, ale tohle není v mých kompetencích posuzovat. Měli jsme před koncem služby, přijela nás na místo události vystřídat druhá posádka, která posléze uklidila naše věci, a my jsme mohli odjet. Chvíli jsem si říkal, že to není nutné, vše si uklidím sám. Na konec jsem jim byl za to vděčný.“

- Stresové faktory:
 - **Resuscitace malého chlapce** (masírovali jsme přibližně hodinu, bez výsledku)
 - **Zvláštní okolnosti úmrtí** (nemohl jsem se ubránit myšlence, že pětiletého chlapce uškrtila jeho vlastní matka)
 - **Lidé stojící kolem** (pracoval jsem na zdravotnické záchranné službě krátce a ještě jsem nedokázal nereagovat na lidi, kteří stáli kolem)
- Využití intervence: Záchranáře kontaktoval peer, jednalo se o individuální intervenci, která trvala přibližně hodinu.
- Pocity z psychosociální intervence: „Kontaktoval mě peer, se kterým jsem si povídal asi hodinu, vše jsem mu detailně popisoval, můžu říct, že mi to hodně pomohlo. Pochopil jsem, že to, co cítím je normální reakce na prožitou událost.“

2.3 Kazuistika 3

„Bylo 7. 7. 2007. Už jen ten datum sváděl k myšlence, že se zaručeně něco stane. Jeli jsme s kolegou, se kterým jsem jezdil poprvé, na otevřenou zlomeninu bérce policisty, který při zásahu špatně spadl. Pacienta jsme na místě vyšetřili, přemístili na nosítka a napíchli kanylu. Cestou do nemocnice jsme přejížděli víceproudou silnici,

kde nás všechna auta pustila, až na jedno. Seděl jsem v zadu s pacientem, kolega řidič zařval a já z otevřeného okénka viděl, jak se na nás ze čtvrtého pruhu řítí auto. Rána! Po srážce se náš vůz převrátil na bok a narazil do semaforu, díky tomu jsme se nepřetočili ještě dál na střechu. Od této chvíle si vše pomatuji trochu zmateně. Kolega mne vytahoval přes zadní dveře a popoháněl mě se slovy – dělej, něco z toho teče! Prý jsem ještě pomáhal vyprošťovat toho policistu a zmateně jsem mluvil s dispečinkem....někdy bych si to rád poslechl. Ležel jsem na chodníku, brněly mě nohy. Přijela druhá sanita a doktor. Záchranář, který pro mě přijel, nastoupil na ZZS asi před 14 dny a říkalo se mu „spící panna“. Doufám, že si všichni domyslí, jaká povaha ho charakterizovala. Dělal mi potíže smířit se psychicky s tím, že pojedou stejným typem sanitního vozu, jako bylo to naše nabourané. S doktorem, který mě vyšetřoval, jsem se znal. Jiný by řekl, že je to výhoda, mě se chtělo brečet! Jeho léčebné metody mi byly známé a já s nimi absolutně nesouhlasil. Svůj protest k podání opiátů jsem dal dostatečně najevo a tak jsem jel ve vakuové matraci bez analgezie, ale za to s plnou dávkou kortikoidů a 500 ml fyziologického roztoku. Kolega spící panna mi měl změřit tlak, když jsem ho chvíli pozoroval, jak tam přešlapuje sem a tam a zjevně neví a netuší, kterou si má vybrat,...nabídl jsem mu svou pravou ruku, jelikož v levé sem měl kanylu. Po příjezdu do nemocnice jsem jel rovnou na vyšetření páteře. První doktor tvrdil, že mám zlomený obratel, ať se připravím na operaci. Po této hrozné diagnóze, mě tam nechali na lehátku ležet samotného cca 15 minut. Měl jsem spoustu času, hlavou mi probíhal celý život a následně život, který mě čeká po této události. Brečel jsem jak malé dítě! Chtělo se mi strašně na záchod. Nikdo tam nebyl. Až po delší době proběhl sanitář, který mi pomohl. Přišel druhý lékař, začal mě uklidňovat, že je zlomený pouze trn obratle, a že to nebude tak závažné jak se zdálo. Do třetice všeho dobrého se přidává další doktor, který mě ujistil, že je to jen kontuze bez zlomeniny. Měl jsem otřes mozku a pohmožděnou páteř, kde mi otok tlačil na míchu a proto jsem se nemohl postavit na nohy. Dostal jsem svůj pokoj, večer jsem se viděl v televizních zprávách. Po propuštění z nemocnice jsem byl doma asi ještě měsíc, abych se dal úplně dohromady. Nemohl jsem spát, pořád se mi ve snech vracel ten pohled řítícího se auta na sanitku. Ještě se mi zdálo o tom, jak havaruje někdo z mé rodiny. Přišel čas, kdy jsem se měl vrátit zpět do práce a já si byl jistý, že to psychicky nezvládnou. Dělal mi problém si sednout dozadu k pacientovi, neustále se mi vracel ten šílený pohled. Byl jsem přesvědčený, že dám v práci výpověď. Někdo mi poradil, abych se obrátil na jednoho kolegu, který stál u zrodu peerů v Praze. Sešli jsme se asi dvakrát a troufám

si říct, že jsem na záchrance zůstal jen díky němu a jeho intervenci. Moje obavy samozřejmě nezmizely hned jako mávnutím proutkem, strach se mě držel ještě dva roky, ale už sem s tím mohl pracovat.

➤ Stresové faktory:

- **Pohled na blížící se auto** (Viděl jsem v tom otevřeném okénku, jak se to auto blíží, ale nemohl jsem s tím nic dělat.)
- **Neoblíbená posádka** (Zdravotnický záchranář, u kterého jsem měl pocit, že se lépe ošetřím sám a posléze doktor, kterého jsem neuznával.)
- **Stejný typ sanitního vozu** (Pomatuji si, že mi vadilo, jak mě nakládají do stejného typu auta, jako bylo to naše nabourané. Něco mi říkalo – tam né!)
- **Sám s diagnózou** (Všechno to na mě dolehlo, nemohl jsem se ubránit pláči.)

➤ Využití intervence: Oficiální zrod intervenční skupiny byl ještě v začátcích, šlo o 2 individuální schůzky se stejným peerem.

➤ Pocity z psychosociální intervence: „Nebýt té intervence, dal bych v práci výpověď. Peer, se kterým jsem mluvil, mi byl velikou oporou, neboť věděl, co prožívám.“

2.4 Kazuistika 4

„Bylo 19. ledna kolem poledne, když přišla výzva. Pacienta jsme znali, jezdili jsme na něj častěji. Spolu se zdravotní sestrou jsme nasedli do auta a vyrazili na cestu. Protože obsahem výzvy byla dušnost, jel za námi ještě řidič s lékařkou. Tachometr ukazoval asi 120 km/hod. Sestra vedle mě si vypisovala hlavičku parere ve chvíli, kdy pán z vedlejší ulice vjel do mého jízdního pruhu. Zpomalil jsem. Když si mě řidič osobního automobilu všiml, zastavil. Opět jsem šlápl na plyn, protože v protisměru nic nejelo. Chtěl jsem ho objet. Mělo to jeden háček, pán si spletl řazení v autě a namísto zpátečky zařadil první rychlostní stupeň a sešlápl pedál plynu. Vjel mi přímo do cesty, strhl jsem volant, ale po nárazu se otevřelo víko motoru, které mi znemožnilo cokoli před námi vidět.

Houkající sanita se zastavila až v korytu potoka na druhé straně silnice. Vůbec nic mi v tu chvíli nedocházelo, sestra vedle mě utrpěla velký náraz do hlavy, ležela

sesunutá pod sedačkou v krátkodobém bezvědomí. Otevřel jsem dveře od auta, skočil jsem do vody a šel otevřít vedlejší dveře od sestry. Nešlo to, musel jsem je zevnitř vykopnout. Lidé od povodí mi pomohli s vyproštěním, sestra začala trochu komunikovat, vytáhli jsme jí na silnici. Kolem jela naše druhá výjezdová skupina na svůj výjezd. Když nás spatřili, zavolali na dispečink, ať na pacienta pošlou jiné auto, že zůstanou u nás a objasnili jim naši situaci. Během toho, co jsem pomáhal zajistit zdravotní sestru, lékařka pracovala na pacientech v osobním autě, které nám vjelo do cesty.

Řidič byl na místě mrtvý, bylo mu kolem 90 let, německé národnosti. Na místě spolujezdce seděla žena, která měla pečovat o řidičovu rodinnou známou, která byla postižená. Zrovna ji vyzvedli na nádraží a vraceli se zpět do Německa. Pečovatelka měla frakturu lebky, ale žila. V zadu seděla již zmiňovaná řidičova známá, zranění si už přesně nepomatuji, ale vím, že to také přežila. Pro obě ženy přiletěl vrtulník. Během chvilky jsme byli obklopeni houfem lidí - hasiči, policie, kolemjdoucí, novináři, naši kolegové v civilu. Bylo to strašné, pomalu mi začalo vše docházet. Kolega mě prohlídl, měl jsem pouze naštípnutou horní čelist, takže mi nedrželi žádné zuby v horním patře. Zdravotní stav sestry byl horší, neboť byla na straně nárazu. Měla zlomená žebra, prasklou kyčel, roztrhnuté oční víčko a mnoho odřenin. Její hospitalizace trvala asi měsíc. Po dvou týdnech nás oslovila koordinátorka systému psychosociální intervenční služby našeho kraje, zda bychom měli zájem o debriefing. Všichni jsme souhlasili. Debriefingu se zúčastnily obě posádky, které ten den sloužily, lékařka s řidičem, dva kolegové, kteří šli zrovna kolem a dispečerka, která přijímala výzvu. Sezení vedla psycholožka s peery, trvalo to asi dvě hodiny. Seděli jsme v kruhu, všichni jsme si tykali a postupně jsme rozebírali, co se vlastně stalo. Vzájemně jsme si sdělovali své pocity a nechali volný průchod emocím. Mnozí z nás plakali, nedalo se to vůbec zastavit. Paní psycholožka nás ujistila, že jde o zcela normální reakci. Podmínkou sezení byl příslib, že co se řekne v kruhu, to se nedostane ven. S debriefingem jsme byli spokojeni. Jsem rád, že se touto problematikou vůbec někdo zabývá.“

➤ Stresové faktory u řidiče sanitního vozu:

- **Bezmoc za volantem** (Nemohl jsem zabránit nárazu, vozidlo se nekontrolovatelně řítilo do potoka, nic jsem neviděl přes otevřené víko motoru.)
- **Starost o zdravotní sestru, o své zdraví** (Byl jsem zmatený, moc jsem si to nepřipouštěl, prohmatával jsem si kosti, byly v pořádku. Jen zdravotní sestra

ležela sesunutá pod sedačkou a z počátku nekomunikovala. Zachvátil mě strach.)

- **Zdravotní stav osob v osobním automobilu**
 - **Zjištění, že je řidič mrtvý** (Nikdy jsem si nemyslel, že za to můžu, ale pořád jsem ho viděl před sebou.)
- Stresové faktory u zdravotnické sestry
- **Zjištění, že je řidič osobního automobilu mrtvý** (Když mi doktorka přišla říct, že je řidič osobního automobilu mrtvý, byl to strašný pocit.)
 - **Strach o vlastní oko** (Nemohla jsem vůbec otevřít oko, cítila jsem, jak mi skapává krev z obličeje na zem.)
 - **Pobyt v nemocnici** (Když se za mnou přišli podívat kolegové z práce, nemohla jsem se ubránit slzám, nešlo to zastavit. Najednou se mi obrátily role, už jsem nebyla ta, co předává pacienta, ale pacient. Měla jsem mnoho času přemýšlet, co by se stalo, kdyby to pro mne dopadlo hůř, kdo by se staral o dceru atd.)
- Využití intervence: Posádku oslovila krajská koordinátorka, zvolená metoda intervence byl debriefing. Sezení trvalo přibližně dvě hodiny za vedení paní psycholožky a peerů.
- Pocity z psychosociální intervence: Zdravotnická sestra: „Pomohlo mi především to, jak sem se mohla vypovídat. Poté zjištění, že nejsem sama, kdo to tak intenzivně prožívá. Líbila se mi atmosféra při debriefingu a diskrétnost systému. V případě další psychicky náročné situace SPIS znovu využiji.“

3 Diskuse

Psychosociální intervence pro zdravotnické záchranáře je téma velice málo popsané, a proto není snadné tuto práci porovnávat s výsledky publikací jiných autorů. Helena Brýdlová ve své bakalářské práci s názvem „Psychosociální intervenční služba v podmínkách zdravotnických záchranných služeb v ČR“ uvedla vlastní výzkum prováděný na ZZSHMP, kde se zabývala např. okruhy problémů, se kterými se zdravotničtí záchranáři obracely na peery. Zde vyšlo, že osobní problémy, byly nejčastějším tématem peerovských rozhovorů, těsně za tím byl okruh pracovních problémů a jako poslední figurovaly mimořádné události. Tento výstup poukazuje na potřebu rozšiřování psychosociální intervenční služby nejen z důvodu mimořádných událostí, ale také z důvodu osobních problémů zdravotníků, neboť jakýkoli psychický problém může záchranáře omezovat v jejich profesní výkonnosti. Psychosociální intervenční službu nejvíce využívali zdravotničtí záchranáři, poté hospodářsko-techničtí pracovníci, třetí skupinu obsadili pracovníci na ZOS a jako čtvrtí byli lékaři. Dalším bodem výzkumu bylo ukončení intervencí. Nejvíce intervencí končilo domluveným dalším kontaktem s peerem, jako druhé byly jednorázové intervence a v nejnižším procentu byla zasaženým doporučena následná odborná péče psychologa. Lze tedy tímto vyjádřit skutečnost, že většina zasažených, kteří využili podporu peerů, byla s péčí spokojena a neváhala jejich služby opět využít.

Nepochybně by bylo zajímavé porovnat naši psychosociální péči v ČR s jinými státy. Nabízely by se otázky typu: „Kolik peerů připadá na jednotlivá výjezdová stanoviště? Jaké jsou statistické počty odvedených intervencí za jeden rok? Je tato služba zakotvena v zákoně a je tudíž povinností každé ZZS? Upřednostňuje se v zahraničí debriefing před individuální intervencí? Atd.“

Zajímalo by mne, zda by se osvědčila metoda, kde by každý nastupující zdravotnický záchranář dostal přiděleného peera, který by se s novým spolupracovníkem v nástupní době sešel a provedl intervenci. Je zřejmé, že první tři měsíce jsou pro nově nastupující pracovníky psychicky velice náročné. Tento návrh má jistě spoustu skrytých „ALE“. Ne každý například s touto službou souhlasí nebo si nemusí vyhovovat přidělený peer s nově nastupujícím pracovníkem, atd.

Psychosociální intervenční služba je dle mého názoru potřebná, jak na výjezdových stanovištích, tak i v nemocnicích. Ve fakultní nemocnici Ostrava jsou

vyškolení peři nejen pro své spolupracovníky, ale i pro veřejnost. Svoji působnost rozšířily vně organizace. Poskytují intervence rodinám, příbuzným - pozůstalým. Tato myšlenka je velice krásná a štědrá za předpokladu, že člověk, který intervenci poskytuje, je sám bez problémů, psychicky vyrovnaný.

Doporučení pro praxi

Mě osobně se líbil systém PIS HMP. Zavedla bych zpět některé činnosti a zvyklosti, které peři měli a uznávali, např. bych znovu uskutečnila rozpisy služeb, kdy peři drželi pohotovost dvacet čtyři hodin denně, a tím byl v každou dobu určitý peer dostupný na služebním telefonu, připravený na rozhovor či schůzku. Dále bych pokračovala v propagaci letáčků s přehledem organizací pomáhajících lidem v nouzi.

Služba by se měla zaměstnancům ZZS aktivně nabízet, ale nevnucovat. Ne každý jedinec jí potřebuje. Pro dobrou informovanost krajských koordinátorů o psychicky náročných situacích zaměstnanců, bych sepsala smlouvu mezi SPIS daného kraje a ZOS pro tentýž kraj. Dispečerka by měla povinnost informovat krajského koordinátora o všech situacích, kde by se mohla psychosociální intervence uplatnit. Následně by krajský koordinátor oslovil posádku.

Dále bych rozšířila propagaci SPIS. Na každém výjezdovém stanovišti by krajský koordinátor nebo některý z peerů uskutečnil přednášku o psychosociální intervenci, kde by zaměstnancům sdělil, z jakého důvodu, a za jaké situace se psychosociální intervence nabízí, co to je, jak probíhá atd. Na každém výjezdovém stanovišti by visely kontakty na peery, kdyby chtěl nějaký zdravotnický záchranář oslovit peera z vlastní iniciativy.

Peři by měli alespoň jednou za dva měsíce supervizi s krajským koordinátorem, který by zhodnotil uplynulé měsíce a sdělil nové poznatky, které získal od kolegů v IZS nebo v zahraničí. Pro již vyškolené peery bych zavedla kurzy pro další vzdělávání s důrazem na modelové situace. Měla by být snaha o vyškolení peerů s různou pracovní působností (lékař, nelékařský zdravotnický pracovník, dispečer, technicko-hospodářský pracovník).

Je jasné, že na sociální službě se nedá vydělat a lidé, kteří SPIS provozují, to dělají proto, aby pomohli svým kolegům, nikoli pro peníze. Přesto bych stanovila jasné finanční ocenění za provedenou intervenci.

Zda upřednostňovat debriefing před individuální intervencí, na tuto otázku nedovedu jasně odpovědět. Některá literatura uvádí, že prostředí debriefingu je o hodně nebezpečnější, a že může způsobit více škody než užitku. Na druhou stranu účastníci debriefingu vidí emoce ostatních lidí, kteří danou situaci prožívají úplně stejně jako oni. Zjistí, že jejich reakce na prožitou událost je naprosto přirozená. Zeptala bych se individuálně každého záchranáře, nebo celé výjezdové skupiny, zasažené mimořádnou událostí jaký způsob intervence požadují.

Více bych se zaměřila na preventivní charakter SPIS. Peeři by mohli přednášet na výjezdových stanovištích psychologii záchranáře, jak předcházet syndromu vyhoření nebo jak se lépe adaptovat na stresové situace.

Myslím si, že pokud je zdravotnický záchranář účastníkem dopravní nehody, nebo nějaké mimořádné situace, měl by mít možnost ten den skončit po incidentu v zaměstnání, kde by ho zastoupila jiná posádka.

3.1 Metoda sběru dat

Se zasaženými mimořádnou událostí jsem se sešla vždy v klidném prostředí restauračního zařízení. Každý příběh jsem měla možnost se souhlasem dotyčných nahrávat na zvukové nahrávací zařízení značky Olympus. Nahrávka kazuistiky č. 1 byla dlouhá 45 minut., přepis do wordového dokumentu trval 95 minut a text obsahoval 5 306 znaků. Nahrávka kazuistiky č. 2 byla dlouhá 32 minut, přepis do wordového dokumentu trval 70 minut a text obsahoval 3 753 znaků. Nahrávka kazuistiky č. 3 byla dlouhá 40 minut, přepis do wordového dokumentu trval 105 minut a text obsahoval 3 399 znaků. Nahrávka kazuistiky č. 4 trvala dohromady 50 minut (zdravotnický záchranář + zdravotnická sestra)

4 Závěr

Bakalářská práce s názvem Psychosociální intervence pro zdravotnické záchranáře se zaměřuje na poměrně mladý obor, který se zabývá především „duší“ zdravotnického záchranáře. Bude chvíli trvat, než si na službu zaměstnanci ZZS zvyknou a než se zažité předsudky (např. projevit emoce je slabost) stanou přežitkem.

Pomocí kazuistik práce poukazuje na psychickou náročnost profese zdravotnického záchranáře a na možnosti, které mu psychosociální intervenční péče přináší.

Čtenáři poskytnete tato práce ucelený náhled na historii, vznik i současnost psychosociální intervenční služby na zdravotnické záchranné službě v České republice.

Tato bakalářská práce může sloužit i jako učební materiál pro pedagogy psychologie na zdravotnických školách.

Psychosociální intervenční službě přeji mnoho úspěchů a doufám, že za nějaký čas, až nabudu potřebné zkušenosti, budu její součástí.

5 Seznam použitých zdrojů

Akutní a posttraumatické stresové reakce po mimořádných událostech při výkonu služby: informace pro nadřízené, postižené, kolegy, životní partnery. Praha: Psychologická služba MV-GŘ HZS ČR, 2004, 8 s. ISBN 80-866-4025-6.

Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR [online]. 2012 [cit. 2013-12-11]. Dostupné z: <http://www.azzs.cz/spis/>

ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. 2., aktualiz. vyd., V Portálu 1. Praha: Portál, 2003, xxii, 751 s. ISBN 80-717-8640-3.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005, 299 s. ISBN 80-247-0708-X.

BURIÁNKOVÁ, Helena; Alan, RYBA. *Systém „Psychosociální intervenční služby – PIS“ na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy – územního střediska záchranné služby*. Urgentní medicína 2/2009. Vyd. 1. České Budějovice: MEDIPRAX CB, 2009, 35 – 37. ISSN 1212-1924.

BRÝDLOVÁ, Helena. *Psychosociální intervenční služba v podmínkách zdravotnických záchranných služeb v ČR*. České Budějovice, 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce doc. MUDr. Jiří Šimek
BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 450 s.: ISBN 978-807-2548-156.

ČAPKOVÁ, M. Psychologická služba. *Hasičský záchranný sbor ČR* [online]. 2010, [cit. 2013-12-02]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-o-nas.aspx>

ČESKO, *Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě*. Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 131.

DOBIÁŠ, Viliam. *Urgentní zdravotní péče*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007, 178 s. ISBN 978-808-0632-588.

Deklarace psychosociálních práv. *Ministerstvo vnitra ČR* [online]. 2009 [cit. 2013-12-02]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/deklarace-psychosocialnich-prav.aspx>

- FRANĚK, Ondřej. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*. Česko: O. Franěk, 2009.6. doplněné vydání 2012. ISBN 978-802-5459-102.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.
- HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence: Kniha o duševním zdraví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009, 184 s. ISBN 978-802-4616-261.
- KEBZA, Vladimír a Helena HARTLOVÁ. *Zvládání stresu: psychosociální intervenční týmy*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997, 30 s. Poradny zdravého životního stylu. ISBN 80-707-1042-X.
- MELGOSA, Julián. *Zvládni svůj stres: Kniha o duševním zdraví*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 1999, 190 s. ISBN 80-717-2240-5.
- MITCHELL, By Jeffrey T. *Critical incident stress management (CISM): group crisis intervention*. 4th ed. Ellicot City, MD: International Critical Incident Stress Foundation, 2006. ISBN 09-765-8154-X.
- MITCHELL, J. T., PhDr., C. T. S. *Advanced Group Crisis Intervention: Strategies and Tactics for Complex Situations*. 2006. ISBN 0-9765815-6-6
- Nás se bojí zubatá. *Česká televize: dokument* [online]. 2010 [cit. 2013-11-25]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10213330312-nas-se-boji-zubata/20956226662>
- PIS. *Zdravotnická záchranná služba HMP* [online]. 2011 [cit. 2013-12-06]. Dostupné z: http://www.zzshmp.cz/?page_id=2513
- POKORNÝ, Jan. *Lékařská první pomoc: Kniha o duševním zdraví*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2010, 474 s. ISBN 978-807-2623-228.
- POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s., obr. ISBN 80-726-2259-5.
- STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout: Kniha o duševním zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 103 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi: Kniha o duševním zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 197 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.
- ŠTĚTINA, Jiří. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí: Kniha o duševním zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000, 429 s. Psyché (Grada). ISBN 80-716-9688-9.
- ŠTĚTINA, Jiří. *Akutní a posttraumatické stresové reakce po mimořádných událostech při výkonu služby: informace pro nadřízené, postižené, kolegy, životní*

partnery. 1. vyd. Praha: Psychologická služba MV-GŘ HZS ČR, 2004, 8 s. Psyché (Grada). ISBN 80-866-4025-6.

Systém psychosociální intervenční služby [online]. 2011 [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: <http://www.spiscr.info/cs/>

VAŇATKA, Tomáš. *Pelhřimovský Podvečer* [online]. 2011 [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: <http://pelhrimovskypodvecer.cz/?sid=20/>

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, c2011, 184 s. Sestra. ISBN 978-802-4731-742.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 543 s. Sestra. ISBN 978-80-7367-342-0.

VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 176 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

VYMĚTAL, Štěpán. *Možnosti psychologické podpory: v Policii ČR*. Vyd. 1. Praha 4: Tiskárny MV, 2010, 77s. Themis. ISBN 978-80-7312-065-8.

Zdravotní služby: zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon o specifických zdravotních službách, zákon o zdravotnické záchranné službě: nové prováděcí vyhlášky k reformním zákonům: podle stavu k 14. 5. 2012. Ostrava: Sagit, 2012, 160 s. ÚZ. ISBN 978-80-7208-928-4.

6 Přílohy

Příloha 1- Logo systému Psychosociální intervenční služby na ZZS HMP

Příloha 2- Leták s přehledem pomáhajících organizací lidem v nouzi

Příloha 3- Záznam o poskytnutí psychosociální intervenční služby

Příloha 4- Logo Systému psychosociální intervenční služby

Příloha 5- Foto ke kazuistice 4

Příloha 1 - Logo systému Psychosociální intervenční služby na ZZS HMP



Zdroj: Brýdlová, 2012

Příloha 2 - Leták s přehledem pomáhajících organizací lidem v nouzi

ARMÁDA SPÁSY tel: 220 184 000
 www.armadaspasy.cz grantova_praha@armadaspasy.cz

- nízkoprahové denní centrum
- terénní program
- noclehárna
- azylový dům

RODIČOVSKÁ LINKA tel: 840 111 234
 www.linkabezpeci.cz

Pro rodinné příslušníky v případě potíží s dětmi, při výchově, vzrůstající konflikty, krádeže, záškoláctví, podezření na závislost, v případě podezření na šikanu, týrání, zneužívání,...

LINKA VZKAZ DOMŮ tel: 800 111 113
 www.linkabezpeci.cz, denně 8 - 22 hod 724 727 777

Pro děti, které se bojí vrátit zpět domů, nebo zvažují útek, nebo byly z domova vyhozeny.

PRACOVNÍ VERZE



PRACOVNÍ VERZE

PŘEHLED POMÁHAJÍCÍCH ORGANIZACÍ LIDEM V NOUZI



Psychosociální intervenční služba ZS HMP - ÚSŽS

TÍŠNOVÁ VOLÁNÍ	
Zdravotnická záchranná služba	155
Hasičský záchranný sbor	150
Police ČR	158
Městská policie	156
Jednotné evropské číslo tísňového volání	112



PRACOVNÍ VERZE

LINKA BEZPEČÍ tel: 116 111
 www.linkabezpeci.cz pomoc@linkabezpeci.cz

Linka je určena dětem a mládeži do 18 let (studentům do 26 let); nonstop a bezplatné

- telefonická a online pomoc pro děti a dospívající v krizi
- V případě nutnosti zprostředkování kontaktů na odborníky v místě bydliště či pobytu

RIAPS - LINKA DŮVĚRY tel: 222 580 697
 www.cspraha.cz linka.duvery@cspraha.cz

Nonstop linka určena v případech akutních problémů neodkladného charakteru s dospělými, dospívajícími a dětmi

BILÝ KRUH BEZPEČÍ tel: 257 317 110
 www.domachnasili.cz; nonstop

Pomoc obětem trestných činů, svědkům a pozůstalým.

DONA LINKA tel: 251 511 313
 www.donalinka.cz; nonstop

Pomoc osobám ohroženým domácím násilím.

DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM tel: 241 484 149
 www.dkc.cz problem@ditkriize.cz

Prevence a pomoc dětem se syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a pomoc dětem nacházejících se v závažných životních situacích.

SENIOR TELEFON tel: 800 157 157
 www.zivot90.cz seniortelefon@zivot90.cz

Krizová a poradenská linka je určena seniorům, kteří prožívají těžkou životní situaci, cítí se opuštěni, ztratili chuť do života, potřebují poradit, nonstop, bezplatně

LA STRADA tel: 222 717 171
 www.strada.cz; bezplatně pomoc@strada.cz

Prevence obchodování s lidmi, hájení práv obchodovaných osob, pomoc osobám vykořisťovaným v práci včetně prostituce. Nabídka sociálních služeb - krizová pomoc, azylové domy, sociální a právní poradenství, tlumočení

SOS CENTRUM DIAKONIE ČCE tel: 222 521 912
 www.soscentrum.cz sos@diakoniecce.cz

Denní krizová služba nabízí první pomoc v životních situacích, kdy už si nevíte rady.

ČESKÉ SDRUŽENÍ OBĚTÍ DOPRAVNÍCH NEHOD
 www.csodn.cz tel: 739 983 321; 737 859 819
 csodn-poradna@centrum.cz

Psychosociální a právní poradenství obětem dopravních nehod, pozůstalým i viníkům nehod.

ANABELL tel: 775 904 778
 www.anabell.cz praha@anabell.cz

Pomoc a podpora osobám s poruchou příjmu potravy včetně jejich blízkých

ELPIDA - LINKA SENIORŮ tel: 800 200 007
 www.elpida.cz linkaseniuru@elpida.cz

Linka určena pro seniory, kteří potřebují poradit, pomoc či jen sdílet své radosti i trápení. Všechny dny 8 - 20 hod, bezplatně.

LIGA PROTI RAKOVINĚ tel: 224 920 935
 www.lpr.cz lpr@lpr.cz

Pro osoby s nádorovým onemocněním a jejich rodinné příslušníky. V pracovní dny

Život s sebou přináší i tragické situace a chvíle. Stáří a samota, umírání a smrt, nenadálá neštěstí, tragické nehody, dopravní nehody, týrání, těžké životní etapy a mnoho dalších situací.

Je toho na Vás moc, nevíte jak dál, cítíte se sami?

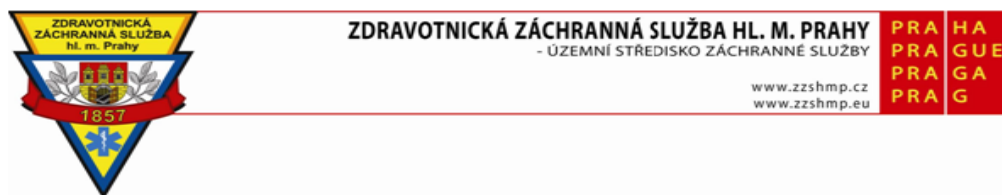
Vaše pocity jako je vztek, beznaděj, bezmoc, smutek, lítost, nebo třeba vina - jsou normální lidskou reakcí na krutost osudu.

Jsou situace, se kterými si sami dokážeme poradit, nebo nám pomohou naši blízcí. Můžeme se ale ocitnout v situaci, kdy budeme sami, a proto tu jsou pomáhající organizace.

Zde můžete najít kontakty na ty, kterým není Vaše neštěstí hostejné, a jsou připraveni Vám pomoci, poradit nebo Vás vyslechnout a sdílet s Vámi alespoň chvíli Vaš smutek, Vaše břemeno, Vaše slzy.

Zdroj: Brýdlová, 2012

Příloha 3 - Záznam o poskytnutí psychosociální intervenční služby



ZÁZNAM O POSKYTNUTÍ PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY č.

DATUM	JMÉNO POSKYTOVATELE	OSOBNÍ ČÍSLO	OBSAH VÝZVY		
AKTIVACE		KONTAKT		PRVNÍ KONTAKT	
<ul style="list-style-type: none"> - OSOBNĚ - PEER KOLEGA - PROTISTRANA - ZDRAVOTNICKÉ OPERAČNÍ STŘEDISKO - VÝJEZDOVÁ SKUPINA NA MÍSTĚ - INSPEKTOR PROVOZU - KOLEGA - PŘÍBUZNÝ - ZÁČVIK - JINÁ: _____ 		<ul style="list-style-type: none"> - E-MAIL - TELEFON - OSOBNÍ SETKÁNÍ - ICQ - SKYPE - JINÝ: _____ 		ANO / NE	
VÝJEZD MIMORÁDNÁ UDÁLOST		VÝJEZD čas:	MÍSTO čas:	ODJEZD čas:	KONEC čas:
ZPŮSOB UKONČENÍ		- DALŠÍ KONTAKT		- VYHLEDÁNÍ ODBORNÉ PÉČE	
		- PŘEDÁN DO ZZ		- JINÉ: _____	
MUŽ / ŽENA	VĚK	DĚLKA u ZS	TYP POTÍŽÍ:		
	20 – 30	0 - 5			
	31 – 40	6 - 10			
	41 – 50	11 - 15			
	51 -	16 -			
PROFESNÍ SKUPINA:	Popis obtíží				
<ul style="list-style-type: none"> - ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ - ŘIDIČ ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY - ZDRAVOTNICKÉ OPERAČNÍ STŘEDISKO - LÉKAŘ - TECHNICKO-HOSPODÁŘSKÝ PRACOVNÍK - JINÁ: _____ 					
		PODPIS		RAZÍTKO	

*Záznam je vyplňován za účelem monitorování využitelnosti služby.
Služba je poskytována anonymně.*

Zdroj: Brýdlová, 2012

Příloha 4 – Logo SPIS



Zdroj: www.spiscr.info/

Příloha 5 – Foto ke kazuistice 4



photo by Zdeněk Mleziva © 2011 | www.hasicido.cz

Zdroj: www.hasicido.cz