

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce

Michal Pikola

**Intervenční péče (krizová intervence) v podmínkách Zdravotnické
záchranné služby**

**Intervention Care (Crisis Intervention) in Terms of Emergency
Medical Service**

Vedoucí práce: PhDr. Hedvika Boukalová, Ph.D.

Praha, 2018

Konzultant: PhDr. Zuzana Fajtlová, Dis.

Touto prací chci poděkovat všem, kteří mě během psaní podporovali, zejména vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Hedvice Boukalové, Ph.D. za její trpělivost, cenné podněty a rady. Také chci poděkovat své konzultantce PhDr. Zuzaně Fajtlové, DiS., která mě při psaní práce motivovala a poskytla mi k ní mnoho užitečných postřehů. Zároveň děkuji i svým blízkým, jejichž podpora pro mě byla hodnotným zdrojem energie v časech nouze.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 1. 5. 2018

.....

Michal Pikola

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se věnuje tématu krizové intervence, konkrétněji první psychické pomoci v kontextu Zdravotnické záchranné služby (ZZS). První kapitola teoreticko-přehledové části přibližuje tyto činnosti v obecné rovině, druhá kapitola se věnuje specifikům psychologické práce v rámci ZZS, zatímco třetí kapitola podává zprávu o současném stavu, významu a možnostech zlepšení efektivity poskytovaných služeb. Návrh výzkumu prezentovaný v poslední kapitole se věnuje právě zpětné vazbě a možnostem jejího získávání v oblasti, kde je z podstaty samotné psychické první pomoci velmi důležitá anonymita a jednorázovost služby; získávání zpětné vazby od jejích uživatelů a návazné zkvalitňování péče tedy vyžaduje zvláštní pozornost.

Klíčová slova:

Krizová intervence, První psychická pomoc, Zdravotnická záchranná služba, Získávání zpětné vazby

Abstract:

This bachelor's thesis focuses on the topic of crisis intervention, more exactly the topic of psychological first aid in conditions of Emergency medical service (EMS). The first chapter of the theoretical part introduces the topic in general terms, the second chapter describes specifics of psychological work in the EMS, and the third chapter deals with the issue of present state, importance and potential for improvement in effectiveness of the service provided. The study proposal presented in the last chapter also focuses on feedback and options of gathering feedback in an area where, as defined by the core values of psychological first aid, anonymity and one-timeness of the service are very important; gathering of feedback from its users and subsequent quality improvement of the service thus demands special attention.

Keywords:

Crisis intervention, Psychological first aid, Emergency medical service, Feedback gathering

Obsah

Seznam použitých zkratek	6
Úvod.....	7
1. Stručné uvedení do problematiky krize	8
1.1 Krize z hlediska směru a vývoje v čase.....	9
1.2 Mimořádné a traumatizující události.....	10
1.3 Stres a člověk v krizi	13
1.4 Vymezení krizové intervence.....	15
1.4.1 První psychická pomoc	16
1.4.2 Specifika v péči o děti	18
1.5 Realizace KI/PPP	19
1.5.1 Provázení v oblasti medicíny	20
2. Intervenční péče z hlediska Zdravotnické záchranné služby.....	23
2.1 Místo KI a PPP v Integrovaném záchranném systému ČR.....	23
2.2 Peer-to-peer péče.....	26
2.3 Intervenční péče směrem "ven"	28
2.3.1 Principy práce zdravotnických interventů.....	29
2.4 Etika v lékařství	30
3. Zpětná vazba k intervenční péči v kontextu ZZS	32
3.1 Historie a aktuální stav	32
3.2 Význam a možnosti využití.....	33
3.3 Úskalí při získávání ZV	34
4. Návrh výzkumného projektu	35
4.1 Bezprostřední teoretická východiska	35
4.2 Cíle	36
4.3 Design	37
4.4 Popis vzorku zkoumaných osob.....	37
4.5 Metody	38
4.6 Postup a provedení výzkumu	39
4.7 Zpracování dat a analýza výsledků	40
4.8 Diskuze.....	41
Závěr	43
Použitá literatura	44
Přílohy.....	48

Seznam použitých zkratek

CRI – Cologne Risk Index

ČR – Česká republika

DSM-IV – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (4. revize)

HZS – Hasičský záchranný sbor

IZS – Integrovaný záchranný systém

KI – Krizová intervence

MHFA – Mental Health First Aid

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)

MV-GŘ HZS ČR – Ministerstvo vnitra – generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky

PČR – Policie České republiky

PFA – Psychological First Aid

PPP – První psychická pomoc

PTSP – Posttraumatická stresová porucha

SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

TENTS – The European Network for Traumatic Stress

ZV – Zpětná vazba

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

Úvod

Tato bakalářská práce se věnuje tématu intervenční péče ve formách krizové intervence a první psychické pomoci v rámci Zdravotnické záchranné služby (ZZS). I v dnešní době je totiž v České republice stále poměrně aktuální tvrzení, že lékaři a zdravotníci bývají velmi dobrými odborníky na lékařskou první pomoc, avšak na psychiku pacientů, jimž pomáhají, se příliš nebere ohled a lékaři k tomuto druhu ohleduplnosti nejsou během studia ani v praxi důsledně vedeni. Lidská psychika však často trpí společně s tělem, a leckdy ani není nutné fyzické zranění, aby byla poškozena psychika. O to důležitější pak je dostupnost adekvátní formy pomoci v kritickém okamžiku.

S postupem času se nicméně celková situace v české ZZS zlepšuje. Neustále probíhají snahy o integraci a vyzdvižení různých forem péče o psychiku spolu s tělem, ať už jde o paliativní péči, jejíž rozvoj je významně podporován nadačním fondem Avast "Spolu až do konce"; psychickou podporu onkologických pacientů, k níž byla v roce 2016 vydána samostatná kniha O. Dostálové *Péče o psychiku onkologicky nemocných*; nebo právě první psychická pomoc, jejíž dostupnost v oblasti zdravotnictví byla v posledních letech zavedena téměř do všech krajů ČR a kontinuálně probíhá výcvik nových interventů.

Předmětem zde prezentovaného návrhu výzkumu se po zralé úvaze stala zpětná vazba klientů a pacientů k práci zdravotnických interventů. Toto téma je v současné době zvláště důležité pro korektní rozvoj oblasti, která má potenciál pozvednout nejen kvalitu péče o psychiku pacientů, jež je sama o sobě jistě důležitá, ale spolu s tím i kvalitu celé lékařské práce díky zlepšení pracovního prostředí. Literárně přehledová část rovněž tuto skutečnost reflektuje; struktura textu začíná obecným informováním o principech intervenční péče a o fenoménech a situacích, které se snaží pokrývat, následuje analýza nejdůležitějších specifik lékařské oblasti, a nakonec v poslední kapitole jsou rozepsány okolnosti sběru zpětné vazby od pacientů, lékařů i samotných interventů za účelem zvyšování efektivity služby.

V práci se objevují stěžejní pojmy krizová intervence (KI), první psychická pomoc (PPP) a intervenční péče. V jejich významu jsou jisté rozdíly: KI představuje širší pojem, PPP určitou podmnožinu nebo součást KI, a intervenční péče bývá specificky vymezována pro konkrétní složky Integrovaného záchranného systému (IZS). Jejich užití v textu se drží tohoto klíče, v případě významového překryvu je použit pro danou situaci nejpřesnější pojem.

1. Stručné uvedení do problematiky krize

V psychologii má pojem krize nezastupitelné místo a je používán k popisu mnoha různých situací a událostí v životě člověka. Zároveň je to slovo, které je hojně používáno i v běžném životě bez aspirace na odborné pojetí. V závislosti na okolnostech může krize označovat např. situaci, v níž se rozhoduje o změně nebo posunu v životě jedince; vyvrcholení nějakého procesu nebo vývoje; těžkou situaci vyvolávající ohrožení a stres; stav, který přesahuje aktuální adaptační možnosti jedince nebo v něm běžné strategie selhávají (Humpl, Prokop & Tobiášová, 2013).

Toto jsou některé příklady toho, co může krize znamenat. Každý člověk je však jedinečný, a tedy i každý jinak nahlíží na svět a jinak vnímá situace, do nichž se dostává. Situace, která je pro někoho zcela normální, proto může pro někoho jiného znamenat velkou zátěž. V obecném smyslu slova tak krize označuje jakoukoli situaci, která je pro danou osobu nějakým způsobem nadlimitní a copingové mechanismy, které používá, zde nejsou dostačující.

Níže prezentovaná klasifikace krizí byla zvolena s ohledem na specifika intervenční péče v prostředí ZZS, avšak zároveň se snaží o zachycení všech základních typů (Špatenková a kol., 2004; Špatenková a kol., 2017; Vodáčková a kol., 2007).

Vývojová/transitorní krize vychází z přirozeného vývoje člověka jako osobnosti a čas od času ji zažívá každý. Poměrně rané pojetí vývojových krizí popsal například E. Erikson ve své vývojové teorii. Z hlediska krizové intervence se většinou jedná o krize, k nimž člověk dospěje přirozenou cestou životního vývoje, ale na něž zároveň nebyl z minulosti připraven, a proto teď nemusí mít dostatečně rozvinuté odpovídající copingové strategie. Častým průvodním jevem je emoční napětí, ať už negativní či v některých případech pozitivní. Přesto nicméně bývají vývojové krize žádoucí, protože člověku umožňují katarzní přechod z jedné životní fáze do další. V případě, že jsou správně zachyceny a vyřešeny, pak mohou být pro člověka významným přínosem.

Schneider (2002) k tomuto tématu uvádí, že vypořádání se s krizovou situací neukazuje pouze na schopnost přejít od jednoho vývojového úseku k druhému nebo podstoupit osobní změnu, ale že se spolu s každou krizí určuje a evaluuje i "zdařilost" vlastního života v jeho celkové šíři.

Situační krize mají svůj původ v náhlém, nečekaném a silném podnětu. Jedná se o takové situace, které překračují komfortní hranice zasaženého, ohrožují jeho integritu, pocit bezpečí, zdraví nebo i život. Zároveň se krizoví intervenenti ve všech typech služeb poskytujících intervenční péči s tímto druhem krize pravidelně setkávají, neboť i samotný zasažený často cítí v momentu ohrožení velkou potřebu vyhledat pomoc. Velkou roli zde také hraje individuální vnímání situace; pro každého zasaženého může být stejná situace jinak negativní nebo závažná. Situační krize mívají vzhledem ke své neočekávanosti rychlý nástup, proto je lze označit jako akutní krize, což souvisí s jejich poměrně rychlým řešením – v případě správného a zdravého zvládnutí.

Kumulované krize jsou naproti tomu dlouhotrvající, chronické, vznikající a odehrávající se v řádu mnoha měsíců až let. Mohou také mít nějaký neočekávaný spouštěč, který krizi odstartuje; kumulace krizových projevů však nastane, jestliže zasažený nedokáže krizi dostatečně zpracovat nebo ji přiživují a komplikují myšlenky a vzpomínky z minulosti. Základní charakteristikou chronické krize je neschopnost nebo nedostatek energie postavit se aktuálnímu problému, naopak se zde vyskytuje tendence se řešení problému vyhýbat a snažit se mu nevěnovat pozornost. Často se zde proto vyskytují somatické a psychosomatické potíže.

Specifickým, ale přesto významným druhem, který je vhodné odlišit, jsou **krize pramenící z psychopatologie**. Lidé trpící psychopatologickými projevy či diagnózami jsou vystaveni většímu nebezpečí, protože bývají hůře vybaveni pro zvládnání zátěže a vývojových nároků. Může je tedy velmi zasáhnout i situace, která by pro většinu zdravých lidí nebyla příliš náročná. Mezi takové spouštěče patří např. změny v sociálním okolí, problémy v rodinném životě, volby nebo závislosti (Humpl a kol., 2013).

1.1 Krize z hlediska směru a vývoje v čase

Krizové situace často přicházejí z vnějších zdrojů, které působí na psychiku člověka. Je-li tlak příliš silný nebo trvá-li příliš dlouho, zpravidla vyústí v krizi, která nahromaděný tlak uvolní. Je ale dobré mít na paměti také to, že krize se může rozvinout i působením vnitřních zdrojů člověka – zde se může jednat jak o psychopatologii (např. halucinace nebo bludy a s nimi spojené těžkosti), tak třeba o tlak osobnostního vývoje, který se v nějaké fázi života stane těžko zvládnutelným a prostřednictvím krize může být vyřešen.

Z hlediska časového vývoje lze říct, že akutní stresová reakce, kdy je člověk prožíváním krize silně ovlivňován, trvá obvykle několik minut až hodin – Baštecká a kol. (2005) za horní hranici trvání akutního stavu považuje 48 hodin. Poté akutní prožívání ustupuje a člověk získává lepší náhled na svou situaci a více možností, jak se s ní vyrovnat. Přizpůsobení se situaci a nalezení nějakého druhu rovnováhy pak obvykle trvá čtyři až šest týdnů.

Vývoj prožívání v akutním stavu má podle Vodáčkové a kol. (2007) čtyři fáze:

- 1. fáze:** Jejím hlavním důsledkem je zvýšená úzkost. Ta vede k aktivizaci obvyklých copingových strategií, jako je kontakt s rodinou, přáteli a hledání podpory u jiných neformálních zdrojů dostupných jedinci. Nastává bezprostředně po události.
- 2. fáze:** Přichází, pokud 1. fáze nedokáže člověku poskytnout dostatečné jistoty. Dominantním prožitkem je zde pocit zranitelnosti a nedostatku kontroly nad situací. Nastává v horizontu několika hodin až dní po události.
- 3. fáze:** Zde se zasažený pokouší o předefinování krize za účelem zlepšení svých vyhlídek na její úspěšné vyřešení. Ve 2. a 3. fázi dojde nejčastěji ke kontaktování nějaké formy institucionalizované pomoci, jako jsou linky důvěry nebo krizová centra. Nástup 3. fáze bývá individuální, proto se také může odehrát v rozmezí několika hodin až dnů.
- 4. fáze:** Je označována jako syndrom psychického ohrožení. Vyznačuje se intenzivní psychickou dezorganizovaností, která může zasaženého natolik zahlcovat, že už nemusí mít energii na vyhledání pomoci, případně není připraven pomoc přijmout. Často mívá zúžené, tzv. "tunelové" vnitřní prožívání, kdy zasažený reaguje jen na omezené spektrum podnětů. Může být proto náročné k němu "dopřít" informace a je třeba mu je i několikrát opakovat. Rovněž se u zasaženého může vyvinout posttraumatická stresová porucha (Špatenková a kol., 2017). V této fázi je namísto kromě zprostředkování krizové pomoci i doporučení k vyhledání odborníka, který bude moci poskytnout dlouhodobější podporu. Tato fáze obvykle přichází po selhání možností řešení předchozích fází, v řádu dnů až týdnů.

1.2 Mimořádné a traumatizující události

Mimořádnou neboli kritickou událostí bývá v odborné literatuře (Baštecká a kol., 2005; Humpl a kol., 2013; Špatenková a kol., 2017) myšlena taková událost, která má potenciál působit na jedince jako spouštěč krizové situace. Prožitky v takovém případě

zahrnují velmi intenzivní chaos, zmatek, pocit ohrožení, nevyhnutelnost, nepředvídatelnost a ztrátu kontroly nad situací apod. Jestliže je ale člověk dostatečně resilientní, může tlaku mimořádné události odolat a stav, který by jinému člověku způsobil nezvladatelný stres, překonat za pomoci vlastních copingových mechanismů, eventuálně sociální podpory.

To až na výjimky neplatí u traumatizujících událostí. Jejich znaky lze najít kromě jiných zdrojů i v mezinárodních klasifikačních systémech, jako je v České republice používaná Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) i v USA vyvíjený Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-IV).

Oddíl F43 v MKN-10 popisuje "stresovou životní událost" jako výjimečně zatěžující, vyvolávající akutní stresovou reakci. Také udává, že tyto události bývají primárním a nejdůležitějším faktorem při vzniku posttraumatické stresové poruchy nebo poruch přizpůsobení, které vznikají jak při stresových událostech, tak při významných životních změnách způsobujících trvale nepříznivé životní okolnosti (Světová zdravotnická organizace, 2018).

Baštecká a kol. (2005) zařazuje mezi další charakteristiky traumatizujících událostí přítomnost nebo vážné nebezpečí smrti či ohrožení tělesné integrity; vyznačují se také velkou silou působení, svou náhlostí a nezvladatelností, a v neposlední řadě se odborníci shodují na tom, že pro traumatizující prožívání události se jí musí člověk přímo účastnit. Kromě charakteru situace je traumatizující událost určena také typem reakce: má negativní dopad na všechny a projevy úzkosti, beznaděje nebo hrůzy je možné pozorovat u všech zasažených. Pokud se pak někdo jeví, jako by na něj událost neměla zvláštní vliv, nelze předpokládat, že je tento člověk v pořádku.

Mezi další bezprostřední, resp. oddálené následky traumatických událostí se řadí akutní stresová reakce a posttraumatická stresová porucha. Tyto projevy jsou však obecné a mohou se projevit v různých krizových situacích, proto jsou popsány až v následující kapitole.

Zdroje traumatických událostí lze obecně rozdělit do dvou kategorií: na přírodně klimatické a sociálně-ekonomické (jinými slovy způsobené lidským přičiněním). Rámec reakcí je pro oba typy výrazně rozdílný. Zatímco u přírodních katastrof, jako jsou záplavy, zemětřesení apod. lidé obvykle lépe dodržují disciplínu a méně propadají beznaději, události způsobené člověkem zpravidla vyvolávají ještě silnější afektivní projevy. Dalším důležitým rozdílem je, že přírodou způsobená neštěstí jsou přirozeně vnímána jako do jisté míry mimo

lidský vliv, kdežto například teroristické útoky nebo úniky toxických látek do vody/ovzduší více vybízejí k morálnímu hodnocení a vnímání zlé lidské vůle (Baštecká a kol., 2005).

Mezi další faktory, které je vhodné při studiu traumatických událostí brát v úvahu, patří zvladatelnost situace: pokud je lidmi vnímána jako zvládnutelná, překonatelná, jsou vyhlídky zasažených na skutečné překonání krize výrazně lepší. Ukazuje se také, že být svědkem traumatizace jiných lidí může mít dokonce silnější efekt než být přímou obětí traumatizace (Neuner a kol., 2004). Zásadní roli hraje také fakt, zda byl zasažen jen jeden člověk (např. oběť znásilnění) nebo skupina. Obecně je možné konstatovat, že dostatečná sociální podpora je pro úspěšné překonání okamžité krizové situace a dlouhodobé vyrovnání se s prožitým traumatem až na výjimky zcela rozhodující (Baštecká a kol., 2005).

Humpl a kol. (2013) věnují pozornost zejména skupinovému chování v reakci na rozsáhlou krizovou situaci. Mezi hlavními druhy chování, s nimiž je třeba počítat, že se u zasažených vyskytnou, uvádějí útěk, výbuchy afektivního jednání a paniku. Zároveň uvádějí hrubé procentuální rozdělení typu a intenzity reakce, jaké lze u traumatických událostí očekávat: 5-25% lidí je relativně klidných a schopných spolupráce; 50-75% je šokovaných, zmatených, ale schopných přijímat instrukce, které často i přímo vyžadují, mají potřebu být prospěšní skupině; 10-25% lidí prožívá tak intenzivní stresovou reakci, že nejsou schopni smysluplně jednat ani plnit jednoduché příkazy.

Specifické typy událostí mohou nejen pro zasažené, ale i pro pracovníky poskytující pomoc znamenat nečekané těžkosti. McMahon a kol. (2016) popisuje situaci polních záchranářů při vypuknutí epidemie eboly v Sierra Leone, kde z důvodu zamezení šíření nemoci mezi záchranáře byla přijata velmi přísná karanténní opatření, např. povinnost nosit speciální ochranné oblečení. Kvůli těmto opatřením však záchranáři začali pociťovat a v provedené studii sdíleli intenzivní pocity osamocení, smutku, ostrakizace, strachu i pocit ztráty respektu ze strany nemocných; nemluvě o velkých zásazích do osobního a rodinného života, které pohotovostním nasazením pracovníků nastaly. Kromě toho se cítili odcizení od pacientů, a popisovali i nárůst nedůvěry jak uvnitř jednotlivých lékařských pracovišť, tak vzájemně mezi pracovišti. Studie zdůrazňuje význam psychosociální podpory, která v této situaci ve velké míře chyběla, přičemž by díky ní mohly být psychické následky pro záchranáře a přeneseně i pro nemocné znatelně limitovány. Traumatizace zasahujícího personálu je ovšem samostatnou kapitolou, jíž se tato práce primárně nevěnuje.

Sierra Leone o několik let později ukázala i příklad z druhé strany spektra, kdy se význam PPP nesporně potvrdil – událost ze srpna 2017, v níž bylo zhruba 6000 lidí zasaženo

povodněmi, při kterých přišli o domov, byli po dlouhou dobu odděleni od rodin a svých blízkých, a zažívali po dlouhou dobu silný stres. Bylo zde však kromě jiných služeb nasazeno 20 profesionálních sester, které poskytovaly zasaženým první psychickou pomoc a psychosociální podporu. Za týden tyto sestry provedly více než 1000 intervencí, kromě toho vedly krátkodobé výcviky a briefingy ostatních záchranných pracovníků i zaměstnanců pohřebních služeb a účastnily se i dalších úkolů. Přínos jejich činnosti pro celkovou situaci byl nedocenitelný, zvláště vzhledem k náročnosti podmínek, v nichž pracovaly (Harris a kol., 2018).

1.3 Stres a člověk v krizi

Prožitky v krizi jsou velmi různorodé. Jejich spektrum je určováno situací: kvalitativně i kvantitativně odlišné prožívání se u jedné osoby může vyskytnout, bude-li účastníkem hromadné dopravní nehody, než když mu bude doručena zpráva o náhlém úmrtí blízkého člověka. Často ještě důležitější jsou rozdíly mezi jednotlivci v reakci na stejnou situaci. V neposlední řadě se pak copingové strategie, eventuálně obranné mechanismy tváří v tvář krizi mění spolu s časem, který ubíhá od krizového spouštěče. V každém případě je však nesporný hluboký zásah do psychického a fyziologického prožívání zasažených (Vernberg a kol., 2008).

Existuje více druhů dělení reakčních tendencí, zde je uvedeno takové rozdělení, které v jednoduchosti shrnuje základní aspekty každého druhu reakce. U akutní stresové reakce vymezuje Humpl a kol. (2013) dva typy:

Reakce typu A je častější; jedná se o reakci v duchu "útok-útěk", při níž se jedinec prudce aktivizuje. Lidé reagující tímto způsobem mohou hlasitě mluvit nebo křičet, běhat, mávat rukama, hyperventilovat, apod.

Reakce typu B je evolučně starší a méně častá než reakce typu A; lze ji analogicky nazvat "děláním mrtvého brouka". Lidé s reakcí typu B mají tendence být fyzicky i mentálně otupělí, příliš se nehýbou, mohou jenom tak někde sedět a nedávat najevo své emoce. Často je omezená i mimika (mohou se např. nepřítomně usmívat), verbální vyjadřování a celková komunikace.

Keleman (2013) píše o principech anatomické odpovědi na emocionální stav v podobě kontrakce a expanze organismu. Stresová reakce vystavuje člověka nabuzení, které se může projevit nadměrným nebo nedostatečným "ohraničením". Toto ohraničení popsané

Kelemanem lze analogicky přiřadit k reakčnímu typu A, resp. typu B, kde odpovídá zrychlení, resp. zpomalení somatických reakcí.

Lidé s reakcí typu A se pomoci zpravidla sami dožadují, ale lidé s reakcí typu B si většinou o nic neřeknou, proto mohou být obzvlášť ve zmatku a chaosu doprovázejícím rozsáhlejší katastrofy přehlédnuti, a mohou být tedy ve větším nebezpečí, než kdyby jim byla poskytnuta adekvátní první psychická pomoc. Tuto skutečnost by měl každý zdravotník znát.

S postupem času ustupuje akutní krizová reakce a začínají fungovat copingové a obranné mechanismy, s jejichž pomocí se člověk s následky krize vyrovnává. Některým lidem mohou jejich vlastní a neformální zdroje pomoci stačit. Pro jiné však mohou být nedostatečné, proto je i v této fázi prožívání traumatu neméně zásadní dostupnost odborné pomoci, která může zasaženým krizovou situací poskytnout provázení a podporu v hledání vhodných mechanismů, které umožní posléze náročnou skutečnost zpracovat.

Jestliže nastane situace, v níž člověk nedokáže své prožitky pojmout (ať už proto, že jsou jednoduše příliš silné, nebo že se pro něj nepodařilo zajistit formální či neformální podporu), není vyloučené, že jeho prožitky budou chronicky přetrvávat, psychiatrizují se, dojde k neurotizaci nebo že se u něj rozvine posttraumatická stresová porucha (PTSP). V této fázi už člověk většinou sám nedokáže trauma zpracovat a pro jeho vyřešení je intervence nezbytná. Mezi obtíže ukazující na nezvládnutí traumatu se řadí poruchy spánku, soustředění, přetrvávající flashbaky, obavy nebo zvýšená reaktivita. Často se jich objevuje více najednou, není to ale pravidlem.

Existují také rizikové skupiny zasažených, kterým je třeba věnovat větší pozornost a mít na paměti, že v případě vystavení mimořádné události jsou ve větším nebezpečí než jiní potenciální zasažení. Jedná se zejména o děti, seniory, mentálně retardované, lidi s psychopatologickými onemocněními, lze sem počítat těhotné ženy, ale také třeba lidi, kteří podobnou zkušenost např. s teroristickým útokem již zažili a podruhé pro ně může být taková traumatická situace ještě náročnější (Reifels a kol., 2013; Vodáčková a kol., 2007). Kromě toho také negativně působí, jestliže člověk v běžném životě prožívá nebo dříve prožíval akutní nebo dlouhodobé zátěžové situace jako rozvod, ztrátu zaměstnání či další rodinné, sociální nebo jiné problémy. Tito lidé jsou pak také vystaveni většímu riziku z hlediska reakce na trauma (Bering, Schedlich, Zurek, Kamp, & Fischer, 2008; Schedlich, Zurek, & Bering, 2008). Zároveň často mají potenciál při vhodné podpoře se s traumatem i přes ztížené

podmínky dobře vyrovnat – proto je zvlášť důležitá jejich edukace v problematice a v tom, jak o sebe pečovat (Zurek, Schedlich, & Bering, 2008).

1.4 Vymezení krizové intervence

Pojem krizová intervence (KI) označuje obecný způsob komunikace zaměřené na pomoc klientovi se zvládnutím nějaké krize nebo krizové situace, do níž se dostal. Nezáleží zde na tom, zda se do ní dostal vlastním přičiněním nebo působením vnějších vlivů, nad kterými neměl kontrolu; pro krizovou intervenci je stěžejní skutečnost, že situace přesahuje vlastní možnosti a sílu dotyčného klienta, jenž se na základě toho rozhodne požádat o pomoc nebo je mu nabídnuta.

Vodáčková a kol. (2007) uvádí tuto definici krizové intervence: *"Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek (s. 60)."*

Institucionalizovaná pomoc ve formě krizové intervence je využívána zpravidla až poté, co selžou běžně dostupné neformální možnosti pomoci jedince, jako je rodina a rodinné zázemí, přátelé nebo pochopitelně také osobní copingové strategie jedince. Pro mnoho osob však může být formální prostředí organizace poskytující krizovou intervenci v určitém směru příjemnější; rodinné a v menší míře i přátelské vztahy jsou omezené existující hierarchií a subjektivními zájmy ve vztahu pro každého zúčastněného. Z toho důvodu je mnohdy těžší se blízkým lidem svěřit. Naproti tomu prostor ve specializované organizaci zaměřující se na poskytování pomoci lidem v krizi může být vnímán jako otevřenější a díky standardně poskytované anonymitě i bezpečnější (Špatenková a kol., 2017).

1.4.1 První psychická pomoc

Pojem první psychická pomoc (PPP; v české literatuře se lze kromě tohoto názvu setkat i s doslovným překladem anglického pojmu psychological first aid neboli PFA – psychologická první pomoc) označuje specifickou odnož krizové intervence, která, jak název napovídá, se nejčastěji používá v akutních situacích k rychlému psychickému ošetření a podpoře klienta. V případě první psychické pomoci se jedná zejména o osoby zasažené různými nenadálými událostmi: zahrnout lze přírodní katastrofy, úmrtí či vážné onemocnění blízkého člověka apod. (Baštecká a kol., 2005; Ruzek a kol., 2007). Brymer a kol. (2006) dále popisuje PPP jako způsob komunikace a přístup k lidem zaměřený na zmírňování okamžitého stresu při mimořádných událostech a na kultivaci krátkodobých a dlouhodobých adaptivních funkcí a copingových strategií.

Schultz a Forbes (2013) popisují jako zásadní milník vývoje první psychické pomoci v moderní společnosti teroristický útok 11. září 2001, po němž se PPP začala dostávat do popředí zájmu a během následujících let vzniklo mnoho různých přístupů, lišících se jak svými postupy, tak zaměřením na specifické skupiny osob. Tyto přístupy a modely popisují např. Brymer a kol. (2006), Jacobs, Gray, Erickson, Gonzalez a Quevillon (2016) nebo McCabe a kol., (2014).

Je vhodné popsat ještě třetí obecný pojem, kterým je intervenční péče v kontextu KI. Intervenční péčí se myslí specifická forma pomoci poskytovaná konkrétní organizací; v případě této práce se jedná o ZZS, kde označuje především proces realizace první psychické pomoci, ovšem spolu s dalšími akty pomoci: těmi může být zprostředkování důležitých informací zasaženému o situaci, v níž se nachází, dále edukace a analýza možností dostupnosti psychosociální podpory, které zasažený má. Obecně jde tedy o první psychickou pomoc, ovšem rozšířenou o sociální a informativní rámeček pomoci.

V určitém smyslu může být první psychická pomoc chápána jako ekvivalent lékařské první pomoci, kterou by měl být schopný v případě nutnosti poskytnout nejen profesionální záchranář nebo lékař, ale i laik. Poskytnutí lékařské první pomoci člověku, který například na ulici zkolabuje, bývá dokonce vnímáno jako do jisté míry samozřejmé. Toto lze dobře pozorovat v novinových článcích obsahujících rozhovory s lidmi, kteří tímto způsobem někomu první pomoc poskytli a zachránili mu tak zdravý či život. Takoví lidé často říkají věci

jako: "To by asi udělal každý člověk,"¹ nebo "vůbec jsem nepřemýšlel nad tím, co a jak udělat, prostě jsem to nějak intuitivně dělal."²

V případě první psychické pomoci však u nás taková společenská tendence neexistuje. Péče o psychiku lidí, kteří byli přímo nebo nepřímo zasaženi náročnou či traumatizující událostí, bývá naopak často podceňována, a to nejen laickou veřejností, ale i samotnými zasahujícími zdravotníky, kteří v současné době nebývají zatím pro podávání psychické pomoci systematicky vyškoleni ani nebývají vedeni k vnímání její důležitosti. Přitom pokud by spolu s lékařskou péčí byla standardně podávána i péče o psychiku, znatelně by to dle dosavadních údajů o efektivitě intervenční péče zlepšilo kvalitu pracovního prostředí pro zdravotníky (Humpl a kol., 2013).

V současné době integrace intervenční péče v záchranných službách v ČR čile probíhá. Policie a Hasičský záchranný sbor zaměstnává množství interventů, kteří plní svou roli v týmové práci a poskytují psychickou podporu obětem trestných činů, přírodních katastrof apod. Jejich práce je však od zdravotnické v mnoha ohledech odlišná, a tak tito interventů zpravidla nedokáží nebo ani nemohou poskytnout odpovídající péči v různých případech, které se odehrávají na půdě nemocnic nebo jinde, kde je vyžadován zásah policie nebo hasičů.

Z hlediska českého zdravotnictví je proto více než kdy dříve žádoucí, aby první psychická pomoc a krizová intervence získala významnější postavení v celkové poskytované péči. Zahraniční výzkumy ukazují, že zapojení krizové intervence pomáhá jak lékařům při práci, tak zasaženým s vyrovnáním se s těžkou situací – a to téměř univerzálně (Bisson a kol., 2010; Dieltjens a kol., 2014).

Rozšiřování působnosti první psychické pomoci je nicméně kvůli její komplexnosti složité, jak ukazuje studie Hambricka a kol. (2014). PPP má mnoho složek a forem (zejména formy individuální a skupinové/komunitní PPP) a trénink profesionálů je výrazně odlišný od potenciálního seznamování laické veřejnosti se základy první psychické pomoci – může to však fungovat podobně jako základy lékařské první pomoci, kterou si mnoho lidí-laiků osvojuje a využívá. Právě takový trénink laiků v PPP Hambrick a kol. navrhuje a vyzdvihuje

¹ Zmíněné výroky jsou zde uvedeny pro ilustrační účely a jsou dostupné z těchto odkazů:
https://www.irozhlaz.cz/sport/hokej/brusle-souperi-prorizla-hrdlo-zachranili-mu-zivot-asi-udelal-kazdy-clovek-rikaji_1710191000_bor

² Dostupné z <https://www.mujiicin.cz/mlady-muz-zachranil-na-ulici-zivot-muzi-kteremu-selhalo-srdce/d-1283034>

jeho možné přínosy; zároveň zdůrazňují důležitost stabilního zavedení výcviku v PPP mezi ostatní zdravotnické výcviky, kterými zdravotníci aktuálně procházejí.

1.4.2 Specifika v péči o děti

Dětské prožívání krize je v mnoha ohledech shodné s prožíváním dospělého, ale existuje zde bezesporu i množství odlišností, na něž je třeba myslet při poskytování první psychické pomoci dětem. Patrně nejdůležitější obecnou zásadou je, že člověk by měl být schopen přizpůsobit svůj projev mentální úrovni dítěte, kterou může odhadnout z jeho věku a jazykového projevu, a zároveň počítat s tím, že dítě bude také adekvátně k svému věku situaci vnímat (Shibley, 2010). Obzvláště menší děti jsou daleko citlivější na verbální i neverbální emoční a haptické signály než dospělí (Matějček a Dytrych, 2002). Z toho důvodu je třeba jim u sebe i u dítěte věnovat zvýšenou pozornost. Praktické vyjadřování emocí, které lze pozorovat v jejich chování a jednání, také u dětí může být jediným spolehlivým ukazatelem jejich prožívání, protože ještě nemusí mít dostatečnou slovní zásobu na to, aby dokázaly své pocity popsat.

Špatenková a kol. (2004) k tématu krize v dětství dodává, že může mít výrazně širší spektrum spouštěčů než u dospělých: od narození sourozence, přes nemoc svoji nebo jiného člena rodiny, odloučení dětí od rodičů (ať už spojené s rozvodem či ne), až po týrání/zneužívání dítěte a smrt rodičů nebo jiných blízkých osob. Spolu s tím také popisuje podobně široké spektrum důsledků, jimiž se u dětí může krize manifestovat: poruchy řeči, koktavost, pomočování, pokusy o sebevraždu a sebepoškozování, poruchy spánku, problémy při hře (zejména v předškolním a mladším školním věku), školní selhávání, agresivita, depresivní symptomy nebo v podstatě jakékoli psychosomatické reakce, které nebyly zmíněny.

Mezi další aspekty práce s dětmi z hlediska poskytování první psychické pomoci lze podle Baštecké a kol. (2005) zařadit skutečnost, že děti odvozují svůj stav od stavu rodiny, proto není moudré rodiny rozdělovat, existuje-li schůdná varianta, při které rodina zůstane pohromadě. Také uvádí (v souladu s předchozím odstavcem tohoto textu), že děti až do 12 let věku umí velmi dobře číst řeč těla z hlediska emočního naladění, pak tato schopnost často ochabuje z důvodu většího soustředění na verbální sdělení (ačkoli nutně nemusí – samozřejmě i některé starší děti a dospělí umí dobře vnímat emoce u jiných lidí). Je proto zcela nevhodné předpokládat, že děti se o události nedozví, pokud před nimi bude tajena. Lepším přístupem při práci s dětmi je po zvolení adekvátního projevu upřímné povídání o tom, co se děje, a jak se z toho dítě cítí.

Poskytování KI nebo PPP dětem je nesporně ovlivněno popsány specifiky. Zároveň je dobré si uvědomovat, že přirozený, upřímný projev přizpůsobený vývojovému stadiu dítěte je základem úspěšné intervence, spolu s vhodnou (a často dokonce nutnou) spoluprací s celou jeho rodinou (Špatenková a kol., 2004).

1.5 Realizace KI/PPP

Krizová intervence i první psychická pomoc jsou založené na stejných principech. Zcela základním kamenem práce intervenčního pracovníka je zajištění bezpečného prostředí pro hovor ještě před jeho započítím. To může vypadat různě: v telefonickém hovoru na Lince důvěry je to garance anonymity klienta a jeho svoboda říkat jen to, co skutečně chce, v krizové intervenci tváří v tvář je to samostatná pohodlně vybavená místnost v krizovém centru, a při poskytování první psychické pomoci u terénního zásahu ZZS to může být reorganizace prostoru tak, aby vzniklo co nejklidnější místo vyhrazené pro osoby vyžadující psychickou pomoc. Je to obzvlášť důležité, protože bez zajištění základního bezpečí se jen málokdo dokáže soustředit na složitější problémy, jako je třeba vlastní prožívání krize (Humpl a kol., 2013).

Baštecká a kol. (2005) popisuje metodu a techniky krizové intervence, přičemž techniky jsou součástí metody, ale nevyčerpávají ji. Metodou se myslí uspořádání a návaznost postupů kladoucích si za cíl pomoci člověku v náročné krizové situaci; techniky pak představují tyto postupy.

Mezi ně, seřazeny podle jejich posloupnosti v hovoru, patří navázání kontaktu interventa s klientem, práce s emocemi, mapování klientovy situace a okolností, stanovení zakázky/kontraktu pro hovor, hledání řešení k této zakázce, a nakonec ukončení kontaktu. Poněkud stranou stojí aktivní naslouchání, které je spíše způsobem komunikace než etapou hovoru, jako předchozí zmíněné techniky.

Některým součástí KI je vhodné věnovat zvýšenou pozornost. Prvně jde o práci s emocemi, která může prostupovat celým hovorem a může mít více podob: ventilační (klient emoce ventiluje ven ze sebe, aby je nezadržoval, a intervent mu v tom pomáhá), uvědomovací (intervent klientovi pomáhá se ve svých emocích vyznat a pochopit, které cítí a z jakých důvodů) nebo také podpůrnou (intervent klienta podporuje v prožití emocí a jejich normalitě). Tyto podoby se volně kombinují podle potřeb klienta.

Další významnou oblastí je mapování: při něm se intervent formou otevřených, ale i vhodně pokládaných uzavřených otázek ptá na krizovou situaci, její okolnosti, význam pro klienta apod. Účelem je, aby intervent získal co nejlepší náhled a mohl ho využít k zaměření hovoru spolu s klientem na to nejdůležitější, co klienta trápí nejvíce.

Poslední důležitou součástí hovoru v KI je stanovení zakázky neboli kontraktu. Jedná se o konkretizaci cíle hovoru, slouží dále transparentnosti a srozumitelnosti komunikace pro klienta i jasnému vymezení, co je možné v rámci KI klientovi poskytnout a co už ne. (Špatenková a kol., 2017; Vodáčková a kol., 2007).

1.5.1 Provázení v oblasti medicíny

Proces doprovázení může mít v lékařství, ale i v běžném životě, více forem. Základním rozdílem je, zda se jedná o doprovázení fyzické či psychické. Fyzické provázení může být zastřešujícím názvem pro jakoukoli lékařskou péči, kterou více či méně využívá každý v průběhu celého svého života (Vávrová, 2012). Provázení formou psychické pomoci, poskytované krizovými interventy, psychoterapeuty, klinickými psychology apod., je ovšem neméně důležité a ačkoli bývá obvykle využíváno více nárazově ve velmi náročných situacích, kdy nestačí neformální podpora, hraje i v oblasti medicíny významnou roli. V konkrétním smyslu toho slova se často myslí doprovázení umírajícího v důstojném dožití nebo provázení chronicky či nevléčitelně nemocného, které je realizováno většinou při paliativní péči. Tyto formy však nespádají do profese krizových interventů, proto jsou zde pouze zmíněny a větší pozornost je věnována provázení pozůstalých, s nímž se interventi naopak setkávají pravidelně.

Špatenková a kol. (2017) píše, že ztráta blízkého člověka je pro pozůstalého obrovským zásahem do sebepojetí, jeho integrity a identity. Smrtí toho člověka ztrácíme navždy, definitivně. Truchlení jako prožívaná krize ke ztrátě blízkého neodmyslitelně patří a je dokonce potřeba pro přirozené zpracování ztráty.

Truchlení je dle Kubičkové (2001) komplexní psychologickou, sociální, somatickou a spirituální reakcí na prožitou ztrátu. Projevuje se zejména záplavou různorodých protichůdných emocí (smutek, žal, obavy/nejistota, hněv, pocity viny, prožitky opuštěnosti, ale také vysvobození a úlevy); tělesnými potížemi (ztráta chuti k jídlu, poruchy spánku); zásahy do organizace každodenního života (chaotické a impulzivní jednání, vyhýbání se

sociálním kontaktům); dále také identifikací se zemřelým a zahlcením představami o něm, nebo i ztrátou smyslu života.

Proces truchlení je, podobně jako proces vývoje reakce na oznámení infaustní prognózy, popsán v několika fázích. Svou podstatou jsou si fáze v obou procesech podobné. Následuje jejich shrnutí (Kubíčková, 2001):

1. Šok – v této fázi není pozůstalý schopen uznat realitu ztráty blízkého člověka
2. Sebekontrola – trvá zpravidla až do pohřbu, do něhož jsou pozůstalí povětšinou zaneprázdněni řešením praktických záležitostí se samotným pohřbem, příbuznými atd.
3. Regrese – v této fázi probíhá psychické a citové odpoutávání od zemřelého. Většina lidí v tomto období omezí styky s druhými lidmi, neprojevují velký zájem o své okolí, prožitky truchlení se odehrávají nejvíce o samotě. Celá fáze trvá obvykle od jednoho do tří měsíců.
4. Přizpůsobení – může trvat u různých lidí individuálně dlouho, běžně však okolo jednoho roku. Během jednoho roku totiž pozůstalí prožijí všechny běžné svátky bez přítomnosti zemřelého, což je často náročné; přesto díky tomu postupně dochází k vyrovnání se se ztrátou. Obzvláště těžké bývá první výročí smrti blízkého člověka.

V medicínském prostředí se setkávají s pozůstalými jednak lékaři a sestry v nemocnicích, jednak záchranáři při zásazích v terénu. Tato setkání následují často bezprostředně po úmrtí, které může pro pozůstalé být extrémně náročné a šokující. V takovém případě je přítomnost interventa poskytující kvalitní první psychickou pomoc nesmírně cenná, protože může vytvořit bezpečný prostor pro uvolnění nahromaděných emocí. Těch mívá člověk po úmrtí blízkého více než kdy jindy, a navíc jsou často protichůdné (mrzí ho, že ten člověk umřel, ale zároveň může být rád, že už se netrápí), což ztěžuje jejich pochopení, s nímž ale může intervent prostřednictvím vhodného provázení také pomoci.

Z hlediska navazující intervenční péče je práce s pozůstalým v něčem náročná, v něčem však zároveň osvobozující. Úmrtí nelze nijak "vrátit", proto není třeba hledat nějaká řešení situace. Často plně stačí naslouchat, a svým nasloucháním poskytovat prostor pozůstalým pro vyjádření všeho, co je při prožívání ztráty trápí. Pochopení a možnost mluvit o vlastních pocitech, vyslovovat nahlas své myšlenky, je pro truchlícího člověka velmi posilující. Ačkoli by v takových časech měla být právě rodina největší oporou, mnoho lidí se

takové opoře z různých důvodů těšit nemůže. Profesionální intervenční pracovník jim takovou oporu může bez obav a často dokonce anonymně poskytnout. Konkrétní principy interventovy práce jsou popsány v následující kapitole.

2. Intervenční péče z hlediska Zdravotnické záchranné služby

Současné české lékařství zaujímá poněkud ambivalentní postavení, co se týče péče o pacienty. Na jednu stranu je pro naprostou většinu případů dobře vybaveno a lékaři jsou kvalitně vzděláni pro technické zvládnutí procesu tělesné léčby: stanovení diagnózy i naplánování a realizaci léčby. Na druhou stranu však zdravotnictví stále zcela neopustilo svůj odměřený a v jistém smyslu nedůvěřivý postoj k péči o psychiku pacientů, která, jak se stále více ukazuje, je stejně důležitá jako péče o tělo. V tomto směru bezesporu probíhá čilý vývoj, zároveň je však ještě dlouhá cesta k tomu, než budou obě složky pomoci (spolu se sociálními, informativními a komunitními hledisky, o nichž bude také pojednáno) plně propojené a vzájemně se budou účinně doplňovat.

Humpl a kol. (2013) uvádí, že právě poskytování psychické péče by mělo být jedním ze zájmů každého zdravotníka, neboť dle WHO je zdraví "stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody". A psychická pohoda je v těchto životně obtížných situacích vždy více či méně narušena nebo oslabena. Dalším prvkem je pravidelné setkávání zdravotníků s blízkými zasažených, tzv. sekundárně zasaženými, jejichž psychické a emoční prožitky bývají těžkými událostmi také významně postiženy.

K problematice jednání lékaře s pacientem Vymětal (2003) zmiňuje téma psychogenní iatropatogeneze, tj. vznik přechodného nebo trvalého psychického poškození pacienta nežádoucím jednáním či komunikací lékaře, případně vlivem zdravotnického prostředí, v němž se pacient nachází. Mnoho lékařů a sester psychiku pacientů i v dnešní době přehlídí či s nimi nekomunikuje dostatečně jasně a srozumitelně, čímž se výrazně zhoršuje pohoda pacientů v lékařské péči a přeneseně se tím může i ztěžovat samotná léčba. Kromě pacientovy ztráty důvěry v lékaře jsou popsány i případy, kdy se nemocný vlivem špatného chování lékaře zcela zhroutil nebo i spáchal sebevraždu.

2.1 Místo KI a PPP v Integrovaném záchranném systému ČR

Jednotlivé složky Integrovaného záchranného systému ČR mají k poskytování krizové intervence poněkud odlišné přístupy jak z hlediska jejího poskytování, tak i z hlediska integrace v běžné praxi pracovníků těchto složek. Protože i Zdravotnická záchranná služba, která je v ČR primárním poskytovatelem KI a PPP ve zdravotnictví, do tohoto systému patří (spolu s Hasičským záchranným sborem a Policií ČR, které jsou dalšími poskytovateli krizové a psychosociální pomoci), je vhodné ji dát do kontextu s ostatními složkami a jejich

působením. Následující text se věnuje pouze těmto třem složkám IZS, ačkoli zdrojů psychosociální pomoci existuje více; pro účely srovnání s první psychickou pomocí poskytovanou ZZS však nejsou pro svou specializovanost nebo jiné odlišující charakteristiky relevantní.

Obecná rovina fungování je u všech tří složek totožná. Jejím smyslem je poskytování základní psychosociální pomoci lidem zasaženým katastrofami, mimořádnými či traumatizujícími událostmi nebo jinými okolnostmi, které představují ohrožení pro jejich psychickou integritu a pohodu (Čapková, 2012; Holčáková, 2018). Stejně informace udává i článek *První psychická pomoc sekundárně zasaženým* publikovaný SPISem.

Mezi další charakteristiky patří telefonická podpora pro krizové interventy jednotlivých složek realizovaná na základě tzv. peer-to-peer péče. Tento mechanismus funguje jako záchranná síť pro interventy v případě, že by jejich práce byla příliš intenzivní a sami by potřebovali pomoc; i interventi jsou lidé, a pochopitelně na ně situace, do nichž se dostanou, emočně působí. Ačkoli jako profesionálové by měli mít větší odolnost než lidé bez odborného výcviku, každý člověk má limity nastavené jinak. Je proto důležité je znát a v případě potřeby využít pomoc, která se nabízí. Druhá funkce telefonického kontaktu mezi interventy představuje povinnost hlásit svůj zásah u nějaké krizové situace supervizorovi nebo jinému nadřízenému činiteli. To je prováděno jednak z hlediska statistického zpracování a jednak pro podpoření interventa.

Součástí práce krizových interventů by také mělo být udržování dalšího kontaktu se zasaženými i v době po události a po prvotním zásahu interventa. To je vhodné především kvůli péči o zasaženého, kterému může vyrovnávání se s krizí trvat dlouhou dobu; zároveň pokračující kontakt zahrnující až několik intervencí, jestliže by o ně zasažený požádal, skýtá možnost získání přirozené zpětné vazby, která je pro zkvalitnění poskytované péče zcela zásadní.

Psychologická služba Hasičského záchranného sboru ČR získala základy nejdříve: už v roce 1997 po moravských povodních byla poskytována psychosociální krizová pomoc zasaženým, ačkoli tehdy ještě nebyla nijak standardizována. V průběhu let 2000-2010 u nás proto proběhla standardizace poskytování krizové pomoci, jejímž výstupem je dokument "Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek". Tento dokument představuje mezioborové konsensuální stanovisko ohledně definice psychosociální krizové pomoci a souvisejících prvků, dále standardů kvality zaměřené na

průběh a výsledky poskytované pomoci a v neposlední řadě také vzdělávací standard, který umožní kvalitní psychosociální pomoc skutečně poskytovat (Pracovní skupina pro vytváření a ověřování standardů psychosociální krizové pomoci a spolupráce při MV-GŘ HZS ČR, 2010).

Práce hasičských interventů z podstaty hasičské práce obecně více inklinuje k zapojení při neštěstích a katastrofách, ať už přírodních nebo způsobených lidmi. V českém prostředí má velký význam pomoc při povodních, které se vyskytují téměř každoročně a představují velký zásah do života mnoha lidí, kteří psychickou pomoc v čase krize potřebují. Šíře působnosti se však na povodně neomezuje, a hasičského intervenanta je možné zapojit kdekoli, kde HZS figuruje.

Jako o další ze složek bude pojednáno o činnosti policejních krizových interventů. Jejich zapojení se uskutečnilo v ČR víceméně druhé v pořadí: první výcvik jedenadvaceti policistů rozmístěných na všech krajských ředitelstvích Policie ČR proběhl v roce 2010 a od 1. října 2010 tito intervenanti poskytují pomoc obětem trestných činů, mimořádných událostí a také blízkým obětí (Ježková, 2011).

Císařová (2015) ve své diplomové práci uvádí další informace a specifika o práci policejního krizového intervenanta. Kromě adekvátní intervenční péče poskytnuté přímo na místě je jeho důležitou rolí informování zasaženého o možnostech návazné péče, eventuálně také předání kontaktů na ně nebo na sebe. Zasažený se pak může svobodně rozhodnout, zda a případně jakou pomoc využije.

Dvořáková (2014) k tématu píše, že systém psychologické pomoci Policie ČR obětem trestných činů vznikl r. 2008, čemuž významně napomohlo Rámcové rozhodnutí rady Evropské unie 2001/220/SV z roku 2001. Tím byly položeny základy intervenční péče PČR a její specializace v rámci IZS. Také zmiňuje dohodu mezi PČR a Bílým kruhem bezpečí z r. 2010, který se právě na pomoc obětem trestných činů zaměřuje a dále tak zpřesňuje provázanost a zaměření uvedených služeb.

Ve zdravotnictví se poskytování KI a PPP začalo ze všech tří složek vyvíjet nejpozději. Důvodů pro tuto skutečnost je více, jeden z těch významných však pravděpodobně spočívá v tom, že na rozdíl od HZS a PČR, které jsou primárně řízené celostátně, jsou krajské oddíly ZZS převážně samostatné. To způsobilo, že důraz na psychickou péči se decentralizoval a rozvoj probíhal v různých krajích nerovnoměrně rychle. Kvalitní péči např. už několik let před jakýmkoli jiným krajem dokázal zajišťovat Moravskoslezský kraj; na

základě pozitivních ohlasů se až posléze začal vývoj této oblasti rozšiřovat i do jiných částí České republiky a teprve poslední 3-4 roky lze říct, že první psychická pomoc je dostupná na relativní většině území ČR (Humpl a kol., 2013).

Až donedávna byla nicméně pozornost lékařů a zdravotníků na většině území ČR zaměřena na tělesná zranění a jejich léčbu, a psychika pacientů byla vnímána buď jako "práce pro psychologa" nebo nebyla brána v potaz vůbec. V posledních letech se ovšem i této otázce začalo věnovat více kapacity a v současnosti je kladen důraz na rozvoj psychické pomoci vedle pomoci fyzické. V rámci každého kraje je zaměstnán alespoň jeden, častěji více interventů, kteří poskytují ekvivalentní psychickou pomoc zasaženým, jejich blízkým a dalším lidem, kteří by ji mohli potřebovat (Z. Fajtllová, osobní komunikace, 23. října, 2017).

V porovnání s ostatními složkami IZS vystupují ještě více rezervy, které zdravotnická intervenční péče má. Následující podkapitoly se proto budou věnovat jednotlivým druhům intervenční a psychosociální pomoci tak, jak je praktikuje zdravotnictví.

2.2 Peer-to-peer péče

Pojem peer-to-peer označuje formu pomoci poskytovanou zdravotníky svým kolegům. V ČR je intervenční pomoc zejména pro pracovníky záchranných služeb a urgentních oddělení zavedena již několik let a je do ní zapojeno mnoho pracovišť záchranné služby, přičemž podporu mohou využívat i všichni lékaři a zdravotníci v nemocnicích a jinde. Orgánem spravujícím tuto strukturu je Systém psychosociální intervenční služby (SPIS).

Charakter tohoto systému je především preventivní a edukativní. Jeho členové pořádají setkání, semináře a workshopy pro zdravotnický personál, který je touto cestou informován o významu a důležitosti vlastní psychické pohody, souvislostech práce ve zdravotnictví s psychikou, stejně jako o způsobech péče o sebe nejen v náročných situacích, ale i v dlouhodobém časovém horizontu a na to navázanou prevenci syndromu vyhoření. Systém si také klade za cíl povzbudit zdravotníky v péči o svou psychiku. Šeblová (2007) popisuje tyto problémy v souvislosti s celkovou náročností lékařské práce, a věnuje se možnostem včasné diagnózy, prevence, potažmo terapie.

Kromě toho SPIS zajišťuje i výcvik tzv. "peerů", kteří jsou v tomto smyslu chápáni jako zdravotníci vyškolení v poskytování první psychické pomoci a podpory kolegům. Tito peeri tvoří základní pilíř SPISu. Jestliže nějaký pracovník ve zdravotnictví vnímá ve svém

povolání problém, s nímž si sám neví zcela rady, nebo když je vystaven traumatizujícímu zážitku, může požádat o podporu, kterou SPIS formou některého z peerů poskytne (hledí se mimo jiné i na dostupnost konkrétního peera pro klienta, vzhledem k tomu, že SPIS funguje celostátně a cvičí peery na mnoha místech České republiky). Peer klientovi poskytne prostor pro svěřením se s mnohdy i velmi intimními věcmi, se zajištěním mlčenlivosti a soukromí klienta (Humpl a kol., 2013).

Setkání klienta s peerem fungují obvykle na podobném principu jako krizová intervence, tj. zaměřuje se na aktuální potřeby klienta a počet setkání by měl být omezený maximálně na 6-8; lepší je však jednorázové setkání, které klientovi poskytne dostatek informací o vlastní situaci i kontaktů na navazující intervenční, psychologickou nebo psychoterapeutickou péči. Tato opatření jsou používána pro ochranu klienta i peera, zejména před přílišným vzájemným navázáním nerovného vztahu (v přeneseném smyslu jde o vztah "oběť – ochránce"), což v pracovním prostředí mezi kolegy může působit negativně.

Humpl (2018) ve výročním zhodnocení peer podpory v Systému psychosociální intervenční služby popisuje probíhající výcvik peerů na mnoha místech ČR a vzrůstající poptávku po této službě. Přitom stále převládá nedostatečná informovanost o službě a činnost peerů je navíc často zcela dobrovolná. Nejčastější situace, kdy je podpora SPISu vyžadována, zahrnují úmrtí (pacienta, blízké osoby nebo kolegy), pocit vlastního selhání zdravotníka nebo iatrogenní poškození pacienta.

Burns a kol. (2017) ve své studii představují poněkud jiný směr uvažování o peer-to-peer intervenční péči, který se nicméně v tomto případě stále úzce týká lékařství. Jejich výzkum se zaměřil na efekt tréninku v první psychické pomoci (Mental Health First Aid – MHFA, což je jiný pojem než Psychological First Aid, který se běžně používá, prakticky má ale stejný význam) u medicínských studentů. Výzkum ukázal, že studenti, kteří trénink v MHFA podstoupili, signifikantně lépe zvládali stres spojený s náročným školním prostředím ve srovnání s kontrolní skupinou, která trénink nedostala.

Existuje ještě v mnoha věcech podobná, zároveň však odlišná forma pomoci pracovníkům ve zdravotnických profesích, která se nazývá anglickým názvem debriefing. Jedná se o bezprostřední analýzu a zpravidla skupinový rozhovor – v prostředí ZZS většinou o nějaké mimořádné nebo náročné události, z níž se právě vrátila posádka apod. Povolanou osobou může být intervent, psycholog, potenciálně proškolený vedoucí nebo jiný člověk, který ví jak debriefing vést a dokáže ho využít ku prospěchu účastníků.

Wu a Steckelberg (2012) poukazují na potenciální ohrožující faktory pro pracovníky lékařských služeb, které se týkají chyb při výkonu profese. Jestliže zdravotník udělá chybu, může to mít rozsáhlé důsledky pro zdraví pacienta. Právě v takových případech je potřeba podpora a sami zdravotníci uváděli, že by stáli o debriefing, aby se z chyby mohli poučit. Místo toho ale někteří z nich byli terčem kritiky kolegů, což způsobilo, že se k nastalé chybě v myšlenkách znovu a znovu vraceli po dobu měsíců až let. To samozřejmě působilo destruktivně na jejich psychiku i na schopnosti dalšího vykonávání práce.

Debriefingy jsou v mnoha případech velmi užitečné a pomohou jednotlivcům ve skupině zpracovat náročnou situaci. Zároveň ale tím, že jde o skupinovou činnost, se to nemusí podařit vždy nebo u všech, a pak je namístě mít i službu, která bude individuální – právě to je úkolem peerů.

2.3 Intervenční péče směrem "ven"

Jinými slovy péče ZZS o pacienty, klienty a jejich blízké z psychologického hlediska. Na rozdíl od peer-to-peer podpory není v českém lékařství tato forma zdaleka tak pevně zakotvená, ačkoli v posledních letech je realizován výcvik zdravotníků v poskytování první psychické pomoci v různých nemocnicích a záchranných službách. Zatím jde ale o převážně dobrovolnou činnost, ke které se hlásí sami zdravotníci, kteří mají zájem se v oblasti psychické pomoci vzdělávat.

Zde pak záleží na konkrétním pracovníkovi a na rozdílu mezi KI a PPP, přičemž druhá zmíněná forma je více přizpůsobená potřebám zdravotnictví; jsou však i pracovníci, kteří mají zájem se o problematice dozvědět více a mohou absolvovat výcvik v celkové krizové intervenci, jež jim může být bezesporu také prospěšná a může jim i dát lepší zevrubný náhled na téma psychické krizové péče.

Rámec běžného výcviku zdravotníků by měl zahrnovat i práci se sebou a svými emocemi a energií. V případě, kdy se zejména při rozsáhlých katastrofách zapojí do pomoci větší množství lidí, Brooks a kol. (2016) zdůrazňuje, že velkou roli v efektivitě pomáhání hraje vnímání zranitelnosti nebo ztráty kontroly nad situací u pracovníků. Tento efekt může vedoucí pracovník zmírnit nebo eliminovat zvýšením transparentnosti práce: jasné rozdělení rolí, podávání srozumitelných instrukcí, nebo přípravou pracovníků na pocit ztráty kontroly v předstihu. Interventi by při práci se zasaženými měli být připraveni bezpodmínečně co nejlépe, protože pracují s lidmi, kteří mohou prožívat panické a jiné nebezpečné stavy, které

mohou způsobovat chaos na celém prostoru a tím, byť neúmyslně, narušovat celkový průběh záchranných prací.

2.3.1 Principy práce zdravotnických interventů

V oblasti medicíny jsou klienty intervenční péče primárně lidé zasažení mimořádnou událostí; podle toho je třeba k práci interventa přistupovat. Zásadní roli hraje pracovní prostředí, které je často nevyhovující (místa zničená požáry, povodněmi, okolí dopravních nehod apod.) a interventi jsou často postaveni před nelehký úkol, tedy zařídit klidné prostředí pro intervenci zasaženým. To je také jedním z nejdůležitějších principů práce interventa – vytvoření dobrých podmínek přímo na místě zásahu ZZS.

Neméně důležitým principem je pak komunikace se zasaženým. Janáčková a Weiss (2008) uvádějí obecné zásady správné komunikace lékaře s pacientem, kterou je v uspokojivé míře možné ve zdravotnickém prostředí generalizovat i do oblasti intervenční péče. Efektivní komunikace probíhá nejlépe tak, že lékař pacientovi empaticky naslouchá, umožní mu se svěřit se svými pochybnostmi a míněním, zodpoví potenciální dotazy či nejasnosti a zároveň se vyvaruje unáhlených závěrů nebo úsudků.

Principy první psychické pomoci jsou podobné. Zásadním pilířem je schopnost naslouchání, od níž se odvíjí celá její úspěšnost. Umí-li pomáhající s pochopením naslouchat a případně povzbudit zasaženého v povídání o svých pocitech, často je to plně dostačující a ani není potřeba se pouštět do dalších fází, které jinak bývají součástí krizové intervence. V těžších případech (např. paniky, šoku apod.), na které laik nebo i záchranář sám nemusí vždy stačit, má smysl vědět o možnostech dostupnosti návazné péče, kterou lze zasaženému nabídnout, a v dané chvíli se soustředit podobně jako u zdravotní první pomoci především na tzv. princip '5T', tj. zajištění ticha, tepla (deka), tekutin (voda, čaj), transportu (na klidné, bezpečné místo) a tišení bolesti, kterého lze v psychické první pomoci většinou docílit právě nasloucháním (Humpl a kol., 2013).

Z hlediska konkrétních typů zasažených (A a B, popsané v kapitole 1) existují také určité principy, jichž je dobré se při práci s nimi držet. Některá doporučení mohou platit pro oba typy: velmi užitečná je často dovednost "zakotvení" klienta. Zde je myšleno emoční zakotvení, tj. navrácení člověka do kontaktu s vlastními emocemi a prožitky, jestliže tento kontakt ztratil. Jedná se o běžný projev akutní krize, vyskytující se jak u osob typu A, tak

osob typu B (přestože konkrétní manifestace ztráty kontaktu se liší podle typu i podle konkrétního jedince).

Pro práci s osobami typu A je všeobecně vhodné direktivní jednání, které má větší šanci proniknout skrz zúžené vnímání (také běžný projev krize) a ukotvit zasažené v realitě.

Osoby typu B naopak mohou potřebovat větší míru empatie a bezpečného prostoru, v němž si mohou dovolit uvolnit napětí, které se v nich nashromačilo.

Brymer a kol. (2006) definovali dle výzkumů a poznatků dostupných v zahraničí 8 základních principů práce interventa. Jedná se o Contact and Engagement (kontakt a zúčastnění), Safety and Comfort (bezpečí a komfort), Stabilization (stabilizace), Information Gathering (získávání informací), Practical Assistance (praktická asistence), Connection with Social Supports (propojení se sociální podporou), Information on Coping (informace o copingu) a Linkage and Collaborative Services (souvislosti a spolupráce). Tyto okruhy popisují základní činnosti zdravotnických interventů ve vztahu k zasaženým.

Kromě toho Brymer a kol. (2006) poskytují některé stěžejní poučky pro interventy, jak správně se zasaženými komunikovat:

- Zpočátku pouze sledujte, zasaženého nerušte, je-li to možné. Poté se zeptejte jednoduchými respektujícími otázkami, jak můžete pomoci.
- Nejlepší cestou k navázání kontaktu je často praktická pomoc (voda, deka, jídlo).
- Buďte připraveni na to, že zasažení se kontaktu zpočátku budou buď spíš vyhýbat, nebo vás naopak kontaktem zahrnou.
- Mluvte klidně, buďte trpěliví, citliví a empatičtí.
- Mluvte pomalu a v jednoduchých konkrétních termínech; nepoužívejte zkratky nebo žargon.
- Podávejte informace způsobem přiměřeným věku posluchače.
- Oceňte zasaženého za věci, které už sám udělal pro své bezpečí.

2.4 Etika v lékařství

Poskytování první psychické pomoci se řídí určitými etickými pravidly, která se inspirují jednak v běžné medicíně a jednak ve zkušenostech z oblasti krizové intervence. V optimální situaci by měla být zajištěna plná anonymita a soukromí klienta, to však bohužel z různých důvodů nejde vždy, ať už protože je klient dlouhodobým pacientem a intervent ho

např. provází procesem umírání nebo ve vyrovnávání se s chronickou chorobou (a personál nemocnice ho zná), nebo třeba v situaci peer podpory poskytované kolegovi, kterého intervent zná apod. V takových podmínkách anonymity může nahradit garance mlčenlivosti interventa, která proto patří základním etickým pravidlům.

Humpl a kol. (2013) uvádí, že kromě definovaných právních norem, které musí dodržovat každý člověk, jsou využívány lékařské etické kodexy všeobecně založené na 4 základních principech chránících jak pacienta, tak i lékaře, a platících jak ve fyzickém, tak v psychickém lékařství: princip autonomie, nonmaleficence, beneficence a spravedlnosti.

3. Zpětná vazba k intervenční péči v kontextu ZZS

Zpětná vazba (ZV) je zásadní pro kontinuální zkvalitňování služeb jakékoli pomáhající profese. Intervenční péče zahrnující krizovou intervenci, první psychickou pomoc a další formy psychosociální a krizové pomoci zpětnou vazbu potřebuje snad ještě o něco palčivěji vzhledem k tomu, že jejími klienty jsou často lidé v akutní krizové situaci, která vyžaduje rychlou aktivní pomoc intervenanta. Mnohdy proto čas na navázání kontaktu s klientem představuje pouze několik minut, během nichž není reálné, aby intervenant klienta poznal a navázal s ním dlouhodobější dialog vedoucí k vyjasnění okolností, jak je tomu např. u chronických onemocnění nebo třeba psychoterapie, které mohou trvat po celé roky, kdy spolu lékař/terapeut a pacient/klient spolupracují na zlepšení stavu. Zpětná vazba u dlouhodobých typů péče je pak snadno dostupná a na povrch se dostává i přirozeně skrze pravidelné setkávání a diskuze lékaře a pacienta; na rozdíl od jednorázových nebo krátkodobých intervenčních služeb, které mají takovou možnost často zcela zablokovanou, ať už distancí mezi jednotlivými aktéry (telefonní linky důvěry) nebo anonymitou, která je standardně zajištěna u mnoha krizových služeb a znemožňuje zpětné kontaktování klienta.

3.1 Historie a aktuální stav

Poměrně krátké období existence oboru první psychické pomoci v rámci české ZZS zapříčinilo, že zatím nevznikl odpovídající prostor pro soustředění pozornosti na systematické zlepšování služeb formou dialogu se všemi zúčastněnými: dispečinkem, zasahující posádkou, která navrhla kontaktování intervenanta, samotnými interventy a pochopitelně s nejdůležitějšími aktéry celého procesu – totiž se zasaženými, kteří pomoc v čase nouze využívají.

Mimo to však limitovaná zpětná vazba, podobně jako v jiných odnožích krizové intervence, probíhá spontánně. Jde v první řadě o skutečnost, že lidé pomoc v krizi skrze odborné organizace, v tomto případě zdravotnické interventy, vyhledávají stále více. Meziroční srovnání ukazují stabilní růst počtu realizovaných intervencí směrem "ven" v oblasti první psychické pomoci realizované zdravotnickými interventy. Také sem bezesporu lze zařadit spontánní poděkování a chválu (nebo naopak, v ojedinělých případech, třeba vztek na intervenanta) od klientů. Taková zpětná vazba má sice malou objektivní informační hodnotu, je ale dobrým ukazatelem toho, zda lidé subjektivně považují krizovou pomoc za užitečnou či nikoli. Podobně se vyjadřují i sami záchranáři, jejichž názor na poskytování PPP je také

nesporným relevantním zdrojem ke zlepšení efektivity služeb – v zahraničí to dokládá např. studie Allena a kol. (2010).

Současná situace nicméně vypadá tak, že reliabilní data, podle kterých by bylo možné řídit vývoj oboru k celkovému zlepšení, nejsou. Intervenční krizová péče ještě není ani zavedena zdaleka do všech pracovišť záchranné služby a nemocnic, je tedy poměrně fragmentovaná, což ještě zhoršuje podmínky pro sběr dat.

Absenci kvantitativní evidence o první psychické pomoci v anglickém jazyce potvrzuje více zahraničních studií (Bisson, & Lewis, 2009; Dieltjens a kol., 2014), podle kterých z tohoto důvodu nelze prakticky objektivně dokázat, že první psychická pomoc zlepšuje stav zasažených mimořádnými událostmi.

Studie provedená během tvorby zásad TENTS - The European Network for Traumatic Stress (Evropská síť pro traumatizující stres) zároveň uvádí, že přestože objektivní důkazy v současnosti neexistují, odborníci se všeobecně shodují na tom, že je smysluplné a blahodárné psychosociální pomoc zasaženým poskytovat (Bisson a kol., 2010). Předpoklad postavený na těchto studiích a na výročních statistických zprávách SPISu (které ukazují na kontinuální zvyšování frekvence zásahů krizových interventů) je tedy takový, že i v ČR je tento obor potřebný a jeho rozvoj je krok správným směrem.

3.2 Význam a možnosti využití

Konkrétních využití zpětné vazby je více. Jejich podoba závisí kromě množství, které zvyšuje validitu a reliabilitu zpětnovazebních výstupů, také na formě ZV. Statistické údaje, které lze získávat bez větších problémů a děje se tak i v současnosti, podávají základní informace o směru, kterým se vývoj získávání ZV ubírá a jsou bezesporu také užitečné. Daleko hodnotnější by však jak pro tvorbu systémových opatření pro zkvalitnění služeb, tak pro samotné interventy k jejich vlastní práci, byla zpětná vazba osobní, detailní, kvalitativní – vzhledem k choulostivosti mnoha situací, v nichž jsou zdravotničtí interventi zapojeni, však často není za současných podmínek reálné osobní zpětnou vazbu provádět, nebo pro to nejsou zajištěny vhodné okolnosti.

V hypotetické rovině by takové informace získávané přímo od zasažených mohly dát podněty interventům, co ve své práci mohou zdokonalit; zároveň by jistě měly větší váhu než pouhé statistické hodnoty jako ukazatel toho, že práce zdravotnických interventů je smysluplná a je třeba ji systémově dále podporovat.

3.3 Úskalí při získávání ZV

Různé překážky a rizika úzce souvisí s metodami získávání ZV, stejně jako s druhem získávaných dat. Kromě toho vzhledem k tomu, že situace, v nichž je lidem poskytována první psychická pomoc, jsou většinou extrémně psychicky náročné a v řadě případů prožívají zasažení např. šok, akutní stresovou reakci nebo jsou v nebezpečí rozvoje posttraumatické stresové poruchy, může být nejen lidsky nesprávné, ale dokonce neetické vracet je zpět do prožitých těžkostí kvůli zpětné vazbě, která pro ně samotné nemá valný význam. Etika a zájem o klientovu celkovou zdravotní pohodu přitom musí být vždy na prvním místě v každé situaci týkající se pomáhání lidem, ať už se jedná o jakoukoli oblast fyzické nebo psychické péče. Nikoho nelze záměrně nebo nezáměrně (např. bez zevrubného promyšlení důsledků) poškozovat. Postup, který by tuto podmínku nectil, by byl v rozporu se základní myšlenkou poskytování pomoci, tedy zlepšení celkové fyzické, psychické i sociální pohody jedince.

Je tedy třeba jít jinou cestou. V současnosti není takováto "přímá" zpětná vazba získávána vůbec nebo téměř vůbec v žádných situacích. Kromě akutních neštěstí však první psychická pomoc ve zdravotnictví zahrnuje např. i pomoc pozůstalým a jejich provázení procesem truchlení a vyrovnávání se se ztrátou, který je často poměrně dlouhý. Obzvlášť po nějaké době, řádově několika měsících od úmrtí blízkého je pozůstalý často již schopen žít se svou ztrátou normální život. Má nicméně stále živé vzpomínky, protože ztráta blízkého člověka je velkým zásahem do života, ale tyto vzpomínky již nejsou tak bolestivé a pozůstalý o nich dokáže mluvit s určitým nadhledem. Lze předpokládat, že v situaci, kdy by mu intervent poskytl podporu v čase krize a zároveň zprostředkoval kontakt a návaznou péči, by pozůstalý byl ochotný spolupracovat s intervenční službou ještě jednou tak, že by s odstupem mluvil o svých pocitech a prožívání, jak si ho pamatuje a jak vnímal přínos intervence.

Konkrétní podoba získávání zpětné vazby, forma dotazování a všechny ostatní náležitosti by jistě musely být stanoveny a definovány, aby celý proces byl korektní a etický ve vztahu ke všem zúčastněným; základní myšlenka může nicméně vypadat takto. Dále ji tento text rozvíjí formou návrhu výzkumu, prezentovaného v následující kapitole.

4. Návrh výzkumného projektu

V návaznosti na teoretickou část práce se bude návrh výzkumného projektu zabývat efektivitou služeb poskytovaných krizovými interventy v rámci ZZS. Konkrétněji bude ke zjištění míry efektivity využita zpětná vazba od zasažených, jimž byla první psychická pomoc poskytnuta.

Aktuální stav, jak byl popsán výše, v současnosti v České republice postrádá přesvědčivá data dokládající význam intervenčních služeb pro českou populaci. Je proto vhodné za účelem rozvoje a zlepšení efektivity provést šetření, které by ukázalo, zda je smysluplné zde tyto služby dále rozvíjet.

Výzkum bude realizován za podpory Systému psychosociální intervenční služby, který intervenční péči v současné době v ČR již zajišťuje a zařizuje výcvik interventů v odpovídajících principech a postupech.

4.1 Bezprostřední teoretická východiska

Efektivita první psychické pomoci a intervenční péče je pro její poskytování stěžejní. Je velmi důležité mít u krizové pomoci ponětí, jak funguje, jak dobře funguje, které její konkrétní součásti jsou významné a které méně, kde má případně nedostatky, jak tyto nedostatky vylepšit apod.

Intervenční péči zasaženým zde pracovníci ZZS poskytují už pět let, po které se tato služba inspirovala hlavně u krizové intervence a jejích pracovních postupů. Některá krizově intervenční pracoviště u nás mají více než 25letou historii, díky čemuž už mohla získat určitý objem dat o efektivitě vlastních služeb a řídit podle nich další vývoj těchto služeb. V případě ZZS však zatím taková data, která by mohla udávat směr, kterým je třeba službu posouvat, nebyla systematicky sbírána.

Výzkumy zaměřující se na fenomén efektivity intervenční péče prováděné v zahraničních zemích, kde má tento obor delší tradici, byly už rovněž zmiňovány (viz např. Bisson & Lewis, 2009; Dieltjens a kol., 2014; Schultz & Forbes, 2013; Vernberg a kol., 2008). Jedná o různé formy kvalitativní zpětné vazby od uživatelů služeb, potenciálně také samotných interventů nebo ostatních zdravotnických pracovníků (ti však zpravidla hodnotí spíše systém peer podpory než péči poskytovanou pacientům a zasaženým), popřípadě systematický průzkum statistických údajů. Tyto zahraniční studie dokládají, že zasažení

považují krizovou péči za užitečnou pro jejich psychickou a celkovou pohodu, resp. její zvýšení v náročné situaci, která jejich pohodu v každém případě narušuje.

Pro české zdravotnické prostředí je tedy užitečné efektivitu také prozkoumat, ať už kvůli potvrzení toho, že vnímání užitečnosti české populace se shoduje s vnímáním populací jiných států; nebo naopak nalezení evidence k podpoře opačného stanoviska, totiž že české obyvatelstvo intervenční péči za užitečnou nepovažuje.

Právě tomu se věnuje zde prezentovaný návrh kvalitativního výzkumného projektu. Jedná se o sběr zpětné vazby od zasažených, jimž byla v krizi poskytnuta první psychická pomoc. Zpětná vazba se týká primárně poskytnuté služby a toho, jak zapůsobila na zlepšení (nebo naopak zhoršení či byla bez efektu) psychické pohody zasažených, ale protože s tím neodmyslitelně souvisí i osoba krizového intervenanta, který péči podává, otázky zahrnují i to, jaké bylo pro zasažené jeho působení a vystupování v krizové situaci. Kromě toho je také vhodné uvažovat o hodnocení jejich psychického stavu a zmapování případných přetrvávajících obtíží, podle nichž jde určit, s čím konkrétně jim intervence pomohla.

Zpětná vazba od poskytovatelů intervenční péče, ostatních pracovníků ZZS a jiných lidí kromě přímo intervenovaných je bezesporu také cenným zdrojem informací o efektivitě služby. V tomto návrhu výzkumu však úmyslně není zkoumána, protože sběr dat od dvou samostatných, zásadně se odlišujících skupin by celý výzkumný projekt fragmentovalo a byla by tím ohrožena jeho integrita.

4.2 Cíle

Základním cílem výzkumu je zjištění míry efektivity intervenční péče a první psychické pomoci zajišťované ZZS. Na základě výsledků výzkumu pak budou vytvořeny směrnice nebo metodika zaměřující se na další zlepšování poskytovaných služeb.

Dalším cílem je mapování konkrétních případů zasažených osob a jejich vývoje po traumatu a mapování role intervence v tomto vývoji, stejně jako jiných faktorů, které s intervencí přímo nesouvisí (rodina, práce, celkově sociální podpora, instituce apod.).

Výzkumné otázky

Základní obecnou výzkumnou otázkou je, jak efektivní pro zlepšení vlastní psychické (potažmo i fyzické a sociální) pohody vnímají zasažení mimořádnými událostmi, popřípadě

jinými krizemi, intervenční péči ve formě první psychické pomoci poskytované krizovými interventy Zdravotnické záchranné služby.

Tuto obecnou otázku lze specifikovat rozdělením na dvě kategorie. První z nich je efektivita PPP bezprostředně po proběhnutí krizové situace, tj. v řádu několika hodin až dnů po realizaci intervenční péče u zasaženého. Druhá kategorie se naopak zaměřuje na dlouhodobý efekt PPP – jinými slovy, jak vnímá zasažený efekt první psychické pomoci z hlediska svého dlouhodobého zvládnání krizových prožitků.

Druhá výzkumná otázka odkazující k druhému cíli výzkumu zní, jaké jiné vlivy kromě intervenční péče působily na zasaženého v jeho vývoji po události, a jak pozitivně či negativně tento vývoj ovlivnily.

4.3 Design

Výzkum bude proveden kvalitativně za použití osobního polostrukturovaného rozhovoru výzkumníka s respondentem – zasaženým krizovou situací, v níž mu byla poskytnuta první psychická pomoc některým z interventů ZZS.

Kvalitativní forma byla zvolena proto, že v současnosti v ČR neexistují žádná data o efektivitě první psychické pomoci u ZZS a kvalitativní forma může podat dostačující, třebaže subjektivní, informace o efektivitě služeb i při menším výzkumném vzorku – ten je vzhledem k poměrně nízkému celkovému počtu intervencí také limitován. Rovněž bude doplněn o mapování souvislostí: provedené intervenční úkony, činnosti, o informace o zasažených, které mohou pomoci základně popsat jejich životní situaci a tím zpřesnit výstupy z výzkumu. Dalším důvodem je i to, že kvantitativní výzkumný projekt by byl v tak citlivém oboru, jako je první psychická pomoc v oblasti medicíny, velmi náročný, co se týká realizace, obzvláště bez předchozích poznatků z jiných výzkumů.

4.4 Popis vzorku zkoumaných osob

V České republice bylo za rok 2017 provedeno 403 intervencí u celkem 928 intervenovaných osob (Humpl, 2018a). Trend využívání intervenční péče u ZZS je od zavedení služby roku 2013 stoupající, proto je možné předpokládat, že v dalších letech se počet intervenovaných bude dále zvyšovat a bude tedy více potenciálních respondentů, od nichž bude možné získávat zpětnou vazbu.

Výzkumný vzorek pro tento kvalitativní výzkum bude postupně sbírán z tohoto okruhu lidí, jimž byla poskytnuta první psychická pomoc zdravotnickým krizovým interventem. Vzhledem ke tříměsíční lhůtě mezi intervencí a sběrem zpětné vazby bude trvat minimálně tuto dobu, než začnou existovat první data. Poté už bude možné začít s prvotním vyhodnocováním, které se ovšem bude průběžně měnit, jak budou sbírány další zpětné vazby od dalších respondentů.

Vyhledávání konkrétních respondentů bude probíhat podle co největší různorodosti jejich podmínek a charakteristik. Mezi ně patří typ zasažení (tj. jaká událost je potkala), rodinná situace, ekonomická situace, velikost bydliště, pohlaví, věk atd. Tento postup je zvolen z důvodu mapování co největšího množství různých situací a tím zvětšování záběru výzkumu. Vzorek se poté může navyšovat, dokud budou nacházeny nové fenomény.

4.5 Metody

Realizace výzkumu bude prováděna formou polostrukturovaného rozhovoru, jehož znění je uvedeno v příloze 1. Struktura rozhovoru obsahuje dvě na sebe navazující části: otázky věnované krátkodobému subjektivně percipovanému efektu služby, a dále otázky týkající se dlouhodobého efektu. Obě části probíhají v rámci jednoho setkání. Úvodní otázka je vždy otevřená, aby měl respondent možnost volně říct vše, co ho napadá. V případě, že spontánně nezareaguje na všechny součásti práce intervenanta, může administrátor položit předem připravené doplňující otázky, které se rovněž nachází ve struktuře rozhovoru. Jako východisko pro dotazování je použit také dotazník Cologne Risk Index (CRI), obzvláště jeho verze pro oběti trestných činů a verze pro oběti katastrof.

Vzhledem k tomu, že se dá předpokládat, že respondenti se budou ve vzpomínkách vracet k těžkým prožitkům, je namístež jim před samotným zpětnovazebním rozhovorem nabídnout obyčejné povídání o běžných věcech, které se mohou, ale nemusí týkat zpětné vazby k intervenční službě nebo k situaci, v níž byla poskytnuta. Účelem tohoto "předrozhovoru" je zejména navázání kontaktu mezi administrátorem a respondentem a příjemnější komunikace.

Druhým účelem je zprostředkování jakési "kontroly", která sice slouží primárně zpětné vazbě na intervenční službu, ale pokud by respondent během účasti ve výzkumu zjistil, že krizí neprošel zcela úspěšně nebo ji ještě nemá uzavřenou, může se to touto cestou dozvědět a pracovat s tím. Proto nejen na začátku, ale i na konci rozhovoru výzkumník respondenta ošetří. Na konci rozhovoru s ním probere především jeho aktuální pocity a jestli ho napadá

něco, co v rozhovoru vnímal jako náročné a ještě by o tom potřeboval hovořit; pak je možné směřovat osoby z rozhovoru, který pro ně byl těžký, na něco, co je čeká bezprostředně po rozhovoru a kotvit je tímto způsobem v současnosti. Kromě toho samozřejmě intervent může nabídnout kontakty na návaznou péči, kterou může respondent kdykoli využít. Navazující setkání s interventem tedy může být ku prospěchu nejen intervenční službě, ale i konkrétnímu respondentovi.

Kontaktování potenciálních respondentů z důvodu domluvení termínu setkání bude probíhat zhruba 10 týdnů po mimořádné události. Vlastní dotazování pak bude probíhat tři měsíce po prvotní intervenci (v případě, že člověk od zdravotnického intervenanta z nějakého důvodu dostal více intervencí, pak tři měsíce od poslední intervence) s tolerancí plus minus jednoho týdne kvůli časovým možnostem respondentů. Tato doba byla zvolena, protože tři měsíce jsou obecně doba, kdy už je člověk zpravidla po krizové situaci stabilizován a je schopen normálního fungování, ale zároveň by ještě měl mít dostačující množství vzpomínek na událost která ho potkala a pomoc, kterou od intervenanta dostal.

4.6 Postup a provedení výzkumu

V první fázi je třeba vytvořit krátký informační leták, který bude při ukončování prvotní intervence nabídnut zasaženému. Tento leták bude obsahovat stručné informace o možnostech následné intervenční péče u ZZS či jinde, pokud by se zasažený rozhodl požádat o pomoc i později. Zároveň intervent požádá zasaženého o telefonní číslo za účelem kontaktování po 10 týdnech kvůli zpětné vazbě a určité následné kontrole.

Po uplynulých deseti týdnech od poslední intervence poskytnuté zdravotnickým interventem (v případě, že jich bylo více) bude zasažený kontaktován výzkumníkem schopným poskytovat KI (eventuálně i výzkumníkem z řad zdravotnických interventů – v každém případě však jiným člověkem, než byl intervent poskytující PPP během krizové situace) a bude s ním domluveno setkání, na němž by mohl zasažený mluvit o své zkušenosti s intervenční službou.

Na setkání bude respondentovi v rámci zmiňovaného úvodního navazování kontaktu předložen informovaný souhlas obsahující všechny náležitosti, jako je garance anonymity a bezpečnosti dat, tj. že nebudou využity k žádným jiným účelům než pro zpracování ve výzkumu; dále také souhlas s vytvořením zvukového záznamu sloužícího výhradně pro účely výzkumu. Bude zdůrazněno, že účast ve výzkumu je dobrovolná a respondent ho může

kdykoli bez udání důvodu ukončit. Po podepsání informovaného souhlasu se přejde k samotnému zpětnovazebnímu rozhovoru.

Stěžejním faktorem při provádění výzkumu je přístup administrátora, který by měl být přijímající a v případě potřeby musí umět poskytnout krizovou intervenci a respondenta ošetřit.

Po ukončení sběru dat nebo na žádost respondenta bude rozhovor ukončen, administrátor zodpoví jakékoli respondentovy otázky a nabídne mu v případě zájmu možnost zaslání výsledných anonymních dat, která budou výstupem z výzkumu.

4.7 Zpracování dat a analýza výsledků

Všechna sebraná data budou kvalitativní, proto je v rámci analýzy bude třeba projít manuálně a na základě převládajících odpovědí, resp. kategorií určit, zda zasažení mimořádnými událostmi považují intervenční péči za spíše užitečnou nebo ne. Pokud by to nevyplývalo z otevřených odpovědí respondenta, konkrétní doplňující otázky umožní určení jednotlivých prvků a aspektů práce interventa, které jsou funkční a zasažení je vnímají jako blahodárně působící na jejich psychiku, a které naopak považují za nevhodné a negativně působící. Dokumentace probíhá formou audionahrávky, která je následně přepsána do textové podoby.

Součástí analýzy bude i kazuistické pojetí problematiky. Hlubkové rozebrání a extrakce údajů obzvláště v počátečních fázích výzkumu, kdy dat nebude mnoho, umožní získat největšího možného objemu dat, což pomůže zpřesnit interpretaci výsledků.

Pro zpracování dat budou využity běžné postupy práce s kvalitativními daty: redukce prvního řádu, kódování a práce s časovou osou – respondenti budou dotázáni na své pocity v určitých časových úsecích, což může poskytnout cenné údaje o kontinuitě jejich prožívání a také o jednotlivých skutečnostech, které např. zapříčinily výraznější zlepšení.

Pro vlastní analýzu budou využity metody vytváření trsů a hledání vzorců, které poskytují dobrý způsob srovnání odpovědí od více lidí. Dále může být využita metoda faktorování, protože každý může mít mnoho individuálních zdrojů zlepšení, které nelze vždy předvídat. Tyto údaje budou i přímo zjišťovány mapováním respondentovy životní situace v průběhu rozhovoru.

4.8 Diskuze

Předpoklad převzatý ze zahraničních výzkumů, na něž bylo odkazováno v literárně-přehledové části textu, zní, že první psychická pomoc by měla vcelku působit spíše pozitivně a zasažení by z ní měli mít užitek. Lze ho uplatnit i v tomto výzkumu a předpokládat, že se získaná data v nějaké formě a míře budou shodovat s tímto již známým poznatkem. Zároveň je však třeba mít na paměti, že jde pouze o předpoklad, a proto je důležité neupozadovat možné nedostatky PPP, které se v současnosti sice ve výsledcích zahraničních výzkumů objevují pouze sporadicky, ale není vyloučeno, že v různých situacích a u různých lidí se mohou nějaká negativa projevit. Z toho důvodu jsou otázky v rozhovoru otevřené a nejsou polarizované ani na jednu stranu.

Výzkumný vzorek je na své horní hranici teoreticky omezen; v praxi ovšem budou nabíráni noví respondenti podle principu teoretické nasycenosti konceptu, tj. dokud se budou ve výpovědích objevovat nové fenomény. Potenciálně sběr dat může trvat i více let; pro tento konkrétní výzkumný projekt byla stanovena hranice 6 měsíců pro získávání výpovědí, tj. 9 měsíců i s dobou čekání na první respondenty.

Literárně-přehledová část popisovala principy a prvky krizově intervenčních služeb v různých situacích. Je pravděpodobné, že ne všechny situace budou vyvolávat stejné nebo stejně intenzivní prožitky. Zmiňované zahraniční studie zaměřené na efektivitu intervenční péče při mimořádných událostech kromě jiného uvádí rozdíly mezi dvěma základními typy událostí – přírodními katastrofami a událostmi způsobenými lidským přičiněním. Tento faktor může hrát významnou roli i v českých podmínkách, proto je vhodné věnovat mu dostatek pozornosti při vyhodnocování dat.

Analýza získaných údajů zahrnuje také mapování dalších faktorů (rodina, práce, instituce apod.) ovlivňujících stav zasaženého. To pomůže dát do konkrétnějšího rámce i přímo analýzu intervenční péče a zároveň lépe určit, jak významné jednotlivé vlivy jsou.

Využití výsledků a implikací, které vzniknou, bude probíhat především systémově: data budou anonymizována, proto nebude možné dávat konkrétní zpětnou vazbu konkrétním interventům (to by ani nebylo účelné, při necitlivé komunikaci s interventy by to dokonce mohlo být kontraproduktivní nebo destruktivní), nýbrž ze sebraných a analyzovaných výsledků mohou vznikat metodiky, doporučení a postupy, jak první psychickou pomoc správně poskytovat. Interventi pak budou procházet pravidelnými školeními (např. jednou ročně) připravenými podle aktuálních zjištění tak, aby se mohli ve své činnosti systematicky

zlepšovat. Kromě tvorby materiálů pro interventy by na základě dat mohly případně probíhat systémové intervence např. do různých institucí, o nichž bude zjištěno, že nefungují optimálně.

Navrhovaný výzkumný projekt má několik nesporných limitací, na něž je třeba upozornit. Za určitý nedostatek lze považovat kvalitativní povahu výzkumu, protože jako taková nemůže poskytnout empirická data jednoznačně potvrzující či naopak vyvracející užitečnost intervenční péče. Ale je možné tuto připomínku pojmout i tak, že kvalitativní výzkum může být určitým pilotním výzkumem předtím, než bude vyvinuta eticky korektní realizovatelná metoda kvantitativního zkoumání efektivity emergentní intervenční péče.

Limitujícím faktorem je také dlouhá doba potřebná k získání zpětné vazby. To také pravděpodobně bude negativně působit na ochotu zasažených svou zkušenost sdílet; zároveň je však třeba myslet na etické souvislosti problematiky a nezpůsobovat zasaženým další zátěž a potenciálně je retraumatizovat příliš brzkým dotazováním. Určitá selekce výzkumného vzorku tedy leží i v tomto limitu, kdy pravděpodobně vypadnou lidé s těžkými nebo přetrvávajícími obtížemi či ti, kteří nebyli spokojeni. Také nebude možné zcela zakrýt cíl dotazování, proto zde bude nejspíš působit i určitá snaha respondentů vyhovět nebo se zavděčit – pozitivně zkreslit výstupy.

Mezi další limitující vlivy patří např. efekt tazatele, který u kvalitativního výzkumu bude na respondenta vždy působit. Při půlroční době trvání výzkumu by byla sebrána data pouze od respondentů z určitého období v kalendářním roce, a tito respondenti by mohli být něčím specifictí; vzhledem k celkové delší době výzkumu se mohou objevit jiné nepředvídatelné vlivy, které mohou výsledky nějakým způsobem zkreslit.

Kromě toho je vhodné zmínit ještě retrográdní získávání dat, které bude ovlivněno výbavností vzpomínek u respondentů. Během tří měsíců člověk část vzpomínek v každém případě ztratí, i když pro něj událost mohla být velmi významná; také zde existuje nebezpečí částečné amnézie, která se např. v případě šoku nebo paniky může objevit. V neposlední řadě budou také mít na výsledky vliv vyjadřovací a sebereflexivní schopnosti respondentů. Opět je ale nutné se odkázat na etiku výzkumu, kde na prvním místě stojí bezpečí a celková pohoda respondentů.

Závěr

Tato práce se zabývala problematikou intervenční péče, resp. první psychické pomoci a krizové intervence u Zdravotnické záchranné služby ČR, a pokusila se představit její význam v rámci zdravotnického systému. Jedná se o téma v současnosti poměrně živé, což je zčásti zapříčiněno jeho krátkou existencí v českém prostředí a zčásti tím, že se jedná o sice potřebný pomáhající obor, ale jeho realizace je mnohdy složitá, což zhoršuje podmínky pro jeho plošné rozšíření.

Zároveň je to také široké téma s mnoha různými druhy aplikace v praxi. Z hlediska rozsahu práce nebylo možné adekvátně popsat všechny aspekty problematiky; proto byl dán důraz pouze na některé z nich, přičemž ostatní relevantní prvky byly alespoň zmíněny.

Tento text se výrazně více zaměřoval na intervenční péči směrem od zdravotnických pracovníků k pacientům či jinak zasaženým mimořádnými událostmi a krizovými situacemi než na ostatní formy, jako je peer-to-peer podpora v rámci zdravotnictví nebo debriefingy, které však také mají svou nespornou a opodstatněnou roli v systému psychosociální pomoci.

Probíraná problematika byla dále specifikována na hledisko zpětné vazby ke službě, a tím i na efektivitu služby. Pro korektní rozvoj jakéhokoli oboru je zpětná vazba důležitá, protože nastavuje určité zrcadlo, podle něhož je možné zdůrazňovat fungující aspekty a napravit nedostatky.

Z toho důvodu byl na téma zpětné vazby zaměřen i návrh výzkumného projektu, který by umožnil sebrat prvotní data přímo od uživatelů nabízené intervenční péče a nasměroval lékaře a zdravotníky působící v oboru intervenční péče u ZZS k lepšímu rozvoji. Kromě toho by takový výzkum pravděpodobně nepřímě akcentoval i materiální podporu pro výcvik nových interventů a motivování těch stávajících, protože jich je v dnešní době stále málo a nedisponují dostatečnou kapacitou na adekvátní plošné zajištění psychosociální pomoci komukoli, kdo ji může v nějaké životní chvíli potřebovat.

Použitá literatura

- Allen, B., Brymer, M. J., Steinberg, A. M., Vernberg, E. M., Jacobs, A., Speier, A. H., & Pynoos, R. S. (2010). Perceptions of Psychological First Aid Among Providers Responding to Hurricanes Gustav and Ike. *Journal of Traumatic Stress, 23*(4), 509-513. doi: 10.1002/jts.20539
- Baštecká, B., Hlaváčková, D., Kavan, Š., Mika, O. J., Sotolářová, M., & Vymětal, Š. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M., & Fischer, G. (2008). *Manuál pro implementaci Cologne Risk Index-Disaster v kontextu mimořádných událostí většího rozsahu*. Praha: Ministerstvo vnitra ČR.
- Bisson, J. I., & Lewis, C. (2009). Systematic Review of Psychological First Aid. *Researchgate*. Dostupné 5.4. 2018, z https://www.researchgate.net/publication/265069490_Systematic_Review_of_Psychological_First_Aid
- Bisson J. I., Tavakoly, B., Witteveen, A. B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V. J., Nordanger, D., Garcia, F. O., Punamaki, R.-L., Schnyder, U., Sezgin, A. U., Wittmann, L., & Olf, M. (2010). TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *The British Journal of Psychiatry, 196*, 69–74. doi: 10.1192/bjp.bp.109.066266
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2016). Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: a systematic review. *BMC Psychology, 4*(18), 1-13. doi: 10.1186/s40359-016-0120-9
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., & Watson, P. (2006). Psychological First Aid: Field Operations Guide (2. ed.). *National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD*. Dostupné 31.3. 2018, z <https://www.nctsn.org/resources/psychological-first-aid-pfa-field-operations-guide-2nd-edition>
- Burns, S., Crawford, G., Hallett, J., Hunt, K., Chih, H. J., & Tilley, M. (2017). What's wrong with John? a randomised controlled trial of Mental Health First Aid (MHFA) training with nursing students. *BMC Psychiatry, 17*(17), 1-12. doi: 10.1186/s12888-017-1278-2
- Císařová, P. (2015). *Policie ČR a akutní krizová intervence poskytovaná obětem trestných činů a mimořádných událostí*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.

- Čapková, M. (2012). Psychologická služba – O nás. *Hasičský záchranný sbor ČR*. Dostupné 7.4. 2018, z <http://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-o-nas.aspx>
- Dieltjens, T., Moonens, I., Van Praet, K., De Buck, E., & Vandekerckhove, P. (2014). A Systematic Literature Search on Psychological First Aid: Lack of Evidence to Develop Guidelines. *PloS ONE*, 9(12), 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0114714
- Dvořáková, I. (2014). *Krizová intervence u Policie České republiky*. Diplomová práce. Brno: Masarykova Univerzita.
- Harris, D., Wurie, A., Baingana, F., Sevalie, S., & Beynon, F. (2018). Mental health nurses and disaster response in Sierra Leone. *The Lancet Global Health*, 6(2), e146-e147. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30492-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30492-8)
- Holčáková, G. (2018). Práce s obětí. *Policie ČR – Krajské ředitelství policie Moravskoslezského kraje*. Dostupné 7.4. 2018, z <http://www.policie.cz/clanek/prace-s-obeti.aspx>
- Humpl, L. (2018a, únor). Činnost zdravotnických interventů 2017. *SPIS – Systém psychosociální intervenční služby*. Dostupné 7.4. 2018, z <https://spis.cz/2018/02/13/cinnost-zdravotnickych-interventu-2016/>
- Humpl, L. (2018b, únor). Peer podpora 2017. *SPIS – Systém psychosociální intervenční služby*. Dostupné 7.4. 2018, z <https://spis.cz/2018/02/13/peer-podpora-2016/>
- Humpl, L., Prokop, J. M., & Tobiášová, A. (2013). *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: NCO NZO.
- Jacobs, G. A., Gray, B. L., Erickson, S. E., Gonzalez, E. D., & Quevillon, R. P. (2016). Disaster Mental Health and Community-Based Psychological First Aid: Concepts and Education/Training. *Journal of Clinical Psychology*, 72(12), 1307–1317. doi: 10.1002/jclp.22316
- Janáčková, L., & Weiss, P. (2008). *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál.
- Ježková, I. (2011, září). Krizová intervence. *Policie ČR*. Dostupné 8.4. 2018, z <http://www.policie.cz/clanek/krizova-intervence-ze-strany-policie.aspx>
- Keleman, S. (2013). *Anatomie emocí*. Praha: Portál.
- Kubíčková, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV nakladatelství.
- Matějček, Z., & Dytrych, Z. (2002). *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada Publishing.
- McCabe, O. L., Everly, G. S., Brown, L. M., Wendelboe, A. M., Hamid, N. H. A., Tallchief, V. L., & Links, J. M. (2014). Psychological First Aid: A Consensus-Derived, Empirically

- Supported, Competency-Based Training Model. *American Journal of Public Health*, 104(4), 621-628. doi: 10.2105/AJPH.2013.301219
- McMahon, S. A., Ho, L. S., Brown, H., Miller, L., Ansumana, R., & Kennedy, C. E. (2016). Healthcare providers on the frontlines: a qualitative investigation of the social and emotional impact of delivering health services during Sierra Leone's Ebola epidemic. *Health Policy and Planning*, 31(9), 1232-1239. doi: 10.1093/heapol/czw055
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 579-587. doi: 10.1037/0022-006X.72.4.579
- Pracovní skupina pro vytváření a ověřování standardů psychosociální krizové pomoci a spolupráce při MV-GŘ HZS ČR (2010). *Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek*. Praha: Ministerstvo vnitra – generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR.
- Reifels, L., Pietrantonio, L., Prati, G., Kim, Y., Kilpatrick, D. G., Dyb, G., Halpern, J., Olf, M., Brewin, C. R., & O'Donnell, M., (2013). Lessons learned about psychosocial responses to disaster and mass trauma: an international perspective. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 1-9. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.22897
- Ruzek, J. I., Brymer, M. J., Jacobs, A. K., Layne, C. M., Vernberg, E. M., & Watson, P. J. (2007). Psychological first aid. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 17-49. doi: <https://doi.org/10.17744/mehc.29.1.5racqxjueafabgwp>
- Shibley, H. (2010). Psychological first aid: Helping children overcome disasters. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 26(4), 4. doi: 10.1002/cbl.20113
- Schneider, J. W. (2005). *O smyslu a důležitosti životních krizí*. Hranice: FABULA.
- Schafer, A., Snider, L., & van Ommeren, M. (2010). Psychological first aid pilot: Haiti emergency response. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counseling in Areas of Armed Conflict*, 8(3), 245-254. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/WTF.0b013e32834134cb>
- Schedlich, C., Zurek, G., & Bering, R. (2008). *Manuál pro intervence zaměřené na specifické skupiny zasažených osob u mimořádných událostí většího rozsahu*. Praha: Ministerstvo vnitra ČR.
- Schultz, J. M., & Forbes, D. (2013). Psychological first aid: Rapid proliferation and the search for evidence. *Disaster Health*, 2(1), 3-12. doi: 10.4161/dish.26006

- SPIS – Systém Psychosociální Intervenční služby (6.4. 2018). *První psychická pomoc sekundárně zasaženým*. Dostupné 6.4. 2018, z <https://spis.cz/kdo-jsme/prvni-psychicka-pomoc-sekundarne-zasazenym/>
- Světová zdravotnická organizace (2018). *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Šeblová, J. (2007). *Zátěž, stres a syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb – možnosti včasné diagnózy, prevence a terapie*. Dizertační práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Špatenková, N., Dohnal, D., Dohnalová, S., Ivanová, K., Klen, Š., Možíšová, A., Pešáková, K., Pastucha, P., Sobotková, I., Ševčík, D., & Veselský, P. (2017). *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada Publishing.
- Špatenková, N., Sobotková, I., Sýkorová, D., Příhodová, A., & Dopita, M. (2004). *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing.
- Vávrová, S. (2012). *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Vernberg, E. M., Steinberg, A. M., Jacobs, A. K., Brymer, M. J., Watson, P. J., Osofsky, J. D., Layne, C. M., Pynoos, R. S., & Ruzek, J. I. (2008). Innovations in Disaster Mental Health: Psychological First Aid. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 381–388. doi: 10.1037/a0012663
- Vodáčková, D., Bahbouh, R., Baštecká, B., Čierná, J., Hajný, M., Havránková, O., Janečková, B., Kobrle, L., Lorenc, J., Lucká, Y., Mamula, J., Nováková, Z., Ošancová, R., Procházková, J., Šmolka, P., Štichová, Z., Šusterová, M., Vančura, M., & Vyhnálková, H. (2007). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Wu, A. W., & Steckelberg, R. C. (2012). Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ Quality & Safety*, 21(4), 267-270. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000605
- Zurek, G., Schedlich, C., & Bering, R. (2008). *Manuál pro psychoedukaci v oblasti psychického traumatu v kontextu mimořádných událostí většího rozsahu*. Praha: Ministerstvo vnitra ČR.

Přílohy

Příloha 1

Struktura rozhovoru pro získání zpětné vazby od zasažených k intervenční péči ZZS

Na začátku je nutné navázat s respondentem odpovídající kontakt, proto je vhodné s respondentem alespoň 5-10 minut mluvit o aktuální náladě, s jakými pocity na setkání přichází, co od něj očekává apod. Také je třeba transparentně vysvětlit okolnosti a účel výzkumu a zodpovědět případné dotazy, aby měl respondent dostatek informací a mohl nerušeně odpovídat.

Před samotným dotazováním musí být podepsán informovaný souhlas. Po jeho podpisu je možné přejít k otázkám vypsáným níže. Vzhledem k tomu, že jde o polostrukturovaný rozhovor, je v pořádku pořadí otázek pozměnit, případně některé vypustit či přizpůsobit podle toho, jak bude konkrétní respondent odpovídat. Je ovšem v každém případě vhodné respondenta povzbudit, aby říkal opravdu vše, co ho napadne.

1. Nejprve bych se chtěl/a zeptat, jak vnímáte tu situaci, kterou jste zažil/a, teď, po uplynutí tří měsíců?

1.1 Jaké jsou Vaše aktuální pocity, když na situaci vzpomínáte?

2. Jak jste vnímal/a intervenční péči, kterou Vám intervent poskytl, bezprostředně po události? Např. v řádu hodin až dnů.

2.1 Jak jste vnímal/a, když vám intervent nabídl vodu nebo čaj?

2.2 Jak na Vás působilo, když vám intervent nabídl deku, do které jste se mohl/a zabalit?

2.3 Jestliže se stalo, že Vás intervent odvedl na klidnější místo, jaký vliv to na Vás mělo?

2.4 Napadá Vás ještě něco, co mohlo pozitivně ovlivnit Vaše pocity z intervenční péče?

2.5 Napadá Vás naopak něco, co mohlo Vaše pocity ovlivnit negativně?

3. Nyní se Vás chci zeptat na jiné vlivy nesouvisející přímo s intervencí, které v průběhu tří měsíců po události nějak ovlivňovaly Vaše vyrovnávání se se situací?

3.1 Jaký vliv a význam pro Vás měla Vaše rodina?

3.2 Jak jste vnímal/a návrat do práce a do pracovního kolektivu a komunikaci se spolupracovníky po události?

3.3 Jaký vliv a význam pro Vás měly různé instituce, s nimiž jste komunikoval/a po události, pokud nějaké takové byly?

3.4 Napadají Vás ještě nějaké další vlivy nesouvisející přímo s intervencí, které Vás nějak ovlivnily?

4. Jak dnes vnímáte intervenční péči, kterou jste dostal/a, tedy po uplynutí určité doby od události?

4.1 Pomohla, nebo naopak nepomohla Vám intervenční péče s vyrovnáváním se s prožitou událostí v dlouhodobém hledisku?

Po skončení dotazování je opět vhodné podle chuti respondenta mluvit o běžných věcech a dostat se tím zpět do současné reality. Také zodpovězte jakékoli respondentovy dotazy a nabídněte zaslání anonymních výsledků výzkumu na email, pokud o to respondent projeví zájem.