

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2021

Bc. Šárka Seidlová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

System psychosociálních intervenčních služeb – psychosociální služby poskytované
peery a interventy v rámci zdravotnických zařízení

Bc. Šárka Seidlová

2021

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Šárka Seidlová**
Osobní číslo: **Z19390**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **System psychosociálních intervenčních služeb – psychosociální služby poskytované peery a interventy v rámci zdravotnických zařízení**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada, 2013. Psyché. ISBN 978-80-247-4195-6.
2. HUMPL, Lukáš, Jiří Maxmilián PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ. *Proní psychická pomoc ve zdravotnictví*. 1. Brno: NCO NZO, 2013. ISBN 978-80-7013-562-4.
3. MLČÁK, Zdeněk. *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-950-6.
4. ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.
5. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. Psyché. ISBN 978-80-247-2624-3.
6. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krise a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017. Psyché. ISBN 978-80-247-5327-0.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **2. prosince 2019**
Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2021**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Systém psychosociálních intervenčních služeb – psychosociální služby poskytované peery a interventy v rámci zdravotnických zařízení jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 14. 7. 2021

Bc. Šárka Seidlová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Kateřině Horáčkové, Ph.D. za umožnění věnovat se tomuto tématu a své konzultantce Mgr. Jitce Rusové, DiS., za odborné vedení, spolupráci, ochotu a čas, který mi věnovala a její cenné rady, které mi pomohly práci dokončit.

Dále děkuji všem respondentům za jejich čas a vstřícnost při rozhovorech, bez kterých by žádná práce nemohla vzniknout.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za podporu nejen při zpracování této práce, ale i v průběhu celých studiích.

ANOTACE

Diplomová práce se věnuje poskytování psychosociálních služeb speciálně vyškolenými pracovníky Systému psychosociálních intervenčních služeb – zdravotnickými interventy a peery v rámci zdravotnických zařízení. Teoretická část shrnuje informace týkající se Systému psychosociálních intervenčních služeb, první psychické pomoci a krizové intervence. Pozornost je rovněž věnována problematice poskytování těchto služeb v době pandemie COVID-19.

Cílem práce bylo zjistit, kdo jsou peerři/interventi a jaké potřebují znalosti a dovednosti pro poskytnutí první psychické pomoci a jak poskytované intervence prožívají, dále pak jaká je praxe v oblasti přípravy, průběhu a vyhodnocení intervence peera/interventa, jaká jsou specifika těchto intervencí dle formy a místa a jak to vše ovlivnila pandemie COVID-19.

Data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů s vybranými peery a interventy a analyzována s využitím prvků interpretativní fenomenologické analýzy. Získaná data doplňují již publikované informace například stran pomůcek používaných v rámci intervencí. Mezi podstatná zjištění této práce patří vliv pandemie na poskytování intervencí ve smyslu omezení osobního kontaktu v rámci intervencí a přesunutí těchto služeb do distanční formy – telefonické či emailové komunikace.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zdravotnický intervent a peer, systémem psychosociálních intervenčních služeb, akutní stresová reakce, krizová intervence, psychosociální služby, první psychická pomoc, nadlimitní stresová situace, pandemie covid-19

TITLE

System of psychosocial intervention services - psychosocial services provided by peers and intervention staff within medical care facilities.

ANNOTATION

The diploma thesis concerns the topic of providing psychosocial services by specially trained staff - medical intervention staff and peers. The theoretical part of the diploma thesis summarizes information regarding the topic of providing first psychosocial services from available literature sources and describes in the comprehensive way topic of providing first psychological assistance.

The goal of diploma is to describe the definition of peer and intervention staff, recommended knowledge base and skill set of the intervention staff as well as comparison with the real usage of the knowledge and skills and how individual interventions experience, then practice concerning preparation, progression and evaluation of the intervention and the specifics of crisis intervention depending on the form and place and the last one is to assess the influence of COVID-19 pandemic on providing of these services.

The exploratory part consists of evaluation of the survey research done using semi-structured interviews with selected SPIS staff. Result processing has been done using the method of qualitative sociological research with elements of interpretative phenomenological analysis (IPA). The data obtained complement the information already published pages, for example, devices used in the interventions. Among the significant findings of this study include the impact of the pandemic on the provision of interventions in terms of restriction of personal contact in the interventions and move those services to distance form - telephone or email communications.

KEYWORDS

Medical intervention staff and peer, system of psychosocial intervention services (SPIS), acute stress response, crisis intervention, psychosocial services, first psychological assistance, over-limit stress situation, pandemic covid-19

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíl práce.....	14
2 Teoretická část.....	15
2.1 Systém psychosociální intervenční služby.....	15
2.1.1 Historie SPIS.....	16
2.1.2 Organizace SPIS.....	17
2.1.3 Peer – podpora zdravotníků.....	19
2.1.4 Zdravotničtí interventi.....	22
2.1.5 Dovednosti a znalosti pracovníka SPIS.....	25
2.1.6 Péče o vlastní psychiku pracovník SPIS.....	25
2.2 Zátěžové situace a stres.....	26
2.2.1 Zvládání zátěžových situací.....	27
2.2.2 Akutní stresová porucha a posttraumatická stresová porucha.....	28
2.3 Krize.....	28
2.3.1 První psychická pomoc.....	30
2.3.2 Krizová intervence.....	31
2.3.3 Formy krizové intervence.....	32
2.4 Psychosociální péče a pandemie COVID – 19.....	33
3 Průzkumná část.....	35
3.1 Metodika průzkumu.....	36
3.2 Průzkumný soubor.....	37
3.3 Způsob získání dat – polostrukturovaný rozhovor.....	37
3.4 Způsob zpracování dat.....	38
3.5 Prezentace a analýza výsledků.....	38
3.5.1 Kategorie intervent/peer.....	39
3.5.2 Kategorie intervence.....	47

3.5.3	Kategorie COVID-19.....	55
4	Odpovědi na průzkumné otázky a diskuze	58
5	Závěr	68
6	Použitá literatura	71

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Přehled kódů a podkódů kategorie intervent/peer aplikací Smart Art	39
Obrázek 2 Přehled kódů a podkódů kategorie intervence aplikací Smart Art.....	47
Obrázek 3 Přehled kódů a podkódů kategorie COVID - 19 aplikací Smart Art.....	55

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AZZS	Asociace zdravotnických záchranných služeb
CISM	Critical Incident Stress Management
COVID-19	Coronavirus disease 2019
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
FZS	Fakulta zdravotnických studií
HZS	Hasičský záchrany sbor
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
OSUMMK	Odbornou společností urgentní medicíny a medicíny katastrof
SPIS	System psychosociální intervenční služby
WHO	World health organization

ÚVOD

Tato diplomová práce se věnuje tématu „System psychosociálních intervenčních služeb – psychosociální služby poskytované peery a interventy v rámci zdravotnických zařízení“.

System psychosociální intervenční služby (dále jen SPIS) je služba zaměřená na poskytování první psychické pomoci a podpory v náročných situacích. Tuto službu poskytuje celá síť odborníků vyškolených v krizové intervenci, první psychické pomoci, v podpoře na kolegiální úrovni a v podpoře sekundárně zasaženým (Humpl, 2013, s. 4-6).

SPIS má speciálně vyškolené pracovníky tzv. peery, kteří poskytují první psychickou pomoc na kolegiální úrovni. V profesním životě se zdravotníci mnohdy setkávají s nepříjemnými, nečekanými a tragickými situacemi, se kterými je občas těžké se vypořádat. Psychosociální podpora může být poskytnuta také pacientům, jejich blízkým či svědkům různých traumatizujících událostí, kteří se dostávají do stavů bezradnosti s projevy akutní stresové reakce. V tomto případě pak hovoříme o podpoře sekundárně zasaženým, kterou poskytují zdravotničtí intervenci (Janků, 2017, s. 9-10).

Zdravotničtí intervenci jsou vyškolení pracovníci v první psychické pomoci, spadající pod SPIS, kteří poskytují pomoc sekundárně zasaženým v akutní stresové reakci. Z tohoto důvodu je pomoc zdravotnickými intervenci poskytována v krátkém časovém období od vzniku události a ve většině případů již místě tragédie (MZČR, 2019, s. 4).

Ze statistik SPISu vyplývá výrazný každoroční nárůst intervencí a intervenovaných počtů osob a na základě těchto údajů lze dnes již hovořit o neustále vzrůstající potřebě psychosociálních intervenčních služeb. V roce 2018 bylo uskutečněno v systému SPIS 486 intervencí, což je zhruba 4x více než v roce 2014 (Humpl, 2016).

Péče o duševní zdraví je obzvláště u zdravotníků velmi podceňováno. Objevují se mýty o zdravotnících, kteří jsou takzvaně „ze železa“ a nepotřebují žádnou pomoc. Zdravotníci jsou nejvíce ohroženou skupinou, u které může dojít k dočasnému či trvalému poškození nejen duševního zdraví. To může následně vyvrcholit až v syndrom vyhoření, který vzniká na podkladu dlouhodobého chronického stresu. Včasná pomoc ze strany peerů může zamezit vzniku syndromu vyhoření. Syndromem vyhoření se v české populaci zabývá mimo jiné i Psychiatrická klinika 1. LF UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze od roku 2015. Výzkum se zabývá syndromem vyhoření u lékařského zdravotnického personálu. Autoři studie uvádějí, že lékařská profese je v porovnání s jinými nejohroženější skupinou.

Konkrétně se jedná až o 30 % lékařů, kteří si prošli syndromem vyhoření, 12 % ze 1100 respondentů trpí středně těžkým až těžkým depresivním syndromem. Dalších 22 % užívá nějaká psychofarmaka, z nich 16 % užívá anxiolytika a zbytek běžná antidepresiva. Tyto léky si předepisují sami na základě zkušenosti ze svých praxí. Ze zahraničních dat dále vyplývá zvýšené riziko sebevražd, které je u lékařů 1,4krát a u lékařek 2,3krát větší než u běžné populace. Syndromem vyhoření jsou ohroženy i sestry, avšak konkrétní studii na syndrom vyhoření u nelékařského zdravotnického personálu 1. LF UK teprve plánuje (Koubová, 2018).

S příchodem pandemie COVID-19 se výrazně zvýšila potřeba zajistit první psychickou pomoc jak u zdravotníků, pacientů tak u široké veřejnosti. Z těchto důvodů SPIS zřídil linku kolegiální podpory. Tato linka je nepřetržitá a je zřízena pro zdravotníky na různých pracovních pozicích. Lidé ji mohou využít v případě, že cítí potřebu psychické pomoci, mají vyšší profesní a psychickou zátěž než obvykle, mají strach o zdraví své či svých blízkých či obavy z nákazy (Humpl, 2020). Ministerstvo zdravotnictví zároveň zřídilo Linku první psychické pomoci určenou pro širokou veřejnost, kde službu zajišťovali zdravotničtí interventi a psychologové SPISu. Provoz této linky byl po zhruba třech měsících ukončen. V průběhu svého fungování tuto pomoc využilo kolem 2600 lidí (Linka první psychické pomoci odbavila v době epidemie 2600 hovorů, občané se mohou dále obracet na specializované krizové linky, 2020).

Diplomová práce mapuje aktuální potřeby a nutnost rozšiřování psychosociální podpory tak, aby neustále zvyšující se poptávka po psychosociálních službách mohla být v dostatečném čase a kvalitě uspokojena. Další podstatnou částí práce jsou nová zjištění v oblasti poskytování psychosociálních služeb v reakci na pandemii COVID-19.

1 CÍL PRÁCE

Cíl teoretické části práce

1. Přehledně shrnout problematiku týkající se poskytování služeb v rámci systému psychosociální intervenční služby.

Cíle průzkumné části práce

1. Zjistit kdo je peer a intervent a jaké jsou znalosti a dovednosti jim doporučovány a jaké jsou jimi doopravdy využívány.
2. Zjistit, jaká je praxe v oblasti přípravy, průběhu a vyhodnocení intervence a jaká jsou specifika intervencí dle formy a místa intervence.
3. Zjistit a popsat jakým způsobem prožívají průběh krizové intervence interventi a peři.
4. Zjistit jakým způsobem ovlivnila pandemie COVID-19 poskytování psychosociálních intervenčních služeb.

2 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části práce je podrobně popsána problematika SPIS. Důraz je kladen na historii SPISu, jeho organizační dělení, kolegiální peer podporu, zdravotnické interventy a první psychickou pomoc. Další část je věnována zátěžovým a krizovým situacím, jejich projevům a zvládnutí, krizovým intervencím, osobnosti krizového pracovníka či péči o jeho psychiku.

2.1 Systém psychosociální intervenční služby

Ve zdravotnictví jsme často v kontaktu s nemocnými, lidskými ztrátami, neštěstím, bezradností a stavy akutní stresové reakce. Tyto stavy bývají přítomny nejen u zasažených pacientů, zdravotníků, ale také u jejich blízkých. Definice zdraví dle WHO zahrnuje mimo tělesnou pohodu i duševní, která v těchto případech bývá zasažena. Zdravotníci jsou dobře proškolení v úkonech zachraňující život, a však méně v poskytování psychické podpory. V některých případech mohou i zdravotníci, kteří jsou zapojeni do péče o poškozeného pacienta, být okolnostmi také psychicky zasaženi. Z těchto a dalších důvodů je zde SPIS (Humpl, 2013, s. 4–6).

SPIS poskytuje služby, které jsou zaměřeny na podporu zdravotníků a lidí, kteří byli nebo jsou vystaveni smutku, truchlení a dalším nepříjemným psychickým stavům. Cílem péče je poskytnout optimální první psychickou pomoc a psychosociální podporu při nadlimitních situacích, které ve většině případů mohou významně poškodit psychiku zasažených osob. Službu poskytuje celá síť odborníků vyškolených v krizové intervenci, v podpoře na kolegiální úrovni a v podpoře sekundárně zasažených. Zasaženou osobou může být jak samotný pacient, tak i jeho rodina, zdravotnický personál či náhodný kolemjdoucí dané situace, potom o těchto osobách mluvíme jako o sekundárně zasažených (MZČR, 2019, s. 2-3).

Dle metodického doporučení MZČR (2019, s. 3) zní přesná definice sekundárně zasažené osoby takto „osoba, která má zpravidla k primárně zasaženému člověku emoční vazbu a došlo u ní k akutní reakci na stres, může se však také jednat o svědky tragické události, nezraněné účastníky“.

SPIS zahrnuje peer podporu, kterou poskytují vyškolení zdravotníci pracující především v zdravotnických záchranných službách či pracovníci urgentních příjmů. Tito pracovníci mají znalost v problematice zasažených osob s dovedností naslouchat. K dispozici jsou všem, ať už lékařským či nelékařským pracovníkům pracujících v nemocnici či jiných zdravotnických

zařízeních. Systém má rovněž preventivní charakter – informuje, pomáhá a edukuje v oblasti péče o duševní zdraví, zvládnání psychické zátěže a adaptace na stres (Humpl, 2013, s. 87-88).

Péče o psychiku zdravotníků, stejně tak o psychiku rodinných příslušníků pacienta je často zanedbávána. Mnohdy se můžeme setkat i s názory, že zdravotník si umí nejlépe pomoci sám, protože má s těmito věcmi zkušenosti, a příbuzní nejsou pacienti, o které by se měli zdravotníci starat. Opak je však pravdou a obzvlášť rodina pacienta mnohdy potřebuje psychosociální pomoc jako první (SPIS, nedatováno a).

Důležité je tedy poskytnout rychlou, účelnou, a především komplexní první psychickou pomoc. V případě potřeby je možnost navázat na první psychickou pomoc dalšími formami péče, jako jsou různé krizové intervence či psychologické ambulance (MZČR, 2019, s. 2-3).

2.1.1 Historie SPIS

V České republice, oproti jiným vyspělým státům světa, je péče o psychickou oblast zdravotníků v počátcích. První snahy o rozvoj této oblasti se datují ke konci dvacátého století, kdy Evropská unie vytvořila projekt s názvem Leonardo da Vinci. Cílem projektu bylo vytvořit v rámci Evropské unie podpůrnou síť, která měla za úkol pomáhat při zvládnání krizových situací. Tento projekt získal podporu Ministerstva zdravotnictví České republiky, což v důsledku vedlo k prvnímu výcviku zdravotníků v metodě Critical Incident Stress Management (SPIS, nedatováno b).

Critical Incident Stress management (dále jen CISM) je souhrn opatření, které mají za cíl pomoci zvládat stres před, při a po mimořádných událostech. Opatření, která patří do té fáze „před“ mimořádnou událostí, jsou vzdělání, různá školení, kurzy, životní styl a samotný nácvik na takovéto situace. Opatření, která se používají „při“ mimořádné události jsou první psychická pomoc a psychosociální pomoc. V poslední fázi „po“ mimořádné události jde především

o vyrovnání se s následky mimořádné události (MZČR, 2019, s. 2).

Výcvik pracovníků v této oblasti byl zorganizován až o několik let déle, než byl Ministerstvem zdravotnictví přijat samotný projekt, ale díky němu byl položen personální základ pro budoucí systém psychosociální pomoci (SPIS, nedatováno b).

V roce 2009 pod záštitou Odboru krizové připravenosti MZ ČR vznikla pracovní skupina, která měla za úkol vytvořit strukturu systému, naplánovat vzdělávací programy, navrhnout legislativní ukotvení těchto služeb a v neposlední řadě informovat poskytovatele

zdravotnických služeb o možnostech této psychosociální pomoci. Ve stejném roce došlo ve spolupráci s Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů k vytvoření desetidenního certifikovaného kurzu. Tento kurz nesl název „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům. Strategie zvládnání psychicky náročných situací“. Absolventi tohoto kurzu získají certifikát k poskytování zdravotnické peer podpory, který je platný na území celé České republiky (SPIS, nedatováno b).

SPIS tak jak ho dnes známe byl oficiálně ustanoven na podzim roku 2010 a to podpisem ministerstva zdravotnictví. O rok později bylo poskytování psychosociálních služeb ukotveno do zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. V roce 2012 byli jmenováni odborní garanti a krajští koordinátoři. SPIS se následně začal zavádět do jednotlivých krajských zdravotnických záchranných služeb. O několik měsíců později téhož roku se do projektu zapojilo i několik nemocnic. Mimo jiné byl SPIS v tomto roce přesunut pod Asociaci zdravotnických záchranných služeb a garantem se stala Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS J. E. Purkyně. Do roku 2014 byly služby SPIS zaměřeny pouze na zdravotníky. V roce 2014 začal SPIS poskytovat první psychickou pomoc, která se poskytuje sekundárně zasaženým osobám, kteří byli poškozeni nějakou nadlimitní zátěžovou situací (SPIS, nedatováno b).

2.1.2 Organizace SPIS

Aby mohla organizace dobře fungovat a poskytovat kvalitní psychosociální podporu, je důležité nastavit a následně dodržovat pravidla. Každá pracovní pozice ve SPIS má svou charakteristickou pracovní náplň a také podmínky vzdělání, které musí být dodrženy (SPIS, nedatováno e).

Hierarchii SPIS tvoří garant systému, odborní garanti – psychologové, krajští koordinátoři, peři a interventi (Hoffmann a kol., 2017, s. 20-21).

Garant systému

Garant systému je do pozice jmenován na základě dohody mezi Asociací zdravotnických záchranných služeb a Odbornou společností urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP. Garant může ukončit svou činnost v systému odstoupením z funkce či odvoláním opět na základě dohody již zmíněných organizací. Garant systému je povinen, stejně tak jako ostatní členové SPIS dodržovat etický kodex a další dokumenty přijaté SPISem. Garant systému by měl absolvovat výcvik v metodách CISM vedený certifikovaným lektorem, měl by se minimálně pět let věnovat poskytování psychologické péče především v urgentních

oborech

a stejnou dobu by se měl věnovat problematice preventivních programů (SPIS, nedatováno f).

Garant systému je klinický psycholog, který zastupuje SPIS na celostátní úrovni. Jeho hlavní náplní je propagace, reprezentace a zastupování systému na různých schůzkách a jednáních (MZČR, 2019, s. 2).

Mimo všechny již zmíněné povinnosti ručí za funkčnost celého SPISu jako celku, podílí se na výcviku nových peerů, jmenuje a odvolává krajské koordinátory a poskytuje supervizi ostatním členům SPIS. Dále spolupracuje nejen s dalšími členy SPISu, ale i jinými organizacemi zapojenými do psychosociální podpory. Mezi ty nejdůležitější patří Asociace zdravotnických záchranných služeb (dále jen AZZS), dále Odborná společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP v neposlední řadě pak Asociace fakultních nemocnic a Asociace českých a moravských nemocnic (SPIS, nedatováno f).

Odborný garant

Tak jako garant systému i odborný garant musí mít určité vzdělání, které je po něm vyžadováno. Odborný garant je absolvent magisterského oboru psychologie, zároveň také výcviku v metodách CISM a mimo to absolvoval specializaci a zkoušku z klinické psychologie. Má minimálně pětiletou zkušenost s poskytováním psychologické péče ve zdravotnictví (SPIS, nedatováno g).

V rámci SPIS spolupracují dva odborní garanti, kteří na základě výše zmíněného vzdělání a zkušeností vedou krajské koordinátory a další pracovníky psychosociální podpory (MZČR, 2019, s. 2).

Odborný garant je osoba pověřena dohledem nad funkčností SPIS, správným poskytováním péče peery a dalšími pracovníky péče o duševní zdraví ve smyslu dodržování zákonů, etických kodexů a dalších příslušných dokumentů. V případě potřeby může zastupovat garanta systému a zároveň dohlíží na činnost krajských koordinátorů. Stejně tak jako garanta systému, tak i odborného garanta jmenuje a odvolává AZZS a OSUMMK (SPIS, nedatováno g).

Koordinátor pro ČR

Koordinátor SPIS pro Českou republiku je zdravotnický pracovník, peer a zároveň intervent, který absolvoval certifikovaný kurz v NCO NZO v Brně. Oproti odbornému a krajskému garantovi jsou na něho kladeny nižší nároky na vzdělání a jeho jmenování probíhá na základě

doporučení garanta systému. Kvalifikaci má koordinátor pro Českou republiku totožnou jako peer a intervent a podmínkou jsou minimálně tři roky poskytování peer a intervenční péče. Mezi jeho hlavní úkoly patří koordinace peerů a intervenční péče v ČR, podílí se přípravě nových peerů a interventů a zároveň se může sám věnovat poskytování psychosociálních služeb jako peer nebo intervent. Spolupracuje se všemi členy SPISu a má přehled o situaci v jednotlivých krajích, protože se účastní setkání krajských koordinátorů. Dále se podílí na tvorbě odborných materiálů, vytváří různé přednášky, které pak sám publikuje a přednáší (SPIS, nedatováno h).

Krajský koordinátor

Každý kraj má k dispozici svého krajského koordinátora, který má seznam všech osob, kteří jsou proškoleni v poskytování psychosociální péče v příslušné oblasti. Díky tomuto seznamu je pak usnadněno kontaktování peerů či interventů v případě jejich potřeby (MZČR, 2019, s. 2).

Povinná odborná příprava pro krajského koordinátora je totožná jako u peera. Musí být absolventem výcviku v rámci NCO NZO Brno či výcviku CISM vedený certifikovaným lektorem. Na svou pozici je vybrán odbornými guaranty a následně jmenován AZZS a OSUMMK. Má za úkol organizovat péči pro kolegy v rámci svého kraje, zároveň může ale i peer péči vykonávat sám. Účastní se pravidelných schůzek s krajskými koordinátory a informace na nich získané předává mezi peery a zdravotnické interventy, které má na starosti (SPIS, nedatováno i).

2.1.3 Peer – podpora zdravotníků

S pojmem peer se můžeme setkat nejen v oblasti zdravotnictví, ale také v pedagogicko-psychologickém odvětví. V oblasti zdravotnictví je toto označení používáno pro speciálně vyškoleného kolegu, který pracuje ve stejném oboru, a tudíž má stejné zkušenosti jako právě zasažený (Hoffmann a kol., 2017, s. 20-21).

Povolání zdravotníků je totiž náročné nejen, co se týká vzdělání a odborné přípravy, ale je taky velice fyzicky a psychicky náročné. Se stresem v různých podobách se zdravotníci v práci setkávají každý den (Venglářová, 2011, s. 47).

Peři pracují i v rámci pedagogicko-psychologického odvětví. Můžeme se mnohdy setkat dokonce s dětmi v těchto funkcích, které si prožily nepříjemné situace, jako je šikana, a

zvládly to natolik, že nyní mohou pomáhat v těchto situacích dalším dětem (Hoffmann a kol., 2017, s. 20-21).

Nápad na takovýto druh pomoci vznikl již v období první světové války, kdy vojáci, kterým se dal prostor ventilovat své pocity, stresory a frustrace, byli daleko dříve připraveni vrátit se do boje než vojáci, kterým nebyla taková možnost poskytnuta (Hoffmann a kol., 2017, s. 20-21).

Do zdravotnictví se však tento nápad přenesl až zhruba před deseti lety, kdy řada zdravotníků začala šířit myšlenku, že i zdravotníci jsou „jen“ lidé, a že na rozdíl od poškození těla fyzicky, které je vidět na první pohled, je narušená psychika skrytá a může se projevit až později (Hoffmann a kol., 2017, s. 20-21).

Zdravotník by měl mít dobrou psychickou odolnost nebo by alespoň měl umět se svou psychikou pracovat. Některé situace, jako je například úmrtí pacienta, sdělování nepříjemných zpráv blízkým či vlastní ohrožení života často narušují psychickou vyrovnanost zdravotníků. Je důležité si uvědomit, že mnohdy se jedná o stres chronický až kumulovaný, kdy je zdravotník stresovým a nepříjemným situacím vystavován opakovaně. Díky všem těmto vlivům jsou zdravotníci ve velkém riziku syndromu vyhoření (SPIS, nedatováno c).

V těchto případech je pak vhodné vyhledat služby peera, který může zdravotníkům v nadlimitních situacích pomoci.

2.1.3.1 Služby poskytované peery

Peeri mohou poskytnout podporu zdravotníkům, kteří prožívají nadlimitní situaci, nebo kteří potřebují psychickou podporu z jiných důvodů. Rovněž mohou pomoc vyhledat i zdravotníci, kteří jsou dlouhodobě vystavováni zátěži, která už překračuje hranici zvládnutelnosti. Pomoc mohou využít pracovníci různých oborů a z různých pracovních pozic. Není pravidlem poskytovat první psychickou pomoc pouze pracovníkům urgentních příjmů, kteří jsou vystavováni nadlimitním situacím častěji než pracovníci jiných oborů (SPIS, nedatováno c).

Peer neboli profesní kolega je člověk, který mimo vzdělání pro svou zdravotnickou profesi má navíc certifikovaný kurz v systému psychosociální intervenční péče o své kolegy. O pomoc si buďto požádá zasažený sám, nebo mu může být doporučena kolegy či nadřízenými. Využití této podpory je však dobrovolné a může být zasaženým odmítnuto (SPIS, nedatováno d). Zasažení zdravotníci mohou požádat o pomoc i krajského koordinátora, nebo si vyhledat kontakt na peera sami. Mohou tak učinit přes veřejně přístupné

stránky SPISu nebo na mnoha pracovištích v nemocnici a zdravotnické záchranné službě je dostupný seznam všech peerů v konkrétním zařízení (Hoffmann a kol., 2017, s. 20-21).

Peera může oslovit jakýkoliv zdravotník s prosbou o psychickou podporu v návaznosti na nadlimitní událost související s výkonem své profese. Pokud peer pozoruje změnu na svém kolegovi může mu pomoc nabídnout sám, avšak musí respektovat rozhodnutí o přijetí či nepřijetí této nabídky. Stejně tak může být peer kontaktován managementem zdravotnického zařízení s žádostí o poskytnutí psychické podpory svým zaměstnancům (SPIS, nedatováno d).

Jsou různé psychicky náročné události, při kterých může být zasaženému nabídnuta peer podpora. Jedná se o tzv. nadlimitní situace, které jsou pro každého jiné. V metodickém doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví vydaném Ministerstvem zdravotnictví (2019, s. 10) jsou některé typy uvedeny, zde je jen pár z nich:

- *„vážná poranění, onemocnění či smrt dítěte,*
- *úmrtí rodičky, porod mrtvého plodu,*
- *vážné onemocnění, zranění či úmrtí kolegy,*
- *hromadné neštěstí, tragická událost,*
- *neúspěšná kardiopulmonální resuscitace/záchrana mladého pacienta,*
- *mobbing/bossing na pracovišti,*
- *zásah/ošetřování u osoby blízké,*
- *péče o dlouhodobě nemocného pacienta, kontakt s příbuznými,*
- *péče o agresivního pacienta.“*

Pomoc probíhá prostřednictvím diskuse, vedením v procesu znovu prožívání konkrétní události či rozebírání situace. Ve většině případů je pomoc sice jednorázová, ale účelná. Hlavním cílem je zmírnění stresu, stabilizace duševního zdraví, navrácení k běžnému fungování, ale i připravenost na stejné situace, které se mohou opakovat. Kolegiální pomoc je snadno dostupná a veškeré informace, které jsou rozebírány na setkání jsou přísně důvěrné a anonymní (SPIS, nedatováno c).

Máme několik specifických forem intervencí, které může peer zasaženému nabídnout. Peer může poskytovat individuální první psychickou pomoc, rovněž však mezi jeho další schopnosti patří skupinové zpracování nadlimitních zážitků, ať už se jedná o debriefing, defusing nebo demobilizaci (SPIS, nedatováno d).

2.1.3.2 Požadavky na vzdělání peerů

Peer je člověk, který má mimo vzdělání potřebné k výkonu své profese ještě certifikovaný kurz v systému psychosociální péče. Na podkladě certifikovaného kurzu s nutností respektovat veškeré dokumenty, kterými se SPIS řídí, může peer poskytovat psychickou podporu kolegům v předem definovaném rozsahu (SPIS, nedatováno d). Aby mohl peer pracovat v systému, je potřeba mít kurz, který SPIS akceptuje. Do akceptovaných výcviků spadá CISM I a II, vedený Dr. Thomasem Apple-Schumacherem v letech 2002-2006 v České republice, nebo mezinárodně certifikovaný kurz, vedený jiným certifikovaným lektorem CISM. Dále se akceptuje kurz v rámci peer programu péče a podpory zdravotnických pracovníků v NCO NZO, výcvik v metodách CISM vedeny certifikovaným vyučujícím lektorem, výcvik CISM organizovaný HZS a absolvovaný do 31. 12. 2010 (MZČR, 2019, s. 5).

Jak uvádí NCO NZO (nedatováno a) *„Cílem kurzu je získat vědomosti a dovednosti, které jsou třeba k poskytování podpory zdravotnickým pracovníkům ve výrazně zátěžových oborech a nadlimitních zátěžových situacích“*.

Obsah kurzu je nastaven tak, aby připravil peera k poskytování podpory zdravotnickým pracovníkům v nadlimitních situacích. Snahou je, aby peer získal vědomosti a dovednosti, díky kterým bude moci zasaženým pomoci. Peer se zde setkává s informacemi o roli své a dalších odborníků na duševní zdraví. Náplní kurzu jsou informace o různých zátěžových situacích, nácvik správné komunikace, etické otázky, krizové řízení a připravenost zvládnutí mimořádných událostí, provázení a vedení nadlimitními situacemi či práce se skupinou. Podstatná část kurzu je věnována psychohygieně a péči o své vlastní duševní zdraví (NCONZO, nedatováno a).

K tomu, aby si peer udržel svou kvalifikaci a mohl být stále členem systému, musí se alespoň jednou za rok aktivně zúčastnit odborné akce zaměřené na problematiku SPISu. Mezi tyto akce patří Rallye Rejvíz, pracovní konference SPIS, refresh kurzy, supervizní setkání týmu, či další dohodnuté a garantem systému schválené akce (SPIS, nedatováno d).

2.1.4 Zdravotnickí intervenci

Ve zdravotnictví se často setkáváme s nemocemi, lidským neštěstím a mnohdy i se smrtí, a to nejen v rámci přednemocniční péče či urgentních příjmů. Při těchto situacích dochází u lidí k různým reakcím, ať už se jedná o strach, smutek, stav bezradnosti až k akutní stresové

reakci. Zdravotníci jsou velice dobře připravováni na záchranu lidského života, méně však na poskytování psychické podpory rodině obětem (Humpl, 2013, s. 4-5).

Při péči o pacienta jsou zdravotníci vystavováni kontaktu nejen se samotnými pacienty, ale často i s jejich blízkými, kteří jsou mnohdy vystavováni velice nadlimitním situacím. To se netýká pouze hromadných neštěstí, či jiných velkých katastrof, ale ve většině případů se jedná právě o situace, kdy je zasažen pouze jednatel a jeho rodina. O to častěji se s těmito sekundárně zasaženými osobami zdravotníci setkávají při svých běžných službách (SPIS, nedatováno i).

V případě, že člověka postihne akutní stresová reakce, není obvykle potřeba hledat psychologa, protože v těchto akutních situacích se pracuje s první psychickou pomocí či intervencí. Výhodou je, pokud jsou takto vyškoleni všichni zdravotníci. Takto vyškolený zdravotník je pak informovaný o situaci, dobře se v ní orientuje a zároveň může poskytnout první psychickou pomoc zasaženým. Nevýhodou je, že ve většině případů není dostatek času, prostoru a mnohdy ani vlastních psychických sil, aby se pracovník mohl po zásahu věnovat ještě rodině pacienta. V těchto případech je vhodnější mít speciálně vyškolené interveny, kteří se postarají o zasažené a usnadní práci zdravotníkům (Humpl, 2013, s. 4-8).

2.1.4.1 Služby poskytované interveny

Interventi jsou pracovníci, kteří projdou speciálním výcvikem, který je připraví na poskytování první psychické pomoci, ať už v terénu či v rámci zdravotnických zařízení. Zdravotnické zařízení může mít vyškoleny několik interventů, kteří v případě potřeby mohou tuto psychosociální podporu poskytnout (SPIS, nedatováno i).

Intervent je volán zdravotnickým týmem, který posoudí vzniklou situaci a rozhodne o dalším postupu. Volat může jakýkoliv člen zdravotnického týmu. Indikace k aktivaci interventa se rozhoduje na základě mimořádně vzniklé situace a nadlimitního stresového zatížení pacienta nebo jeho rodiny (SPIS, nedatováno j).

U sekundárně zasažených může vlivem nedostatku informací a prostoru pro zpracování situace dojít k různým reakcím. V těchto chvílích je pak dobré interventa přivolat a zajistit tak bezpečné místo jak pro zdravotníky, kteří se mohou soustředit na práci a péči o pacienta, tak pro sekundárně zasažené, kterým pomůže zpracovat náhle vzniklou situaci. Intervent může vysvětlovat jednotlivé kroky, které zdravotníci dělají, informuje o možnosti využití následné péče, je nablízku při sdělování nepříznivých diagnóz a zpráv o úmrtí pacienta, či pomáhá

plánovat další kroky, které pozůstalé čekají. Rozsah, s čím může intervent zasaženým pomoci, je velký. Od dohlížení na základní potřeby, přes pomoc v adaptaci na náhle vzniklou nadlimitní situaci až k poskytování praktických informací k zařizování pohřbu. Intervent také snižuje důsledky možného nepochopení se se zdravotnickým personálem, redukuje komunikační šum a zároveň eliminuje možný vzniklý pocit neohleduplnosti ze stran zdravotníků (Humpl, 2013, s. 4-8).

V metodickém doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví vydaném Ministerstvem zdravotnictví (2019, s. 13) jsou stejně jako u peer podpory uvedeny příklady událostí při kterých může být poskytnuta podpora zdravotnickým interventem sekundárně zasaženým:

- *„náhlá a traumatická úmrtí dětí,*
- *úmrtí rodičky, perinatální úmrtí,*
- *osamělý pozůstalý,*
- *sebevražedné pokusy dětí,*
- *dopravní nehody s úmrtím,*
- *podpora rodiny pacienta v kritickém stavu,*
- *situace náhlých úmrtí/sebevražd dospělých osob,*
- *zasažení osob poskytujících laickou první pomoc,*
- *přítomnost psychicky zasažených svědků na místě tragické události,*
- *následná podpora po sdělení infaustní prognózy pacientovi/blízkým nemocného.“*

Každá intervence je velice individuální. Intervence může trvat v řádech desítek minut, ale také několik hodin. Vše se odvíjí od konkrétní situace, počtu intervenovaných, potřeb zasaženého či místa, kde se intervence odehrává (SPIS, nedatováno i).

2.1.4.2 Požadavky na vzdělání zdravotnických interventů

Intervent je člověk pracující ve zdravotnictví, který mimo vzdělání potřebné pro výkon své profese, absolvoval výcvik „První psychická pomoc ve zdravotnictví“ nebo jiné adekvátní vzdělání a má zkušenosti s krizovou intervencí. Toto vzdělání umožňuje poskytování první psychické pomoci pacientovi, pozůstalým a osobám zasaženým. Pro práci intervenanta v rámci systému psychosociální intervenční služby je akceptován certifikovaný program „První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytována sekundárně zasaženým“ nebo vzdělání shodné délkou i odbornou náplní v rámci první psychické pomoci vedený nebo odsouhlasený garantem SPIS (SPIS, nedatováno j).

Dle NCO NZO (nedatováno b) je cílem kurzu „Zkvalitnění zdravotnické péče v psychosociální rovině získáním vědomostí a dovedností v poskytování první psychické pomoci a intervence v situacích mimořádného a nadlimitně zátěžového charakteru, kdy zdravotníci musí komunikovat a poskytovat podporu nejen obětem, ale také pozůstalým, rodinným příslušníkům a další veřejnosti“.

Obsahem certifikovaného kurzu je krize v životě člověka a základní principy krizové pomoci. Nedílnou součástí obsahu kurzu je pomoc pozůstalým, informace o umírání a smrti, která je nedílnou součástí práce ve zdravotnictví. Na kurzu se probírá i osobnost zdravotníka – interventa, péče o vlastní psychiku a etickou stránku práce ve zdravotnictví (NCONZO, nedatováno b).

Pro udržení kvalifikace zdravotnického interventa je potřeba se minimálně jednou za rok aktivně účastnit odborné akce zaměřené na první psychickou pomoc. V případě, že by se této akce nezúčastnil dva po sobě následující roky, bude vyřazen ze SPISu. Mezi akceptované odborné kurzy patří pracovní konference SPISu, refresh kurz, supervizní setkání týmu, kazuistický seminář vedený garantem systému či jiné schválené akce garantem systému (SPIS, nedatováno j).

2.1.5 Dovednosti a znalosti pracovníka SPIS

Dovednosti a znalosti peera či interventa jsou obdobné, a liší se pouze v drobnostech a SPIS uvádí 3 základní. Mezi dovednosti a znalosti, které jsou uváděny SPISem patří komunikace, a to jak s jednotlivcem, tak ve skupině, vedení rozhovoru a aktivní naslouchání. Je důležité znát základní komunikační pravidla, protože komunikace tvoří velkou část intervence a je i nedílnou součástí práce ve zdravotnictví. Již samotný způsob navázání kontaktu se zasaženým je důležitý a může intervenci dobře započít, nebo rychle ukončit. Je potřeba využívat prvky aktivního naslouchání a vyhýbat se chybám v komunikaci, mezi ty nejčastější patří skákání do řeči či manipulace. Dost často se v běžné komunikaci ve zdravotnictví můžeme setkat s planým utěšováním či bagatelizováním, což je ale také považováno za chybu v komunikaci. Je důležité být empaticky, provázet a vézt zasaženého, umět naslouchat, ale také pracovat s tichem (SPIS, nedatováno d).

2.1.6 Péče o vlastní psychiku pracovník SPIS

Pracovníci SPIS, ale i obecně zdravotníci umí řešit těžké situace u druhých, ale mnohdy zapomínají sami na sebe. Mnohdy se i oni pracovně setkávají se situacemi, které jsou pro ně něčím výjimečné, nadlimitní, stresující a náročné. V roli interventa a peera, přijde člověk

často do kontaktu s lidmi v těžkých a tragických situacích, což není lehké ani pro psychiku vytrénovaného pracovníka. Aby se člověk mohl dobře postarat o ostatní, musí se umět postarat i o svou psychiku, z tohoto důvodu by měli pracovníci SPIS myslet i na své psychické potřeby (Humpl, 2013, s. 86-87).

Peer se snaží být průvodcem a oporou pro zasaženého, je empatický, umí se vcítit do emocí druhých a chápe potřebu projevu emocí. Zároveň si je dobře vědom, že pokud je člověk psychicky zraněný je nebezpečný nejen sám sobě, ale také svému okolí (Hoffmann a kol., 2017, s. 20-21).

2.2 Zátěžové situace a stres

V některé literatuře se můžeme setkat s tvrzením, že termín zátěž vychází anglického překladu slova stress, a tudíž je možno ho chápat jako synonymum (Hošek, 2001, str.7). Jinde je zátěž chápána, jako obecné označení jevů, které mají na člověka vliv a stres je považován za intenzivnější zátěž (Hladký, 1993, s. 19). Z pohledu bio-psycho-socio-spirituálně-ekologického je možno chápat stres jako specifický případ zátěže, kdy se jedná o stav, ve kterém vzroste míra zátěže nad únosnou hranici (Paulík, 2017, s. 65).

Veškeré podněty, které působí na lidský organismus, mohou působit jako zatěžující. Jednotlivé podněty mohou mít různou kvalitu či intenzitu a to znamená, že mohou vyvolat různý stupeň zátěže. Máme čtyři základní stupně zátěže – mírnou, zvýšenou, hraniční a extrémní. Jako první je zátěž mírná, kterou lze zvládnout bez mobilizace energetických rezerv. Dále máme zátěž zvýšenou, která vyžaduje pouze částečnou mobilizaci rezerv jedince. Následuje hraniční zátěž, která už vyžaduje mobilizaci všech sil. Poslední zátěž je označována jako extrémní, která převyšuje možnosti jedince (Hošek, 2001, s. 21).

SPIS má vlastní taxonomii zátěžových situací, kterou navrhl Oldřich Mikšík (Humpl, 2013, s. 12). Zátěžové situace jsou členěny do pěti hlavních kategorií: nepřiměřené úkoly a požadavky, problémové situace, překážky, konfliktové situace a stresové situace. Mezi konkrétní příklady zátěžových situací patří například přetížení množstvím práce, neúměrně velká odpovědnost, vztahy mezi lidmi či dlouhodobé napětí (Mikšík, 1981, s. 8-18).

Zátěž je charakterizována přetížením či naopak nevyužitím dostupné kapacity jedince informacemi, úkoly či jinými stimuly. Následně se u jedince může projevit stres, a to z důvodu minimálních dlouhodobě neměnných nároků, díky kterým jedinec nevyužije svůj potenciál nebo naopak z nepřiměřených, naakumulovaných či dlouhodobě působících nároků (Paulík, 2017, s. 65-66).

2.2.1 Zvládání zátěžových situací

V případě nově vzniklé zátěže dojde v důsledku u člověka k vyrovnání, adaptaci a překonání na základě svých běžných adaptačních mechanismů, nebo se u něho objeví stresová reakce. Pokud běžné adaptační mechanismy nestačí a je třeba vynaložit na zvládnutí situace větší úsilí, zvyšuje se riziko vyčerpání rezerv jedince a jeho následné poškození. Zvládání zátěže může být založeno na eliminaci stresorů, na budování vnějších zdrojů sil či posilování zdrojů vlastních jejich tréninkem (Paulík, 2017, s. 66 a 115).

Jsou dvě možné strategie zvládání stresu. První strategie je zaměřená na řešení problému, který nás zatěžuje a druhá je zaměřená na zvládání emocionálního stavu, v kterém se nacházíme vlivem stresu. Mezi strategie, zaměřené na řešení problému nebo také kognitivní strategie, patří například hledání sociální opory, hledání řešení problému nebo distancování se od problému. Mezi strategie zvládání emocionálního stavu řadíme různé relaxační metody a copingové strategie (Křivohlavý, 2010, s. 29-30).

Relaxace je stav, kdy se v těle uvolňuje psychické a svalové napětí. Každý z nás preferuje jiný způsob relaxace. Relaxaci zpravidla dělíme na dva druhy, a to na spontánní relaxaci a relaxaci diferencovanou. Spontánní relaxace je navozena bez úsilí jedince, během spánku nebo odpočinku. Relaxace diferencovaná je navozena vlastním úsilím, kdykoliv během dne a to i ve stavu bdělosti. Typickým příkladem jsou různá relaxační cvičení, aromaterapie, muzikoterapie, jóga či procházka v přírodě (Křivohlavý, 2010, s. 34).

Lze definovat obecná doporučení, na která bychom během relaxace neměli zapomínat. Patří sem čerstvý vzduch, klidné a tiché prostředí, pohodlné oblečení, dostatek času, správné dýchání a trpělivost (Venglářová, 2011, s. 65)

Mezi další možnosti, jak se vyrovnat s nadlimitní zátěží je coping. Coping neboli zvládnutí, je definováno jako nasazení všech dostupných sil, k zvládnutí nadlimitní zátěže. Zda dojde k zvládnutí situace, záleží na individuální adaptaci jedince (Venglářová, 2011, s. 63). Copingové strategie jsou nástroje, jak se vyrovnat s nadlimitní situací, které má každý člověk odlišné. Mezi efektivní zvládací strategie patří projevování emocí, postupné řešení jednotlivých částí problému, ochota přizpůsobit se situaci, naděje, sebedůvěra, důvěra v okolí a aktivní přístup k vzniklému problému (Humpl, 2013, s. 26).

V důsledku stresu a zátěže se mohou u jedince objevit z časového hlediska dva stavy. Označujeme je jako bezprostřední projevy zátěže a stresu a účinky trvalejšího rázu. Jako první jsou zde popsány bezprostřední projevy zátěže a stresu, které se dále dělí na psychické,

somatické a krátkodobé behaviorální reakce. Mezi psychické reakce patří symptomy jako je únava, snížená bdělost, ospalost. Mezi reakce somatické patří příznaky, jako je bolest hlavy, zvýšená tepová a dechová frekvence či změna peristaltiky střev. Do krátkodobých behaviorálních reakcí patří zvýšená agresivita, pasivita, či distancování se od okolí. Druhý typ z časového hlediska jsou účinky trvalejšího rázu, které se dále dělí na psychologické a somatické symptomy a poruchy duševního zdraví. Mezi psychologické symptomy patří nespokojenost či vyčerpání. Do symptomů somatických patří například dlouhodobé bolesti hlavy, potíže motorického aparátu či negativní změny chování. Jako poslední jsou poruchy duševního zdraví, kde lze zmínit adaptační poruchy či posttraumatické stresové poruchy (Paulík, 2017, s. 106).

2.2.2 Akutní stresová porucha a posttraumatická stresová porucha

Akutní stresová porucha a posttraumatická stresová porucha vznikají v důsledku reakce na akutní silný stresující zážitek.

Akutní stresová porucha nebo také akutní reakce na stres vzniká jako následek zátěžových situací. Může se objevit u zasaženého jedince do hodiny nebo až do čtyř týdnů od vzniku nadlimitní události. Tato porucha je pouze přechodná a příznaky vymizí v průběhu hodin, dnů či týdnu. Je to častá reakce na akutní stres a může se projevit v prožitcích zasaženého jedince ve formě zúžené pozornosti, snížené koncentrace, neschopnosti orientace, popírání skutečnosti, nebo ve formě tělesných příznaků jako je pocení, bušení srdce či třes (Baštecká, 2005, s. 47-48).

Posttraumatická stresová porucha je opožděná a dlouhotrvající reakce na velice zátěžovou situaci. Vzniká na podkladě intenzivního stresoru nebo nahromadění více stresujících podnětů. Silný stresující zážitek může jedince ovlivnit a zanechat trvalé následky. Posttraumatická stresová porucha je doprovázena strachem, změnami nálad, úzkostmi, poruchami chování, a pokusy o potlačení všeho co vyvolávající stresor připomíná. U jedince se může také vracet v podobě nočních běsů a ve formě nepříjemných vzpomínek (Paulík, 2017, s. 111).

2.3 Krize

Slovo krize pochází z řeckého krisis což v překladu znamená soud či proces, kdy spor vrcholí a dojde ke konečnému verdiktu. Se slovem krize se v dnešní době často setkáváme z důvodu jeho nadužívání. Některé stresové situace, které jsou pro jedince zátěžové, jsou často milně označovány za krizi (Humpl, 2013, s. 19).

Krise dle Baštecké (2005, s. 164) je definována jako reakce na vzniklou situaci, kterou zasažený jedinec není schopen zpracovat na základě obvyklých způsobů, jakými je zvyklý situace řešit. Při těchto situacích jedinec hodnotí vlastní zdroje sil s nároky svého okolí s pocitem, že nároky značně překračují jeho možnosti a síly. Krize může být způsobena ztrátou, nadměrnou zátěží, nějakou změnou či volbou. Zda se jedná o krizi je pouze na rozhodnutí zasaženého nikoli na zdravotníkovi. Akutní průběh krize, kterou jedinec jako krizi vnímá, ve většině případů trvá do šesti týdnů, poté jí můžeme označit za chronickou.

Špatenková (2017, s. 11) ve své knize uvádí krizi jako pojem, popisující situaci, při které dojde k dramatické změně a je doprovázena negativními emocemi. Ke krizi dochází, pokud se v životě člověka vyskytne problém, který neumí, nedokáže či dokonce nemůže vyřešit. Pokud mluvíme o krizi, nemusí se týkat pouze jedince, ale krize může zasáhnout i rodinu, pár, komunitu a v některých případech i celou společnost.

Dle Špatenkové (2017, str. 11) zahrnuje do definice krize její tři základní složky

1. *„nastane určitá spouštěcí událost;*
2. *jedinec ji vnímá jako ohrožující, nebezpečnou;*
3. *obvyklé způsoby jejího zvládnutí selhávají; pokud se situaci nepodaří zvládnout, nastane krize.“*

Spouštěcí faktory označujeme jako tzv. kritické životní události, které jsou velice emočně významné. Jedná se o události, které se naprosto vymykají z každodenní reality, vyžadují změnu dosavadního fungování a mohou mít pozitivní či negativní emoční kontext. Kritické životní události dělíme na dvě skupiny očekávané, mnohdy chtěné a žádané, ale také neočekávané. Očekávané kritické životní události, dále ještě dělíme na normální kritická vývojová období a přechodové neboli tranzitorní stavy. Mezi kritické vývojové období patří například adolescence, kdy je jedinec velice zranitelný. Do přechodových očekávaných období patří události, kdy jedinec přechází z jedné jistoty, přes nejistotu do jiné jistoty a musí čelit novým výzvám a přizpůsobit se jiným podmínkám. Příkladem je například sňatek. Mezi neočekávané události patří reálné ztráty, které zasáhnou jedince či jinou jemu blízkou osobu, nebo naopak příchod nové osoby. Konkrétně to může být ztráta blízkého člověka, ztráta funkce, ale také předčasné narození dítěte (Špatenková, 2017, s. 12).

Reakce jedince na krizi ovlivňuje několik faktorů. Do těchto faktorů patří například věk, pohlaví, povaha, zdravotní stav, sociální zázemí, ale také životní situace, v které se jedinec nachází, schopnost jedince zvládat životní situace nebo to, zda má jedinec nějaké nevyřešené

krize z minulosti. Mezi důležitý faktor zvládnutí krize je naděje, víra a schopnost najít v krizi smysl. V reakci na krizi se pak prolíná a vzájemně ovlivňuje stránka duševní a tělesná. Člověk v krizi zažívá různé pocity, nejčastěji se objevuje úzkost, pocity viny, stud z neschopnosti zvládnout situaci či bezradnost. Mezi typické tělesné reakce patří napětí, bolest různého charakteru a různých částí těla, svalová ztuhlost, únava a nespavost (Humpl, 2013, s. 22-23).

V případě, že si jedinec neví rady se vzniklou krizí je vhodné vyhledat odbornou pomoc. Pokud člověk vyhledá odbornou pomoc v krizi tak máme dva druhy, které mu mohou být nabídnuty či poskytnuty. První druh této pomoci je krizová intervence, kterou poskytují absolventi speciálního výcviku v této metodě, a druhá možnost je označována termínem první psychická pomoc, kterou mohou poskytovat jak odborníci, tak laici (Humpl, 2013, s. 27).

2.3.1 První psychická pomoc

První psychická pomoc, někdy nazývaná psychologická první pomoc, což je z doslovného anglického překladu psychological first aid. První psychickou pomoc může poskytnout kdokoli, kdo je přítomen situaci, která to vyžaduje. První psychická pomoc je učena obětem nadlimitních situací, katastrof a jiných mimořádných situací. Je to druh pomoci, která je vhodná jako počátek péče o člověka v krizi. Pokud zasaženému poskytneme adekvátní podporu a péči, můžeme předejít nejrůznějším stresovým reakcím a následně zhoršené adaptaci na vzniklou krizi (Špatenková, 2017, s. 27).

První psychická pomoc je považována za prvotní podporu, která by měla být zasaženému nabídnuta a poskytnuta. Tuto pomoc může poskytovat jak laik, tak vyškolený pracovník, a v rámci SPIS poskytuje tuto službu zdravotnický intervent. Takovéto prvotní intervence jsou většinou jednorázové, netrvalí dlouho a probíhají v dosti improvizovaných podmínkách (Humpl, 2013, s. 27).

Zodpovědné poskytování první psychické pomoci zahrnuje čtyři základní oblasti, na které by pomáhající neměl zapomínat. Patří sem respekt k bezpečí, důstojnosti a lidským právům, respekt ke kulturním odlišnostem a uvědomění si dalších opatření a péči o sebe sama (Psychická první pomoc, 2019, s. 8).

Hlavním cílem první psychické pomoci je stabilizace člověka, který se ocitl v náročné situaci. Mezi další cíle patří zvýšit poskytnutí potřebného osobního kontaktu, reagovat na vzniklé potřeby, podporovat a uklidňovat. Jde o stabilizaci člověka, který není schopen pomoci svých strategií zvládnutí stresu překonat danou krizovou situaci. Pracovník poskytující první

psychickou pomoc buď klienta stabilizuje a předá dalšímu odborníkovi, nebo je jeho stav natolik v pořádku a klienta propustí. K poskytování první psychické pomoci není potřeba žádné speciální vzdělání. Ve většině případů postačí zájem pomáhajícího o druhé. Znalosti a dovednosti pravidel či postupů jsou ovšem výhodou a snižují nejistotu a bezmoc u pomáhajícího. Na první psychickou pomoc navazuje krizová intervence, kterou poskytuje speciálně vyškolený krizový intervent (Špatenkova, 2017, s. 27-28).

2.3.2 Krizová intervence

Krizová intervence znamená zakročení v krizi. Je to specializovaná pomoc poskytovaná osobám, které se ocitly v krizi a prožívají změnu v životě vyvolávající pocity ohrožení, stresu, nerovnováhy. Je to stav, kdy se jedinec není schopen sám vyrovnat s novou situací, na základě svých běžných ochranných mechanismů. Krizová intervence zahrnuje několik forem možné pomoci, které mají navrátit psychickou rovnováhu, narušenou krizí. Patří sem psychologická, lékařská, sociální a právní forma pomoci. Psychologická pomoc je zaměřena na řešení problému, který krizi spustil a zároveň je zde snaha o snížení možných příznaků krize. Do lékařské pomoci patří především psychiatrická intervence, v případě potřeby možnost medikace, popřípadě krátkodobé hospitalizace. Sociální pomoc je přesně definována v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Zde jsou upraveny podmínky poskytované pomoci

a podpory u osob v nepříznivé sociální situaci v rámci sociálních služeb. Krizovou pomocí je myšlená terénní, ambulantní či pobytová služba na přechodné období, pro osoby ve stavu ohrožující život, kdy nemohou řešit svou sociální situaci. Poslední formou pomoci je pomoc právní, která může být poskytnuta v omezeném rozsahu pracovníky sociální péče, jinak spadá do kompetencí právníka (Špatenková, 2011, s. 13-14).

Jsou různé modely krizové intervence, podle kterých lze při samotné intervenci postupovat. Mlčák (2011, s. 35) ve své publikaci například rozděluje krizovou intervenci do tří základních etap: úvodní etapa, realizační etapa a závěrečná etapa. V úvodní etapě by mělo dojít k navázání kontaktu mezi zasaženým a interventem. Mělo by dojít ke vzniku vzájemné důvěry a navození pocitu bezpečí u zasaženého. Etapa realizační by měla umožnit orientaci interventa v problému a zároveň možnost posoudit aktuální duševní stav zasaženého. V této etapě by mělo dojít k pozitivnímu ovlivnění psychického stavu zasaženého. Závěrečná etapa nastává v okamžiku, kdy u intervenované osoby dojde ke stavu psychické rovnováhy a pozitivní změny v jeho prožívání a chování.

Jiný model krizové intervence uvádí ku příkladu Roberts (2000, s. 364), který je označován jako sedmistupňový. První stupeň zahrnuje posouzení psychosociálního stavu klienta. Druhý stupeň je založen na navození kontaktu s klientem nutného k spolupráci. Třetí stupeň je charakterizován jako identifikace a definice problému zasaženého. Následuje stupeň čtyři, podpora klienta k nalezení a projevu jeho pocitů a emocí. Pátý stupeň mapuje a hodnotí copingové strategie zasaženého, které už byly zasaženým v minulosti využity a osvědčily se. V šestém stupni jde o formulaci možných plánů zasaženého do budoucna. V sedmém stupni krizové intervence lze zasaženému nabídnout možnost vyhledání této pomoci opakovaně.

2.3.3 Formy krizové intervence

Ve většině případů lidé prožívající krizi se snaží jako první využít neformální pomoc v krizi, kam patří svépomoc, vzájemná pomoc, vrozené vyrovnávací strategie a strategie zvládání neboli copingové strategie. V mnoha životních situacích je jedinec schopen si pomoci sám nebo s pomocí svých blízkých, kteří jsou tou nejpřirozenější oporou a podporou (Humpl, 2013, s. 25-26).

Formy odborné krizové intervence můžeme rozdělit na základě několika kritérií, ale nejčastěji dělíme intervence podle typu kontaktu krizového intervenanta s klientem. Hovoříme tedy o prezenční či distanční formě krizové pomoci. Prezenční forma spočívá v osobním kontaktu klienta v krizi a pracovníka, který pomoc poskytuje. Patří sem terénní, ambulantní a pobytové služby. **Terénní služba** je založená na vykonávání intervence na místě, kde se nachází osoba v krizi. Pracovník krizové intervence se tedy dostaví na místo, kde došlo k neštěstí či katastrofě. Může to být tedy škola, nemocnice, ulice či jiné veřejné místo, nebo dokonce bydliště zasaženého. **Ambulantní služba** se naopak odehrává na předem určeném místě, a to buď v ambulanci či v poradně. Lidé v krizi tuto pomoc mohou vyhledat sami, ale ve většině případů jsou do ambulance odesláni jinými institucemi. Krátkodobí pobyt, na tzv. krizovém lůžku v zařízeních k tomu určeném je označován za **pobytovou službu**. K této pomoci se přistupuje v případě, že klientův stav neumožní pobyt v domácím prostředí, ve kterém je ohrožen jeho život nebo bezpečnost (Špatenková, 2011, s. 21-22).

Distanční forma pomoci spočívá v nepřímém kontaktu klienta s pracovníkem krizové intervence, a to pomocí internetové či telefonické pomoci. Telefonická pomoc je určena pro klienty v krizi, potřebující okamžitou podporu. Telefonické linky jsou zajišťovány linkami důvěry, které jsou buďto specializovány na určitou skupinu lidí či konkrétní problém, nebo není nijak specifikována. Internetová pomoc je vzhledem ke stoupajícímu počtu

uživatelů a snadnou dostupností stále častěji vyhledávána. Distanční formy krizové pomoci jsou vhodné pro klienty, kteří by jinak nenavštívili krizové centrum, nebo nejsou schopni si o pomoc požádat přímo. Patří sem rovněž malé děti, senioři, nemocní či jinak imobilní, pro které je tato pomoc takřka jedinou možností (Špatenková, 2017, s. 54-55).

2.4 Psychosociální péče a pandemie COVID – 19

Na konci roku 2019 se objevili první případy s tímto onemocněním, které dostalo označení COVID-19. Toto onemocnění je způsobené virem SARS-CoV-2, který se šíří prostřednictvím infikovaných kapének od nakažené osoby (Otruba, Bardoň a kol., 2020, s. 4). Světová zdravotnická organizace označila onemocnění COVID 19 za mimořádnou celosvětovou událost (Chavhan, Jadhav et al., s. 6825). Během několika týdnů došlo k celosvětovému rozšíření viru a během roku 2020 bylo onemocnění potvrzeno u zhruba 18 milionu osob na celém světě (Otruba, Bardoň a kol., 2020, s. 4-5).

Vlivem přetížení zdravotnického systému velkým nárůstem počtu pacientů s onemocněním COVID-19, nedostatkem pracovních sil, ochranných pomůcek či nedostatkem volných lůžek byly odloženy případy, které nevyžadují urgentní řešení, aby mohla být zajištěna péče právě o pacienty COVID pozitivní (Mihalj, Carrel et al., 2020, s. 346). Aby mohla být zdravotníky poskytována kvalitní péče i v těchto náročných chvílích, je důležité nezapomínat na péči o duševní zdraví právě u nelékařského a lékařského zdravotnického personálu (Chen, Liang et al., 2020, s. 15). Zdravotníci v době pandemie mnohdy pociťují povinnost poskytovat péči i v případě ohrožení vlastního zdraví či zdraví svých blízkých, prožívají etický tlak a jsou často vystaveni těžkým rozhodnutím (Sperling, 2020, s. 2).

Studie z USA týkající se první psychické pomoci se zamýšlí právě nad pomoci pro zdravotnické pracovníky, kteří v první linii čelili bezprecedentnímu stresu v době pandemie COVID-19. Zároveň uvádí, že nemocniční systémy musely vyvinout podpůrné programy, které pomohou pracovníkům v první linii vypořádat se s tímto stresem. Studie přináší zkušenosti z období dubna až června 2020 kdy, přibližně 20 % zaměstnanců první linii procházelo akutní krizí a potřebovali tak psychologickou první pomoc. Úzkost, hněv, vyčerpání, ekonomické obavy, odlidštěné interakce s pacienty kvůli osobním ochranným prostředkům (OOP) a stres z péče o nemocné a umírající pacienty bez přítomnosti jejich rodin byly hlavními tématy, která personál identifikoval jako stresující (Malik, 2021).

V České republice v době pandemie COVID-19 byly s cílem poskytnout první psychickou pomoc spuštěny dvě telefonní linky. Tyto linky poskytovali a některé ještě poskytují pomoc všem občanům, kteří z důvodu aktuální krizové situace cítili nepřiměřenou psychickou zátěž. Jedna z významných telefonních linek byla Linka první psychické pomoci, která fungovala na celostátní infolince 1212 pod volbou 5. Na této lince poskytovali krizovou intervenci speciálně vyškolení intervenenti a psychologové SPISu, kteří jsou proškoleni v telefonické komunikaci. Dostupnost krizové telefonní linky byla 17 hodin denně, kdy v případě potřeby krizové intervence v nočních hodinách byl zasažený přeměrován na jinou non-stop linku krizové pomoci. Za dobu působnosti této linky, která trvala 3 měsíce, bylo realizováno více než 2600 hovorů, kdy jednu třetinu tvořila krizová intervence (Linka první psychické pomoci odbavila v době epidemie 2600 hovorů, občané se mohou dále obracet na specializované krizové linky, 2020).

Druhá linka byla zřízena pro pracovníky ve zdravotnictví a nese název Linka kolegiální podpory. Non-stop provoz linky zajišťovali vyškolení pracovníci SPISu, na které se obraceli zdravotníci z důvodu nadlimitní zátěže při výkonu povolání. Výhodou této linky a obecně telefonní krizové intervenci je její okamžitá dostupnost a především anonymita (Linka první psychické pomoci odbavila v době epidemie 2600 hovorů, občané se mohou dále obracet na specializované krizové linky, 2020).

V souvislosti s poskytováním první psychické pomoci v zdravotnických zařízeních v době pandemie nebyl dohledán žádný publikovaný průzkum a z tohoto důvodu, by bylo dobré se této problematice více věnovat.

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

V průzkumné části této diplomové práce jsou prezentovány cíle diplomové práce s průzkumnými otázkami. Podkapitola v průzkumné části dále obsahuje popis metodiky průzkumu, popis průzkumného souboru, sběr a zpracování dat. V průzkumné části práce jsou dále prezentovány a analyzovány výsledky z průzkumného šetření. A v neposlední řadě je část věnována diskusi a doporučením pro praxi.

Cíl průzkumné části práce

1. Zjistit kdo je peer a intervent a jaké jsou znalosti a dovednosti jim doporučovány a jaké jsou jimi doopravdy využívány.
2. Zjistit, jaká je praxe v oblasti přípravy, průběhu a vyhodnocení intervence a jaká jsou specifika intervencí dle formy a místa intervence.
3. Zjistit a popsat jakým způsobem prožívají průběh krizové intervence interventi a peři.
4. Zjistit jakým způsobem ovlivnila pandemie COVID-19 poskytování psychosociálních intervenčních služeb.

Průzkumné otázky

1. Kdo je peer a intervent a jaké jsou znalosti a dovednosti jim doporučovány a jaké jsou jimi doopravdy využívány?
2. Jaká je praxe v oblasti přípravy, průběhu a vyhodnocení intervence a jaká jsou specifika krizové intervence dle formy a místa intervence?
3. Jak prožívají průběh krizové intervence interventi a peři?
4. Jak ovlivnila pandemie COVID-19 poskytování psychosociálních intervenčních služeb?

3.1 Metodika průzkumu

Pro zpracování průzkumné části diplomové práce byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu. Konkrétně byly použity prvky interpretativní fenomenologické analýzy. Díky kvalitativnímu výzkumu, který je založen na delším a intenzivnějším kontaktu buď s terénem, jedincem nebo skupinou, lze získat celistvý pohled nejen na zkoumaný předmět, ale i na celkový kontext. U kvalitativního výzkumu nelze jednoznačně vymezit, jak správně výzkum dělat, stejně tak neexistuje jedna správná definice. Je to v důsledku mnoha rozdílných přístupů, které spadají pod kvalitativní výzkumy. Někdy je za kvalitativní výzkum považován, jakýkoli výzkum, kde výsledek netvoří statistická data (Hendl, 2012, s. 47-50). Hendl (2012, s. 48) uvádí definici kvalitativního výzkumu metodologa Creswella, která zní: *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“*

Mezi výhody kvalitativního výzkumu patří nejen výše zmíněné, ale také umožňuje reagovat na vzniklé situace a podmínky, hledá souvislosti s dalšími jevy a dává možnost ke vzniku nových teorií (Hendl, 2012, s. 50).

Interpretativní fenomenologická analýza (interpretative phenomenological analysis) ve zkratce IPA. Jedná se o původní psychologický kvalitativní přístup, který se vyvíjel od 90.let minulého století. IPA je založená na třech přístupech – fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu. Počátky této analýzy jsou spojovány s psychologií zdraví, avšak v současnosti je tento přístup využíván pro různá témata v oblasti psychoterapie a klinické psychologii. Tento přístup umožňuje více prostoru výzkumníkovi pro kreativitu a svobodu výzkumného procesu než jiné přístupy v kvalitativním výzkumu. Díky této metodě lze prozkoumat konkrétní životní zkušenost člověka a lépe porozumět danému fenoménu (Řiháček, 2013, s. 9-11).

IPA ve většině případů pracuje s nižším počtem respondentů vzhledem ke snaze detailně analyzovat zkušenost člověka. Preferuje se tedy bohatost dat na úkor množství případů. Pro diplomové práce se doporučuje vzorek o 3 až 6 respondentech. Při výběru výzkumného vzorku je důležité dbát na homogenitu vzorku, který musí splňovat kritéria podle zaměření výzkumu. K získání dat se nejčastěji používá polostrukturovaný rozhovor, který umožní bohatý a detailní popis respondentovy zkušenosti. Tento typ rozhovoru dává možnost

respondentovi mluvit o tématu a rozvíjet své myšlenky. Zároveň dovoluje výzkumníkovi reagovat a doptávat se na nové informace k tématu, které se během rozhovoru objeví. Následná analýza probíhá z doslovného přepisu nahrávky, kdy je doporučováno přistupovat ke každému případu samostatně, aby byl zachován individuální přístup. Obecně lze postup analýzy u metody IPA rozdělit do několika bodů. Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu, čtení a opakované čtení, počáteční poznámky a komentáře, rozvíjení vzniklých témat, hledání souvislostí napříč tématy, analýza dalšího případu a hledání vzorců napříč případy. Prezentace výsledků následně spočívá v prezentaci témat, která byla identifikována, podložena přímými citacemi respondentů a doplněna o komentáře výzkumníka (Řiháček, 2013, s. 9-40).

3.2 Průzkumný soubor

Průzkumný soubor tvoří pracovníci SPIS pracující na pozici zdravotnického intervenanta či jako peer podpora. Před samotným výběrem a kontaktováním pracovníků SPISu byl osloven garant systému s prosbou o povolení průzkumu. Povolení průzkumu bylo uděleno a následovalo kontaktování pracovníků SPIS. Kontaktování proběhlo dvěma způsoby, a to pomocí emailu či osobně, kde byly sděleny základní informace o průzkumu, jeho formě a podmínkách. Výběr respondentů (peerů i interventů) probíhal z dostupného seznamu pracovníků. Do souboru byli zahrnuti pracovníci pracující jak v nemocnici, tak na zdravotnické záchranné službě. Důležitou podmínkou byl souhlas, který ústně zazněl na začátku jednotlivých rozhovorů s respondenty. Soubor respondentů nebyl omezen věkem, pohlavím ani dobou výkonu povolání, ale každý respondent musel mít za sebou alespoň jednu intervenci. Celkem bylo osloveno 13 respondentů, z toho 8 pomocí emailové komunikace a 5 osobně. Tři respondenti neodpověděli na žádost o rozhovor a dvěma respondentům se nelíbila forma průzkumu – rozhovor. Celkem byl rozhovor proveden tedy s 8 respondenty. Soubor tvořil 1 muž lékař, 1 muž záchranář, 2 ženy záchranářky a 4 ženy na pozici všeobecné sestry. Tři respondenti jsou peerem i interventem v jedné osobě, tři respondenti jsou pouze interventi a dva respondenti jsou pouze peery. Pro dva rozhovory byla vybrána tichá klidná místnost v rámci nejmenovaného zdravotnického zařízení a zbytek rozhovorů bylo provedeno online přes videohovor z důvodu pandemie COVID-19. Z důvodu zachování anonymity respondentů nejsou uváděny bližší informace o místě působení a praxi.

3.3 Způsob získání dat – polostrukturovaný rozhovor

Zvoleným způsobem získání dat byl polostrukturovaný rozhovor. V rozhovoru bylo stanoveno deset základních otázek, které se týkají daného tématu. Sběr dat probíhal od září

2020 do dubna 2021. Před zahájením rozhovoru byli respondenti seznámeni s cíli práce, a zároveň také se souhlasem s poskytnutím rozhovoru a jeho nahráním. Souhlas je zaznamenán s každým respondentem na počátku rozhovoru. Respondenti jsou popisováni v mužském rodě a očíslováni podle pořadí ve kterém s nimi byl rozhovor prováděn. Veškeré rozhovory byly nahrány na mobilní telefon a následně přepsány do písemné podoby. Pro rozhovor nebyl stanoven žádný časový limit, z důvodu polo-strukturované formy, který se obtížně odhaduje. Rozhovory se však pohybovaly v časovém limitu od půl hodiny do 50 minut. V průběhu rozhovorů nedošlo k jejich přerušení, a však dva respondenti byly následně osloveni pro doplnění otázek, které vyvstaly až později. Součástí rozhovorů bylo i pozorování nonverbální komunikace respondentů o kterých byly provedeny písemné poznámky.

3.4 Způsob zpracování dat

Nahrané rozhovory byly následně přepsány doslovnou transkripcí do MS Word 2019. Rozhovor nebyl žádným způsobem upravován do spisovného jazyka či správné větné skladby. Tento doslovný přepis poté sloužil jako podklad ke zpracování v programu ATLAS.ti. V tomto programu proběhlo otevřené kódování jednotlivých rozhovorů. Následná tvorba grafických sítí byla provedena v aplikaci Smart Art pro lepší přehlednost.

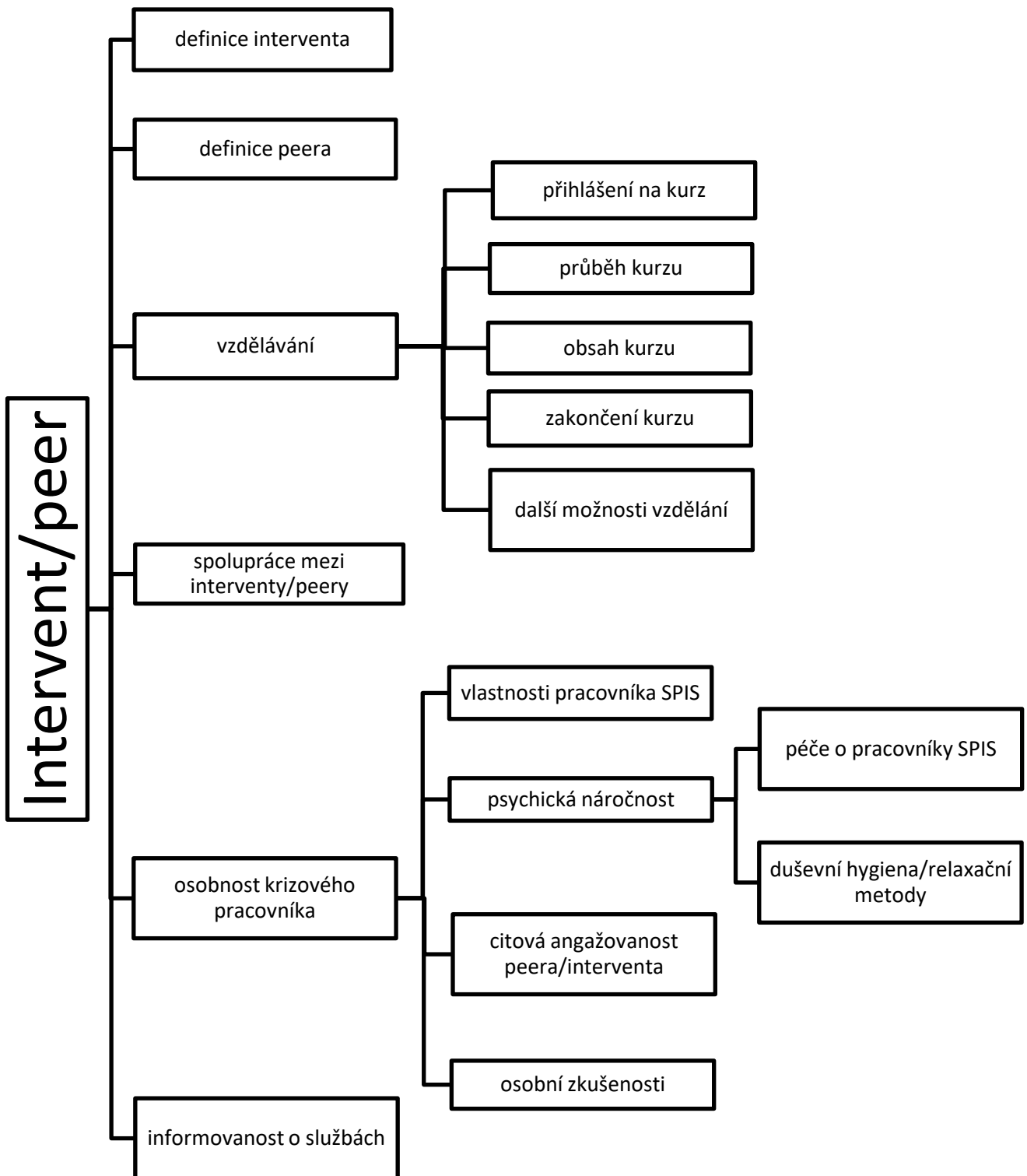
3.5 Prezentace a analýza výsledků

V této kapitole jsou prezentovány kódy vytvořené otevřeným kódováním ze získaných dat. Kódy jsou slova či slovní spojení, které konkretizující zkoumaný jev ať už ve větách či celých odstavcích. Po analýze všech dat získaných z rozhovorů vzniklo celkem 35 kódů a podkódů. Kódy byly rozřazeny do třech hlavních kategorií, tak aby bylo možné co nejlépe odpovědět na stanovené cíle, které jsou prezentovány v kapitole cíle práce.

Byly určeny tři hlavní kategorie kódů. Konkrétně se jedná o kategorii – intervent/peer, která obsahuje 6 kódů a 11 podkódů. Druhá kategorie intervence, obsahuje 7 kódů a 7 podkódů. Poslední kategorií je COVID-19, tato kategorie obsahuje pouze 4 kódy. Na základě velkého množství dat nejsou prezentovány veškeré výpovědi respondentů. Stěžejní data jsou prezentována pomocí přímé citace a vedlejší data jsou pomocí parafráze doplněna autorem. Grafické znázornění jednotlivých kategorií je přiloženo na počátku podkapitol pro lepší představu a orientaci.

3.5.1 Kategorie intervent/peer

Obrázek č. 1 zobrazuje kódy a podkódy přiřazené ke kategorii intervent/peer. Zdroj obrázku – vlastní.



Obrázek 1 Přehled kódů a podkódů kategorie intervent/peer aplikací Smart Art

První kód v této kategorii je **definice interventa**. V odpovědích respondentů se objevovala obdobná odpověď, že se jedná o osobu pomáhající sekundárně zasaženým, kteří se ocitnou v nadlimitní situaci, jako uvádí respondent č. 4 „*Tak intervent je vlastně člověk, pomáhající sekundárně zasaženým.*“. U všech respondentů byla definice následně rozšířená o konkrétní případy, které se opět opakovali. Jak dodává ku příkladu respondent č. 7 „*Intervent je pro sekundárně zasažené lidi, to znamená, že se na nás velmi často obrací, třeba příbuzní, nebo někdo kdo je vážně zraněný po nehodě, nebo u dětí, a u jejich rodičů, kterým byla sdělena nějaká infaustní prognóza, nebo nejistá prognóza.*“.

Dalším kódem vytvořeným na základě získaných dat je **definice peera**. Respondenti odpověděli shodně, že se jedná o osobu pomáhajícím pracovním kolegům zdravotníkům v řešení nadlimitních či jiných situací tak jako uvádí respondent č. 3 „*peer podpory, má člověk jako zdravotník nejjednodušší šanci sáhnout po tom peerovy, protože to je profesní kolega, kterému nemusí sáhodlouze vysvětlovat, jako o co jde pohybuje se ve stejném prostředí*“. Stejně jako u definice interventa se respondenti snažili rozšířit i odpověď u kódu peera o názorné příklady jako respondent č. 1 „*Většinou se na mě obracej zdravotníci nejvíc kuli šikaně na pracovišti, syndromu vyhoření to je druhý nejčastější a taky s náročností práce. Teď jak začal na jaře COVID tak s vyděšeností z covidu. Nejčastěji to je ale ten syndrom vyhoření a šikana.*“ Respondent č. 2 také uvedl, čeho by se měl peer při vykonávání této funkce vyvarovat „*Obrátit na peera se může jakýkoli zdravotník s čímkoli a pak je jenom na tom peerovi, aby udržel tu rovinu, že se jedná o profesionální podporu, že to není nějaká psychoterapie, neměli bychom lidem radit s nějakými osobními, rodinnými problémy, ale tomu se člověk občas neubrání.*“

V rozhovorech byla položena samostatná otázka na téma potřebného vzdělání k poskytování psychosociálních služeb. Kód **vzdělání** zahrnuje dalších 6 podkódů, a tvoří velkou část kategorie intervent/peer. Všichni respondenti se shodovali ve svých odpovědích, že jako dostačující a akceptované vzdělání pro vykonávání funkce peera či interventa je certifikovaný kurz v rámci NCO NZO v Brně. Respondenti absolvovali tento kurz, který navazoval na dřívější formu CISM I a II. Dále se v odpovědích opakovalo, že je nutné se minimálně jednou ročně zúčastnit takzvaného refreshu, kde si své dovednosti a vědomosti, jak peeri, tak interventi obnovují a zdokonalují se v tom co je právě základní kurz naučil. Respondent č. 3 uvádí co dokončením kurzu člověk získá „*to je vlastně oprávnění od ministerstva zdravotnictví k vykonávání této profese*“, a zároveň ještě doplňuje že se jedná o kurz desetidenní. Respondent č. 2 také upozorňuje na to pro koho je primárně kurz určen „*je na to*

v podstatě certifikovaný kurz v rámci NCO NZO, který je primárně určen pro nelékařské obory, ale můžou tam studovat i lékaři“.

První podkód týkající se vzdělání je **přihlášení na kurz**, kde se všichni respondenti shodují v odpovědi, že přihlášení probíhá přes registrační formulář na webových stránkách NCO NZO. Respondent č. 2 ještě dodává jaká byla jeho cesta k přihlášení do kurzu „v rámci kurzu péče o duševní zdraví, mluvila tam účastnice toho peer kurzu a představovala ten systém vlastně, a tak jsem se rozhodl tam přihlásit“. Respondenti uvedli, že před samotným absolvováním kurzu, neměli mnoho informací o činnosti SPIS. Respondent č. 5 uvádí, jakým způsobem získal prvotní informace o SPIS „Na oddělení, kde jsem tehdy pracovala mě nominovala moje staniční sestra, se slovy že se na intervanta hodím, a tak jsem šla na školení. Před tím, než jsem se vůbec přihlásila na ten kurz jsem o SPISU a intervencích vůbec nic nevěděla.“. Respondent č. 7 doplňuje informace o možnosti absolvovat kurz za podpory konkrétní nemocnice, pod kterou bude následně služby poskytovat, ale stále pod vedením NCO NZO „Pokud by to chtěl člověk dělat v rámci nemocnice, tak se spojit s koordinátorkou, která mu sdělí, zda vůbec někoho dalšího do týmu hledají. Pak se to už vlastně řeší se SPISem, který vypíše nějaké oficiální termíny kurzů, kdy ten výcvik probíhá. Všechno to probíhá pod záštitou NCO NZO v Brně.“.

Další podkód popisuje **průběh kurzu**. Respondenti se shodovali v odpovědi, že na počátku kurzu probíhá vzájemné seznámení všech účastníků kurzu. Následně probíhá úvod do kurzu, přednáší se teorie a předvádějí se různé modelové situace. Další respondenti se ve svých odpovědích zaměřili spíše na to, co se na kurzu probírá což je následně rozebráno v dalším podkódu. Respondent č. 6 ještě doplňuje informace o lektorech, místu, kde kurzy probíhají, ale také v jaké atmosféře se celý kurz nese „Ty kurzy probíhají v přátelské atmosféře, vzhledem tomu, že ty lektori jsou psychologové nebo velice dobří peři a interventi, tak umějí o ty lidi dobře pečovat. Vše probíhá v takových třídách bez lavic a je připravené občerstvení. Je tam hodně teorie, ale dost se skládá z těch praktických nácviků. Lektori to vlastně předvedou nebo nastíní, ale víc je to pak o tom pilování ve dvojicích, nebo ve trojicích či v malých skupinkách. Ty lektori ty skupinky obchází, pozorují a poslouchají jednotlivý členy, jestli neříkají nějaký zásadní a špatný věty, který se nehodí do toho intervenování a tak podobně. Ten kurz je dost živý a hravý.“.

Obsah kurzu je další podkód týkající se vzdělání. Respondenti se shodli, že se obsah kurzu liší na základě toho, zda se jedná o kurz pro peery či interventy. Následně se odpovědi mírně

liší. Respondent č.1 uvádí „*Na tom kurzu krom toho, jak pracovat s téma zdravotníkama nebo sekundárně zasaženými lidmi, tak se probírá i to jak pomoc sám sobě, aby tě to nesešlo. Takže se tam probírají techniky jak pomoc sám sobě, jak si ulevit, kdy je na čase dát si měsíc pauzu, kdy vyhledat psychologa, co dělat po náročný intervenci. Třeba na tom peerovským kurzu se člověk sám sobě hodně otevře a pochopí spoustu věcí, i to, jestli tohle zvládne dělat nebo ne.*“. Respondent č. 2 rovněž uvádí, že se na kurzu lze naučit i to, jak pomoci sám sobě a mimo to doplňuje, že kurz lze využít i ke zlepšení chování a komunikace v běžné péči o pacienty a jejich blízké. Respondent č. 4 popisuje konkrétní situace, kterým se na kurzu věnují „*V kurzu se rozebírají jednotlivé modelové situace a názorně se ukazuje na jednotlivých situacích, jak se k jednotlivým sekundárně zasaženým chovat a jak s nimi pracovat. Probírají se různá témata pomoc při úmrtí dítěte, specifika intervenovaných u dopravních nehod nebo práce s rodinou v nemocnici.*“. Respondent č. 5 odpověď rozšiřuje ještě o další konkrétní situace, které se na kurzu rozebírají a upozorňuje i na možnost probírání dalších informací, které se na kurzu učí, jako jsou informace týkající se pohřbu či pozůstalosti „*Probírají se různé krizové situace a první pomoc v těchto případech. Suicidální problematika, umírání a smrt, pomoc pozůstalým ve všech směrech. Od provázení celou situací až po řešení pohřbu či pozůstalostí.*“.

Podstatnou částí kurzu je jeho zakončení tudíž dalším kódem je **zakončení kurzu**. V tomto případě se respondenti shodli, že zakončení kurzu probíhá formou kolokvia a názorné ukázky jedné z obdobných modelových situací, které se trénují v rámci výcviku. Respondent č. 5 popisuje zakončení kurzu takto „*Zakončení toho kurzu probíhá takovou zkouškou, říká se tomu kolokvium. Je to jakoby praktický nácvik, kdy si člověk tahá z 30ti otázek. Součástí toho kolokvia je teda praktická ukázka jedné modelové situace a tu od intervenue nebo odpeeruje záleží, který ten kurz si dělá.*“.

Respondenti uvedli, že absolvovali i další kurzy týkající se první psychické pomoci, které nejsou podmínkou k vykonávání funkce peera či interventa, ale mohou absolventa obohatit specifičtějšími informacemi, týkající se vybrané problematiky prezentované na zvoleném kurzu. Následující kód je tedy nazván **další možnosti vzdělání**. Respondent č. 3 absolvoval mimo kurz peera ještě výcvik v krizové intervenci jako takové „*mám i roční komplexní výcvik krizové intervence roční kurz, ale to není podmínkou pro toho peera ani interventa*“. Respondenta č. 5 tato práce natolik zaujala, že absolvoval několik dalších kurzů, týkající se první psychické pomoci, které ale opět nejsou k výkonu interventa nutné „*Mám základní kurz pro interventy od SPISU v rámci NCO NZO v Brně, a protože mě to bavilo tak jsem v studiu*

pokračovala a mám dále specializaci – intervenční práce s dětmi, práce s viníkem, telefonickou intervencí, komunikace a kontakt s blízkými pacientů a pozůstalými v práci zdravotníka a kurz poradce pro pozůstalé což jsou ale kurzy, které nejsou pro základní práci intervenční potřeba.“ a doplňuje ještě další informace ke kurzům, které se pak následně konkrétně zaměřují na jednotlivou problematiku „Princip práce je stejný, jedná se o úzkou specifikaci jednotlivých situací. Například u telefonické intervence je to zcela jiné. Není tam vizuální vjem, nemůžeme být v přímém kontaktu s klientem. Takže v kurzu se učí, na co se zaměřit. Stejně tak na dalších kurzech. Práce s dětmi, viníkem apod. Na všech těch kurzech je princip stejný, ale zaměřený na konkrétní specifikaci, která je vždy jiná.“. Respondent č. 6 absolvoval rovněž kurz práce s viníkem a kurz zaměřený na úmrtí malých dětí a komunikaci s matkami a pozůstalými. Kdy hovoří o náročnosti některých kurzů „Je to spíše nástavba. Ty jednotlivé kurzy rozšiřují ten základní kurz. Ten je takový spíše obecný, a i ty modelové situace a nácviky se snaží zahrnout všechny ty možné situace. Ten rozšiřující kurz, nebo ten rekvalifikační probíhá vlastně tři dny a řeší se jen to jedno konkrétní téma. Takže je to dost náročné, obzvláště třeba ty děti byly takový těžký, když člověk slyší o mrtvých dětech 3 dny.“.

K práci v pomáhajících profesích neodmyslitelně patří **spolupráce mezi interventy/peery** ať už mezi spolupracovníky v rámci SPISu tak mezi jednotlivými složkami IZS, na kterou i někteří respondenti poukazovali. Respondent č. 2 například poukázal na spolupráci mezi jednotlivými členy SPIS v případě hromadných neštěstí „Když jsou to třeba větší akce jako střelba v nemocnici v Praze, tak vlastně podpůrný tým, který tam byl v rámci skupinové péče tak byl z celé republiky. Takže si vzájemně vypomáháme, když je to potřeba.“. Respondenti uvedli i vzájemnou spolupráci mezi jednotlivými složkami IZS ať už se jedná o policii nebo hasiče. Respondent č. 6 poukazuje na výhody více pracovníků SPIS „Na těch výjezdech se hodně spolupracuje s interventy jak od policie, tak od hasičů, ale každý si tak držíme tu svou rovinu. Já jsem byl několikrát v součinnosti s policejními interventy. Někdy je to fajn, když je tam hodně těch lidí k intervenci, když je tam třeba ta široká rodina, tak si je rozdělíme a navzájem si pomůžeme. Většinou si každá složka pošle svého intervenčníka a pak buď spolupracujeme, nebo třeba někdo odjede.“.

Osobnost krizového pracovníka je další kód, který je více rozveden v rámci několika podkódů. Respondent č. 3 upozornil na důležitou věc, která je dost často ve zdravotnictví opomíjena. Konkrétně hovoří o tom, že krizový pracovník nezastává ve svém životě pouze tuto roli, ale má i další role jako ku příkladu zdravotník, nebo také rodič a manžel nebo

manželka. Zároveň hovoří o tom, že lidé, kteří navštěvují kurzy už mají nějaké osobnostní předpoklady pro to stát se peerem či interventem, ale zároveň považuje být dobrým krizovým pracovníkem jako dovednost, kterou se lze naučit *„podle mě to jsou už ty lidi, který chodí do toho kurzu a že k tomu nějakým způsobem inklinují k tý psychologii, nebo že je to trochu zajímavá. Někdy to bývají takový ty přirozený vrby v tom kolektivu, že je tam někdo jako pošle, nebo si toho někdo všimne že jsou jako šikovný, a tak jim to nabídne. Myslím si, že to je dovednost jako každá jiná a ten výcvik je to naučí.“*

Prvním podkódem k osobnosti krizového pracovníka jsou **vlastnosti pracovníka SPIS**. Respondenti se shodli v odpovědi, že nejdůležitější vlastností je empatie. Dále byly zmiňovány vlastnosti jako komunikativnost, časová flexibilita, chuť se učit novým věcem a dále se vzdělávat či být dobrým posluchačem. Respondent č. 5 upozorňuje i na vlastnosti, které jsou přínosné jak ve zdravotnictví, tak v běžném životě *„A pak vlastnosti, které jsou důležité obecně ve zdravotnictví a v běžném životě, a to je schopnost nesoudit, slušné jednání, milé vystupování.“*

K pomáhajícím profesím neodmyslitelně patří **psychická náročnost** při výkonu povolání, která je na pracovníky kladena. Stejně tak je tomu i v roli pracovníka SPIS. Respondenti uvádí, že v případě že se jedná o nějakou těžkou intervenci, obzvláště pokud jde o dítě, je ta psychická náročnost o to větší. Respondent č. 4 doplňuje ještě další informace o psychické náročnosti jednotlivých intervencí *„Tak samozřejmě tu situaci člověk úplně nevytěsni. Vnímám to, že je to i vlastně na místě, že ho ta situace zasáhne. Nemám za to, že správný intervent je ten, který to jedním uchem pustí a druhým hnedka ven a po zavření dveří tu situaci vypustí ven. Často se mi stávalo, že jsem si v určité chvíli třeba vzpomněla na někoho a zapřemýšlela, jak to asi zvládli, jestli mají další dítě. Ty příběhy se mi vrací.“*

Péče o pracovníky SPIS je nedílnou součástí celého systému. Respondenti uvedli, že každý pracovník SPIS má povinnost alespoň jedné intervize za rok, a zároveň se může zúčastnit i supervizního sezení či kontaktovat psychology, kteří jsou rovněž součástí systému. Respondent č. 3 ještě dodává, že jsou jiné povinnosti pro nové interventy *„Každý peer a intervent má povinnost intervize, minimálně jednou za rok, takže to si musí plnit. Nový interventi, co jsou v systému, tak mají povinnost tří intervizí po prvních třech intervencích.“* Respondenti rovněž uvedli, že díky sociálním sítím se mohou po těžkých intervencích mezi sebou s dalšími členy SPIS navzájem ošetřit, či kontaktovat koordinátora SPIS a vypovídat se z toho, za dodržení anonymity intervenovaného.

Další z podkódů k tomu tématu je **duševní hygiena/relaxační metody**. Každý respondent má své ověřené způsoby duševní hygieny. V odpovědích se objevil sport, dále se objevovali činnosti, jako poslech hudby, procházky, ale také otužování, četba či masáže. Respondenti také doporučují každému pracujícímu v pomáhající profesi, aby si nastavil své vlastní copingové strategie, které ho ochrání od stresu a dovolí mu doplnit potřebnou energii. Respondent č. 6 využívá i službu osobního psychologa, kterého doporučuje i pro běžný život „*Já jsem si sám našel svého psychologa, s kterým si můžu povídat, když potřebuju. To je myslím si za mě dobré i bez toho, aby člověk dělal ve SPISu*“.

Citová angažovanost pracovníka SPIS je další z podkódů. Respondent č. 1 uvádí, že vždy se snaží si uvědomit, že se to nestalo jemu, ale zároveň dodává „*Já se nestydím s těma lidma třeba brečet, vůbec mi to nevadí a ty lidi to tak berou*“. Někteří respondenti také doporučují brát jednotlivé intervence jako práci a nepřipouštět si je k tělu. Respondent č. 3 hovoří o tom, že některé intervence jsou pro něho více nepříjemné než jiné „*jsou pro mě nepříjemný a těžký ty interpersonální věci, to nemám ráda ty intervence*“. Respondent č. 4 dodává „*Vnímám to, že je to i vlastně na místě, že ho ta situace zasáhne. Nemám za to, že správný intervent je ten, který to jedním uchem pustí a druhým hnedka ven a po zavření dveří tu situaci vypustí ven*“.

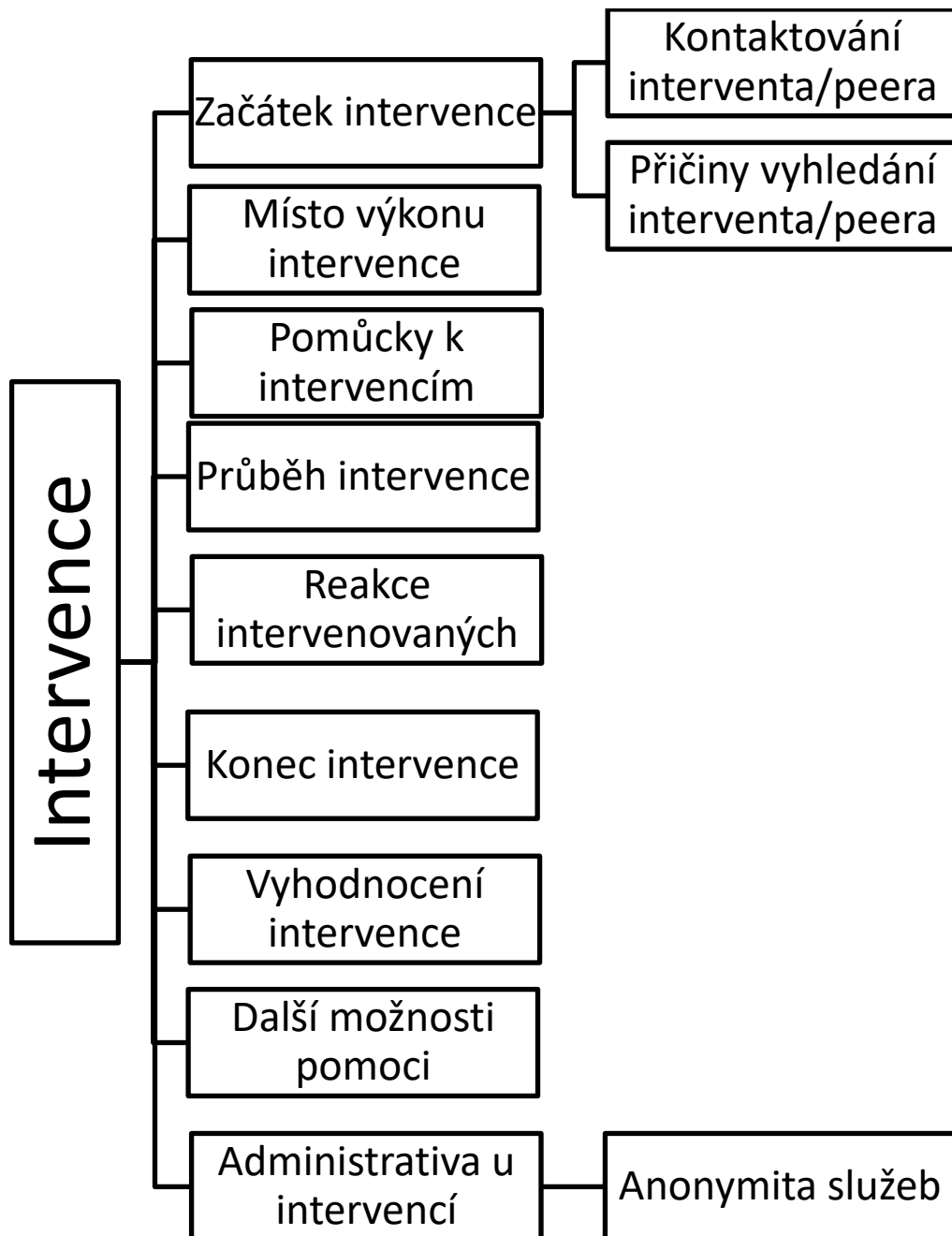
Osobní zkušenost využívají i pracovníci SPIS. Respondent č. 1 uvádí, že mít takzvaně špatnou zkušenost ve svém osobním životě může mít následně přínos pro intervenovaného „*každopádně by měl mít, když to řeknu takhle blbě nějakou špatnou osobní zkušenost, aby věděl, co ty lidi jakoby dokážou cítit, jak se dokážou chovat*“. Osobní zkušenost byla použita i v jiném kontextu, kdy respondenti během intervencí využívají zkušenosti z předchozích případů. Na základě získaných zkušeností pracuje respondent č. 5 „*v tomhle pomáhá praxe, kdy vím že už jsem podobný případ řešila a mohu zkoušet podobné metody*“.

Informovanost o službách se postupně zvýšila až v posledních letech. Hovoří o tom respondent č. 1 „*SPIS jako takový funguje u nás asi možná 10 až 11 let a až teďka se dostal více do těch nemocnic, a tak se jako zvětšila ta enkláva*“. Dále ještě doplňuje, že v zdravotnických zařízeních je personál informovaný o těchto službách, ale ne každý tuto službu akceptuje a dále nabízí. Poskytování těchto služeb sekundárně zasaženým je závislé na zdravotnickém personálu. Laici o těchto službách často nevědí, a tak mnohdy ani netuší, pokud jim to není nabídnuto, že tyto služby mohou zdarma využít. Respondent č. 1 toto popisuje ve své odpovědi „*Většinou to je tak, že ta široká veřejnost o nás neví, vždycky jim to nabízí zdravotnický personál a my můžeme jít jen tam kde o to stojí. Vždycky je to v rukou*

toho personálu.“. Doplnění předchozího tvrzení nalezneme u respondenta č. 3 „Myslím, že by bylo fajn kdyby se naučili ti lékaři víc využívat ty interventy, že by je víc volali pro ty lidi, kteří jsou okolo, protože my koukáme jenom na toho pacienta, toho primárně zasaženého, ne na ty lidi okolo, to nás moc nezajímá.“.

3.5.2 Kategorie intervence

Obrázek č. 2 zobrazuje kódy a podkódy přiřazené ke kategorii intervence. Zdroj obrázku – vlastní.



Obrázek 2 Přehled kódů a podkódů kategorie intervence aplikací Smart Art

První kód v této kategorii je **začátek intervence**. Každá intervence je individuální a záleží na mnoha faktorech. Respondent č. 1 uvádí „*Ono je to hodně případ od případu. Důležitý je ty lidi poslouchat. První, co udělám, když přijedu tak se představím, to si myslím že kolikrát ani neposlouchají, ale jsou rádi že tam nejsou sami.*“. Respondent č. 4 dodává „*je mi přibližně nastíněna situace či problém s tím že se domluvíme s tím personálem, kdy je vhodné na to oddělení za pacientem dorazit. Takže se domluvíme na čase, kdy dorazím a s tím je seznámen i klient. Zdravotnický personál na tom konkrétním oddělení mě poté uvede pacientovi, potom už ta schůzka normálně probíhá.*“. Stejně tak i respondent č. 5 uvádí, že si prvně zjišťuje informace o případě od personálu a následně se jde klientovi představit. Respondent č. 7 popisuje jakým způsobem se snaží začínat své intervence „*Vždycky se tam začíná nějakým navázáním kontaktu, a by mezi námi vzniklo nějaké pouto, aby se ten klient cítil v bezpečí, aby pochopil, proč tam jsme a my se snažíme jít s tím klientem. Nikdy nejít za ním ani před ním, prostě tak nějak s ním.*“.

Na předchozí kód navazuje podkód **kontaktování interventa/peera**. Respondenti se shodli v odpovědi, že jsou voláni personálem na konkrétní oddělení, kde se klient nachází. Respondent č. 4 a 5 však upozorňuje na skutečnost, že zasaženému je možnost této služby nabídnuta a je zcela na něm, zda tato služba bude využita. Zde je uvedena odpověď respondenta č. 5 „*V rámci nemocnice nás kontaktuje personál daného oddělení, který vyhodnotí že jsme potřeba nebo že bychom mohli být pacientovi prospěšní. Je důležité však aby s tím rodina a pacient byl seznámen. Je potřeba aby zazněl souhlas s tím, že o tuto službu mají zájem, tudíž je dobré, když personál z oddělení lehce nastíní, co od nás může pacient nebo rodina očekávat.*“. Kontaktování peera může probíhat dvěma způsoby. První možnost, kterou respondenti zmiňovali je to, že je zasažený aktivně vyhledá sám, protože vycítí že má nějaký problém, nebo mu je to doporučeno jiným kolegou. Zde je uvedena výpověď respondenta č. 3 „*Ty lidi mě nakontaktují, protože mají problém a chtějí pomoc třeba se staniční nebo s vrchní nebo něco, že je tam třeba šikana.*“. Druhý způsob, který byl zmíněn respondenty, je že pokud se peer dozví o nějaké nadlimitní situaci na nějakém konkrétním pracovišti, může své služby aktivně nabídnout sám. Zde je například uvedena odpověď respondenta č. 2 „*Když se peer dozví, že se na nějakém konkrétním pracovišti se objevila nějaká těžká situace, že možná ti zdravotníci budou potřebovat pomoc tak může jim tu pomoc aktivně nabídnout sám.*“. Naopak respondent č. 1 tuto možnost ve své odpovědi zavrhuje „*Lidi kontaktují mě, protože nemocnice je tak obrovský kolos, že nemáme přehled, co se kde děje.*“.

Příčiny vyhledání interventa/peera jsou velice různorodé. Respondent č. 3 uvádí, že vyhledání interventa je vhodné v jakékoli nadlimitní situaci, kdy člověk vykazuje známky akutní stresové reakce. Respondenti uváděli konkrétní situace, ke kterým jsou voláni. Dle odpovědí respondentů jsou nejčastěji voláni k úmrtím malých dětí, k nemocným dětem a jejich rodičům, sebevraždám, náhlému úmrtí, obětem dopravních nehod či naopak k viníkům dopravních nehod, nebo také ke sdělování nepříznivých diagnóz. Respondent č. 5 uvádí *„Jako intervent jsem nejčastěji volána zdravotníky na daném oddělení k úmrtí pacienta, či sdělení nepříznivé diagnózy, a to především onkologické, kdy se nedá předvídat, jak na ní bude pacient reagovat. Dále jsme často voláni, na kliniku porodnicko-gynekologickou k úmrtí miminka ať už narozeného či nenarozeného, na dětskou kliniku k nemocným dětem. Často to jsou také různé dopravní nehody, závažné stavy, ale také třeba plánované odpojení pacienta z přístroje, kde je opravdu důležité nabídnout rodině pomoc. Je dobré zavolat interventa v případě, kdy rodina nebo blízcí či sám pacient potřebuje nejen první psychickou podporu, ale jakoukoliv radu, podporu či jen provést nepříjemnou či nadlimitní situaci.“*. U příčin vyhledání peera se objevují především interpersonální vztahy. Respondent č. 2 a 3 odpověděl že je vhodné vyhledat peera v jakékoliv věci, kdy mají lidé narušenou psychiku, zároveň uvádí že se lidé obracují nejčastěji s interpersonálními záležitostmi, dále pak v záležitostech jako je mobbing či bossing. Respondent č.2 uvádí *„Obrátit na peera se může jakýkoli zdravotník s čímkoli a pak je jenom na tom peerovi, aby udržel tu rovinu, že se jedná o profesionální podporu, že to není nějaká psychoterapie, neměli bychom lidem radit s nějakými osobními, rodinnými problémy, ale tomu se člověk občas neubrání. V těch peer službách člověk většinou řeší mezilidské vztahy na pracovišti, šikanu, mobbing, bossing.“*. Další příčinou, proč lidé vyhledají peera je například syndrom vyhoření, náročnost práce a pak jakékoliv nadlimitní situace, jako jsou neúspěšné resuscitace mladých lidí či malých dětí.

Samostatný kód je **místo výkonu intervence**. Místo výkonu intervence se liší podle situace, ke které jsou pracovníci SPISu voláni a zda se jedná o poskytnutí peer podpory či intervence poskytována interventem. Respondent č. 3 popisuje jakým způsobem probíhá výběr místa při individuálních intervencích u peer podpory *„Pokud se jedná o individuální intervenci nechávám i to místo, který by mělo být klidný, bezpečný prostředí, vybírat klientem. Neintervenuje se doma, to je taková jedna zásada, že si ty lidi neberu domů a ani k nim domů nejedím, takže většinou někde na nějakém veřejném místě, buď i třeba venku, že si jdeme sednout do parku, nebo do nějakého jakoby, hospoda není úplně vhodné místo, ale třeba do nějakého místa, kde je na to klid, aby byl nerušen.“*. Respondenti také uvedli, že v případě

peer podpory se snaží vyjít lidem vstříc a sejít se na nějaké neutrální půdě pro obě strany. Místo je dobré vybrat takové, aby bylo klidné a zajišťovalo soukromí oběma stranám. Zde respondent č. 3 uvedl park, či jiné klidné místo venku. V případě podpory poskytované interventy jsou jejich služby dle odpovědí respondentů nejčastěji využívány na oddělení ARO, porodnici, dětském oddělení či onkologii. Nedílnou součástí práce interventa jsou i výjezdy na místa tragických nehod či do obydli zasažených, jak uvádí respondent č. 3 „*U těch sekundárně zasažených jedeme, do rodin nebo někde do terénu k těm pozůstalým nebo svědkům a chceme, aby s tím ten dotyčný souhlasil a aby o nás věděl. To znamená že posádka by měla říct, že teď musí odjet, ale že přijede kolega, který s nimi bude.*“.

V tomto kódu byly shrnuty **pomůcky k intervencím**, které pracovníci SPIS podle svých výpovědí využívají. Respondenti se zmínili o pomůckách, které využívají v průběhu intervencí, které jsou hrazeny z dotací. Respondent č. 1 popsal základní výbavu interventského batohu a další pomůcky, které při intervencích využívá „*Máme speciálně vybavený batůžek. Jsou tam knížky pro rodiče zemřelých miminek, je to k memory boxům, tak aby se ta maminka zvládla rozloučit. Jmenuje se Mému miminku. Ty boxy mají jen na porodnici jsou v něm dva medvídci, jeden zůstane tomu mrtvými miminku a druhý se dá těm rodičům. Plus jsou k tomu ty knížky. Ta knížka zůstane těm rodičům na památku toho miminka. Pak máme v batohu letáky, kde jsou různé kontakty na linky Bílý kruh bezpečí, Prázdnou kolébku a další. Pak tam máme knížky vyložené pro děti ta se jmenuje „Když dinosaurům někdo umře“, to jsem použila asi dvakrát při úmrtí sourozence. Ta knížka je pro děti asi do deseti let a je tam vysvětlený koloběh toho života. Pak tam máme vodu, deku a sušenky. Protože ty intervenovaní lidi, jak jsou v šoku, tak zapomínají jíst a pít, takže to nás taky učili na tom kurzu, aby nám ty lidi tam nekolabovali. To je asi všechno, co s sebou nosíme. A kapesníky, hodně kapesníků.*“.

Respondent č. 5 také popsal obsah svého speciálně vybaveného, který se liší pouze pár pomůckách „*Nosím si speciální interventský batoh, v kterém mám různé letáky s kontakty na různé organizace, například na bílý kruh bezpečí a další. Pak musím mít svoji vizitku, kapesníky, pro děti pak různé knížky a plyšáky od PČR a hasičů. Dále mám s sebou rozlišovací vestu, hroznový cukr, lahev vody, nabíječka na mobil, protože nevím, jak dlouho se budu na místě pohybovat a pak tužku a papír.*“.

Dle odpovědí respondentů není při peer podpoře potřeba tolik pomůcek jako při poskytování podpory interventem. Využity jsou však kontakty na psychology a další odborníky na duševní zdraví. Dále mohou být nabídnuty kapesníky či voda. Vše se odvíjí od místa, kde se peer podpora poskytuje.

Jak bylo zmíněno již v rámci kódu začátek intervence, tak i **průběh intervence** je velice individuální. Respondent č. 1 obecně charakterizuje průběh intervence *„Ale ve výsledku je to, že se seznámím s tím jejich příběhem, povídáme si, řešíme nějaký ty otázky, co už jsem zmiňovala a předám jim kontakty na další organizace, pokud o to mají zájem.“*. Dále respondent č. 1 uvádí jako typický obsah intervence *„Většinou se ptají i na ty praktický věci, jako co bude dál, kde seženou papíry pro pohřební službu a tak.“*. Odlišnou zkušenost uvádí respondent č. 2 *„spoustu těch lidí v podstatě ani nepotřebuje dostat radu, ale stačí jim to, že je někdo vyslechne a oni si to vlastně sami převypráví. Na základě toho že se jich na to někdo ptá, někdo o to má zájem tak si třeba na řadu věcí přijdou sami.“*. Podstatnou oblastí je stabilizace zasaženého a návrat do běžného života, jak zmiňuje respondent č. 3 *„To znamená jen poskytnout tu stabilizaci toho rozjetýho akutního stresovýho syndromu s tím, aby neudělali nějaký průser v práci, aby se mohly soustředit. aby je to co nejmíň obtěžovalo a jak to zpracovat, ale nikdy neděláme to řešení za ty lidi.“*. Délka intervence není nijak stanovena a je ovlivněna specifiky daného případu. O délce intervencí se zmiňuje respondent č. 4 *„Časový limit není, ale bylo by v zájmu jak mám, tak klienta, kdybych viděla, že to sezení už nikam nespěje ho ukončit. Čas může být pouhých 10 minut ale taky 2 hodiny.“*.

Na průběh intervence navazuje podkód **reakce intervenovaných**, která je dle odpovědí respondentů nepředvídatelná. Stejně tak jako hloubka prožitku i jeho délka není u každého intervenovaného stejná. Respondenty byly zmíněny dvě možné akutní stresové reakce. Je to reakce „útok a útek“ označována jako reakce A a reakce „mrtvý brouk“ označována jako reakce B. Respondent č. 1 uvádí *„Většinou se ty lidi hodně rozpovídají sami, zažila jsem jen jednu béčkovou reakci, jinak měli vždycky takovou akutní stresovou reakci tu áčkovou, kdy opravdu začali brečet, začali mluvit.“*. Respondenti ve svých odpovědích uvádějí prospěšnost projevení emocí, jako zmiňuje respondent č. 3 *„Při nejhorším jím píchne Apaurin, nebo dáme diazepam, a za to já jako úplně nejsem. Protože se tím úplně zazdí ta první vlna toho, kdy to ty lidi potřebují odtruchlit, rozloučit se. A oni, když na to zapomenou tak jim to udělá hroznou paseku v té psychice jako do budoucna s tím vyrováním se a do psychosomatiky, pak jsou doživotně tím nějakým způsobem poškozený, fakt jim to trvá dýl to vyrování s tou ztrátou.“*. Respondent č. 8 dodává, že lidé v akutní stresové reakci zapomínají na své základní potřeby.

Další kódem v této kategorii je **konec intervence**, který záleží na stavu intervenovaného. Intervent či peer je nucen na konci intervence zhodnotit stav intervenovaného. Na základě zhodnocení je stav intervenovaného buďto natolik v pořádku, že může intervenci ukončit

předáním kontaktu na specifické skupiny, na které se v průběhu času může nebo nemusí intervenovaný obrátit, nebo je jeho stav natolik vážný, že je potřeba intervenovaného předat dále odborníkům na duševní zdraví, psychologům či psychiatrům. Druhou možnost volí peer či intervent v případě, že intervenovaný nepůsobí dojmem, že by situaci zvládl sám, mluví o suicidálním řešením vzniklé krize, nebo jeho sociální zázemí není dobré a nemá podporu v rodině. Respondent č. 2 popisuje dvě možné varianty, jak může intervence skončit „*Bud' je ta situace natolik těžká, vážná, že to bude potřebovat systematickou péči a většinou pak předáváme do péče odborníka na duševní zdraví. Nebo se dohodneme na tom, že ten člověk zkusí na základě nějakých rad a toho, jak jsme tu situaci zpracovali pomoci sám a většinou já osobně nabízím, že když budou chtít tak mi můžou dát vědět, jak se cítí.*“. Respondent č. 1 popisuje v jakých případech je dobré zasaženého předat do další péče a komu lze zasaženého dál předat „*Většinou ty lidi nejsou ještě úplně uklidněný. Jakože smířený nejsou nikdy, ale jde o to, aby tu situaci pochopili, tak jaká je a na nich to prostě poznáš, když to nepochopí. Většinou je ještě předám psychologům, když jde o děti. U těch dospělých záleží na situaci. Je dobrý, když v tom ty dospělý nejsou sami, aby z ty nemocnice neodcházeli sami. Když si pro ně někdo přijede a je vidět že ta rodina funguje, tak to dál už neřeším. Když jsou tam sami a odjíždějí mi z toho místa sami tak se snažím je předat psychologovi.*“. Respondent č. 4 upozorňuje i na možnost jedinců, kteří jsou natolik silní a zároveň se nechtějí podělit o svůj příběh, že se snaží vzniklou situaci vyřešit sami „*Pokud člověk má vlastní kompenzační schopnosti, může si pomoci sám, protože ne každému vyhovuje sdělovat svůj příběh cizím lidem. Někdo nemá potřebu ventilovat své zážitky. Záleží hodně na člověku, jeho vlastnostech, zkušenostech.*“. Respondent č. 1 popisuje jakým způsobem zakončuje intervence a komu lze intervenovaného předat dál „*Pak se předávají kontakty na různé specialisty jako jsou prostě psychologové, dětští psychologové nebo i psychiatři. Všechny intervenční i peerovské schůzky končí tím, že se jim předávají kontakty, nebo co týká rodičů se předávají do péče dětské kliniky a Cesty provázení. Tam jsou dvě psychoterapeutky, které se starají především o rodiče hospitalizovaných dětí. My ty lidi máme většinou komu předat, onkologicky nemocný předáváme psychologovi, který je na onkologii. Když jsou na tom hodně špatně tak předáváme i psychiatrům.*“ Respondent č. 4 ve své výpovědi popisuje, že ukončení intervence nezáleží pouze na intervenovaném, ale tak na pracovníku SPIS a jeho dojmu z intervence jako takové „*Snažím se respektovat tu dobu toho sezení, kterou si klient může korigovat sám. Zda dojde k celkovému vyslechnutí, rozřešení nějaké té tíživé situace a pokud ten pacient řekne, že mu to pomohlo, takhle mu to stačí, že se prostě necítí v té situaci už bezradný, tak většinou to takto ukončíme a bereme za úspěšné.*“.

Vyhodnocení intervence dle odpovědí respondentů probíhá buď díky zpětné vazbě zasažených nebo na základě rozhovoru s koordinátorem a zpětné sebereflexe v rámci supervize či intervizí. Jednu z možností popisuje respondent č. 5 „*Co mi ale zcela nejde je na klienty po intervenci přestat myslet, často přemýšlím, jak se ti lidé mají, jak situaci dále zvládají, co dělají, jestli si třeba pořídili další dítě v případě, že se jedná třeba o perinatální ztráty. Z toho důvodu jsem ráda za následné zpětné vazby, protože si člověk může udělat obrázek o tom, zda těm lidem pomohl a jestli ta intervence byla užitečná.*“. Druhou možnost ve své odpovědi vyobrazuje respondent č. 7 „*Zasíláme ten záznam té naší koordinátorce a pak to můžem řešit při nějaké té intervizi, či supervizi, že třeba má on sám pocit, že se to úplně neudělalo dobře, nebo že se to mohlo udělat jinak. Nikdo nás nehodnotí.*“.

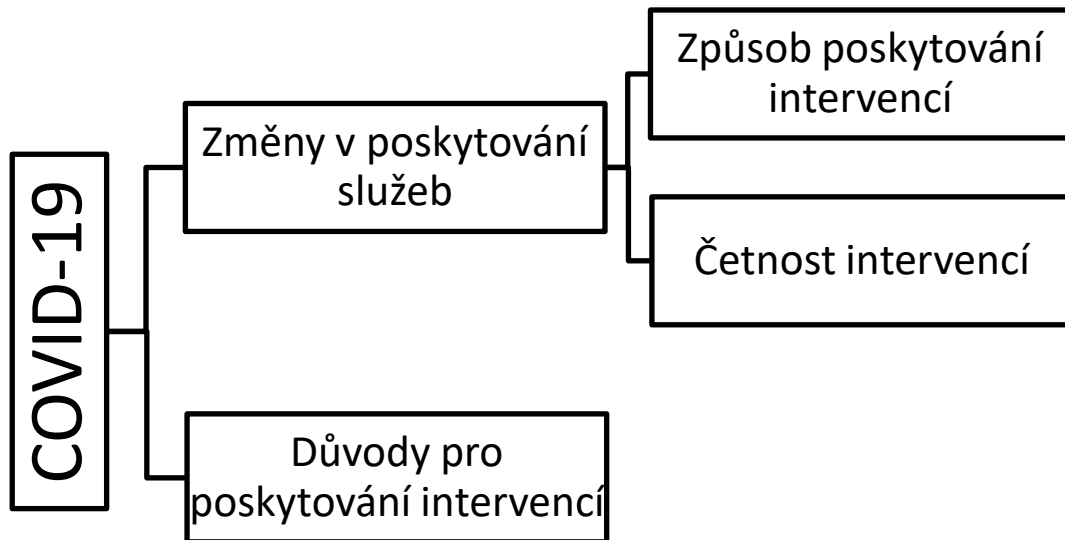
Dalším kódem v této kategorii jsou **další možnosti pomoci**. Respondenti zde uváděli, jaké další možnosti pomoci může zasažený v případě potřeby využít. Respondent č. 3 už popisuje konkrétní skupiny, které můžou zasažené osoby kontaktovat podle konkrétní situace, která ho zasáhla „*Jsou různé pomoci obětem, bílý kruh bezpečí, linka pro pomoc obětem, krizová centra, linka důvěry, poradce pro pozůstalý. Myslím si, že těch podpůrných organizacích je hodně, pokud ty lidi chtějí tak můžou po něčem takovém sáhnout. Záleží samozřejmě jakou si vybere člověk organizaci.*“. Další možnosti pomoci uvádí i respondent č. 1, který upozorňuje na to, že SPIS je jediná možná organizace pomáhající zdravotníkům „*Pro zdravotníky nevím o ničem, co by fungovalo až na ten SPIS. Díky bohu ten SPIS už teďka funguje, takže už i všechny zdravotnické organizace dostali k tomu metodický pokyny. Pro lidi z venku je mnoho organizací, se kterými i SPIS spolupracuje. Třeba co se týče mrtvých narozených dětí spolupracujeme s Dítětem v srdci což je organizace, která se stará o ty rodiče těch mrtvých dětí. Spolupracujeme s organizacemi, které se starají o děti z automobilových nehod, pozůstalý o sirotky a tak dále. Spolupracujeme s Charitou, Bílým kruhem bezpečí, těch organizací je opravdu dost, takže máme ty lidi kam směřovat, když je to potřeba.*“.

Administrativa u intervencí je kód, který popisuje, jakým způsobem je proveden záznam o proběhlé intervenci. Respondenti se shodli, že se zapisuje pouze záznam o tom, čeho se intervence týkala, kolik tam bylo osob a jak dlouho intervence trvala a to pouze z důvodu, aby bylo následně možné peerům či interventům odpracovaný čas proplatit. Respondent č. 4 ještě dodává, kde jsou záznamy o intervencích uchovávány „*Po té schůzce se napíše záznam o intervenci, který se odesílá do centrálního registru. V tom záznamu se neuvádí konkrétní informace z té samotné schůzky, ale píše se jak dlouho ta schůzka probíhala, aby bylo pak možné to ať už interventům nebo peerům proplácet.*“.

Anonymita služeb je podkód, který se vyskytl v rámci administrativy u intervencí. Zachování anonymity při poskytování těchto služeb je zcela zásadní. Všichni respondenti se shodli v tom, že veškeré služby jsou poskytovány zcela anonymně. Záznamy, které se z intervencí dělají, jsou zaznamenávány bez jmen intervenovaných osob, a také bez konkrétních informací, které se v průběhu celé intervence rozebíraly. Respondent č. 8 uvádí *„Ta podpora je založená na anonymitě a důvěře mezi těmi lidmi a námi, která je zcela zásadní.“*. S tímto podkódem a zároveň s podkódem duševní hygiena/relaxační metody souvisí tvrzení respondenta č.7 *„Já mám velkou oporu v manželovi, takže když je nějaký náročnější výjezd, tak to s ním pak rozebírám. Samozřejmě v mezí GDPR, aby se zachovala ta anonymita, která je pro tyto služby důležitá.“*.

3.5.3 Kategorie COVID-19

Obrázek č. 3 zobrazuje kódy a podkódy přiřazené ke kategorii COVID-19. Zdroj obrázku – vlastní.



Obrázek 3 Přehled kódů a podkódů kategorie COVID - 19 aplikací Smart Art

Kód **změny v poskytování služeb** shrnuje, jak se změnila formy poskytované podpory v období pandemie. V době pandemie COVID-19 byly osobní intervence omezeny nebo zakázány podle aktuálního vývoje situace. Zákaz sloužil jak k ochraně interventů a peerů, tak intervenovaných osob. Respondenti se shodovali ve svých odpovědích, že osobní intervence byly nahrazeny telefonními intervencemi, ať už v rámci vzniklé telefonní linky, či pomocí emailové komunikace. Po následném rozvolnění byly osobní intervence povoleny, za dodržení stanovených podmínek, avšak jak uvedl respondent č. 3, je možné, že díky nastaveným pravidlům nebyly intervence tak prospěšné „*Takže interventi nejezdili, teď v této současné době jezdí, ale musí mít po celou dobu vlastně toho kontaktu respirátor a dodržovat pravidla. Nevím, do jaké míry to snižuje nebo nesnižuje kvalitu intervence, ale není to úplně komfortní.*“. Respondent č. 7 ještě upozorňuje, že i po následném rozvolnění a možnosti osobních intervencích o ně nebyl takový zájem, a jako jednu z možností proč tomu tak je uvádí přetíženost personálu a nenabízení těchto služeb „*Ted'ka sice můžeme jezdit, ale je toho málo. Chápu, že na těch odděleních je toho moc a personál si prostě nevzpomene na interventy.*“. Respondent č. 4 také popisuje způsob jakým bylo poskytování služeb omezeno a uvádí i úskalí toho omezení kontaktu s lidmi „*Tak ty intervence na jaře byly povoleny pouze přes telefon, což myslím že nikomu nevyhovovalo, protože ten osobní kontakt je důležitý. Teď po prázdninách to bylo povolené, s respirátorem ale musel být zachován odstup od toho klienta, což mnohým taky nemusí vyhovovat. Někdo rád chytne ty lidi za ruku, obejmě je. Bylo to takové zvláštní, celkově je ta doba teď zvláštní. Teď nás všichni ty lidé potřebují a my vlastně můžeme pracovat tak napůl.*“. Respondent č. 2 popsal i aktivní nabízení možné vzájemné pomoci, v případě kolektivů, kde se nacházeli pracovníci SPIS „*Myslím si že tam, kde v té organizaci byly ty skupiny spisovské ať už to byly peeri, interventi nebo všichni dohromady, tak v rámci té pandemie fungovali jako taková kostra pomocná, že většina těch lidí byla nějak zapojená do organizace, aktivně nabízela těm přetíženým provozům, nějakou podporu, pokud jí potřebovali.*“.

Prvním podkódem, který se vyskytuje v této kategorii je **způsob poskytování intervencí**. V rámci nově vzniklé situace byl SPIS velice pohotový a založil během pár dní telefonní linku kolegiální podpory. Respondent č. 1 popisuje vznik „*Jediný, co bylo dobrý, takže se zřídila krizová linka pro zdravotníky, kam vlastně mohli volat, a ta linka asi zůstane furt protože se osvědčila a jede dál. Je to speciální linka jen pro zdravotníky, kde sedíme my peeri, nebo psychologové, kam můžou volat ve dne v noci a ta linka vznikla za covidu a docela rychle asi během 14 dnů.*“. Respondent č. 4 však upozorňuje na informaci, že telefonní linka

je zřízena pouze pro peer podporu „*Ta peer podpora byla přesunuta na linku vytvořenou SPISem, ale ta není dostupná pro širokou veřejnost, ale pouze pro pracovníky ve zdravotnictví.*“. Další možnost, která byla využívána mimo telefonní linku, byla emailová komunikace, tak jak popisuje respondent č. 2 „*Tím že nemohli probíhat osobní setkání, tak se část těch intervencí odehrávala po telefonu a emailu.*“. Každá z těchto forem má svá pravidla a jak bylo již zmíněno u jiného kódu, tak pro telefonické poskytování krizové intervence je samostatný vzdělávací kurz.

Podkód **četnost intervencí** popisuje v jakém množství byly intervence vykonávány. Na počátku pandemie vlivem omezení, která byla nastavena jak pro ochranu pracovníku SPIS, tak i pro samotné intervenované osoby, neprobíhaly žádné intervence prezenční formou. Respondenti se shodují, že v době největšího nárůstu případů, ve chvíli, kdy lidé potřebovali tu největší podporu, byly výjezdy k lidem zakázány. Respondent č. 8 uvádí „*Bylo období, kdy jsme k těm lidem nemohli, osobní intervence byly zakázané, nemohli jsme do nemocnice, co se týče personálu tak to bylo také špatný. V tomhle období, kdy oni nás nejvíce potřebovali jsme nemohli být s nimi.*“. Naopak posílila forma distanční krizové pomoci, kterou vyhledávalo velké množství zasažených. Dle odpovědí respondentů, se lidé i častěji obraceli a žádali o pomoc, tak jak uvádí například respondent č. 2 „*Hodně jsem třeba vnímal že ta frustrace práce v zátěži se přenášela a ten požadavek o nějakou pomoc byl častější*

Důvody vyhledání pracovníka SPIS v době pandemii se změnila a této oblasti se věnuje kód **důvody pro poskytování intervencí**. Dle odpovědi respondenta č. 3 se v období pandemie řešily převážně problémy kolem COVID-19 „*Ted' se to točí všechno kolem covidu, ozývají se lidé jak z nemocnic, tak právě přes tu zmíněnou linku.*“. Respondent č. 3 uvádí i konkrétní případy s kterými se na ně zdravotníci obraceli „*Ohledně té peer podpory, jak už jsem říkala ze strany těch zdravotníků vůbec v těch nemocnicích je jich poměrně hodně, volají i na tu linku bezplatnou, ty zdravotníci hodně vyčerpaný, jako slyšíme to. Kdy se řeší problémy s nedostatky ventilovaných lůžek a toho náporu a služeb a těch nadlimit, že už to dlouho nevydrží, jestli to bude pokračovat.*“. Lidé se obraceli s obavami, strachem, panikou tak jak uvádí respondent č. 1 „*Byla všude taková panika, jak mezi zdravotníkama, tak mezi lidma, bylo to takový jako náročný.*“.

4 ODPOVĚDI NA PRŮZKUMNÉ OTÁZKY A DISKUZE

V této části diplomové práce dochází k analýze a porovnání zjištěných informací s informacemi dostupnými z odborné literatury, jinými diplomovými pracemi, případně výzkumy českých a zahraničních autorů, kteří se též zabývali problematikou poskytování psychosociálních služeb.

Na základě stanovených cílů byly stanoveny následující průzkumné otázky:

1. Kdo je peer a intervent a jaké jsou znalosti a dovednosti jim doporučovány a jaké jsou jimi doopravdy využívány?
2. Jaká je praxe v oblasti přípravy, průběhu a vyhodnocení intervence a jaká jsou specifika krizové intervence dle formy a místa intervence?
3. Jak prožívají průběh krizové intervence interventi a peeři?
4. Jak ovlivnila pandemie COVID-19 poskytování psychosociálních intervenčních služeb?

Průzkumná otázka č. 1

Kdo je peer a intervent a jaké jsou znalosti a dovednosti jim doporučovány a jaké jsou jimi doopravdy využívány?

V rozhovorech definovali respondenti peera jako profesního kolegu, který pomáhá zdravotníkům v řešení nadlimitních a jiných situací. Shodně je peer popisován v metodickém doporučení MZČR (2019, str. 3), kde je definován jako zdravotnický pracovník, který absolvoval příslušný kurz a je vyškolen v první psychické pomoci kolegům. Špirudová (2015, s. 125) rovněž popisuje peera jako zdravotníka, který pomáhá svým kolegům v nadlimitních profesních situacích, na základě zkušeností z absolvování certifikovaného kurzu.

Intervent byl respondenty definován jako člověk, který pomáhá sekundárně zasaženým, což jsou jak pacienti, rodina zasaženého či pozůstalý. Pomoc zdravotnického interventa může být vyhledána z důvodu nalezení pomoci v jakékoli nadlimitní situaci. Pro práci zdravotnického interventa je důležité pracovat se zasaženým neprodleně po vzniku nadlimitní zátěžové situace, tudíž jeho intervence probíhají jak ve zdravotnických zařízeních, tak v terénu na místě události.

Intervent je shodně popisován v metodickém doporučení MZČR (2019, s. 4), kde je označen jako osoba poskytující pomoc sekundárně zasaženým, kteří projevují příznaky akutní stresové reakce.

Využití interventa popisuje shodně Leonhardt a Vogt (2006, s. 17) ve své knize zmiňuje, že intervent má za cíl zmírnit dopady nadlimitní stresové reakce a zároveň pomoc zasaženému zmobilizovat jeho zdroje pro vládnutí krize.

Z výsledků průzkumu vyplývá, že respondenti absolvovali certifikované vzdělávací kurzy pod záštitou NCO NZO v Brně, které jsou akceptovány pro vykonávání funkce peera či interventa v rámci systému. Z výpovědí je rovněž patrné, že kurz je rozdělený do dvou částí. Kdy první část kurzu je věnována teorii a druhá část je věnována nácviku modelových situací na základě získaných teoretických znalostí z první části výcviku. Zakončení kurzu probíhá formou tzv. kolokvia. Tyto vzdělávací kurzy zajišťují základní znalosti a dovednosti potřebné pro výkon funkce peera a interventa. Částečnou shodu lze nalézt na webových stránkách SPIS (nedatováno d, nedatováno j), kde uvádějí že v rámci kurzu se jeho účastníci naučí a osvojí si dovednosti správné komunikace, nácvik a vedení rozhovoru, ale také práci s tichem či zásady provázení a vedení intervenované osoby. Z metodického doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví vydaném MZČR (nedatováno, s. 5-6) vyplývá, že absolvováním certifikovaného kurzu získávají peer a interventi zvláštní odbornou způsobilost k poskytování těchto služeb.

Pracovníci SPIS musí pokračovat v kontinuálním vzdělávání, aby si své znalosti obnovovali a doplňovali, na základě aktuálních požadavků společnosti. Z odpovědí respondentů je patrná nutnost minimálně jednou ročně absolvovat vzdělávací akci, nezbytnou jak pro udržení statusu peera či interventa, tak pro zdokonalování dovednosti a vědomosti získaných základním kurzem. SPIS (nedatováno d, nedatováno j) toto potvrzuje na svých webových stránkách, kde uvádí podmínky pro udržení kvalifikace nutné pro práci v systému. Upozorňují zde, že v případě, kdy opakovaně ve dvou po sobě jdoucích letech nedojde k aktivní účasti na odborné akci bude peer či intervent ze systému vyřazen.

Zároveň také z rozhovoru vyplývá možnost zdokonalování se v poskytování podpory specifickým skupinám zasažených. A to na základě absolvování dalších kurzů, které už však nejsou povinné pro vykonávání funkce peera či interventa. Další vzdělávací kurzy absolvovali respondenti z důvodu velkého osobního zájmu o tuto problematiku. Shodně byly zmíněny dva doplňující kurzy, a to kurz zaměřený na práci s viníkem a kurz první psychické pomoci

při úmrtí dětí v těhotenství, při porodu a v útlém věku. Dále byl zmíněn například kurz zaměřený na telefonní intervenci, která byla v době pandemie COVID-19 upřednostňována. Dle nabídky NCO NZO v Brně je opravdu velké množství navazujících kurzů na problematiku první psychické pomoci. Obecně lze o všech těchto kurzech říci, že na úvod je prezentován výklad lektora a následně probíhá nácvik modelových situací a práce ve skupině, tak je tomu při základním výcviku. Kurz zaměřený na práci viníkem se zaměřuje jak na kolegu v roli viníka, tak na viníka v rámci první psychické pomoci (NCO NZO, nedatováno e).

Respondenti se dle výpovědí snaží při intervencích využívat především znalosti získané z kurzů a zdokonalené dovednosti vlivem odintervenovaných intervencí. Při intervencích se snaží být pro lidi oporou, zajistit bezpečí, podpořit emoce, odpovědět jim na různé otázky i ty praktické, které mohou intervenované osoby trápit. Špatenková (2011, str. 17-19) shodně uvádí, že intervent by se měl zaměřit na poskytnutí bezpečí, umožnění průchodu emocí, vedení intervenované osoby, popřípadě vytvoření plánu pomoci.

Průběh samotné intervence a následná specifika záleží na danému typu nadlimitní události. V případě respondentů dochází k prohlubování znalostí a dovedností až samotnými intervencemi a praxí, kdy zkušenosti z předešlých intervencí mohou praktikovat a zkoušet při poskytování první psychické pomoci dalším lidem v obdobné nadlimitní situaci. V průzkumu bylo upozorněno respondentem na možnost využití znalostí získaných na kurzu nejen při poskytování první psychické pomoci, ale i při běžné komunikaci s pacienty, jejich rodinami a jinými lidmi.

Průzkumná otázka č. 2

Jaká je praxe v oblasti přípravy, průběhu a vyhodnocení intervence a jaká jsou specifika krizové intervence dle formy a místa intervence?

Respondenti zdůrazňují významnost zajištění pocitu bezpečí a anonymity celé intervence, která zaručuje pro klienta pocit jistoty a přispívá k většímu počtu zrealizovaných intervencí. Zachování anonymity je velkou výhodou, kterou zdůrazňuje také Špatenková (2004, s. 28) především u telefonické krizové intervence a popisuje výhodu naprosto skryté identity klienta, ale také interventa.

Na základě výpovědí respondentů lze říci, že příprava na intervence probíhá již v průběhu samotného vzdělávacího kurzu. Základní vzdělání je poskytnuto formou certifikovaného

kurzy pořádaného Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Na tomto kurzu je peerům a interventům poskytnuta základní instruktáž, jak se připravovat a úspěšně realizovat samotnou intervenci. Respondenti dále uvádějí, že často vychází z již získaných zkušeností na základně předchozích obdobných intervencí. V případě peer podpory je problém zasaženého většinou sdělen už při samotné poptávce o tuto pomoc. Na počátku intervenci

u sekundárně zasažených je důležité si zjistit prvotní informace například od personálu nemocnice nebo jiných blízkých osob seznámených s problematikou nadlimitní situace. Po úvodním seznámení přichází fáze představení se, kdy dochází k prvnímu kontaktu s intervenovaným.

Částečnou shodu nalezneme v rozdělení krizové intervence podle Špatenkové. Špatenková (2017, s. 57) v rámci krizové intervence doporučuje model krizové intervence ABC, který spočívá v rozdělení intervence do tří fází. První úvodní fáze, kdy dochází k aktivnímu navázání kontaktu s intervenovaným je označováno jako fáze A. Následuje hlavní průběh intervence, kdy dochází k identifikaci problému a koncentraci na krizi toto označujeme jako fází B.

Dle vlastních zjištění je průběh intervence zcela individuální a intervent se musí přizpůsobit aktuálním vnějším vlivům, jakými může být prostředí, počet a věk intervenovaných, formě intervence a druhu řešené nadlimitní situace.

Na konci intervence je dle výpovědí respondentů dobré zhodnotit duševní stav intervenované osoby. V případě, že klient působí dojmem, že situaci zvládne, má oporu v nějaké blízké osobě, můžeme klienta propustit s kontakty na další možnosti pomoci a organizace týkající se jeho problému. Naopak pokud intervenovaný není se situací zcela smířený, neporozuměl jí, nemá prostředky k zvládnutí nadlimitní situace či dokonce mluví o suicidálním řešení, je dobré takového člověka předat dál do péče odborníkům na duševní zdraví. Doba trvání a počet intervencí je přizpůsoben aktuálním potřebám intervenovaných. Počet intervencí by však dle tvrzení respondentů neměl přesáhnout tři, a intervenovaný by měl být následně předán buď do péče jiného interventa či peera, nebo odborníkům na duševní zdraví.

Toto shodně zahrnuje Špatenková (2017, s. 57) do poslední fáze intervence neboli fáze zvládnání, kdy je cílem nalézt cestu úspěšného vypořádání se s vzniklou nadlimitní situací a v případě, že nedojde k zvládnutí krize, předání klienta do jiné formy péče.

Dle odpovědí respondentů se můžeme v průběhu intervence setkat s rozdílnými reakcemi intervenovaných. U intervenovaných ve většině případů dochází k akutní stresové reakci typu A, kdy projevují své emoce, pláčou, truchlí a neuzavírají se s problémem do sebe. U některých lidí se může projevit reakce B, kdy nechtějí komunikovat, uzavřou se do sebe a neprojevují své emoce, to se může později odrazit na jejich psychice. Respondenty bylo zároveň doporučováno, nepotlačovat emoce u intervenovaných například farmakologicky, protože to má stejný důsledek jako reakce typu B. Humpl (2013, s.37) rovněž uvádí reakci typu A označovanou nejčastěji jako „útok-útěk“ jako efektivní mobilizaci sil s cílem aktivní obrany. Tato reakce se nejčastěji projevuje zvýšeným svalovým napětím a třesem, zvýšeným pocením, výraznými emocemi v podobě pláče, křiku a agresivity. Reakce typu B je pasivní reakcí, při které dojde k ustrnutí zasaženého a chová se jako tzv. „mrtvý brouk“. Tento typ reakce chrání jedince před silnými emocemi, které by neměl pod kontrolou. Tento typ reakce je méně častý a je provázen příznaky jakými jsou zpomalené pohyby, zblednutí, rozšířené zornice, minimální mimické a emocionální projevy.

Samotné vyhodnocení intervence probíhá dle odpovědí respondentů na základě zpětné vazby intervenovaného. Další možné vyhodnocení probíhá prostřednictvím rozboru intervence s koordinátorem, nebo v rámci supervizního a intervizního sezení. Po ukončení vlastní intervence musí intervent a peer provést záznam o intervenci, kde se zaznamenává počet intervenovaných osob, doba výkonu intervence a obecné informace o problematice, které se intervence týkala.

Částečnou shodu lze nalézt na webových stránkách SPISu, kde uvádějí, že každý pracovník SPIS se řídí zachováním mlčenlivosti a dodržením anonymity, a to i v záznamech o intervencích, které se zaznamenávají podle předem dohodnutého rozsahu SPIS (SPIS, nedatováno I).

Za přípravu na intervenci můžeme považovat i přípravu pomůcek, které jsou během intervence využívány. Každý intervent a peer má pomůcky, které při vlastní intervenci může a nemusí využít. Nákup pomůcek dle odpovědí respondentů je závislý na získaných dotacích a tím pádem na dostupných financích. Využití pomůcek se odvíjí od místa, kde intervence probíhá. U peer podpory se využívají především kontakty na psychology a odborníky na duševní zdraví, dále také kapesníky či voda. U podpory sekundárně zasaženým se využívá speciálně vybavený batoh, kde jsou různé knihy pro děti a také pro rodiče zemřelých

miminek, plyšové hračky pro děti, informační letáky s dalšími kontakty na odborníky, voda, deka, sušenky, hroznový cukr, bezpečnostní vesta a papír s tužkami.

Dle Netopila (2017) mají podobně vybavený batohy Týmů posttraumatické péče HZS, kteří poskytují pomoc jak zasaženým kolegům, tak osobám zasažených mimořádnou událostí. Ve vybavení jejich batohu se nachází deka, termofolie, základní lékárnička, plyšové hračky, balená voda, kapesníky, letáky s radami a kontakty. Část vybavení jejich batohu je určena pro samotného poskytovatele pomoci, kde se nachází baterka, nůž, pláštěnka, ochranné rukavice a papíry s tužkami.

Oslovení respondenti uvedli, že primární forma jimi poskytované intervence zahrnuje především terénní formu pomoci, a to jak v místě neštěstí, tak i v zázemí nemocnice. V období pandemie COVID-19 byla tato služba omezena na distanční formu pomoci, konkrétně na telefonní a emailovou komunikaci, která je blíže popsána v odpovědích na průzkumnou otázku č. 4.

Místo výkonu intervence je dle odpovědí respondentů zvoleno dle naléhavosti potřeby pomoci v krizi. Rozdíl v místě výkonu intervence určuje i to, zda se jedná o poskytnutí peer podpory či intervence poskytována interventem. Peer podpora je zpravidla poskytována prezenčně v místě výkonu profese, či na veřejném místě. Respondenti zpravidla volí klidné místo, kde nedojde k narušení intervence. V případě výjimečných hromadných neštěstí jsou vytvořeny podpůrné týmy dle potřeby a bez ohledu na regionální příslušnost, které poskytují skupinovou péči zdravotníkům. Vodáčková et al. (2007, s. 54) ve své publikaci popisuje s částečnou shodou využití krizového mobilního týmu v případě hromadných neštěstí. Mobilní tým pak může pomoci zasaženým v zvládnutí počátečního šoku, usnadnit prožívání nadlimitní situace a doporučit další specializovanou pomoc.

V případě intervence poskytované zdravotnickým interventem se místo liší podle toho, kde došlo k neštěstí nebo katastrofě. Respondenti uvedli jako nejčastější místa poskytování psychosociální první pomoci oddělení typu ARO, porodnice, onkologie či dětská klinika. Velmi často také zajišťují výjezdy na místa tragických nehod a do obydlí zasažených. Podobná specifika terénní krizové pomoci popisuje Špatenkova (2017, s. 52), kdy specifikuje místa, kam se přemísťuje krizový intervent nebo krizový mobilní tým v případě neštěstí nebo katastrof.

Průzkumná otázka č. 3

Jak prožívají průběh krizové intervence intervenenti a peři?

Z rozhovoru vyplývá, že na prožívání krizové intervence má vliv mnoho faktorů, ale že práce interventa a peera je velice psychicky náročná. Zároveň respondenti přiznávají, že je těžké si od intervenovaných osob udržet odstup. Může se i stát, že se peer či intervent neubrání projevům svých emocí, jako reakci na intervenci. Vysoká psychická náročnost může vést u pracovníků SPIS k syndromu vyhoření, stejně tak jako u jiných pracovníků ve zdravotnictví. Jak totožně uvádí Škáblová (2015, s. 44) práce ve zdravotnictví je spojená s velkou mírou zodpovědnosti, neustálé připravenosti a značnými nároky na bezchybnost. To vše může člověku přinášet stres a následně vyústit až v syndrom vyhoření, který není u pomáhajících ničím neobvyklým. I zdravotnický personál je tvořen „pouze lidmi“, kteří mají své potřeby a pocity, a tak i oni potřebují občas pomoc. Od toho je tady SPIS společně s dalšími odborníky přes duševní zdraví. Ve své knize toto popisuje také Špatenková (2004, s. 44), kdy uvádí že nahromadění pracovního stresu, způsobeného nestálou připraveností pomáhat a naplňovat očekávání intervenovaných může vést až k chronické krizové reakci neboli syndromu vyhoření.

Špatenková (2017, s. 127-128) popisuje i jiné stavy, než je syndrom vyhoření, které se mohou objevit při práci s klienty zažívající zvláště těžké traumatické události. Patří sem sekundární posttraumatická reakce a syndrom vyčerpání ze soucitu, kdy se mohou u interventů objevit příznaky a pocity jako u jejich klientů.

Vysoká psychická zátěž si žádá následnou péči také o vlastní psychiku peerů a interventů. Z průzkumu vyplývá, že všichni peři a intervenenti se nějakým způsobem ve svém volném čase o tuto stránku starají. Každý respondent volí jinou metodu a formu relaxace a péče o vlastní psychiku, kterou má vyzkoušenou. Jedním respondentem byla zmíněna i možnost osobního psychologa, kterou doporučuje nejen pro pracovníky SPIS. Nutnost psychické péče o své pracovníky si uvědomuje i SPIS, který péči o vlastní psychiku zahrnul i do vzdělávacích kurzů, a to jak pro peery, tak i interveny. Toto také vyplývá z dostupných informací publikovaných z obsahu jednotlivých kurzů (NCONZO, nedatováno a). K prohloubení znalostí

o psychohygieně a péči o vlastní psychiku slouží speciální kurz Psychohygiena v činnosti peera a interventa – intervizní práce individuální a skupinová pořádaný NCO NZO (nedatováno c). Další, spíše obecná doporučení uvádí Humpl (2013, s. 91) v části „Co pro

sebe můžeš vždy udělat sám“, kde v šestnácti bodech shrnuje péči o vlastní psychiku a sebe sama, kterou může pro své psychické zdraví dělat každý.

Mimo výše zmíněné se v odpovědích objevila také nutnost absolvovat jednu intervizi v průběhu jednoho roku a u nově příchozích je nutnost absolvovat tři intervize po prvních třech intervencích. Zároveň má každý možnost účastnit se i supervizního sezení. Což potvrzuje

i metodické doporučení vydaném MZČR (nedatováno, s. 6), kde není specifikována podmínka, jak často je nutné se těchto sezení zúčastnit, ale upozorňuje na možnost využití intervizního

a supervizního setkání.

V odpovědích respondentů také zazněla informace, že pracovníci SPIS zastávají i jiné role, než je pouze peer či intervent, ale jsou to také rodiče, manželé či zdravotníci. Z tohoto důvodu mohou být například intervence, kde jsou přítomni děti, pro někoho těžší než jiné. To vše se pak může projevit v samotném prožívání intervencí a zvýšit tak jejich psychickou náročnost. Tento fakt si uvědomuje i NCO NZO, který má samostatný kurz první psychické pomoci při úmrtí dětí v těhotenství, při porodu a v útlém věku. V osnovách kurzu jsou uvedeny základní informace, kterými se v jeho průběhu zabývají. Konkrétně jsou na kurzu rozebírány rozdíly vnímání smrti dítěte a dospělého, zabývá se potřebami takto zasažených rodičů a dalšími možnostmi jejich podpory (NCO NZO, nedatováno d).

Průzkumná otázka č. 4

Jak ovlivnila pandemie COVID-19 poskytování psychosociálních intervenčních služeb?

Respondenti se shodovali v odpovědích, že na počátku pandemie, kdy vlivem vládních nařízení, byly osobní intervence zcela zakázány a přesunuty pouze na telefonní linku či email. S postupným rozvolňováním došlo i k povolení osobních intervencí, ale za dodržování přísných hygienických pravidel. Bylo nutné dodržovat rozestup, což někomu, kdo vyžaduje osobní kontakt nemusí zcela vyhovovat, nebo ku příkladu nosit respirátor po celou dobu intervence je v případě pláče, takřka nemožné. Shah (2020) ve svém článku také popisuje, že vlivem opatření vlády, jako je izolace a omezení kontaktu s dalšími lidmi, napříč věkovými skupinami, došlo k ještě větším psychologickým problémům než v důsledku samotného virového onemocnění.

Z výpovědí respondentů vyplývá, že se SPIS snažil reagovat na aktuální situaci zřízením krizové linky pro zdravotníky, která měla za cíl pomoci zdravotníkům v nadlimitních situacích v souvislosti s pandemií. Nonstop provoz linky zajišťují peři a psychologové SPIS.

O telefonní lince informuje též SPIS (nedatováno k), kdy bezprostředně po vypuknutí pandemie reagoval na aktuální potřeby zdravotníků a během pár dní vytvořil linku kolegiální podpory pro zdravotníky, kde nepřetržitý provoz zajišťují peři a psychologové SPIS. Linka vznikla za účelem poskytnout pracovníkům možnost pro podpůrný rozhovor v případech různých obav, stresového přetížení či frustrace. Výhodou této linky je její neustálá dostupnost a anonymita.

Zároveň byla zřízena linka první psychické pomoci pro veřejnost, která se liší od linky kolegiální podpory pro zdravotníky pouze tím, že je určena všem občanům a nepřetržitý provoz zajišťují interventi a psychologové SPISu (Štěpanyová, 2020).

Stejně tak jako v České republice, tak i jiných zemích světa zareagovali vytvořením telefonické linky první psychické pomoci. Jako příklad je zde uvedena nemocnice Second Xiangya, která vytvořily plán psychologické intervence, který obsahuje různé oblasti týkající duševního zdraví, které mají za cíl snížení stresu. Jednou z oblastí bylo právě vytvoření telefonní linky psychologické podpory (Chen, Liang et al., 2020, s. 15). Jako další lze uvést nemocnici v Paříži, kde vytvořili telefonní linku během 3 dnů, pomocí sedmi základních kroků. Tato linka byla založena pro podporu zdravotníků, kteří se v době pandemie potýkali s duševními problémy. V průběhu 26 dní linku využilo celkem 149 osob. Na linku volali převážně zdravotní sestry, nelékařský zdravotnický personál dále pak studenti ošetrovatelství a lékaři (Geoffroy, 2020).

Jiný způsob pomoci s využitím moderních technologií zavedli ve Spojeném Království, kde pomocí tzv. digitálních informačních balíčků zmírňují negativní psychologické dopady COVID - 19 na zdravotnické pracovníky. Elektronický balíček zde vznikl během prvních pár týdnů po vypuknutí pandemie a byl dostupný všem zdravotníkům ve Spojeném království. Balíček vytvořili odborníci na duševní zdraví ve spolupráci s odborníky pandemickými zkušenostmi. Balíček obsahuje návrhy opatření pro vedoucí týmu, jak zabezpečit bezpečné prostředí pro zdravotníky, zásady správné komunikace, efektivní péči o sebe sama či návod na zvládání emocí jako jsou úzkosti, deprese, strach či morální distres. Balíček byl zdravotníky vnímán jako vhodný, smysluplný a užitečný pro jejich potřeby (Blake, 2020).

Pandemie COVID-19 se promítla i do důvodů vyhledání pomoci peera či interventa. Na lidi byl vlivem pandemie vyvíjen obrovský nátlak, a to jak na zdravotníky, tak na širokou veřejnost, která byla zasažena jiným způsobem. Zdravotníci se obraceli z důvodu nemožnosti zvládnout pracovní zátěž, z důvodu vyčerpání a frustrace. Veřejnost vyhledávala pomoc z důvodu paniky, nedostatku informací týkající se pandemie či izolací od svým blízkých. Geoffroy (2020) ve svém výzkumu s částečnou shodou popisuje nejčastější důvody proč zdravotníci vyhledávali v době pandemie psychologickou pomoc. Vůbec nejčastější důvod, proč zdravotníci vyhledali pomoc byly příznaky úzkosti. Následovaly důvody jako obavy z COVID-19, informace ohledně telefonní linky, vyčerpání, nespavost, hněv, depresivní příznaky a psychotické příznaky.

Jako jeden z možných limitů této práce lze označit malý počet respondentů. Z tohoto důvodu nelze získaná data zcela zobecňovat, ale mohou posloužit jako náhled do této problematiky. Další z možných limitů diplomové práce je také způsob provedení většiny rozhovoru online formou přes videohovor. Tento způsob byl zvolen v důsledku pandemie COVID-19. Průzkum mohl být tedy negativně ovlivněn nemožností zcela osobního kontaktu při rozhovoru.

V této diplomové práci byla pouze dílčí část věnována problematice poskytování psychosociálních služeb v době pandemie COVID-19. Z průzkumu však vyplývá, že v době pandemie bylo poskytování těchto služeb významně ovlivněno. Poskytování první psychické pomoci tváří v tvář bylo omezeno a přesunuto do distanční formy pomoci. Zároveň s nástupem pandemie došlo také k částečné změně příčiny vyhledání peerů a interventů. Myslím, že tuto oblast by bylo dobré dále více prozkoumat i co se týče dlouhodobých dopadů pandemie na duševní zdraví, či se dále více věnovat poskytování krizové intervence v rámci telefonních linek.

Jak vyplynulo z odpovědí respondentů není veřejnost a mnohdy ani zaměstnanci dostatečně informováni o službách, které jim mohou zdravotničtí interventi či peeri poskytnout. Doporučuji tedy zdravotnickým zařízením, aby vhodnou formou propagovali činnost interventů a peerů v rámci jejich zařízení. Propagace může být formou různých informačních letáků, mobilních aplikací, vývěsek na nástěnkách pro pacienty, intranetových a internetových sdělení atd. V případě SPISu lze tyto služby propagovat na celorepublikové úrovni například edukací již při studiu na zdravotnických školách.

5 ZÁVĚR

V České republice stejně tak jako ve světě je evidována vrůstající potřeba poskytování psychosociálních intervenčních služeb. Tato skutečnost byla v posledních dvou letech ještě umocněna celosvětovou pandemií COVID-19. Zvýšenou potřebu první psychické pomoci mají nejen oběti neštěstí a katastrof, ale i bezprostředně zasažení lidé pandemií COVID-19. Pracovně nejexponovanější skupinou jsou především zdravotníci, na které jsou v této době kladeny extrémní nároky.

Cíl v oblasti teoretické části práce byl naplněn přehledným schnutím celkové problematiky poskytování první psychosociální pomoci zajišťované Systémem psychosociálních intervenčních služeb. Přehled obsahuje seznámení s organizací a historií SPIS, formou podpory dělící se na pomoc poskytovanou prostřednictvím zdravotnických interventů a peeru. Pro úplnost pohledu na problematiku je zde uvedena i teorie z oblasti zvládání zátěžových situací a stresu. Pozornost je také věnována první psychické pomoci, krizi, podobě a formám krizové intervence.

Prvním cílem bylo popsat, kdo je peer a intervent a jaké jsou znalosti a jaké dovednosti jsou pro jejich práci doporučovány a jaké v praxi skutečně využívají.

V této části je definována práce peera a interventa a z toho vyplývající rozdíl jejich rolí ve SPISu, kdy intervent pomáhá sekundárně zasaženým, což jsou jak pacienti, rodina zasaženého či pozůstalý. Peer se svou činností soustředí na pomoc zdravotnickému personálu. Obě „profese“ jako základ pro vykonávání intervencí absolvují certifikované vzdělávací kurzy pod záštitou NCO NZO v Brně a tím získávají odbornou způsobilost k poskytování těchto služeb. Dále následuje kontinuální vzdělávání, kdy sami respondenti uvedli, že si potřebují neustále doplňovat vzdělávání na dalších kurzech a minimálně jednou ročně je toto požadavkem pro udržení statusu peera nebo interventa. Respondenti považují na kurzu za přínosné, když si mohou po absolvování teoretické části, prověřit své získané znalosti a dovednosti praktickým nácvikem modelových situací. Tyto modelové situace jsou ceněnou pomůckou vzdělávání a získané zkušenosti jsou pak skutečně použity v jednotlivých intervencích. Neméně důležité je i prohlubování znalostí a dovedností samotnými intervencemi a praxí.

Dalším cílem průzkumné části bylo zjistit, jaká je praxe v oblasti přípravy, průběhu a vyhodnocení intervence a jaká jsou specifika intervencí dle formy a místa krizové intervence.

Peři a krizoví interventi uvádějí, že za významnou přípravu na intervence považují již samotný vzdělávací kurz realizovaný Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktickými cvičeními modelovými situacemi získávají první trénink pro následné provádění intervencí. Návuk, praxe a získané zkušenosti jsou základní přípravou pro krizovou intervenci.

Jedním z nejvýznamnějších vlastních zjištění v oblasti praxe, přípravy, průběhu a vyhodnocení intervence je definování celkového rozsahu intervence na základě výpovědi respondentů. Respondenti ve svých odpovědích poukazují na fakt, že nelze pokládat za vlastní intervenci pouze vlastní setkání s intervenovanou osobou, ale je zapotřebí zahrnout do celého rozsahu intervence i významné přesahy, které jsou jak před vlastním začátkem intervence, tak i po ukončení intervence s intervenovanou osobou.

V přípravě intervence se jedná zejména o zajištění dostatečných nezávislých informací o počtu intervenovaných, věku, důvodu psychické zátěže a informace o proběhlém neštěstí nebo tragédii. Stejně tak podstatné jsou pro peery a interventy významné informace o vlastním intervenovaném v oblasti rodinného zázemí a zdravotního stavu.

K průběhu intervence dle respondentů neodmyslitelně patří i pomůcky, kterými jsou peři a interventi vybaveni. Jedná se o „batoh“ vybavený potřebnými pomůckami, které pomáhají při průběhu vlastní intervence. V odborné literatuře není definováno, o jaké pomůcky pro peery a interventy se jedná a zda je vybavení pro krizovou intervenci standardizováno. Respondenty jsou uváděny zejména pomůcky jako jsou kapesníky či balená voda, knihy pro děti, plyšové hračky, sušenky, hroznový cukr, bezpečnostní vesta a papír s tužkami. Je tedy na vlastním rozhodnutí peera a interventa, jak bude „batoh“ vybaven.

Po ukončení vlastní intervence je zapotřebí provést záznam o intervenci se zachováním principu anonymity. Specifikován je pouze počet intervenovaných osob a délka intervence. Stejně důležitá je i následná zpětná vazba o průběhu intervence od intervenovaného nebo od koordinátora, či případná pozdější zpětná reflexe v rámci supervize či intervize. Takto nabyté zkušenosti je pak možné promítnout do zkvalitnění dalších intervencí.

Třetím cílem bylo zjistit a popsat jakým způsobem prožívají průběh krizové intervence interventi a peři. I když jsou peři a interventi proškolení a je cvičena jejich psychická odolnost, často se neubrání projevům svých emocí, jako reakci na intervenci. Je to právě vlastní uvědomění si dalších rolí, kterými jsou často role rodiče, manžela, manželky, které i přes veškerou snahu ovlivní jejich profesní pohled a často se neubrání vlastnímu prožitku

při intervenci. Stejně jako u dalších pomáhající profesí, i zde hrozí syndrom vyhoření, sekundární posttraumatická reakce nebo syndrom vyčerpání ze soucitu. Je tedy nanejvýš důležité, aby peři a interventi dbali na své duševní zdraví a snažili se o dostatečnou psychohygienu. I zde se nabízí několik možností, jak lze postupovat, od různých kurzů přes sebevzdělávání až po aktivní psychologickou pomoc ze strany SPISu.

Formy využívaných intervencí byly u respondentů uváděny pouze tři. Primárně je zajišťována prezenční forma intervence. V období, kdy bylo nutné omezit kontakt z důvodu pandemie COVID-19 se činnosti interventů a peerů přesunuly na telefonickou a emailovou komunikaci.

Místo výkonu intervence je dle odpovědí respondentů zvoleno dle naléhavosti potřeby pomoci v krizi. Peer podpora je zpravidla poskytována prezenčně v místě výkonu profese, či na dohodnutém veřejném místě. Peři zpravidla volí klidné místo, kde nedojde k narušení intervence. Interventy je zajišťována první psychická pomoc přímo v místě tragické nehody. Místem tragédie může být nemocnice, škola, bydliště zasažených či veřejná prostranství.

Posledním cílem bylo zjistit jakým způsobem ovlivnila pandemie COVID-19 poskytování psychosociálních intervenčních služeb. Samotné rozhovory, které probíhali v roce 2020 byly poznamenány právě probíhající pandemií COVID-19. Sdílené pocity respondentů prostřednictvím rozhovorů jasně ukázaly závažnost a složitost tohoto období. Stejně tak i dohledané množství odborných zahraničních článků ukazovalo snahu zdravotnictví rychle poskytnout dostupný nástroj první psychické pomoci. Ve všech státech byly intervence přesunuty z prezenční do distanční formy pomoci a částečně tak byla pokryta jejich zvýšená potřeba. Do oblasti psychické pomoci se tak vedle telefonních linek zapojily formy jako jsou informační e-maily nebo mobilní aplikace poskytující informace a návody, jak první psychickou pomoc efektivně poskytnout. Tato nová forma může být významným podpůrným prostředkem, který stojí za to více prosazovat a odbornou i laickou veřejnost s tímto seznámit.

6 POUŽITÁ LITERATURA

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

BLAKE, Holly, Fiona BERMINGHAM, Graham JOHNSON a Andrew TABNER, 2020. Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **17**(9) [cit. 2021-6-28]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph17092997.

GEOFFROY, Pierre A., Véronique LE GOANVIC, Olivier SABBAGH, Charlotte RICHOUX, Aviv WEINSTEIN, Geoffrey DUFAYET a Michel LEJOYEUX, 2020. Psychological Support System for Hospital Workers During the Covid-19 Outbreak: Rapid Design and Implementation of the Covid-Psy Hotline. *Frontiers in Psychiatry*. **11**. ISSN 1664-0640. Dostupné z: doi:10.3389/fpsy.2020.00511.

HENDL, Jan, 2012. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0219-6.

HLADKÝ, Aleš. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu: skripta pro posluchače Filozofické fakulty Univerzity Karlovy*. Praha: Karolínium, 1993. ISBN 80-7066-784-2

HOFFMANN, Antonín, Ljuba HRDINOVÁ, Martina KERDOVÁ a Lukáš HUMPL, 2017. *Peer je ten, kdo nabízí pomoc a rozumí*. Florence: časopis moderního ošetrovatelství. **13**(10), 20-21. ISSN 1801-464X.

HOŠEK, Václav, 1999. *Psychologie odolnosti*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 8071848891

HUMPL, Lukáš, Jiří Maxmilián PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ, 2013. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. 1. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-562-4.

HUMPL, Lukáš, 2016. *Činnost zdravotnických interventů SPIS – 2018*. In: *Systém psychosociální intervenční služby* [online]. Brno: SPIS, 2018 [cit. 2020-05-26]. Dostupné z: <https://spis.cz/2019/09/06/cinnost-zdravotnickych-interventu-spis-2018/>

HUMPL, Lukáš, 2020. *Linka kolegiální podpory*. In: *Systém psychosociální intervenční služby* [online]. Brno: SPIS, 2020 [cit. 2020-05-26]. Dostupné z: <https://spis.cz/2020/04/09/linka-kolegialni-podpory/>

CHAVHAN, A. B., P. S. JADHAV a S. SHELKE. *COVID-19: Outbreak, Structure and Current Therapeutic Strategies*. International Journal of Pharmacy [online]. 2020, Vol. 11, No. 7, p. 6825-6835. [cit. 2021-06-15]. ISSN 09767126. Dostupné z: https://ajptonline.com/HTML_Papers/Asian%20Journal%20of%20Pharmacy%20and%20Technology__PID__2021-11-1-13.html

CHEN, Q., M. LIANG, et al. *Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak* [online]. The Lancet Psychiatry, 2020, Vol. 7, Iss. 4, 15–16 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30078-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30078-X/fulltext). DOI:10.1016/S2215-0366(20)30078-X

JANKŮ, Vendula, 2017. Vliv mimořádných a zátěžových situací na psychiku člověka. Kladno. Diplomová práce. ČVÚT.

KOUBOVÁ, Michaela. *Když lékaři vyhoří, vezmou si psychofarmaka a uvažují o sebevraždě*. In: Zdravotnický deník [online]. 2018 [cit. 2020-05-26]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/12/kdyz-lekari-vyhoriv-vezmou-si-psychofarmaka-uvažuji-sebevrazde-jeste-hure-tom-mohou-byt-sestry-pomoc-vazne/>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.

LEONHARDT, Jörg a Joachim VOGT, 2006. *Critical incident stress management in aviation*. Burlington, VT: Ashgate. ISBN 0754647382.

Linka první psychické pomoci odbavila v době epidemie 2600 hovorů, občané se mohou dále obracet na specializované krizové linky. *asociace zdravotnických záchranných služeb české republiky* [online]. České Budějovice: Redakce HOSPITALin, 2020, 19.6.2020 [cit. 2021-6-8]. Dostupné z: <https://www.azzs.cz/aktualne/812-linka-prvn-psychick-pomoci-odbavila-v-dob-epidemie-2600-hovor-oban-se-mohou-dle-obracet-na-specializovan-krizov-linky>

MALIK, Mansoor, Jessica PEIRCE, Michael Van WERT, Cynthia WOOD, Haroon BURHANULLAH a Karen SWARTZ, 2021. Psychological First Aid Well-Being Support Rounds for Frontline Healthcare Workers During COVID-19. *Frontiers in Psychiatry* [online]. 12 [cit. 2021-6-28]. ISSN 1664-0640. Dostupné z: doi:10.3389/fpsy.2021.669009

MIHALJ, M., T. CARREL, et al. *Telemedicine for preoperative assessment during a COVID-19 pandemic: Recommendations for clinical care*. Pubmed.gov [online]. National Library

of Medicine, 2020, Vol. 34, Iss. 2, p. 345-351 [cit. 2021-05-23]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.k.utb.cz/32711839/>. DOI:10.1016 / j.bpa.2020.05.001

MIKŠÍK, O., BŘICHÁČEK, V. *Detekce osob náchylných k psychickému selhání*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1981.

MINAŘÍKOVÁ, Martina, 2016. *Systém psychosociální intervence poskytované Hasičským záchranným sborem, Policií ČR a Zdravotnickou záchrannou službou*. Kladno. Diplomová práce. ČVÚT.

MLČÁK, Zdeněk. *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-950-6.

MZČR, nedatováno. *Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha: MZČR, ©2019 [cit.2021-02-21]. Dostupné

z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodickedoporuceni-pro-poskytovani-psychosocialni-podpory-ve-zdravotnictvi-_17753_3.html.

NETOPIIL, Libor, PANČOCHOVÁ, Soňa. *Novinka ve výbavě členů týmu posttraumatické péče*. In: *112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva*, 2017, roč. 16, č. 3, s. 10. ISSN 1213-7057.

NCO NZO, nedatováno a: *Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládnutí psychicky náročných profesních situací - 870-1001/2020*. In: NCO NZO [online]. NCO NZO [cit. 2021-02-01]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/peer-program-pece-a-podpory-zdravotnickym-pracovnikum-strategie-zvladani-psychicky-narocnych-profesnich-situaci-840-10012020>.

NCO NZO, nedatováno b: *První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým - 870-3/2020*. In: NCO NZO [online]. NCO NZO [cit. 2021-01-29]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/prvni-psychicka-pomoc-ve-zdravotnictvi-intervencni-pece-poskytovana-sekundarne-zasazenym-870-32020>.

NCO NZO, nedatováno c: *Psychohygienu v činnosti peera a interventa – intervizní práce individuální a skupinová - 870-1004/2020*. In: NCO NZO [online]. NCO NZO [cit. 2021-06-20]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/psychohygienu-v-cinnosti-peera-a-interventa-intervizni-prace-individualni-a-skupinova-870-10042020>.

NCO NZO, nedatováno d: *První psychická pomoc při úmrtí dětí v těhotenství, při porodu a v útlém věku - 870-13/2021*. In: NCO NZO [online]. NCO NZO [cit. 2021-06-20]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/prvni-psychicka-pomoc-pri-umrti-deti-v-tehotenstvi-pri-porodu-a-v-utlem-veku-870-132021>.

NCO NZO, nedatováno e: *Intervenční práce s viníkem - 870-1005/2020*. In: NCO NZO [online]. NCO NZO [cit. 2021-06-20]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/intervencni-prace-s-vinikem-870-10052020>.

OTRUBA, P., BARDOŇ, J. *Neurologické komplikace koronavirové infekce SARS-CoV-2 (covid-19). Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: SOLEN Medical Education, 2020, 16 s. [cit. 2021-5-25]. ISBN 978-80-7471-323-1 Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2020/90/01.pdf>

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.

Psychická první pomoc: průvodce pro terénní pracovníky, 2019. Praha: Diakonie ČCE - Středisko humanitární a rozvojové spolupráce. ISBN 978-80-906509-9-2.

ROBERTS, A. *Crisis intervention handbook: assessment, treatment, and research*. 2000. New York: Oxford University Press.

ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.

SHAH, Kaushal, Sukhmeet BEDI, Henry ONYEAKA, Romil SINGH a Gaurav CHAUDHARI, 2020. The Role of Psychological First Aid to Support Public Mental Health in the COVID-19 Pandemic. *Cureus* [online]. [cit. 2021-6-28]. ISSN 2168-8184. Dostupné z: [doi:10.7759/cureus.8821](https://doi.org/10.7759/cureus.8821).

SPERLING, D. Ethical dilemmas, perceived risk, and motivation among nurses during the COVID-19 pandemic [online]. 2020, p. 17 [cit. 2021-01-22]. DOI:10.1177/0969733020956376

SPIS, nedatováno a: Úvod. *SPIS. Systém psychosociální intervenční služby* [online]. SPIS ČR [cit. 2020-09-14]. Dostupné z: <https://spis.cz/>.

SPIS, nedatováno b: Vznik a vývoj systému. *SPIS. Systém psychosociální intervenční služby* [online]. SPIS ČR [cit. 2020-09-14]. Dostupné z: <https://spis.cz/kdo-jsme/vznik-avyvoj-systemu/>.

SPIS, nedatováno c: Podpora zdravotníkům. *SPIS. Systém psychosociální intervenční služby* [online]. SPIS ČR [cit. 2020-09-14]. Dostupné z: <https://spis.cz/kdo-jsme/podpora-zdravotnikum/>.

SPIS, nedatováno d: Peer. *SPIS. Systém psychosociální intervenční služby* [online]. SPIS ČR [cit. 2020-09-14]. Dostupné z: <https://spis.cz/zakladni-dokumenty/peer/>.

SPIS, nedatováno e: Základní dokumenty. *SPIS. Systém psychosociální intervenční služby* [online]. SPIS ČR [cit. 2020-09-19]. Dostupné z: <https://spis.cz/zakladni-dokumenty/>.

SPIS, nedatováno f: Garant systému. *SPIS. Systém psychosociální intervenční služby* [online]. SPIS ČR [cit. 2020-09-19]. Dostupné z: <https://spis.cz/zakladni-dokumenty/garant-systemu/>.

SPIS, nedatováno g: Odborný garant. *SPIS. Systém psychosociální intervenční služby* [online]. SPIS ČR [cit. 2020-09-19]. Dostupné z: <https://spis.cz/zakladni-dokumenty/odborny-garant/>.

SPIS, nedatováno h: Koordinátor pro ČR. *SPIS. Systém psychosociální intervenční služby* [online]. SPIS ČR [cit. 2020-09-19]. Dostupné z: <https://spis.cz/zakladni-dokumenty/koordinator-pro-cr/>.

SPIS, nedatováno i: První psychická pomoc sekundárně zasaženým. *SPIS. Systém psychosociální intervenční služby* [online]. SPIS ČR [cit. 2020-03-10]. Dostupné z: <http://www.spis.cloud/prvni-psychicka-pomoc-sekundarne-zasazenym/>.

SPIS, nedatováno j: Intervent Vzdělávací a pracovní činnost interventa SPIS. *SPIS. Systém psychosociální intervenční služby* [online]. SPIS ČR [cit. 2020-03-14]. Dostupné z: <http://www.spis.cloud/intervent/>.

SPIS, nedatováno k: Linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví. *SPIS. Systém psychosociální intervenční služby* [online]. SPIS ČR [cit. 2020-06-21]. Dostupné z: <http://www.spis.cloud/linka-kolegialni-podpory-pro-pracovniky-ve-zdravotnictvi/>.

SPIS, nedatováno l: Etický kodex. *SPIS. Systém psychosociální intervenční služby* [online]. SPIS ČR [cit. 2021-06-29]. Dostupné z: <http://www.spis.cloud/eticky-kodex/>.

ŠAFARČÍKOVÁ, Petra. *Role peerů v psychosociální intervenci*. Ostrava, 2014. Bakalářská práce. Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta. Vedoucí práce: PhDr. Lukáš Humpl.

ŠKÁBOVÁ, Zlata. *Poskytování psychosociální intervenční péče členům pomáhajících profesí*. Praha, 2015. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství, katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská Ph.D.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Irena SOBOTKOVÁ, Dana SÝKOROVÁ, Anna SCHNEIDEROVÁ, Kateřina IVANOVÁ, Pavel VESELSKÝ, Michaela TRNOVÁ a Šárka CHYTILOVÁ, 2004. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 80-247-0586-9.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5327-0.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5711-7.

ŠTĚPANYOVÁ, Gabriela, 2020. Linka první psychické pomoci odbavila v době epidemie 2600 hovorů, občané se mohou dále obracet na specializované krizové linky. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. [online]. MZČR [cit. 2020-06-21]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/linka-prvni-psychicke-pomoci-odbavila-v-dobe-epidemie-2600-hovoru-obcane-se-mohou-dale-obracet-na-specializovane-krizove-linky/#menu>

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

VODÁČKOVÁ, Daniela, 2007. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-342-0.