

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

Posttraumatický stresový syndrom (PTSD) u záchranářů

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce
Mgr. Václav Šnorek

Autor
Pavel Lácha

2008

Tento dokument byl zhotoven v Print2PDF.!
Po registraci Print2PDF se tato informace nebude zobrazovat!
Produkt Print2PDF lze zakoupit na <http://www.software602.cz>

Abstract

Nowadays, there are quite a lot of publications (not only technical ones) that deal with the questions of psychological impacts on victims but only a few authors refer to psychological response of the emergency medical service (EMS) providers themselves. The rescue workers are considered to be immune to stress. The everyday encounter with human distress and minor accidents makes them used to stress and less sensitive to emergency incidents. But the psychological responses of emergency medical service providers vary and may have short-term as well as several months lasting or permanent consequences. In general, it is possible to say that besides the real victims of calamities and mass disasters it is also the emergency medical service providers who are also affected – they are the hidden victims. There is a compelling question: who will help the service providers?

All the members of medical staff involved in the acute medicine including emergency medical service providers are, with their stressful everyday practice, contacts with people, high level of responsibility and other characteristics, vulnerable to the burn-out syndrome and the acute response to stress (after being exposed to critical incidents) but also to the post-traumatic stress disorder (after repeated exposures to terrifying events). All the conditions mentioned result not only in unfavourable effects on the emergency medical service provider's professional and personal life, but may also affect unfavourably the patients themselves, both in the form of a professional mistake (often with fatal consequences) and the approach to patients. These risks may be diminished both by the service providers themselves and by organizational and preventive measures implemented by the health care facility. Emergency medical service providers should master stress management techniques. The support of management is crucial for the efforts to be effective. Negative consequences of repeated critical incident exposures may be alleviated by implementing intervention techniques of the CISM (Critical Incident Stress Management). The post-traumatic stress disorder and other disorders caused by omnipresent stress factors are inevitable consequences of emergency medical service providers' job. It takes a long time to educate and train these

highly specialized and qualified medical staff members and thus the whole society should be concerned about their professional conditions.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Posttraumatický stresový syndrom (PTSD) u záchranářů“ vypracoval samostatně a použil jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 16.1. 2008

.....
Pavel Lácha

Poděkování

Děkuji Mgr. Václavu Šnorkovi za odborné vedení, trpělivost, vstřícnost, cenné rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování mé bakalářské práce.

Tento dokument byl zhotoven v Print2PDF.!
Po registraci Print2PDF se tato informace nebude zobrazovat!
Produkt Print2PDF lze zakoupit na <http://www.software602.cz>

Obsah:

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1 Reakce na závažný stres.....	5
1.1.1 Obecné reakce na stres	5
1.1.2 Složky odpovědi na stres	6
1.2 Akutní reakce na stres	7
1.2.1 Diagnostická kritéria	8
1.2.2 Léčba	9
1.3 Posttraumatická stresová porucha (PTSD)	9
1.3.1 Historie	10
1.3.2 Stresor	10
1.3.3 Typické ohrožující události spouštějící PTSD	11
1.3.4 Diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum)	12
1.3.4.1 Behaviorální model PTSD.....	13
1.3.4.2 Kognitivní model PTSD.....	13
1.3.4.3 Kognitivně behaviorální model..	13
1.3.4.4 Psychodynamický pohled.....	14
1.4 Průběh.....	15
1.5 Diagnóza.....	15
1.5.1 Diferenciální diagnóza.....	16
1.5.2 Důsledky a komorbidita.....	18
1.6 Diagnostický postup, vyšetření a hodnocení.....	18
1.7 techniky zvládnání stresu	19
1.8 Zásady léčby.....	21
1.8.1 Cíle léčby	22
1.8.2 Terapeutické možnosti	22
1.9 Stres a zaměstnanci záchranných služeb	23
1.9.1 Psychologické reakce záchranářů	25

Tento dokument byl zhotoven v Print2PDF.!

Po registraci Print2PDF se tato informace nebude zobrazovat.!

Produkt Print2PDF lze zakoupit na <http://www.software602.cz>

1.9.2	Psychologická morbidita v souvislosti s prací na ZS	27
1.9.3	Typická osobnost záchranáře	30
1.9.3.1	Osobnostní charakteristiky záchranáře	31
1.9.4	Rizikové faktory	31
1.9.5	Protektivní faktory	31
1.10	CISM-Critical Incident Stres Management	32
1.10.1	Historie CISM	32
1.10.2	Fáze debriefingu	33
1.10.3	Problematika v oblasti výzkumu CISM	35
2.	Cíle práce a hypotézy	36
2.1	Cíle práce	36
2.2	Hypotézy..	36
3.	Metodika výzkumu	37
3.1	Metodika práce	37
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	38
4.	Výsledky	39
5.	Diskuse	68
6.	Závěr	74
7.	Seznam použitých zdrojů	76
8.	Klíčová slova...	80
9.	Přílohy	81

Úvod

V moderní společnosti spočívá úloha záchranné služby nejen v zajišťování neodkladné přednemocniční péče při akutním ohrožení zdraví nebo života, ale také v připravenosti na krizové situace a katastrofy ať již přírodní nebo způsobené člověkem (velké průmyslové nebo dopravní havárie, různé teroristické útoky). V souvislosti s povodněmi a s událostmi 11. září nám ve všech médiích postupně zdomácněl pojem posttraumatické stresové poruchy (PTSD), kterou si však lidé stále pletou s hysterií a jinými psychickými poruchami. Problém psychologických diagnóz však spočívá v tom, že si mnoho lidí pod učenými definicemi často nedokážou představit nezměrnou variabilitu, se kterou se tyto poruchy vyskytují.

Dnes už existuje poměrně velké množství publikací (nejen odborných), zabývajících se problematikou psychologických dopadů na oběti, avšak jen velmi málo autorů se zabývá reakcemi profesionálních záchranářů. Ti jsou považováni za natolik odolné jedince, kteří každodenním stykem s lidským neštěstím a nehodami menšího rozsahu získají návyk na stres a mimořádnou událost potom neprožívají tak intenzivně. Psychologické reakce profesionálních záchranářů jsou však velmi různé a mohou mít krátkodobé stejně tak jako několikaměsíční, případně trvalé následky. Obecně lze říci, že kromě skutečných obětí katastrof a hromadných neštěstí se v případě záchranářů jedná o takzvané skryté oběti. Nabízí se otázka, kdo pomůže pomáhajícím?

Všichni pracovníci v oborech akutní medicíny, včetně záchranářů, jsou v důsledku stresujících situací v každodenní praxi, kontaktu s lidmi, vysoké míry zodpovědnosti a dalších charakteristik profese ohroženi nejen rozvojem syndromu vyhoření a akutní reakce na stres (po expozici kritické události), ale i posttraumatickou stresovou poruchou (po opakovaných expozicích kritickým událostem). Všechny uvedené stavy nejen významně ovlivňují osobní a pracovní život postiženého zaměstnance, ale mohou mít negativní vliv i na pacienty, ať už ve formě profesního omylu (mnohdy i s fatálními důsledky), tak i v oblasti přístupu a chování k pacientům. Riziko výskytu těchto poruch se dá ovlivnit jednak preventivně, ze strany pracovníka znalostí o hrozící psychologické morbiditě a cíleným zvládnutím technik, jak se vyrovnat se zátěží a stresem, preventivní opatření organizačního i edukačního rázu

Tento dokument byl zhotoven v Print2PDF.!

Po registraci Print2PDF se tato informace nebude zobrazovat.!

Produkt Print2PDF lze zakoupit na <http://www.software602.cz>

může zavést i organizace. Nezbytná a klíčová pro efektivitu těchto aktivit je podpora managementu. Následky opakovaných expozicí kritickým událostem a působení chronického stresu spojeného s profesí může zmírnit i zavedení intervenčních technik z oblasti CISM. Posttraumatická stresová porucha a další problémy způsobené stále přítomnými stresory nejsou nevyhnutelným důsledkem práce u záchranné služby. Výchova a výcvik pracovníků trvá často léta a je proto v zájmu celé společnosti, aby takto kvalifikovaní zaměstnanci byli schopni vykonávat svoji profesi co nejdéle.

1. Současný stav

1.1 Reakce na závažný stres

Pro tyto poruchy je typické, že navazují na mimořádně stresující životní zážitek, který vyvolal akutní stresovou reakci, nebo vznikají v době významné životní změny, vedoucí k trvale nepříjemným okolnostem a mající za následek poruchu přizpůsobení. U těchto poruch se tedy předpokládá, že jsou vždy přímým následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu a bez něho by nevznikly. Poruchy této skupiny lze tedy chápat jako maladaptivní reakce na těžký, nebo trvalý stres, protože narušují mechanismy úspěšného vyrovnávání se s ním a tím vedou ke zhoršení sociálního fungování (7,15).

1.1.1 Obecné reakce na stres

Stresor spouští poplachovou reakci s mobilizací energetických rezerv a s cílem obnovení homeostázy organismu. Reakce se skládá ze dvou základních složek: jednak jde o fylogenetickou odpověď celého druhu, která je individuu vrozená, druhou složkou je reakce, která vznikla během života jedince vlivem učení. Při působení silného podnětu však převládne stará fylogenetická paměť nad naučenými odpověďmi. Automatické spuštění poplachové reakce má nezanedbatelné výhody, z nichž hlavní je rychlost reakce, ale i nevýhody. Pro život v dnešní civilizaci je mnoho vrozených mechanismů neúčelných a neadekvátních, někdy dokonce škodlivých. Cílem poplachové reakce je rychlé uvolnění energie, nerušená činnost centrální nervové soustavy, optimální distribuce krevního objemu s cílem zajistit maximum kolující krve pro myokard, kosterní svaly a mozek. Dále jsou to změny vodního a elektrolytového hospodářství. Za spuštění rychlých změn je odpovědný nervový systém, hormonální systém zajišťuje pomalejší změny během poplachové reakce (8).

1.1.2 Složky odpovědi na stres

Fyzické: vycházející z poplachové reakce: zvýšený krevní tlak, žízeň nevolnost, slabost, nauzea, zvracení, dechové obtíže, bolest na hrudi, záškuby až křeče, bolest hlavy, poruchy akomodace.

Kognitivní: zmatenost, snížení nebo zúžení pozornosti, zhoršení koncentrace, potíže s pamětí, neschopnost se rozhodnout, zhoršené abstraktní myšlení, zhoršené řešení problémů, obviňování druhých osob, zvýšené či naopak snížené uvědomování si okolního dění.

Emocionální: úzkost, nejistota, obavy, deprese, strach, agitovanost, vznětlivost, hněv, pocity viny, popření, projevy akutní panické ataky, ztráta emoční kontroly, neadekvátní emoční odpověď, pocit zahlcení událostmi.

Behaviorální: změny v aktivitě, neschopnost odpočinku, stáhnutí se do sebe, podezřívavost, zvýšená lekavost, změny v řečovém projevu, emocionální výbuchy, změny chuti k jídlu jak ve smyslu snížení, tak i zvýšení, nespecifické tělesné obtíže (16).

Obecná reakce na stres je vysoce individuální. V literatuře nacházíme pojem „cílového orgánu“, tedy charakteristické projevy stresové reakce u konkrétního jedince, což je dáno především genetickou výbavou a podle toho pak převažují obtíže:

Kardiovaskulárního systému (projevy ICHS, hypertenze, arytmie, zejména paroxysmální supraventrikulární tachykardie, palpitace aj.)

Zažívacího ústrojí (gastroduodenální vředová choroba, kolitida, poruchy motility GIT)

Dýchací problémy (astma bronchiále, hyperventilační tetanie)

Poruchy imunitního systému (snížená odolnost vůči infekci, alergie, autoimunitní choroby, nádorové onemocnění).

Obtíže spojené s pohybovým aparátem (vertebrogení algický syndrom, tenzní bolest hlavy, náchylnost k úrazům) (16).

Vliv na projevy mají i osobní životní zkušenosti a vlivy stejně jako rodičovské a pečovatelské modely chování. Je nutné si uvědomovat, že duševní stres vyvolává stejné reakce jako fyzické ohrožení organismu avšak fylogeneticky starší složky poplachové reakce jsou při působení duševního a sociálního stresu neúčelné a při častém opakování

Tento dokument byl zhotoven v Print2PDF.!

Po registraci Print2PDF se tato informace nebude zobrazovat.!

Produkt Print2PDF lze zakoupit na <http://www.software602.cz>

neúčelné, neboť nedojde k pohybové reakci typu boj nebo útěk a nedojde k spotřebování energetických rezerv. Lidský mozek je schopen (například na rozdíl od počítačů) přisoudit informaci subjektivní hodnotu (8).

1.2 Akutní reakce na stres

Akutní reakce na stres je přechodná porucha, která vzniká u jedince bez jakékoli zjevné duševní poruchy jako odpověď na výjimečný fyzický nebo duševní stres a která obvykle odeznívá během několika hodin nebo dní. Stresorem může být zdrcující traumatický zážitek, zahrnující vážné ohrožení bezpečnosti nebo tělesné integrity jedince nebo blízkých osob (například živelná pohroma, úraz, ozbrojený konflikt, přepadení, znásilnění), nebo neobvykle náhlá a ohrožující změna v sociálním prostředí anebo v mezilidských vztazích jedince, například ztráta blízké osoby nebo požár v domácnosti. Riziko rozvoje poruchy je větší, je-li též přítomno fyzické vyčerpání nebo organické faktory (např. stáří). Individuální zranitelnost a schopnost zvládat stres ovlivňují výskyt a závažnost akutní reakce na stres.

Proto ne u všech lidí exponovaných mimořádnému stresu se vyvine tato porucha. Příznaky mohou být různé. Velmi typicky se objevuje stav „ustrnutí“ se zúženým vědomím a pozorností, neschopností chápat podněty a dezorientací. Na tento stav může dále navazovat další stažení se (odklon od situace a prostředí v rozsahu až dissociativního stuporu) nebo agitace a hyperaktivita (útěková reakce nebo fuga). Obvykle jsou přítomny vegetativní příznaky panické úzkosti (tachykardie, pocení).

Příznaky se obvykle objeví během několika minut po dopadu stresujícího podnětu nebo události a mizí během 2-3 dnů (často během několika hodin). Na toto období může být částečná nebo výjimečně úplná amnézie. Pokud k příznakům nedojde okamžitě, dostaví se většinou během několika minut. Příznaky ukazují smíšený nebo obvykle se měnící obraz) mimo to lze kromě počátečního stavu omámení pozorovat depresi, úzkost, zlost, zoufalství, hyperaktivitu a stažení, ale žádný typ příznaků dlouho nepřetrvává).

Lékař, který diagnostikuje tuto poruchu, posuzuje zpravidla závažnost vyvolávající příčiny podle svých životních zkušeností. Stává se proto, že jeho posouzení

Tento dokument byl zhotoven v Print2PDF.!

Po registraci Print2PDF se tato informace nebude zobrazovat.!

Produkt Print2PDF lze zakoupit na <http://www.software602.cz>

nemusí být objektivní (např. může pokládat reakci na nemoc za přehnanou). Často se „projikuje“ do nemocného a zvažuje, jak by na podobnou zátěž reagoval on sám (7).

Riziko vzniku poruchy je větší u disponovaných osob, tj. například u jedinců oslabených dlouhodobou nemocí, fyzickým vyčerpáním, vyšším věkem apod.. Též „primární vulnerabilita“ různých osob je různá. Ne u všech osob, které byly uneseny v jednom letadle, dojde k rozvoji výše uvedené reakce. Když se jedinec zbaví zátěžové situace, během hodin dojde k ústupu obtíží. Když stresová situace přetrvává, dojde během 24h k odeznívání symptomů, které po 3 dnech prakticky nejsou přítomny (22).

1.2.1 Diagnostická kritéria:

- A. Pacient musel být vystaven mimořádnému duševnímu nebo tělesnému stresu.
- B. Symptomy se objeví bezprostředně (do 1 hodiny) po stresující události
- C. Udávají se dvě skupiny příznaků. Reakce na akutní stres se klasifikuje jako:
 - Mírná – je splněno pouze kritérium (1) z následujících.
 - Středně těžká – je splněno kritérium (1) a alespoň dva příznaky z kritéria (2)
 - Těžká – buď je splněno kritérium (1) a jsou přítomny alespoň čtyři příznaky z kritéria (2), nebo je přítomen dissociativní stupor.
- 1) Jsou splněna kritéria B, C, a D pro generalizovanou úzkostnou poruchu.
- 2) (a) Vyhýbání se očekávané sociální interakci,
 - (b) zúžení pozornosti
 - (c) zřejmá dezorientace
 - (d) zloba nebo verbální agresivita
 - (e) zoufalství nebo beznaděj
 - (f) nepřiměřená nebo bezúčelná aktivita,
 - (g) neovladatelný a přehnaný smutek (posuzován podle místních kulturních norem).
- D. Jestliže je stresor přechodný nebo je možno se ho zbavit, příznaky se musí zmírňovat do 8 hodin. Jestliže stres pokračuje, musí se příznaky zmírňovat do 48 hodin. Nejčastější užívaná vylučovací doložka. Reakce se musí vyskytnout, aniž by

současně byla přítomná jiná duševní nebo behaviorální porucha a nesmí se vyskytnout do 3 měsíců od konce epizody kterékoli duševní poruchy nebo poruchy chování (15).

1.2.2 Léčba

Nejvhodnější léčbou je krizová psychoterapeutická intervence, která umožní postiženému porozumět situaci v bezpečném prostředí a ujasnit si, jak ji řešit. Při nadměrném neklidu mohou krátkodobě pomoci anxiolitika, při poruše spánku hypnotika (7).

1.3 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (Posttraumatic Stress Disorder – PTSD) vzniká u disponovaných osob jako opožděná reakce na mimořádně intenzivní stresovou událost. Posttraumatická stresová porucha byla do diagnostického systému zavedena nedávno, především v souvislosti s následky vietnamské války u jejích veteránů, i když o negativním vlivu traumatických událostí na přiměřenou adaptaci, zpracovávání informací věděl Janet již před více než 100 lety. V 50. letech pak Kardier popsal podrobně fenomenologii válečné traumatické neurózy (22).

Tato porucha nemůže existovat bez toho, že by postižený byl vystaven traumatické události. Trauma je tedy nezbytný faktor, ale sám o sobě nestačí. Na rozvoji poruchy se zřejmě podílejí také environmentální faktory v době kolem traumatické události a predisponující faktory, které mohou spočívat v premorbidní osobnosti a její biologické výbavě (24).

Posttraumatická stresová porucha může vzniknout v kterémkoli věku, častěji se však objevuje ve věku mladším, kdy je člověk více vystaven traumatickým událostem. PTSD častěji postihuje svobodné, rozvedené, ovdovělé, ekonomicky handicapované anebo izolované lidi. Poměr mužů k ženám je přibližně 1 : 2. I když je výskyt PTSD dvakrát vyšší u žen než u mužů (10,4% vs. 5%) a ženy jsou téměř čtyřikrát náchylnější k rozvoji PTSD při expozici stejnému traumatu, odpovědi na léčbu v závislosti na pohlaví nebyly ještě systematicky studovány (5).

1.3.1 Historie

Za první zmínku o PTSD v historii lze pokládat biblické líčení Lotovy ženy, která se proměnila v solný sloup, když se ohlédla a spatřila zkázu Sodomy. Ze začátku minulého století máme podrobné popisy poruch zdravotního stavu záchranářů a obětí, které přežily výbuchy na lodích v Toulánu v roce 1911. Tyto popisy odpovídají dosti přesně popisu příznaků PTSD. Hovoří se zde o opakované rekapitulaci katastrofické scény v paměti, o děsivých snech, volně plynoucí úzkosti, únavě a o fobiích. Během první světové války se živě debatovalo o „šrapnelovém šoku“ nebo „zákopové neurose“. Za druhé světové války vyšla kniha amerického psychiatra A.Kardiera o traumatických válečných diagnózách („The traumatic neuroses of war“), jejichž popis také dost dobře souhlasí se současným popisem PTSD. V USA a ve Velké Británii však bylo administrativně rozhodnuto, že nebude odškodňována „bitevní únava“ a očekávalo se, že se tím omezí „šíření patologie“ (33).

K zavedení diagnózy PTSD v klasifikaci duševních poruch v USA (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) vedl společenský tlak v roce 1978 na základě hromadících se zkušeností lékařů s veterány války ve Vietnamu. Tuto diagnózu pak dostali četní pacienti v Izraeli, kteří přežili nacistické vyhlazovací tábory. (33).

Výraz „shell shock“ z první světové války byl nahrazen výrazem „kombat fatigue“ z druhé světové války. Až ve třetím vydání DSM v roce 1980 se objevil výraz PTSD (19).

Většina diagnóz v DSM se odvíjí od symptomů. Klient s určitými příznaky má specifickou diagnózu. Naproti tomu PTSD je závislá na situaci. Musí zde existovat traumatická událost ke stanovení diagnózy PTSD (23).

1.3.2 Stresor

Podle definice je stresor hlavním faktorem rozvoje PTSD. Kritériem splnění diagnózy PTSD je, že „postižený musel být vystaven stresové události nebo situaci krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoli (14). Přehledy o vlivu povahy traumatu na rozvoj PTSD podal March. Zjistil zjevný vztah

mezi závažností stresové expozice a rizikem pro rozvoj PTSD. Posttraumatická stresová porucha se třikrát častěji objevila u zraněných veteránů než u těch, kteří zranění v boji nebyli. Podobně se PTSD daleko častěji objevuje u žen, které byly během znásilnění poraněny, než u těch, které poraněny nebyly. Na druhé straně však není nezbytné, aby událost přímo postihla jedince jako oběť. Často stačí jen být svědkem ohrožující události, například jet vlakem, pod který skočil sebevrah, nebo být svědkem vraždy, autonehody apod.). Ovšem ne u každého, kdo zažije těžkou traumatickou událost, se rozvine PTSD. Dokonce většina lidí se po přechodném období psychické nestability dokáže velmi dobře kompenzovat. Klinicky je třeba vzít v úvahu individuální biologické faktory a události, které se staly po traumatické události. Například společný skupinový zážitek traumatické události (požáru nebo povodně) pomáhá jedinci lépe se s traumatem vypořádat, protože událost může sdílet s ostatními.

Někdy, pokud se například za událost cítí být vinen, je tomu však naopak. Dá se shrnout, že kromě objektivních charakteristik událostí, jako je míra ohrožení na životě, přítomnost či nepřítomnost tělesného zranění apod., hraje velkou roli kognitivní a afektivní reakce. Zážitek intenzivního strachu, bezmoci nebo děsu výrazně zvyšuje pravděpodobnost rozvoje PTSD (24).

Odlišnost zachránců a záchraňovaných není často nějak zásadní. Liší se hlavně výcvikem a připraveností na mimořádné události. Proto je velmi důležité vědomí zranitelnosti záchranářů. I oni jsou vlastně oběťmi, i u nich se projevují posttraumatické jevy. Brání se jim podobně jako ostatní lidé - hlavně činností (která je vlastně živí), humorem a schopností se mentálně vzdálit od situace pomocí obranného mechanismu disociace (1).

1.3.3 Typické ohrožující události spouštějící PTSD

Přírodní a člověkem způsobené katastrofy (záplavy, zemětřesení, výbuch sopky, vichřice, požáry apod.)

Dlouhodobá internace, mučení – syndrom koncentračního tábora.

Loupeže a přepadení

Znásilnění.

Nehody.

Ztráta smrtí (například přítomnost při suicidii, zabití, vraždě.)

Ekologické ohrožení a přírodní katastrofy (záplavy, požáry)

Nezvyklé události (například děsivý halucinatorní zážitek při intoxikaci) (7).

1.3.4 Diagnostická kritéria MKN – 10 (pro výzkum)

- A. Postižený musel být vystaven stresové události nebo situaci, krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení u kohokoliv.
- B. Je přítomno neodbytné znovuvybavování nebo „znovuprožívání“ stresu v podobě rušivých „flashbacků“, živých vzpomínek či opakujících se snů, nebo prožívání úzkosti při expozici okolnostem připomínajícím nebo spojeným se stresem.
- C. Postižený se musí vyhýbat nebo dává přednost vyhýbání se okolnostem, které připomínají nebo jsou spojené se stresem, přičemž toto vyhýbání nebylo přítomno před expozicí stresoru.
- D. Musí být přítomno některé z následujících kritérií:
 - 1. neschopnost vybavit si buď částečně, nebo kompletně některé důležité momenty z období traumatu,
 - 2. jsou přítomny kterékoli dva z následujících příznaků zvýšené psychické citlivosti a vzrušivosti, které nebyly přítomny před expozicí stresoru:
 - a) obtíže s usínáním nebo udržením spánku,
 - b) podrážděnost nebo návaly hněvu,
 - c) obtíže s koncentrací,
 - d) hypervigilita,
 - e) přehnané úlekové reakce.
- E. Kritéria B, C a D musí být splněna v průběhu 6 měsíců od stresové události nebo od konce období stresu. Někdy může být účelné diagnostikovat i po delším období než
- F. 6 měsíců, ale důvody musí být zřetelně specifikovány.

1.3.4.1 Behaviorální model PTSD

Tento model mluví o dvou fázích rozvoje poruchy. V první fázi jsou trauma (nepodmíněný podnět) a jeho okolnosti (podmíněný podnět) pomocí klasického podmiňování asociovány s úzkostnou reakcí. Vzhledem k silné stresové reakci, kterou nepodmíněný podnět (trauma) vyvolal, jsou pak i neškodné okolnosti traumatu při jejich znovuobjevení spojeny se stresovou reakcí. Ve druhé fázi rozvoje poruchy se uplatňuje operantní podmiňování. Pacient rozvíjí vyhýbavé chování (které je následováno krátkodobou úlevou) na podmíněný i nepodmíněný podnět.

1.3.4.2 Kognitivní model PTSD.

Kognitivní model postuluje, že postižené osoby nejsou schopny kognitivně akceptovat a emočně zpracovat trauma, které předcházelo rozvoji poruchy (5). Prožívání stresu tak nemůže být ukončeno, ale pokračuje v automatických vzpomínkách, kterým se postižení snaží vyhnout různými formami vyhýbavého chování. Snaží se proto vyvarovat všech situací či chování, které traumatickou událost připomínají. Postupně se pomocí selektivního zaměření pozornosti na zúzkostňující podněty rozšiřuje počet spouštěčů úzkostné reakce. Postižení se rovněž snaží zablokovat vzpomínky na trauma. Mluvíme o kognitivním vyhýbání.. Úzkostná snaha vyhnout se vzpomínkám vede naopak k jejich častějšímu výskytu.

Z pohledu kognitivní psychologie je mozek během traumatické události zahlcen masivním množstvím informací, které není schopen zpracovat v krátké době . Zpracování pak probíhá postupně v procesu uvolňování těchto informací z paměti a jejich blokování. Tento pohled však nevysvětluje, proč u některých lidí probíhá toto zpracování po mnoho let i desetiletí, zatímco u jiných v krátkém období.

1.3.4.3 Kognitivně behaviorální model

Podle modelu KBT vytváří traumatická událost silným emocionálním vlivem rychlé podmíněné spojení mezi stimuly, situacemi či činnostmi, které původně byly emočně neutrální, ale náhodně se objevily v době traumatu. Vzhledem k vysokému rozrušení probíhá podmiňování velmi rychle a pevně. Tyto stimuly, situace či činnosti

pak vedou k opakovaným reakcím úzkosti. Ale i samotné zvýšení napětí vede ke znovuvybavování si asociací spojených s traumatem. Druhotně se rozvíjí selektivní pozornost – vysoký arousal vede ke zvýšené psychické ostražitosti a výběru těch informací z prostředí, které by mohly připomínat ohrožení. Postižený se začne vyhýbat setkáním s klíčovými stimuly a situacemi či přestane vykonávat činnosti, které vedou k znovuvybavování traumatu a úzkosti. Tím si však nemůže ověřit, že tyto stimuly jej neohrožují. Uzavírá se bludný kruh, který je dále udržován typickými automatickými myšlenkami. Traumatická událost vede ke změně postojů k sobě, k druhým, ke své budoucnosti. Dochází k narušení při zpracování události – pomocí typických kognitivních omylů.

1.3.4.4 Psychodynamický pohled

Podle hypotéz psychoanalytického modelu reaktivuje traumatická událost předtím skryté, ale dosud nevyřešené vnitřní konflikty . Aktivace dětského traumatu vede k regresi a použití obranných mechanismů popření (jedinec se chová, jakoby o traumatu nevěděl, odmítá o něm mluvit) a potlačení (vede k vytlačení stresujících emocí, impulsů a vzpomínek mimo vědomí – parciální amnézie) a přenesení afektu (negativní emoce se přesouvají na situace a objekty , kde si to postižený může dovolit). To vše slouží vyhnutí se stresové reakci. Obvykle to krátkodobě zmírňuje nepříjemné emoce. Egu se tím uleví, a proto zkouší zvládnout a redukovat úzkost jednoduchou formou vyhýbavého chování. Pacient mívá sekundární zisky ze zevního světa, peněžní náhrady, zvýšenou pozornost nebo sympatie a uspokojení potřeby závislosti. Tyto zisky posilují poruchu a její přetrvávání. Další analytický pohled zdůrazňuje kognitivní aspekty traumatu. Protože závažná traumatická událost je kognitivně disonantní a velmi neobvyklá, je vnitřně obtížné integrovat ji do preexistujících koncepčních schémat. Neintegrovaná traumatická událost je proto disociována mimo vědomí. Pozdější znovu rozpomínání je pak interpretováno buď jako pokus organismu o integraci traumatu, nebo jako selhání obranných mechanismů.

1.4 Průběh

Porucha se vyvíjí někdy hned po traumatické události a může zesilovat v průběhu let – čas v tomto případě neléčí. Jindy se příznaky objeví až po období latence, které může trvat od několika týdnů až po několik měsíců a výjimečně i let. Výrazně více jsou ohroženi lidé, kteří v době traumatické události trpěli již nějakou ztrátou a kterým chyběla podpora. Například vážnější následky znásilnění prožívají ženy, které předtím ztratily partnera.

Posttraumatická stresová porucha může vzniknout v kterémkoli věku, ale častěji se objevuje ve věku mladším, kdy je člověk více vystaven traumatickým událostem. Nejtypičtějším traumaty u mužů jsou válečné zážitky a autonehody, u žen znásilnění. Latence rozvoje příznaků od traumatické události může trvat týdny až měsíce. Průběh choroby bývá proměnlivý. Lepší prognóza bývá u pacientů bez latence nebo s krátkou latencí objevení se příznaků, u pacientů s dobrým premorbidním fungováním a dobrou sociální podporou.

Velmi mladí a velmi mladí lidé mívají všeobecně horší prognózu než lidé středního věku. Například kolem 80 % dětí po roce a po dvou letech po traumatických popáleninách trpí PTSD, zatímco u dospělých je to pouze 30 % po jednom roce. Je to proto, že děti ještě nevyvinuly dostatečné psychologické mechanismy ke zvládnutí traumatických událostí. Podobně častěji se rozvine PTSD u starých lidí – zde to jde na vrub rigidnějším a pomalejším způsobům adaptace, obtížnější životní situaci a časté komorbiditě se somatickými nemocemi.

Výrazně zhoršuje prognózu PTSD premorbidní psychická porucha, ať jde o poruchu osobnosti, organickou psychickou poruchu, afektivní nebo jinou úzkostnou poruchu, abúzus alkoholu nebo užívání drog. Naopak dostupnost sociální podpory může pozitivně ovlivnit rozvoj, závažnost i trvání PTSD (24).

1.5 Diagnóza

Typickými příznaky jsou epizody opakovaného ožívání traumatu v doznívajících vzpomínkách (flashbacky) nebo ve snech, které se objevují na pozadí stálého pocitu „necitlivosti“ a emočního otupění, stranění se lidí, nereagování na okolí,

Tento dokument byl zhotoven v Print2PDF.!

Po registraci Print2PDF se tato informace nebude zobrazovat.!

Produkt Print2PDF lze zakoupit na <http://www.software602.cz>

ztráty radosti. Typické je vyhýbání se stimulům, činnostem a situacím, které připomínají trauma. Když si postižení událost připomenou, mohou mít pocit, že ji prožívají znovu.

Jejich stav se často zhoršuje, když se blíží výročí události nebo když se dostanou na podobné místo. Vzácně může dojít k rychlým dramatickým výbuchům strachu, paniky nebo agrese, spuštěným podněty, které náhle vyvolají vzpomínku nebo znovuvybavení traumatu (nebo původní reakce na něj). Dále je tato porucha charakterizována podrážděností, napětím, ustrašeností, depresivními náladami, nespavostí a nočními můrami, vyhýbání se podnětům, které připomínají původní situaci. Obvykle se objevuje vegetativní hyperaktivace se zvýšenou dráždivostí, přehnané úlekové reakce a nespavost. Často se pojí i úzkost a deprese a kompenzace pitím alkoholu nebo užíváním drog.

Posttraumatická stresová porucha může být akutní, pokud její příznaky trvají jeden až tři měsíce, nebo chronická, pokud trvá déle. U 10 – 80% lidí vystavených stresové události se do určité doby rozvine PTSD (35).

Flashbacky mohou trvat sekundy, hodiny a dokonce dny. Bývají spuštěné nespavostí, stresem, léky nebo únavou. Protože vtíravé myšlenky jsou tak nepříjemné, lidé s PTSD se zoufale snaží vyhnout vzpomínkám na trauma a odmítají o události mluvit. Vyhýbají se aktivitám, místům a lidem vzbuzujícím vzpomínky. Někteří berou léky nebo pracují tak, aby zapomněli a vyhnuli se bolestivým pocitům, zatímco jiní žijí v imaginárním světě a předstírají, že se nic nestalo (25).

1.5.1 Diferenciální diagnóza

Některé příznaky posttraumatické stresové poruchy se mohou překrývat s příznaky jiné psychické poruchy, například deprese, panické poruchy, organické psychické poruchy či poruchy osobnosti (např. anhedonie, hyperarousal, panické záchvaty, interpersonální konflikty). U jiných poruch však typicky chybí nechtěné rozpomínání na trauma. Naopak pacienti s PTSD jsou často nesprávně vedeni pod diagnózou jiné psychické poruchy. To vede k nesprávné léčbě a chronifikaci. Klinik by

měl o možnosti PTSD uvažovat vždy, když vyšetřuje pacienta s jinou úzkostnou poruchou, závislosti na návykových látkách, chronickou bolestí a depresivní poruchou. Pozornost při diagnóze PTSD věnujeme případnému úrazu, zejména hlavy. Zvažujeme i další organické příčiny, jako je epilepsie, závislost na alkoholu či jiných návykových látkách. Akutní intoxikace i abstinenční příznaky mívají obraz podobný PTSD.

Někde se PTSD zaměňuje za akutní reakci na stres. U té je však počátek potíží zpravidla bezprostředně po stresu a porucha dříve odeznívá. V obraze není zpravidla dostatek příznaků aby opravňovaly diagnózu PTSD.

Někdy po traumatické události dochází k rozvoji specifické fobie. Například po autohavárii může dojít k rozvoji strachu řídit nebo jezdit dopravou. Chybí však intruzivní rozpomínání na událost a zvýšený arousal.

Generalizovaná úzkostná porucha má některé příznaky, které připomínají PTSD, a někdy je jejím spouštěčem traumatická událost. Mezi tyto příznaky patří pocity „na hranici svých sil“, špatné soustředění, podrážděnost, poruchy spánku. Posttraumatická stresová porucha má však ještě jiné odlišné příznaky uvedené výše. Typické obavy a starosti u generalizované úzkostné poruchy mají jiné zdroje a týkají se zpravidla každodenních povinností, zdraví, finanční situace. Ovšem obě poruchy se mohou vyskytnout také současně. U lidí trpících obsedantně kompulzivní poruchou (OCD) se objevují intruzivní myšlenky, ale pacient si uvědomuje, že většina z nich nepatří žádné traumatické události. OCD však může s PTSD u jednoho člověka koexistovat, spíše je to však výjimečné (např. generalizace kompulzivního umývání se po znásilnění k zamezení kontaminace). Panická porucha je charakterizována panickými záchvaty a často zvýšeným arousalem v době záchvatů i během anticipační úzkosti. Rozdíl je v kognicích, které se panického záchvatu týkají. U PTSD jsou kognitivní aspekty úzkosti spjaty s traumatickou událostí a vzpomínkami na ni, zatímco u panické poruchy s náhlým pocitem ohrožení zdraví. Komorbidita mezi těmito dvěma poruchami je však častá. Rovněž některé příznaky depresivní poruchy mohou připomínat PTSD a naopak. Jde zejména o ztrátu zájmů, zhoršenou koncentraci, pocit ztráty citů k jiným, anhedonii, hypobulii, zhoršený spánek, ztrátu perspektiv.

Depresivní porucha se také rozvíjí s určitou latencí po traumatické události. U depresivní poruchy však chybí intruzivní rozpomínání na traumatickou událost. Ovšem u některých lidí může PTSD postupně přerůst v hlubokou depresi a tato deprese se může pak opakovat. Komorbidita je velmi častá. Disociativní poruchy mohou rovněž připomínat PTSD. Těsně po traumatické události se disociativní stav snadno rozvine. Disociativní porucha se však zpravidla odlišuje tím, že příznaky se rozvinou záhy po traumatické události, netrvají déle než čtyři týdny a chybějí jiné příznaky PTSD. Někdy je těžké odlišit pacienta trpícího PTSD od pacienta s hraniční poruchou osobnosti. Obě poruchy navíc často koexistují. Reminiscence vzpomínek a vyhýbavé chování bývají však typické pro PTSD. Podobně tomu může být u histriónské poruchy osobnosti. Pokud nejde o komorbiditu obou poruch, u histriónské poruchy osobnosti chybí typické vyhýbavé chování a kognitivní vyhýbání (naopak, pacient si ve vyprávění všech možných traumat zpravidla libuje). Chybí zvýšený arousal s vegetativní hyperaktivitou. Vzhledem k popularizaci PTSD v médiích musíme také uvažovat o simulaci a pseudologii. Prožitek traumatické události může také exacerbovat jinou již preexistující psychickou poruchu (26).

1.5.2 Důsledky a komorbidita

Každá katastrofická událost, pokud nebyla zpracována, může vést k nejrůznějším psychickým poruchám. Abúzu návykových látek, panické poruše, depresi, sociální fobii, agorafobii, sexuální disfunkci, partnerskému nesouladu, psychogenní paranoidní psychóze. Komorbidita PTSD je vysoká. 79 – 88 % osob trpících PTSD splňuje kritéria nejméně pro jednu další poruchu. Často následně vznikají jiné úzkostné poruchy, depresivní porucha, závislost na návykových látkách, poměrně časté jsou suicidální pokusy.

1.6 Diagnostický postup, vyšetření a hodnocení

K diagnostickému postupu, vyšetření a hodnocení pacienta s PTSD patří jak psychiatrické, tak komplexní somatické vyšetření, informace od blízkých lidí, případně svědků traumatické události. Hodnocení pacienta s PTSD by mělo zachytit povahu,

intenzitu a trvání jednotlivých příznaků, premorbidní osobnost a předchorobí. Pokud bylo součástí traumatu zranění, je nutné podrobné neurologické a somatické vyšetření. Jinak se odebrání anamnestických dat nijak podstatně neliší od běžného vyšetření (23).

Positronová emisní tomografie umožňuje zobrazit změny v prokrvení různých částí mozku, ke kterým dochází při různých aktivitách pacientů nebo zdravých dobrovolníků. Změny v prokrvení se liší mezi nemocnými PTSD na jedné a kontrolními osobami na druhé straně. Vyšetřovaným jsou presentovány scény ze všedního života a scény související s traumatizující událostí. Neutrální scény vyvolávají přibližně stejné změny prokrvení u zdravých i u nemocných. Traumatizující scény zvyšují prokrvení v některých částech mozku daleko víc než u zdravých. Tak je možné objektivně prokázat psychotraumatizující vliv událostí, které byly příčinou akutní reakce na stres a posléze i posttraumatické stresové poruchy.

Zvýšené prokrvení pravděpodobně usnadňuje konsolidaci paměťových stop, ve kterých se ukládají vzpomínky na psychické trauma. Člověk si tedy na ně vzpomíná až příliš dobře, ale někdy se mu mohou tyto vzpomínky vybavovat, aniž by si to přál. Je to bludný kruh,, protože samotné vybavení vzpomínky z paměti zase zvýší prokrvení nervových buněk, ve kterých je paměťová stopa uložena. Jsou to tedy i biologické mechanismy, které udržují onemocnění. Je těžké čekat velkou pomoc od rady, aby na to nemocný prostě nemyslel a už na to konečně zapomněl. Není to jeho „slabá vůle“, která mu brání zapomenout (33).

1.7 Techniky zvládání stresu

Zvládat stresové reakce museli už předchůdci homo sapiens a pokusy s laboratorními zvířaty ukazují, že tuto schopnost mají v různé míře všichni živočichové. Schopnost vyrovnat se s těžkou zátěží je interindividuálně velmi rozdílná. Často se lidé domnívají, že statečný člověk snáší stres lépe než nestatečný. Zkušenosti z válek a z nacistických koncentračních táborů nebo sovětského gulagu však dokazují, že snášet stres nemusí být totéž jako být statečný. Selhání kontroly nad svěračem konečníku a mimovolný únik stolice nastával v bitvách I. Světové války u velké části vojáků, kteří byli pasivně vystaveni ve svých zákopech dělostřelecké přípravě nepřítel.

Přesto však poslechli rozkazu k protiútoky když jejich zákopy nebyly dobyty. Tyto informace se však otevřeně diskutovaly jen v odborné medicínské literatuře, a to až dlouho po válce. Představa pokáleného válečného hrdiny je dodnes pro veřejnost tabu.

Tento příklad má být poněkud drastickou ukázkou toho, jak výjimečně silné podněty vedou k reakci organismu, která se během života dostala pod volní kontrolu a která se v extrémním distresu této kontrole vymanila a proběhla zcela mimovolně. Zároveň tento případ ukazuje, že sebevětší volní úsilí nezabrání vegetativně regulovaným dějům, jako je zrychlení srdeční akce, zčervenání, třesu atd.(33).

Každý jedinec si vybuduje vědomě či nevědomě způsob, jakým se vyrovnává se stresogenní situací. Některé z těchto technik přispívají pozitivně ke zvládnutí stresu, jiné jsou kontraproduktivní a v celkové perspektivě psychickou stabilitu ovlivňují negativně. Mezi kontraproduktivní mechanismy reakce na stres patří dva extrémní přístupy: buď snaha o nadměrnou kontrolu událostí a jevů, nebo naopak rezignace na možnost ovlivnění vlastního života.

Mezi pozitivní reakce na stres patří pravidelná fyzická aktivita, která významně uvolňuje svalové napětí, podporuje relaxaci, dochází při ní k vylučování endorfinů, zrychluje metabolismus, posiluje svaly, zlepšuje fyzickou kondici a posiluje odolnost jedince. Optimální je aerobní aktivita 3 x týdně nejméně 20 minut. Relaxační techniky napomáhají psychickému zklidnění, podporují pocit sebekontroly, tlumí soustředění na starosti, také snižují svalové napětí. Důležité je také osvojení zásad správné výživy, s pravidelnou, vyváženou stravou, s dostatečným přísunem vitamínů a stopových prvků, stejně jako je potřeba dbát na pitný režim, mimo jiné i v závislosti na charakteru práce. Omezit by se naopak měl příjem soli, cukru, alkoholu a nikotinu (13).

Mezi jednoznačně negativní reakce patří abúzus psychoaktivních látek s vysokým rizikem vzniku závislosti (Alkohol, sedativa a hypnotika, užívaná k ovlivnění spánku mezi nepravidelnými směny apod.). V literatuře jsou mezi nejrizikovějšími profesemi z hlediska závislosti kromě psychiatrie uváděny na předních místech akutní obory včetně urgentní medicíny (18).

K projevům nezvládnutých stresových reakcí patří i repetivní kompulze, kdy jedinec se zdánlivě nezaviněně, avšak podobným mechanismem chování dostává do

opakovaných krizových situací, například do konfliktu s pacienty, ve kterých je napaden a je tedy zdánlivě obětí.

Ze znalosti pozitivních technik zvládnání stresu vycházejí i preventivní strategie, které se týkají jednotlivce, ale i organizace práce ze strany zaměstnavatelů. Všichni pracovníci záchranných služeb by měli umět dodržovat zásady duševní hygieny. Jednou z hlavních zásad je schopnost (a nutnost) oddělit profesionální život od osobního života. Velmi v tom pomáhají mimopracovní záliby zcela jiného druhu. Důležité je dbát na dobré a kvalitní osobní vztahy nejen v rámci rodiny, ale v rámci širších sociálních skupin. Pracovníci by měli být schopni verbalizovat svoje pocity ve vztahu k pacientům, ať již strukturovaně (porady, konzultace s kolegou nebo nadřízeným, v některých profesích supervize) nebo neformálně. Fyzické nebo relaxační aktivity nelze nařídit, avšak zaměstnanci by měli být vhodnou formou seznámeni s jejich pozitivním působením, dle možnosti motivováni (například kondiční programy s podílem ze strany organizace apod.) (6,9,10).

Je též vhodné seznámit například formou přednášek s problematikou prevence stresu i management, neboť právě podpora ze strany managementu a organizační opatření v rámci organizace jsou klíčové pro atmosféru na pracovišti a pro rozvoj podpůrných protistresových aktivit, ať již ve formě samostatných programů (například zavedení technik CISM do praxe v exponovaných profesích), nebo formou pravidelné péče o zásady duševní hygieny v rámci organizace (4).

1.8 Zásady léčby

Léčba jedinců postižených traumatickou událostí se dá zjednodušeně rozdělit na dvě části – léčbu člověka po traumatické události, který ještě PTSD nerozvinul a léčbu pacienta s již rozvinutou PTSD.

Když se klinik setká s člověkem, který byl nedávno vystaven traumatické události, nejdůležitějším přístupem je emoční podpora, povzbuzení postiženého k líčení události a vlastních prožitků, vyjádření emocí. Dalším krokem je edukace postiženého o různých možnostech, jak se sebou zacházet (např. relaxovat, mluvit o traumatu s důvěryhodnými lidmi). Čím dříve je postižený vyslechnut v emočně podporující

atmosféře, tím lépe. Jednoduchý přístup s podporou a pochopením většině postiženým dostatečně pomůže.

Pokud pacient již rozvinul PTSD, je léčba daleko složitější. Důležitá je pak edukace o tom, co se s ním děje a jak je možno tuto poruchu léčit. Potřebné jsou dále emoční abreakce a často řešení problémů v životě, které v souvislosti s traumatem nebo PTSD vznikly. Většinou je na místě intenzivní psychoterapie a psychotropní medikace.

1.8.1 Cíle léčby

Léčba je cílená na dvě hlavní kategorie příznaků:

1. Jádrové příznaky PTSD, kam patří:
 - a) Intruzivní znovuzpomínání na trauma (noční můry, flashbacky)
 - b) Vyhybání se stimulům připomínající trauma
 - c) Anhedonie, ztráta pozitivních emocí, depersonalizace
 - d) Hyperarousal.

2. Druhotné příznaky, kam patří narušené fungování v práci, rodině, volném čase, zhoršená tolerance ke stresu, vztahové problémy a komorbidní poruchy (deprese, závislost, jiné úzkostné poruchy).

1.8.2 Terapeutické možnosti

Léčbou volby u posttraumatické stresové poruchy je psychoterapie (zejména kognitivně behaviorální terapie), terapie antidepresivy nebo antikonvulzivy, v případě psychotických rysů antipsychotiky. Léčba anxiolytiky je u PTSD možná jen na přechodnou krátkou dobu, než začnou působit antidepresiva. Doporučuje se jim však v prvním kole raději vyhnout. Řada antidepresiv prokázala svoji účinnost na všechny jádrové i přídatné příznaky PTSD v řadě kontrolovaných studií. Výsledky farmakologických studií však mívají svá omezení. Většinou byly provedeny s uží skupinou traumatizovaných, například válečných veteránů, lidí po autonehodě nebo znásilněných žen. Zobecnění na jiné populace je někdy zavádějící. Často se ukazuje, že během farmakoterapie odeznívají jen některé příznaky, zatímco jinými pacienti nadále

trpí. Snad ještě více než u jiných poruch je zde akcentována potřeba pacienta se kromě farmak léčit také psychoterapeuticky (24).

PTSD lze s úspěchem léčit řadou psychoterapeutických metod, ke kterým patří skupinová psychoterapie, individuální psychoanalyticky orientovaná psychoterapie a kognitivně – behaviorální terapie. K tradičním metodám patří také hypnosa, při které lze nasugerovat léčenému znovuprožívání traumatizující situace a umožnit mu tak racionálnější hodnocení traumatizujících zážitků v situaci, kdy se může cítit bezpečný. Na tom jsou založeny i další techniky používající vystavení (expozice) nemocného traumatizující situaci v realitě nebo v imaginaci. Opakovaná expozice má vést k postupné desensitizaci nemocného na situace asociované s původním psychotraumatem. Tyto techniky lze vhodně kombinovat s nácvikem relaxace při konfrontaci s podněty, které vedly k úzkosti (33).

Psychoterapeutické metody, jakkoli úspěšné, závisí na dobré erudici pracovníků, kteří ji jsou schopni poskytovat. Bývají časově náročné jak pro terapeuty, tak pro nemocné. Jejich uplatnění v praxi se proto uplatňuje jen v místech, kde jsou nemocným k dispozici specializovaná pracoviště. Lze toho litovat, protože jsou blízké tomu, co můžeme považovat za kauzální terapie, tedy terapie odstraňující příčinu potíží (33).

1.9 Stres a zaměstnanci záchranných služeb

Z teorie i praxe je zřejmé, že jistá míra zátěže a stresu k práci na záchranné službě nedílně patří. Opakované vystavení zátěžové situaci s následným zvládnutím této zátěže vede většinou postupně ke snížení náročnosti stresové reakce a stresové odpovědi a dochází tak k efektivnější adaptaci. Stresová reakce nezáleží ani tak na objektivní charakteristice stresoru, ale spíše na tom, jak byl stresor konkrétním jedincem vnímán a hodnocen především z hlediska jeho zvladatelnosti. V literatuře se rozlišuje od konce 60. let 20. stol. mezi pojmy eustres a distres

Pojem „eustres“ je vztahován k méně intenzivně vnímanému stresu, spojenému s navozováním pozitivně laděných emocí a vysokou svobodou volby situace, jež k nástupu stresu vedla. Jde o prožitek stresu, vedoucí k adaptaci a ke zlepšení výkonu, jenž je vlastně předpokladem aktivního života.

Naopak neřešitelný stres („distres“), spojovaný s negativně laděnými emocemi a nízkou svobodou volby výchozí situace vyžaduje množství energie, adaptační mechanismy selhávají a pokračující nezvládnání působícího stresoru či stresorů může působit až rozvrácení homeostázy organismu. Někdy může dojít k postupně se kumulujícímu stresu z různých oblastí života (rodina, práce, ekonomická situace, společenské problémy atd.), pak mluvíme o kumulativním stresu, který již také může být z hlediska jeho prožívání a zvládnání velmi náročný (27).

Pro práci na záchranné službě je na jedné straně charakteristická opakovaná expozice kritickým událostem, které u nepřivykého jedince mohou vyvolat akutní reakci na stres, na druhé straně mezi typické osobnostní charakteristiky záchranářů patří mimo jiné i vysoká odolnost vůči zátěži, ochota podstoupit vysoké riziko a orientace na činnost – tedy rysy, které ke zvládnutí vypjatých situací pozitivně přispívají (27).

Jen málo lidí si uvědomuje, že psychické trauma může být více devastující než trauma fyzické i když vyhlídky na uzdravení jsou dobré, zejména ve společnosti lidí podobně postižených (11).

Z jedné strany existují mýty o nezranitelnosti, drsnosti a odolnosti záchranářů („syndrom Johna Waynea“), na druhé straně jsou fakta o kumulativním stresu na organismus, studie, prokazující u mnoha záchranných profesí zvýšený výskyt psychických poruch a zvýšenou hladinu stresu vlivem dlouhodobé zátěže, vyplývající z vlastní povahy vykonávané práce:

Corneil v roce 1993 potvrdil přímou souvislost expozice traumatickým zážitkům se vznikem PTSD u městských hasičů v Torontu, u nichž byla prevalence této poruchy 16,2 % personálu (v běžné populaci je to 1,97 %, srovnatelný výskyt poruchy byl ve skupině vietnamských veteránů),

Ravenscroft v roce 1994 zkoumal personál londýnské záchranné služby – 97 % personálu udávalo jako největší problém stres, 52 % pracovníků mělo nějaké psychické problémy, spojené s vysokou hladinou stresu (neschopnost odpoutat se od pracovních problémů, úzkostné nebo depresivní ladění v práci, poruchy spánku, vysoký tlak, časté bolesti hlavy), 15 % překročilo práh vzniku PTSD.

Ursano a spol. zkoumali v roce 1999 identifikaci s mrtvými a postiženými (pocit „to jsem mohl být já, moji blízcí, moje rodina...“) jako jeden z možných mechanismů vedoucích ke vzniku PTSD. Studie byla provedena na 71 dobrovolnících, kteří pomáhali s identifikací těl po výbuchu námořní lodu Iova, tím byly vyloučeny ostatní možné příčiny vzniku poruchy (účastníci studie nebyli přímými svědky katastrofy ani neměli žádná poranění). Bylo prokázáno signifikantně vyšší riziko vývoje poruchy, zejména ve skupině, která pocítovala identifikaci s přítelem. Kromě charakteristických příznaků PTSD (vtíravé myšlenky, tendence k vyhýbání byl pozorován i vyšší výskyt obecných poruch (úzkost, deprese, hostilita) a zejména somatizace s vyšší spotřebou zdravotní péče. Kromě této studie bylo již dříve potvrzeno, že expozice násilné smrti a práce s mrtvými těly je jedním z nejzávažnějších stresorů. Ostatně i psovodi záchranných psů opakovaně a nezávisle na sobě popisují sklíčenost dokonce i u zvířat, byť k této práci cvičených, po opakovaných nálezích mrtvých těl.

Breslau a spol. (1999) zkoumali, zda dřívější expozice nějaké traumatizující události zvyšuje riziko vzniku PTSD po následném traumatu na reprezentativním vzorku 2181 dospělých osob. Osoby vystavené zátěži již v minulosti, měli podstatně vyšší riziko vzniku PTSD a to zejména pokud se stali oběťmi násilí – zde vliv zážitku přetrvával v čase beze změny a měl tendenci k chronicitě příznaků, zatímco u ostatních kategorií (zranění či jiný šokující zážitek, zranění či napadení blízké osoby, nečekaná smrt blízké osoby) se tento vliv o asi 8 % ročně zeslaboval. U dětí, vystavených v minulosti opakovanému násilí se pravděpodobnost výskytu posttraumatické stresové poruchy zvyšovala až 5x oproti dětem s normálním vývojem.

1.9.1 Psychologické reakce záchranářů

Literatura uvádí poměrně velké množství publikací s problematikou psychologických dopadů na oběti, avšak jen velmi málo autorů se zabývá reakcemi profesionálních záchranářů. Zdá se, že tito záchranáři jsou považováni za tak odolné jedince, kteří stálým tréninkem, činností při nehodách menšího rozsahu si zvykli na stres a mimořádnou událost neprožívají. Psychologické reakce záchranářů jsou však velmi různé a mohou mít krátkodobé stejně tak jako několikaměsíční, případně trvalé

následky. Podle diagnostického systému Americké psychiatrické asociace DSM – III lze následky hromadného neštěstí klasifikovat jako posttraumatickou stresovou poruchu, podle diagnostického systému International Classification of Mental and Behavioral Disorders of WHO ICD – 10, platného též u nás, se tento syndrom nazývá traumatická neuróza.

Klasifikace této neurózy má v podstatě 7 kategorií:

10. Emocionální důsledky (úzkost, deprese, zlost, podrážděnost, pocit viny, bezmocnosti a beznaděje): pod vlivem smrti druhých, destrukce a zkázy si postižení uvědomují vlastní smrtelnost, litují oběti, ale i sebe samé bojí se možné ztráty svých nejbližších, ke kterým jsou následně patologicky opatrní a starostliví.
11. Syndrom vyčerpání (burn – out): vyskytuje se zejména u zdravotnických pracovníků (lékaři, sestry, záchranáři). Je charakterizován pocitem úplného fyzického i psychického vyčerpání, depersonalizací, negativním postojem k sobě samému). Záchranář má najednou negativní postoj ke své profesi, ztrácí zájem a vztah k pacientům i spolupracovníkům. Někteří autoři tento syndrom nazývají velice přiléhavě jako syndrom vyhasnutí nebo vyhoření.
12. Kognitivní důsledky: projevují se zhoršením paměti, schopnosti koncentrace a nutkavými představami prožité katastrofy. Mohou se vyskytnout noční děsy.
13. Behaviorální důsledky: ztráta zájmu o společnost i vztahy k lidem, stejně tak jako nezájem o jakoukoli práci. Postižený má sklon k pití alkoholu, užívání drog, kouření.
14. Důsledky pro vztahy: po prožitém traumatu se u záchranářů projeví výrazné změny v životě, v pracovních, intimních, sexuálních vztazích. Může vzniknout patologická a nepodložená obava o své nejbližší, pacient se sám izoluje, není schopen těmto lidem vyjádřit své pocity.
15. Somatické důsledky: zvýšený počet běžných onemocnění, úrazů po katastrofě, poruchy spánku, jídelních návyků, snížená úroveň životní energie.
16. Změny motivace: profesionální záchranáři, kteří se zúčastnili mimořádné události, získali zkušenost, která je vedla k zásadnímu přehodnocení životních priorit. Náhle

Tento dokument byl zhotoven v Print2PDF.!

Po registraci Print2PDF se tato informace nebude zobrazovat.!

Produkt Print2PDF lze zakoupit na <http://www.software602.cz>

změní názor na smysl života, berou život jako mimořádně křehký a krátký, což vede ke změně způsobu života ve smyslu důrazu na materiální podstatu lidského bytí. Často je úplná ztráta jakékoli emoce.

Extrémní stres, který působí na záchranáře, například pohled na oběti při požárech a bezmocnost, nemožnost vyprostit je nebo zejména smrt blízkých a dobrých známých může úplně změnit osobnost a dát vznik akutní psychóze. Věk, pohlaví i osobnostní faktory a zkušenost mohou výrazně ovlivnit stupeň psychologické reakce. U mladších osob je riziko následků větší, ženy mají více symptomů, stejně jako rozvedení nebo svobodní. Zkušení pracovníci, kteří již „něco prožili“ reagují daleko méně podle výše uvedeného schématu. V každém případě však nelze opomenout ani pomoc obětem neštěstí, ale ani profesionálním záchranářům.

Činnost záchranářů není časově omezená. To, co je zdravotník schopen za normálních okolností provádět třeba 16 – 18 hodin, těchto extrémních situacích se cítí po 8 hodinách zcela vyčerpan. (Při povodních v roce 1997 bylo zaznamenáno úmrtí do té doby zcela zdravého hasiče na akutní infarkt myokardu). Posttraumatická stresová choroba je tedy velmi závažným syndromem a vyžaduje okamžitou léčbu u obou skupin zúčastněných (30).

1.9.2 Psychologická morbidita v souvislosti s prací na záchranné službě

Práce na záchranné službě je jak samotnými pracovníky, tak veřejností vnímána jako náročná a stresující. Je charakterizována mj. opakovanými expozicemi kritickým událostem, které u nepřivyklého jedince mohou vyústit v psychologickou morbiditu v souvislosti se zaměstnáním (rozvoj akutní stresové reakce nebo dokonce posttraumatické stresové poruchy), a zaměstnanci jsou vystaveni též řadě chronických stresorů.

Většina z dosud publikovaných studií je zaměřena na dopady působení stresu v podobě kritických, ale řídkých událostí (letecké nebo námořní nehody, zemětřesení) a zkoumá se jejich vliv na rozvoj posttraumatické stresové poruchy. Na pracovníky však působí i jiné druhy kritických událostí, se kterými se během profesní kariéry

setkávají častěji. Mezi kritickými událostmi typickými pro zdravotnické záchranné služby bývají například uváděny: smrt kolegy během výkonu služby, vážné zranění během výkonu služby (vlastní nebo kolegy), sebevražda kolegy, traumatická smrt dítěte nebo těžké poranění dítěte, ošetřování kritického popáleninového traumatu, události s velkým zájmem médií (21).

Nepřirozenost smrti, tedy smrt náhodná, nepředvídatelná, nebo dokonce hromadná oproti smrti přirozené, s jistou lidskou důstojností, má závažnější dopady na psychiku pracovníků, kteří se s ní setkávají. Už sama práce s pozůstatky obětí a identifikace se zemřelými je jedním z možných mechanismů vzniku PTSD (33).

Nizozemská longitudinální studie zkoumající expozici akutnímu i chronickému stresu zjišťovala zdravotní dopady (výskyt posttraumatické stresové poruchy, syndromu vyhoření a chronické únavy, která si vynutí až pracovní neschopnost). Většina ze 123 záchranářů, účastníci se studie, byla v posledních 5 letech vystavena působení akutního stresu a ještě ve větší míře chronickým pracovním stresorům, ve srovnání s kontrolní skupinou z jiných odvětví zdravotnictví. Z chronických stresorů byly jako nejzávažnější shledány nedostatek sociální podpory a sociálních vazeb v práci, jak v horizontální tak vertikální úrovni a nedostatečná informovanost a selhávající komunikace v organizaci. 12 % zaměstnanců mělo klinické příznaky posttraumatické stresové poruchy, 10 % vykazovalo chronickou únavu vynucující si až pracovní neschopnost a 8,6 % příznaky syndromu vyhoření, nejvyšší skóre byl nalezen v této studii v položce depersonalizace. Za nejvíce stresující označili respondenti traumatickou smrt dětí, na druhém místě jmenovali konfrontaci s lidmi s pocitem zoufalství a beznaděje a na třetím místě konfrontaci se sexuálně zneužitými dětmi (20).

Charakter práce na záchranné službě obsahuje také mnohé prvky, které zaměstnance ohrožují rizikem vzniku a rozvoje syndromu vyhoření – vysoká zodpovědnost, vysoké nároky na schopnost rozhodování, minimální autonomie pracovního procesu, nutnost potlačení emocí v zájmu zvládnutí pracovních povinností na místě zásahu, u některých zaměstnanců, podle lokálních podmínek, vysoký podíl přesčasové práce. Část pracovní doby je čekáním na práci, které je samo o sobě stresorem a zvyšuje svalové napětí (12).

Rozložení výkonu práce během pracovní doby je nerovnoměrné, mezi profesemi jsou rozdíly nejen v charakteru práce, ale zejména v zodpovědnosti. Lékaři zodpovídají za pacienta, za zvolená léčebná opatření, u samostatných posádek RZP (rychlá zdravotnická pomoc, tedy tým bez lékaře) pak tato zodpovědnost, když v užším spektru povolených výkonů, přechází na střední zdravotnické pracovníky. Řidiči se podílejí na zdravotní péči podle pokynů lékaře nebo středního zdravotnického pracovníka, ale mají zásadní nedělitelnou zodpovědnost za bezpečnou a přitom rychlou dopravu týmu ZZS na místo zásahu a pak za bezpečný transport do zdravotnického zařízení.

Týmový charakter činnosti může být přínosný při adekvátním rozdělení rolí a kompetencí, ale v nefungujícím týmu může péči o pacienta zhoršit (6).

K práci ve výjezdových týmech jsou nutné i základní fyzické předpoklady a kondice, na druhé straně může zde případné spuštění poplachové kaskády mít fyziologický ventil ve fyzické činnosti. Vysoká expozice dlouhodobě působícím stresorům, které vyplývají z charakteru práce, zejména práce pod časovým tlakem v život ohrožujících situacích a nezbytná práce na směny, přispívá sama o sobě k celkovému distresu a k rozvoji příznaků poruch psychického nebo fyzického zdraví. Práce ve směnách negativně ovlivňuje pracovní výkon, spánkový vzorec, ale i sociální a rodinný život (20).

Kromě setkání s vyhrocenými situacemi a nezbytnou prací na směny v nepřetržitém provozu musí záchranáři na rozdíl od jiných zdravotníků pracovat i v nepříznivých klimatických podmínkách, bývají stále častěji vystaveni hostilnímu jednání až agresí ze strany pacientů nebo jejich okolí (21). Trvalá konfrontace s lidmi nemocnými, zraněnými, nebo s lidmi v krizových situacích vede ke spoluprožívání a spolucítění s postiženými, ale zároveň u personálu vyvolává uvědomění si vlastní zranitelnosti.

Resuscitace je vědomým pokusem zachránit život pacienta, ale dá se pojmout jako nevědomá snaha potlačit myšlenku na vlastní smrt. Pro pracovníky v oblasti urgentní medicíny je nezbytné vypořádat se s fenoménem smrti, neboť kromě intenzivní medicíny není žádné jiné medicínské odvětví tak úzce specializováno na

odvrácení smrti (2). Jednoduché není ani řešení dilemat při třídění (triase) při hromadném výskytu postižených, i když samo třídění je odborným medicínským výkonem lege artis a celkově vede k optimalizaci poskytované péče a snížení mortality, nicméně konkrétní případy jsou jistě zdrojem emočních reakcí a možných následných etických pochyb (17). Třídění není jen doménou velkých katastrof a hromadných neštěstí. Už při závažných dopravních nehodách bývá zpravidla více než jeden zraněný.

1.9.3 Typická osobnost záchranáře

Osobnost je individuálně typický, integrovaný systém určující způsob vnímání, prožívání, uvažování i chování daného jedince (32).

Nároky na pracovníky při výkonu povolání záchranáře jsou vysoké, včetně zodpovědnosti a nutnosti rozhodování. Nezbytná je i psychologická a komunikační výbava a schopnost empatie – pracovníci musí umět jednat s pacienty a jejich blízkými ve vyhrocených situacích. Je vysoká expozice kritickým událostem, stejně tak je vysoké riziko vlastního ohrožení. Při mnoha výjezdech musí záchranář v zájmu zvládnutí vlastních pracovních povinností potlačit vlastní emoce, případně je přesunout na pozdější dobu – to bývá u hromadných dopravních nehod, při ošetřování závažných život ohrožujících stavů zejména u dětí a mladých lidí, při veškerých mimořádných událostech. Všechny kategorie pracovníků záchranných služeb mívají pocit nedostatečného ohodnocení ze strany společnosti (to se netýká pouze finančního ohodnocení, ale celkových postojů veřejnosti a společenského uznání) (3).

Zdravotníci obecně a záchranáři zvláště, mají při přiznání vlastních emocí v souvislosti s prací pocit profesního selhání, a proto se vyhýbají odborné pomoci, obávají se profesní stigmatizace, stydí se sami o pomoc požádat. Někdy používají kontraproduktivní postupy pro zvládnání stresu.

Tomuto vyhýbání se odborné pomoci ještě nahrává v anglosaské literatuře popisovaný „syndrom Johna Wayne“, tedy obecná představa o záchranářích jako o nezranitelných, stále akceschopných osobách bez emocí, zato vybavených železnými nervy, neustále bravurně řešících kritické situace (28).

1.9.3.1 Osobnostní charakteristiky záchranáře

Orientace na detail, pečlivost, až obsedantně kompulzivní rysy

Potřeba řídit

Ochota podstoupit vysoké riziko

Vysoká potřeba stimulace

Vysoká potřeba okamžitého ocenění

Vysoká odolnost vůči zátěži

Orientace na činnost

Obtížně umí říkat „ne“

Vnitřní motivace (16).

1.9.4 Rizikové faktory

Práce vyžadující kontakt s lidmi, nutnost čelit chronickému stresu, vysoké požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti, soutěživost až hostilita, perfekcionismus, odpovědnost, neschopnost relaxace, práce pod časovým tlakem, nastavení na fyzickou aktivitu ve stresu a zvýšená reaktivita zejména kardiovaskulárního aparátu, depresivní ladění, úzkostné osobnostní rysy, přesvědčení o neadekvátním společenském a ekonomickém hodnocení práce (10).

1.9.5 Protektivní faktory

Asertivita, schopnost relaxace, adekvátní time – management, pestrost a proměnlivost práce, psychická odolnost, sebedůvěra, sociální podpora, nejen z rodiny, ale i ze strany spolupracovníků ve stejném služebním postavení („peer“ úroveň), pocit osobní pohody (10).

Při srovnání s rizikovými faktory rozvoje PTSD nacházíme velkou shodu jak v charakteru samotné práce, tak charakteristických osobnostních rysů záchranářů. Z toho je zjevné, že pracovníci záchranných služeb jsou vznikem těchto poruch ohroženi ve vysoké míře, zejména v kombinaci s chronickým stresem profese samotné a s častou expozicí kritickým událostem. Záchranáři bývají označováni za skryté oběti katastrof. Mezi postižené mimořádnou událostí nebo katastrofou se řadí: Přímé

Tento dokument byl zhotoven v Print2PDF.!

Po registraci Print2PDF se tato informace nebude zobrazovat.!

Produkt Print2PDF lze zakoupit na <http://www.software602.cz>

přeživší oběti, záchranáři zasahující na místě, přihlízející a svědkové, členové rodin postižených, ale i záchranářů. Všechny tyto kategorie by měly mít k dispozici specifické intervenční psychologické programy (16).

1.10 CISM – Critical Incident Stres Management

V České republice jsou preventivní a intervenční programy zavedeny, byť nikoli ze zákona, ve složkách ministerstva vnitra, ve kterých se systém posttraumatické intervenční péče dynamicky rozvíjí od roku 1998. Nejprve zde vznikly odborné týmy pro poskytování posttraumatické intervence policistům a se vznikem psychologické služby v Hasičském záchranném sboru ČR byl systém přenesen také do této oblasti. Systém v současné době tvoří kolem 120 speciálně vyškolených profesionálů (zejména psychologů, ale i policistů, hasičů a duchovních), kteří jsou specializováni v metodách Critical Incident Stres Management (CISM) a v krizové intervenci. Týmy mohou působit nezávisle a decentralizovaně – na bázi regionu nebo v kooperaci s dalšími týmy – v situaci lokálních krizí a neštěstí (34).

Záchranná služba jako jediná ze složek integrovaného záchranného systému však zatím žádný z podobných programů zavedený nemá.

1.10.1 Historie CISM

Techniky podobné dnešnímu pojetí CISM a problematika psychologické zátěže se objevuje již v souvislosti s 1. světovou válkou. Termíny pro psychologické reakce byly následující: bojová stresová reakce, šok z bombardování, šok z ostřelování. V té době byly používány individuální intervence s psychiatrem, jejichž cílem bylo vrátit vojáky zpět do bojové linie. To se podařilo u 65 % těch, kterým byla psychiatrická pomoc poskytnuta okamžitě po objevení příznaků, ale jenom u 40 % vojáků, u kterých byla tato forma pomoci poskytnuta s odkladem (16).

Během 2. světové války se setkáváme s pojmy jako: válečná neuróza, bojové vyčerpání, bitevní únava. V té době se přešlo od individuálních pohovorů ke skupinovým intervencím. Dr. Marschall užíval techniku debriefingu, velmi podobnou pozdějšímu Mitchellovu modelu, který je standardem dnešní péče. Marshallovy

debriefingy se používaly i během války v Koreji v 50. letech 20. století a ve Vietnamu v letech 60. Z období Libanonské války v roce 1982 pochází první významný projekt, který poukázal na význam debriefingu. První zmínka o Mitchellově modelu v odborné literatuře je z roku 1983 (16).

CISM se dá popsat nebo vyjádřit jako strukturované setkání, proces, podpora a diskuze, není to naopak terapie ani psychoterapie, i když používá některé techniky z této oblasti, není to ani psychologické poradenství nebo léčba. Pokud se v průběhu sezení objeví u někoho potřeba další hlubší psychologické péče, je mu doporučen individuální postup.

Debriefing jako jedna z technik CISM je relativně krátká, praktická intervence, zaměřená na omezení působení stresu. Má stabilizovat situaci a hlavně mobilizovat vlastní zdroje tak, aby pracovník byl schopen co nejdříve normálně fungovat. Podstatné je uvědomit si, že na sezení podobného typu nepřicházejí klienti psychologických poraden s nějakou definovatelnou psychopatologickou diagnózou, ale profesionálové, byť po určitém stresovém zásahu. Také proto je zdůrazněna potřeba úvodu, kde vedoucí debriefingu vysvětlí důvod a možný přínos, poděkuje za účast a zejména zdůrazní naprostou rovnost co se týče funkční hierarchie.

Velmi důležitá je v debriefingu funkce peerů, tedy pracovníků stejných nebo podobných profesí (z jiného pracoviště), kteří mají zejména podporovat působení odborníků na duševní zdraví a normalizovat reakce. Peerové zvyšují věrohodnost na základě vlastních podobných zážitků ze svého profesního života. Peer nutně nemusí být podobné profese, je možné, aby se debriefingu hasičů zúčastnila jako peer sestra ze záchranné služby. Podstatná je zkušenost s podobnými typy zásahů, kritických situací a výcvik CISM.

1.10.2 Fáze debriefingu

Úvod – je nesmírně důležitý a musí vždy obsahovat všechny základní informace, trvá 5 minut, vedoucí představí tým, vysvětlí účel setkání, zdůrazní, že nejde o vyšetřování, ale o diskuzi o zážitcích a reakcích, zdůrazní se naprostá důvěrnost

sděleného a rovnost všech účastníků (není nadřizenost nebo podřizenost ve smyslu organizační hierarchie), vysvětlí se co se bude dělat a jak to bude probíhat.

Fáze faktů (kognitivní úroveň zpracování) – v této fázi jsou postupně všichni účastníci tázáni přímo. První ze dvou přímých dotazů se týká jména a průběhu události.

Fáze myšlenek (přechodová fáze z kognitivní do emocionální úrovně) – druhý přímý dotaz: co bylo vaší první myšlenkou poté, co jste přestali jednat automaticky?

Reakční fáze (emocionální úroveň) – dotaz (již volně) – co bylo pro vás na celé události nejhorší?

Fáze symptomů (opět přechodová fáze opačným směrem, od emocionální roviny do kognitivní) – shrnují se konkrétní stresové symptomy, jejich rozdělení, vysvětlení a informování.

Fáze učení (návrat na kognitivní úroveň) – zabývá se hlavními projevy stresu a učí způsoby, jak se s nimi vypořádat, při využití základních technik zvládnutí stresu.

Návrat – ukončení debriefingu, zodpovězení případných dotazů, pozvánka k občerstvení a nabídka možné další individuální konzultace, pokud někdo tuto potřebu cítí.

Kratší verzí je defusing, který se odehrává bezprostředně po události (debriefing s latencí 24 hodin až do týdne po události), jde v podstatě o zkrácenou verzi, kdy po úvodu, který je prakticky totožný jako u debriefingu, následuje fáze průzkumu, tedy kombinace výše zmíněné fáze faktů, myšlenek, reakcí a symptomů. Závěrečná fáze informací zahrnuje fázi učení a závěru. V debatě se účastníci vyjadřují pouze k bezprostřednímu nadcházejícímu období. Tedy co budou dělat toho dne večer (a nikoli například, jak se dlouhodobě vyrovnají se ztrátou kolegy) (29).

Ještě úspornější verzí je demobilizace, jejíž cílem je vypnutí vnitřního automatického pilota pracovníků na konci směny během zásahů u rozsáhlých dlouhodobějších katastrof. Odcházející směna pracovníků se shromáždí, dostane se jim krátké, zhruba desetiminutové informace a následuje asi dvacetiminutový odpočinek a relaxace (34).

Mezi prostředky CISM patří i podpora na místě události. Krátká, praktická a určená jen k omezení působení stresu. Jejím cílem jsou například pracovníci s jasnými

Tento dokument byl zhotoven v Print2PDF.!

Po registraci Print2PDF se tato informace nebude zobrazovat.!

Produkt Print2PDF lze zakoupit na <http://www.software602.cz>

známkami stresu, vedoucí zásahu, ale i stresovaní přihlížející nebo členové rodiny postižených – v tomto případě se vlastně stávají účastníky události. Tuto podporu poskytují dobrovolníci pracující přímo na místě katastrofy, kteří aktivně vyhledávají pracovníky s některým z příznaků (například bezcílné bloudění, bezdůvodné výbuchy hněvu, ztráta emocionální kontroly, pláč, strnulý pohled, neobvyklé, nepatřičné chování, známky fyziologických stresových reakcí).

Důležité jsou také následné služby. Setkáním se skupinou o týden až měsíc později, případně telefonickými hovory, individuálními konzultacemi nebo předáním některých účastníků do terapie tam, kde je to potřeba. Může sem patřit i práce s podpůrnými skupinami členů rodiny.

Mezi techniky CISM patří i příprava před krizí – přednášky s cílem připravit pracovníky na působení stresu a jak ho zvládnout, ale i školení managementu o zásadách organizace a přístupu, které mohou působení stresu výrazně redukovat (34).

1.10.3 Problematika v oblasti výzkumu CISM

Výzkum v oblasti účinnosti technik CISM má mnohá omezení, jak obecná, tak problémy, vyplývající z metodologie studií. Mezi hlavní obecná omezení patří nemožnost „naplánovat“ výskyt katastrof a ostatních kritických událostí, obtížné zajištění randomizace, tedy náhodného výběru osob, které se podrobí intervenci a na druhé straně které budou zařazeny do kontrolní skupiny. Mezi metodologickými problémy některých skupin lze uvést zejména nepřiměřenou velikost skupiny, není přesně definován model debriefingu, není specifikována kvalifikace a typ výcviku osob, které provádějí intervenci, nejsou používány standardizované metody měření výsledků (15).

Významnou složkou posttraumatické stresové poruchy je i prožitek úzkosti a depresivní ladění. Pokud není intervence cíleně zaměřena i na tyto projevy, mohou být intervenční programy méně účinné.

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Zjistit četnost výskytu PTSD u zaměstnanců záchranných služeb, informovanost, prevenci a případnou léčbu příznaků této poruchy.

2.2 Hypotézy

H1: Zdravotníci záchranáři nedisponují informacemi o problematice možnosti rozvoje PTSD v souvislosti s výkonem své profese.

H2: Počet odpracovaných let nemá vliv na prožívání stresujících zážitků u zdravotnických záchranářů.

H3: Počet odpracovaných let nemá vliv na eventuální přítomnost příznaků PTSD u zdravotnických záchranářů.

3. Metodika výzkumu

3.1 Metodika práce

Pro bakalářskou práci byl zvolen kvantitativní výzkum metodou dotazování. Dotazník byl jednotný pro všechny záchranáře na všech pracovištích. Dotazníky byly rozdány respondentům během prvních dvou týdnů února 2008. Následný sběr vyplněných dotazníků probíhal koncem února a v březnu 2008. Vyhodnocení a zpracování výsledných dat v dubnu 2008. Účast ve studii byla dobrovolná a pro zařazení respondenta do studie neměl vliv počet odpracovaných let. Léta strávená výkonem povolání záchranáře jsou totiž jedním z hlavních kritérií k ověřování hypotéz 2 a 3. Respondenti byli v závislosti na délce praxe na ZZS zařazeni celkem do 5 skupin. Do 3 let výkonu povolání záchranáře, 4-6 let, 7-11 let, 11-15 let a nakonec služebně nejstarší sloužící 15 a více let. Jednotlivé kategorie byly vytvořené jednak kvůli rovnoměrnému zastoupení v jednotlivých skupinách a jednak kvůli zachování anonymity.

Podmínkou k zařazení dotazníku do studie byl souhlas respondenta. Dotazník byl zcela anonymní a o striktní dodržení anonymity byli ještě požádáni i příslušní úsekoví vedoucí. Během rozdávání i sběru dotazníků nedošlo k žádnému incidentu ani stížnosti ze strany zaměstnanců ZS. Dotazník obsahoval 24 otázek uzavřených a 3 otázky polootevřené s možností jedné odpovědi, nebo dopsání vlastního názoru, aby se respondenti necítili předem svazováni předem danými možnostmi.

Otázky se týkaly demografických údajů, délky praxe na záchranné službě, nejvyššího dosaženého vzdělání a míry expozice rizikovým faktorům pro vznik posttraumatické stresové poruchy. Několik otázek se zabývalo povědomím záchranářů o PTSD a CISM a také několik dotazů ohledně nejvíce stresujících a protektivních faktorů práce záchranáře. Jeden dotaz se pak týkal pozitivních aspektů práce na záchranné službě. Každý dotazník byl vložen do vlastní obálky a po vyplnění zalepen, aby nedošlo k porušení anonymity. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků. Během února a března se jich vrátilo 112, což je 75%. Dalších 18 (12%) dotazníků bylo však ještě nutné vyřadit

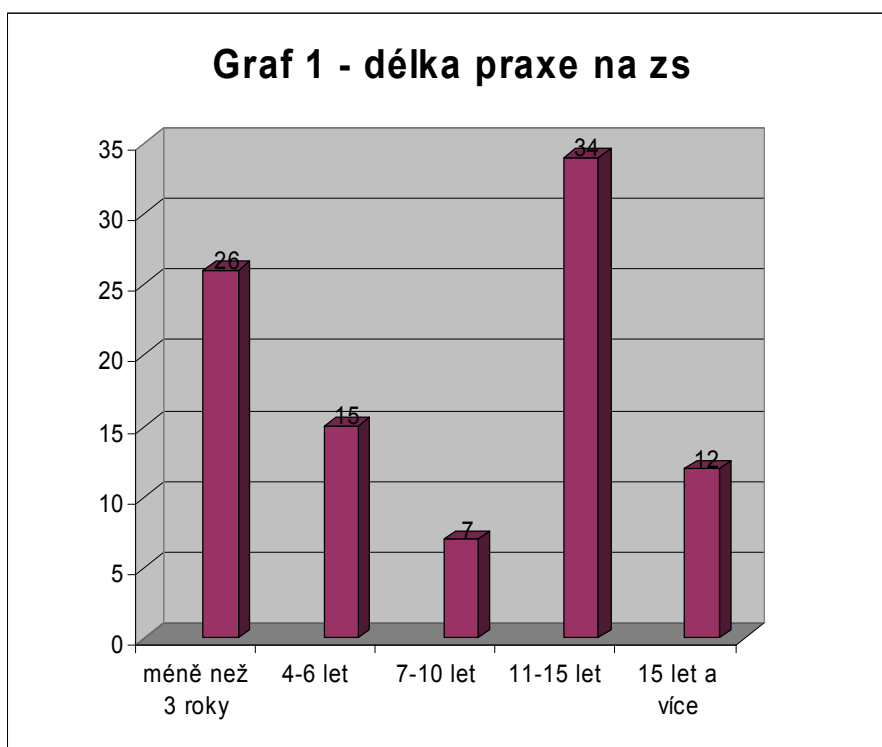
především kvůli nekompletnímu vyplnění. K samotnému výzkumu bylo nakonec použito 94 dotazníků (63%)

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili profesionální záchranáři střediska územní záchranné služby Jihočeského kraje (České Budějovice, Tábor, Strakonice, Třeboň, Prachatice, Kaplice, Český Krumlov, Týn nad Vltavou, Trhové Sviny) a letecké záchranné služby Jihočeského kraje. Aby se ve výsledcích studie negativně neprojevila případná specifika a zvláštnosti výkonu profese zdravotnického záchranáře pouze v Jižních Čechách, zahrnul jsem do výzkumného souboru i střední zdravotnický personál z letecké záchranné služby Západočeského kraje (15 dotazníků) a záchranné služby Telč (9 dotazníků).

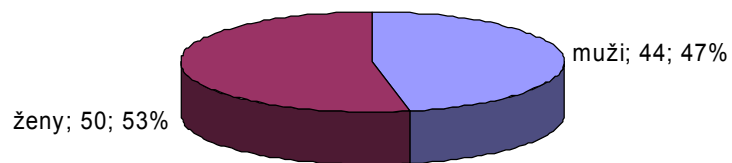
Do studie nebyli zapojeni lékaři, dispečeři ani řidiči ZS a piloti LZS. Minimální pracovní úvazek 0,5 a výše aby se vůbec dalo uvažovat o působení stresu v souvislosti se zaměstnáním.. Soubor 94 respondentů je z hlediska zpracování dat dostatečný. Výsledná data se výrazně liší v závislosti na pracovišti. To se týká především informovanosti respondentů o výskytu PTSD a o možnostech psychologických intervenčních programů. To ukazuje na rozdílný přístup k zaměstnancům v rámci jednotlivých organizací a také na různou úroveň informovanosti. Tato skutečnost však nebyla cílem této studie.

4.Výsledky

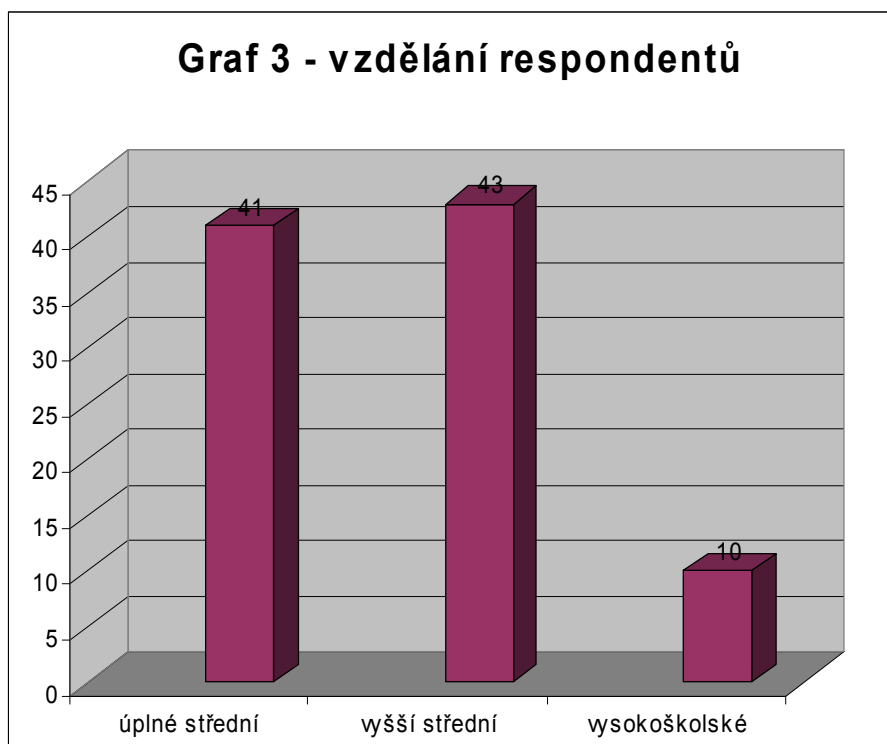


Graf 1 ukazuje délku praxe jednotlivých respondentů. Méně než 3 roky pracuje na záchranné službě 26 dotázaných. Praxi mezi 4–6 lety udává 15 respondentů, 7–10 let působí jako záchranáři 7 respondentů, což je nejmenší vzorek. Naopak největší zastoupení ve studii (34) mají záchranáři s délkou praxe od 11 do 15 let. 15 a více let uvedlo v dotazníku 12 respondentů.

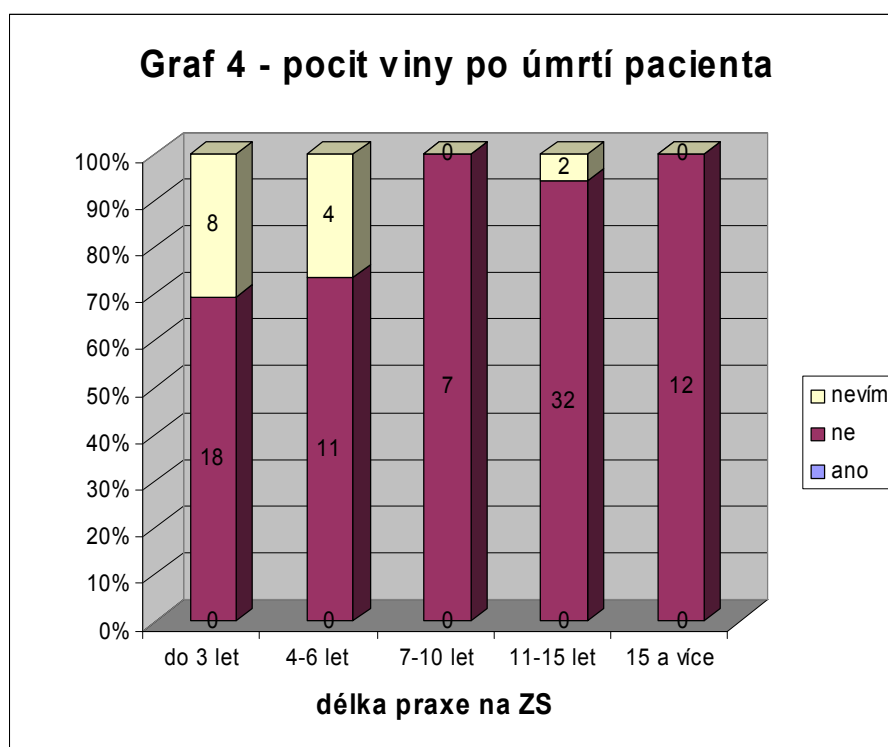
Graf 2 - pohlaví respondentů



Na grafu 2 vidíme mírnou převahu žen (53%) nad muži (47%).

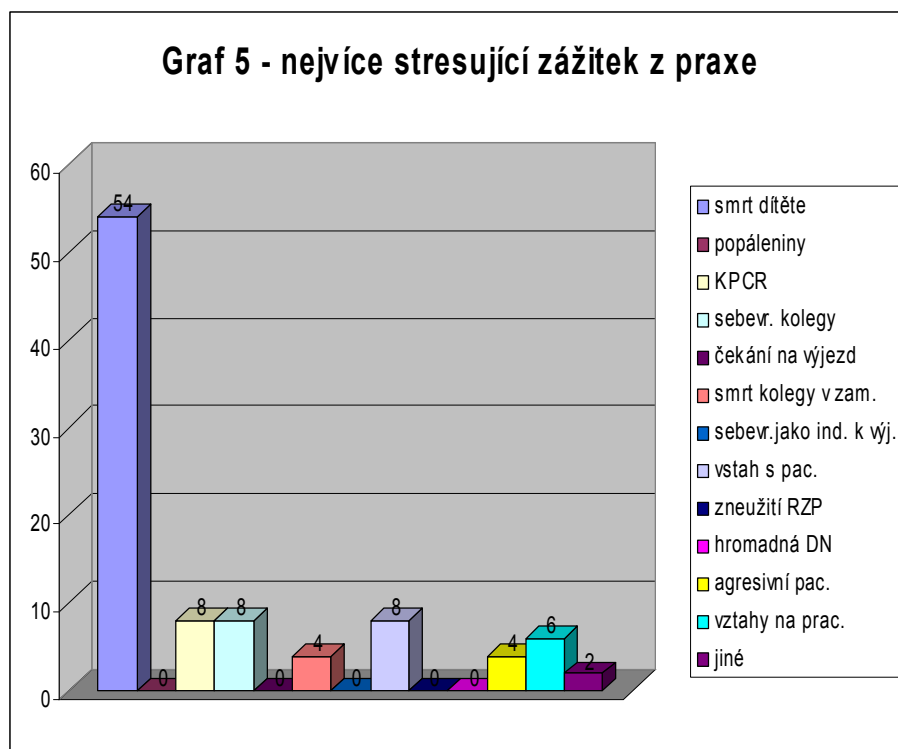


Na grafu 3 je znázorněno vzdělání záchranářů. Zatímco počet respondentů se vzděláním vyšším středním (43) již předstihl počet záchranářů se vzděláním úplným středním (41), počet vysokoškolsky vzdělaných respondentů je stále výrazně nižší (10).

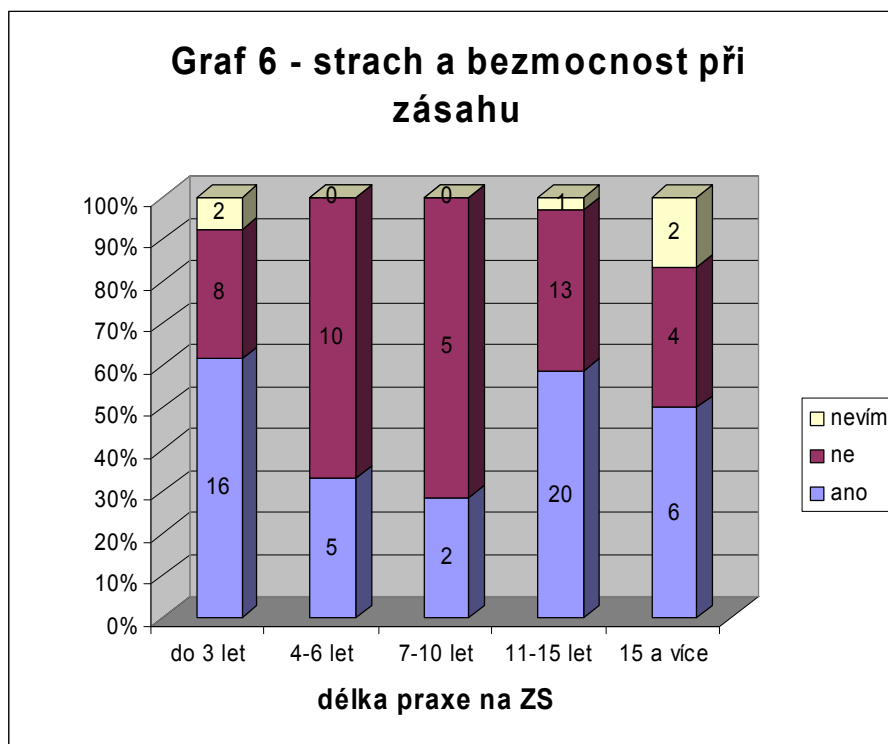


Graf 4 je vyjádřením pocitu viny po úmrtí pacienta v závislosti na délce praxe jednotlivých respondentů. Z celého výzkumného si vinu nepřipouští ani jediný respondent. Ve skupině do 3 let 18 vinu nepocítuje a 8 si není jisto. 4–6 let 11 respondentů vinu necítí a 4 neví. 7-10 let jednoznačně ne. 11-15 let 32 ne a pouze 2 neví. Služebně nejstarší mají zcela jasno: 12x ne.

..

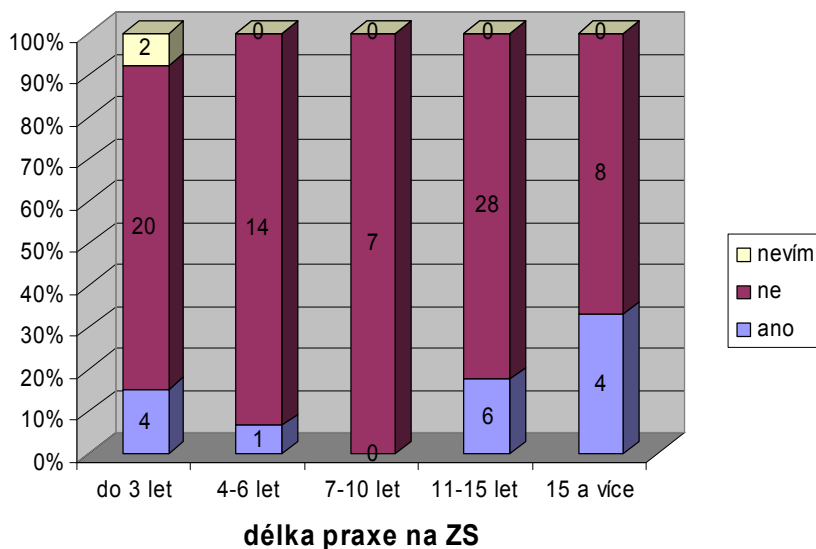


Na grafu 5 můžeme vidět, že nejvíce stresující zážitek z praxe je u 54 respondentů (51%) podle očekávání smrt dítěte. Naopak je zřejmé, že popáleninové trauma, čekání na výjezd, sebevražda jako indikace k výjezdu, zneužití RZP ani hromadná DN nepředstavují pro nikoho z dotázaných hlavní stresor. KPCR, sebevražda kolegy a blízký vztah s pacientem je nejvíce stresující zážitek pro 8 dotázaných. Vztahy na pracovišti uvádí jako hlavní stresor 6 dotazníků. Po 4 respondentech uvedlo jako hlavní stresor smrt nebo zranění kolegy při výkonu služby a 2 respondenti si žádnou z navrhovaných odpovědí nevybrali.



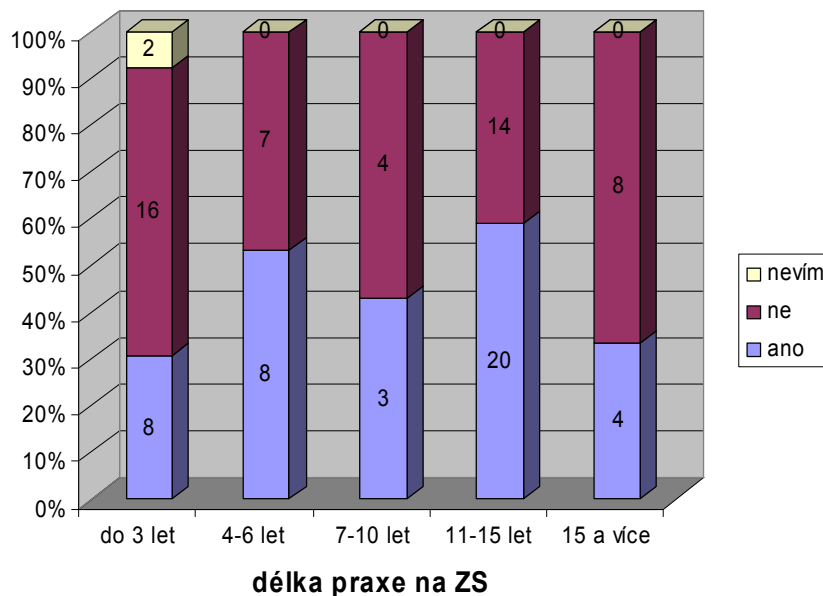
Graf 6 znázorňuje pocit strachu a bezmocnosti během zásahu v závislosti na délce praxe. Zaměstnanci s kratší praxí než 3 roky uvádějí strach a bezmocnost v 16 případech, 8 respondentů tento pocit nezná a ve 2 případech si nejsou jisti. V kategorii 4-6 let zná tento pocit 5 respondentů, zatímco 10 ne. 7-10 let mají někdy pocit strachu a bezmocnosti při zásahu 2 dotázaní, zatímco 5 ho nemívá.. Skupina 11-15 let má 20 kladných odpovědí, 13 respondentů strach a bezmocnost neprožívá a 1 neví. 15 let a více 6 respondentů zná tento pocit, 4 ne a 2 si nejsou jisti.

Graf 7 - vtíravé myšlenky a obrazy ze zásahu

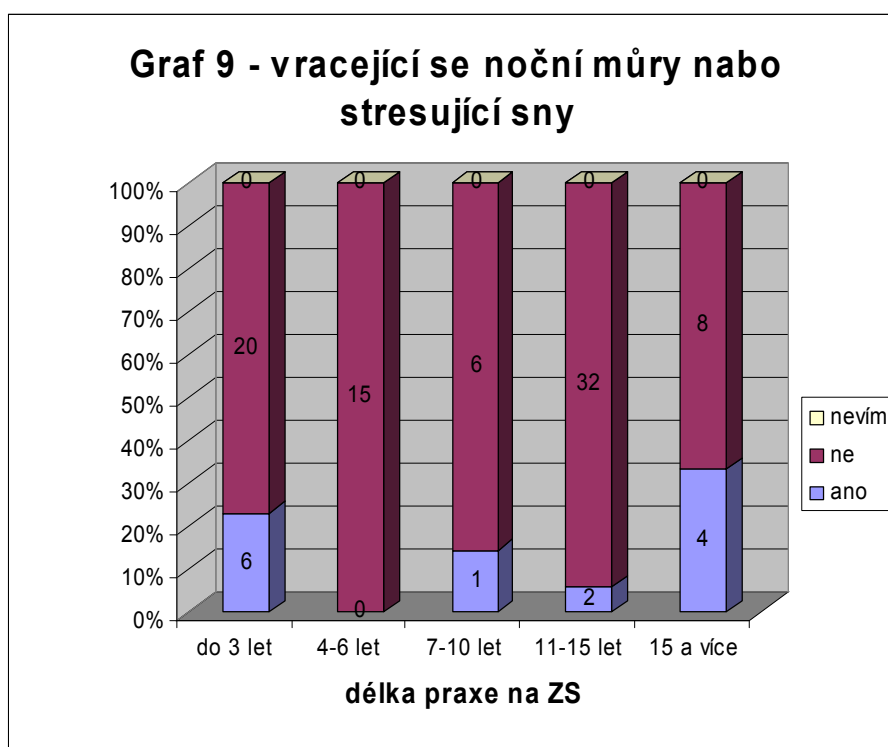


Na grafu 7 je znázorněn rozdílný výskyt vtíravých myšlenek a obrazů ze zásahu vzhledem k počtu odpracovaných let. U skupiny respondentů do 3 let přiznávají 4 dotázaní výskyt těchto myšlenek, 20 jej popírají, 2 si nejsou jisti. U kategorie 4-6 let má 1 respondent vtíravé myšlenky a obrazy ze zásahu, 14 nemá. Jednoznačně vyznívá situace ve skupině 7-10 let. Vtíravé myšlenky se nevyskytují u nikoho. 4 respondenti ze služebně nejstarších odpovídají ano, 8 ne.

Graf 8 - pocit znovuprožívání zásahu

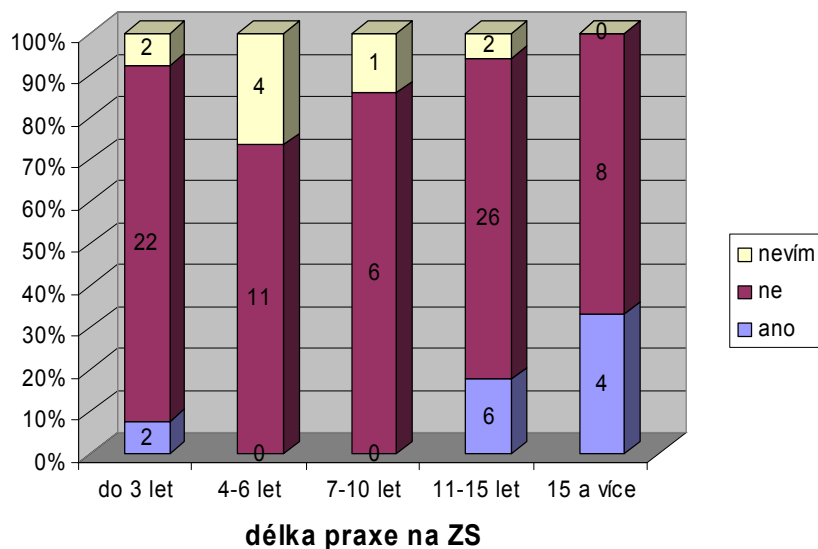


Pocit znovuprožívání zásahu v souvislosti s délkou praxe ukazuje graf 8. Ve skupině do 3 let zná tento pocit 8 respondentů, 16 ne, 2 neví. Kategorie 4-6 let je rozdělena téměř na polovinu 8x ano, 7x ne. Z kategorie 7-10 let uvádí přítomnost tohoto pocitu 3 respondenti, 4 ho nemívají. 11-15 let: 20x ano, 14x ne. V kategorii 15 let a více přiznávají znovuprožívání zásahu 4 dotázaní, 8 tento pocit popírá.



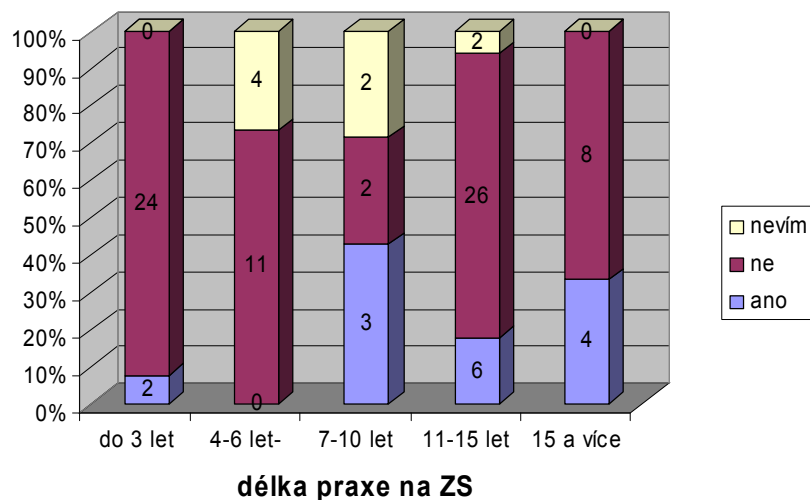
Graf 9 zjišťuje četnost vracejících se nočních můr nebo stresujících snů. Do 3 let praxe mívá takové sny 6 respondentů, 20 ne. U skupiny 4-6 let nemá takovou zkušenost nikdo, ve skupině 7-10 let pouze 1 respondent. V kategorii 11-15 let přiznávají noční můry a stresující sny 2 respondenti, ale 32 ne. Ve skupině služebně nejstarších mají takové sny 4 respondenti, zatímco 8 ne.

Graf 10 - pocit stresu u připomínky stresujícího zážitku



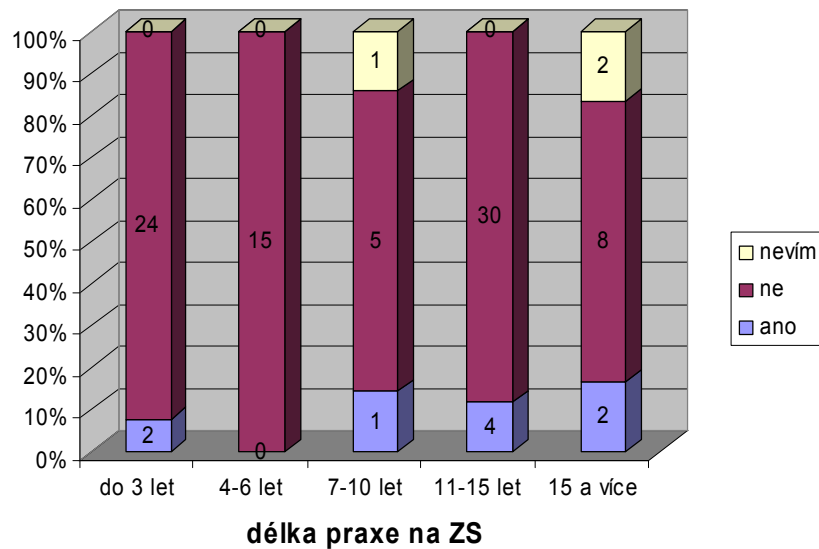
Graf 10 naznačuje pocit intenzivního stresu když někdo nebo něco připomene traumatizující zážitek. Ze skupiny služebně nejmladších přiznávají takový pocit 2 respondenti, 22 ho odmítá, 2 neví. Z kategorie 4-6 let nezná tento pocit nikdo, pouze 4 dotázaní neví. Skupina 7-10 let jednoznačně ne, 1 neví. V kategorii 11-15 let 6x ano, 26x ne a 2 dotázaní si nejsou jisti. Z kategorie 15 let a více 4 respondenti mají pocit stresu při připomínce traumatizujícího zážitku, 8 respondentů tento pocit nekuje.

Graf 11 - vyhýbání se myšlenkám, pocitům, nebo konverzaci o traumatizujícím zážitku

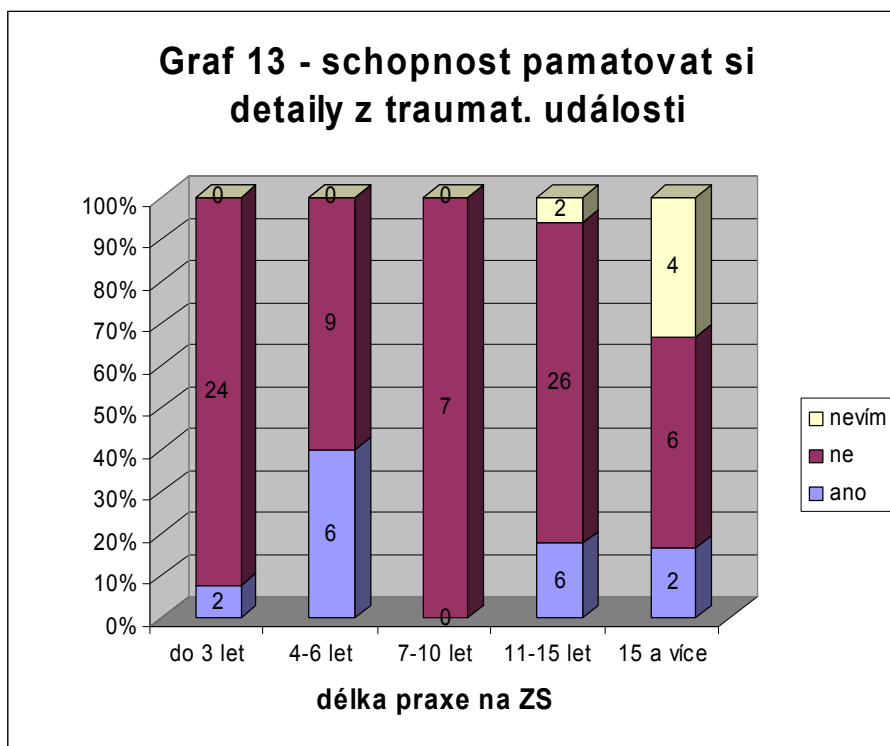


Jestli se záchranáři snaží vyhýbat myšlenkám, pocitům nebo konverzaci o traumatizujícím zážitku ukazuje graf 11. Ve skupině do 3 let odpovídají pozitivně 2 dotázaní, 24 tento problém nemívají. V kategorii 4-6 let se těmto myšlenkám nevyhýbá 11 respondentů, 4 neví. V kategorii 4-6 let přiznávají 3 respondenti vyhýbání se takovým myšlenkám, 2 ne a 2 nemají jasno. Ve věkové skupině 11-15 let je výsledek dotazování 6x ano, 26x ne, 2x nevím. U služebně nejstarších se takovým myšlenkám vyhýbají 4 dotázaní a 8 ne.

Graf 12 - vyhýbání se aktivitám, lidem a místům spojených s traum. zážitkem

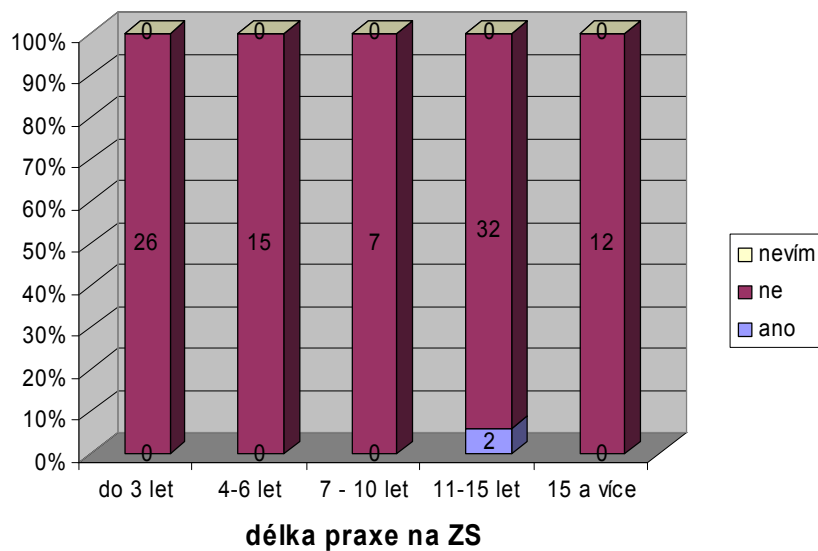


Graf 12 vyjadřuje kolik respondentů se snaží vyhýbat aktivitám, lidem a místům spojených s traumatizujícím zážitkem. Ve skupině služebně nejmladších jsou to pouze 2 dotázaní, 24 ne. V kategorii 4-6 let se takové vyhýbání vůbec nevyskytuje. Ve skupině respondentů s praxí na ZS 7-10 let se 1 těmto aktivitám vyhýbá, 5 dotázaných ne a 1 nemá jasno. Ve skupině 11-15 let přiznávají tento stav 4 respondenti, 30 ho neguje. V kategorii 15 let a více se takovým situacím vyhýbají 2 dotázaní, 8 ne a 2 neví.



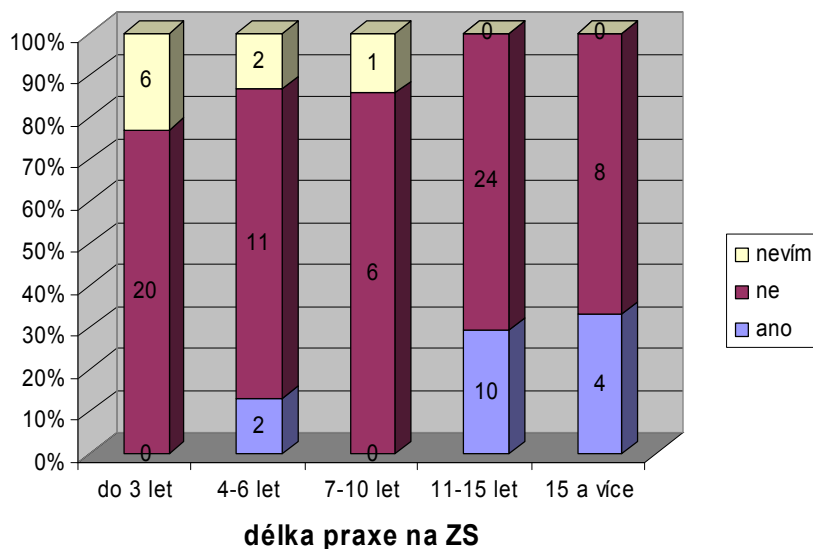
Graf 13 ukazuje schopnost respondentů pamatovat si detaily z traumatizující události. Ve skupině do 3 let praxe 2 respondenti nejsou schopni vybavit si detaily, zatímco 24 respondentů touto schopností disponují. Ve skupině 4-6 let 6 dotázaných nejsou schopni, 9 ano. Jednoznačně vyznívá výsledek kategorie 7-11 let, kde všichni (7) respondentů nemají problém se zapamatováním detailů z traumatické události. Skupina 11-15 let již tak kompaktně nepůsobí 6 respondentů ano, 26 ne a 2 neví. Služebně nejstarší záchranáři 2x odpovídají ano, 6x ne a 4x neví.

Graf 14 - pokles zájmu o koníčky od traumat. události



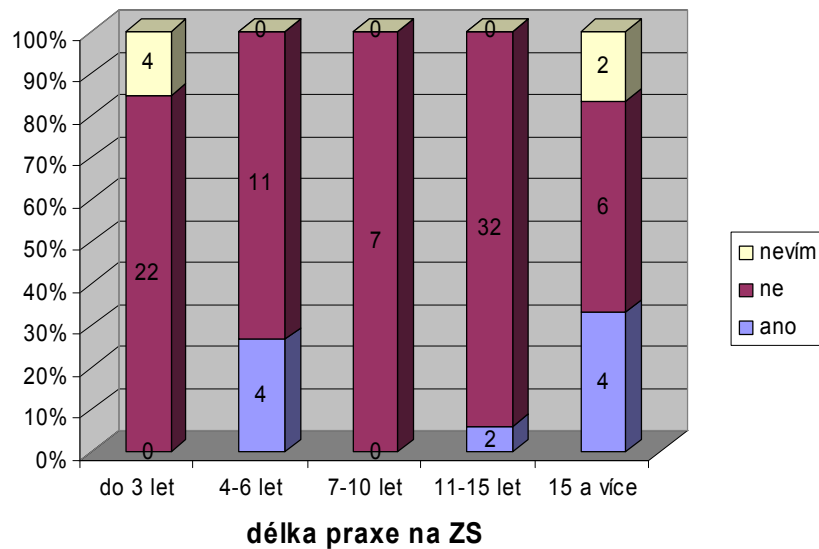
Graf 14 nám téměř jednomyslně ukazuje, že dotazovaní záchranáři s výjimkou dvou ve věkové kategorii 11-15 let, nepociťují menší zájem o koníčky a aktivity od traumatizující události.

Graf 15 - odstup k lidem a problémy s důvěrou



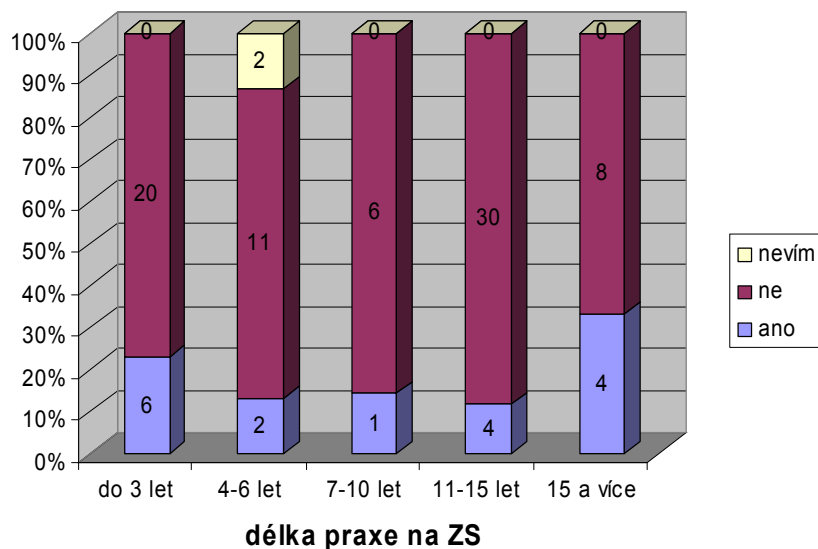
Zdali respondenti cítí odstup k lidem a jestli mají problém s důvěrou se snaží vyjádřit graf 15. Ve skupině do 3 let 20 respondentů žádný odstup necítí, 6 neví. V kategorii 4-6 let jsou to dva dotázaní s odstupem k lidem, 11 bez a 2 neví. Skupina 7-10 let žádný odstup a nedůvěru k lidem necítí, pouze 1 dotázaný neví. Z kategorie 11-15 let 10 dotázaných odstup cítí, 24 ne. U 15 let a více je to 4x ano a 8x ne.

Graf 16 - problémy s prožíváním a projevováním emocí



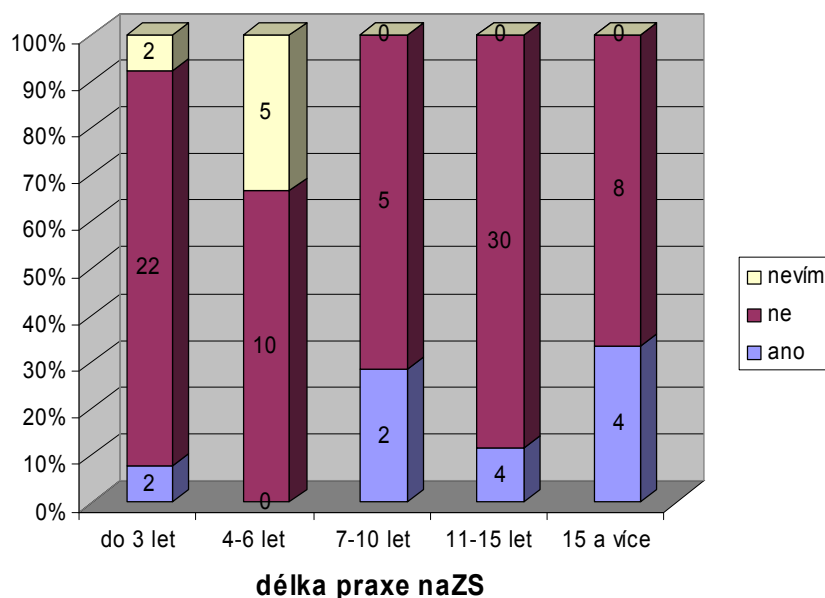
Graf 16 naznačuje problémy záchranářů s prožíváním a projevováním emocí. Ve skupině do 3 let takové problémy 22 respondentů nemá a 4 neví. V kategorii 4-6 let přiznávají tyto problémy 4 respondenti, 11 ne. Nikdo ze skupiny 7-10 let nemá s emocemi problémy. Ze skupiny 11-15 let pouze 2 respondenti přiznávají takové problémy a 32 je nemá. 4 služebně nejstarší záchranáři mají problémy s prožíváním a projevováním emocí, 6 takové potíže nemá a 2 respondenti v tomto bodě nemají zcela jasno.

Graf 17 - problémy s usínáním a spánkem

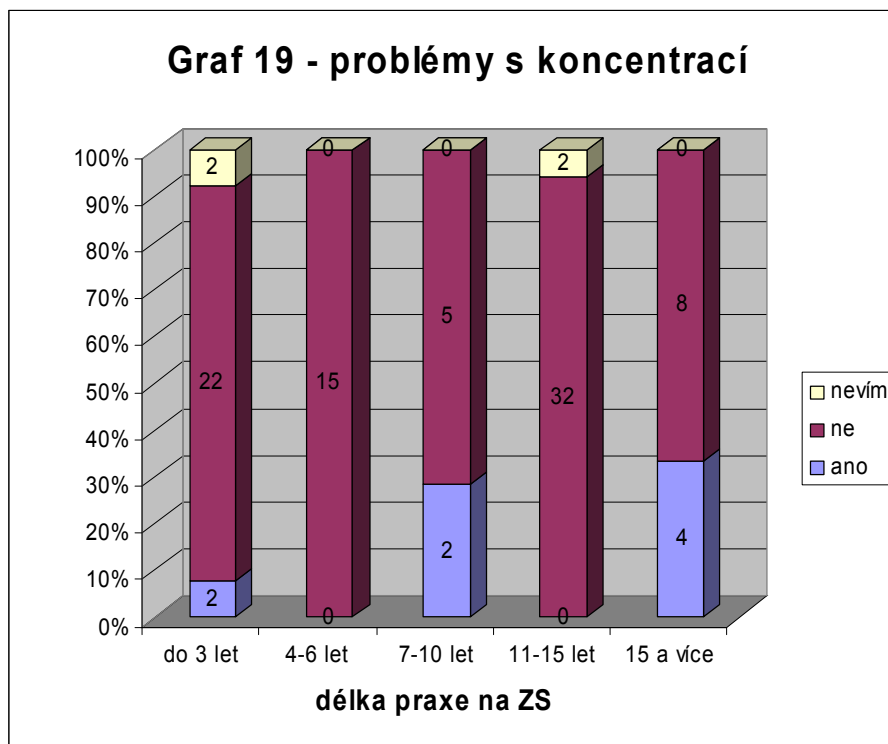


Graf 17 ukazuje kolik záchranářů má problémy s usínáním a spánkem. U služebně nejmladších má takové problémy 6 respondentů, 20 potíže se spánkem nemá. V kategorii 4-6 let přiznávají tyto problémy 2 dotázaní, 11 problémů se spánkem popírá a 2 neví. Kategorie 7-10 let usíná a spí bez potíží až na jednoho. Ze skupiny 11-15 let pouze 4 respondenti má problémy se spánkem, 30 nemá. Ve skupině 15 let a více mají 4 záchranáři problémy s usínáním a spánkem, 8 je nemá.

Graf 18 - podráždění a výbuchy vzteku

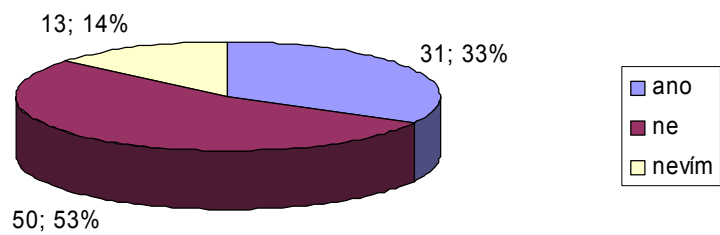


Podráždění a výbuchy vzteku u záchranářů ukazuje graf 18. Ve skupině s praxí do 3 let cítí podráždění a mají výbuchy vzteku 2 respondenti, 22 ne a 2 neví. Kategorie 4-6 let obsahuje 10 respondentů bez těchto problémů, 5 neví. Ve skupině 7-10 let 2 respondenti tyto problémy přiznávají a 5 je popírá. 4 respondenti z kategorie 11-15 let přiznávají výbuchy vzteku a podráždění 30 ne. Ve skupině služebně nejstarších odpověděli pozitivně 4 záchranáři, negativně 8.

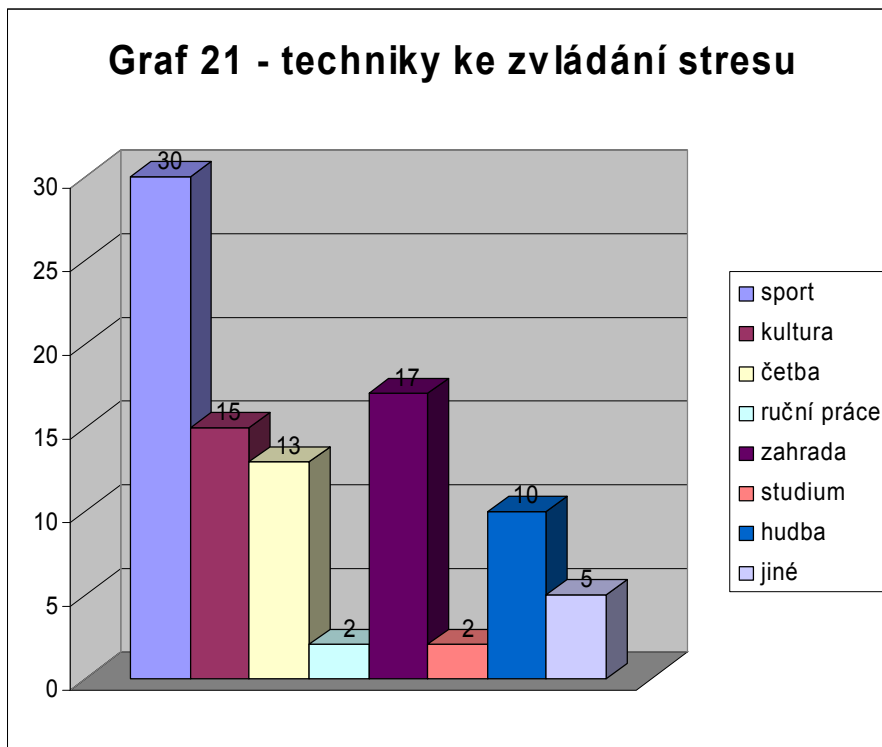


Graf 19 ukazuje, že problémy s koncentrací v kategorii do 3 let mají 2 respondenti, 22 nemá, 2 neví. Žádný respondent z kategorie 4-6 let takové problémy nepřiznává. Ze skupiny 7-10 let 2 respondenti ano a 5 ne. Žádný záchranář v kategorii 11-15 let problémy s koncentrací neudává, ale 2 si nejsou jisti. U služebně nejstarších přiznávají problémy s koncentrací 4 respondenti, 8 takové potíže nemá.

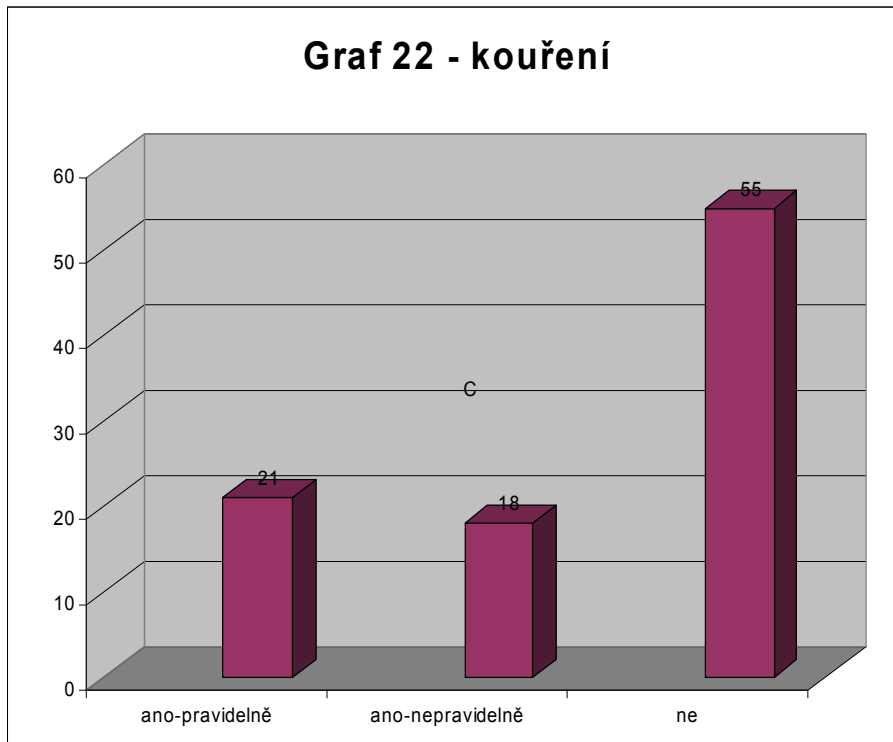
Graf 20 - znáte pojem PTSD?



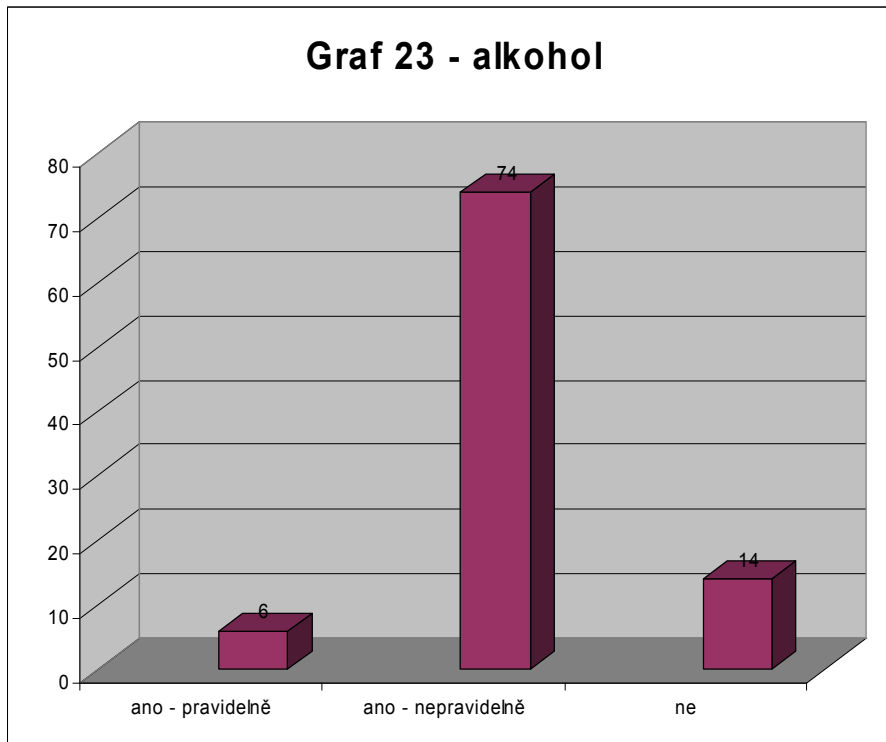
Graf 20 naznačuje, že 49 dotázaných ví, co znamená zkratka PTSD, 30 respondentů tento pojem nezná a 12 nemá jasno.



Graf 21 ukazuje, že nejvíce respondentů (30) eliminuje nadměrný stres sportem. Na druhém místě je práce na zahradě (17), následovaná kulturou (15), četbou (13) a hudbou (10). Po dvou respondentech zakroužkovali ruční práce a studium. Jiné techniky ke zvládnání stresu uvedlo 5 dotázaných.

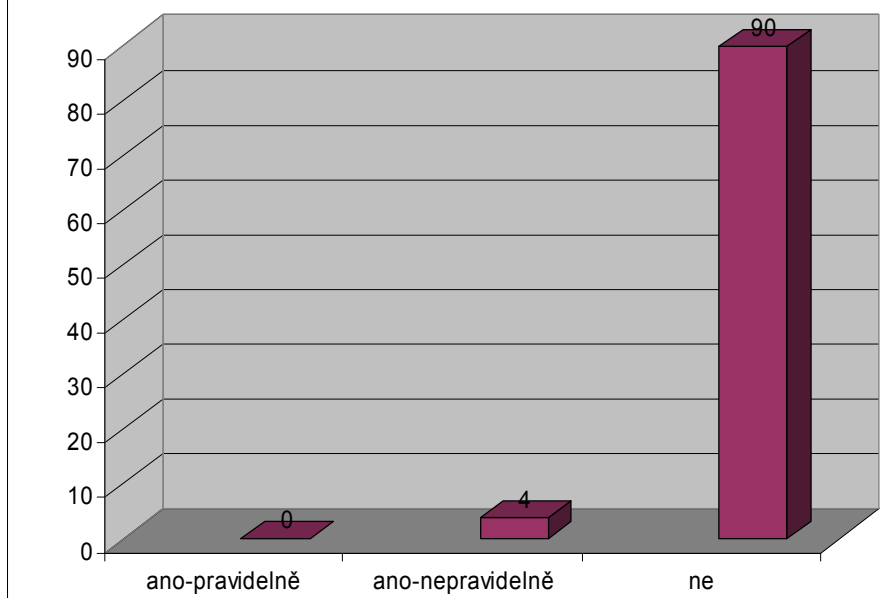


Na grafu 22 je vidět, že počet nekuřáků (55) mezi respondenty výrazně převyšuje jak počet pravidelných (20) tak i svátečních (19) kuřáků.

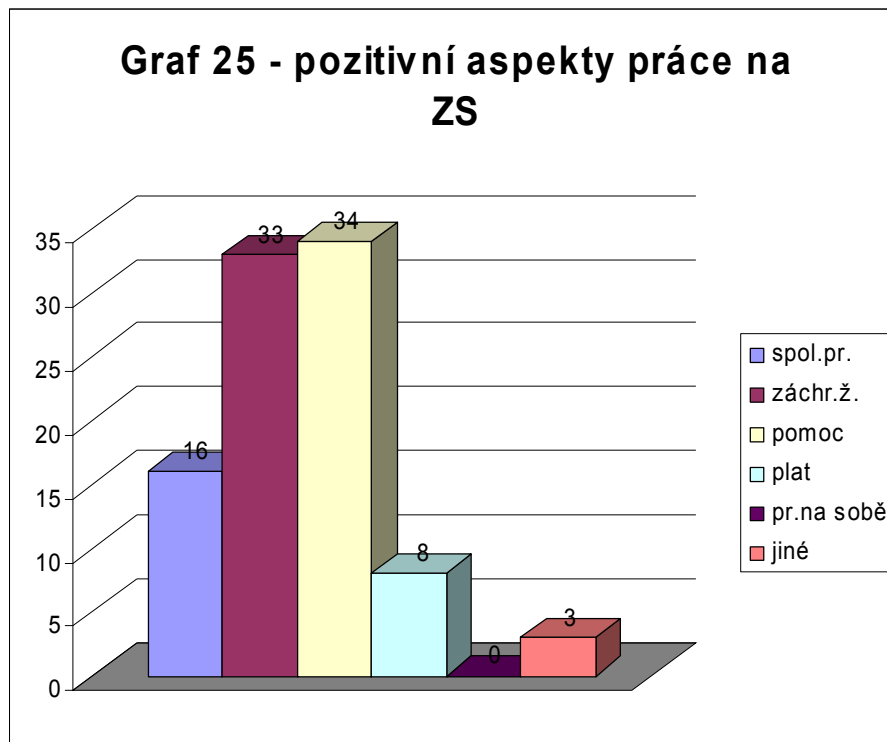


Konzumaci alkoholu vyjadřuje graf 23. Pravidelnou konzumaci přiznává 6 respondentů, příležitostně se napije 74 dotázaných. Abstinuje 14.

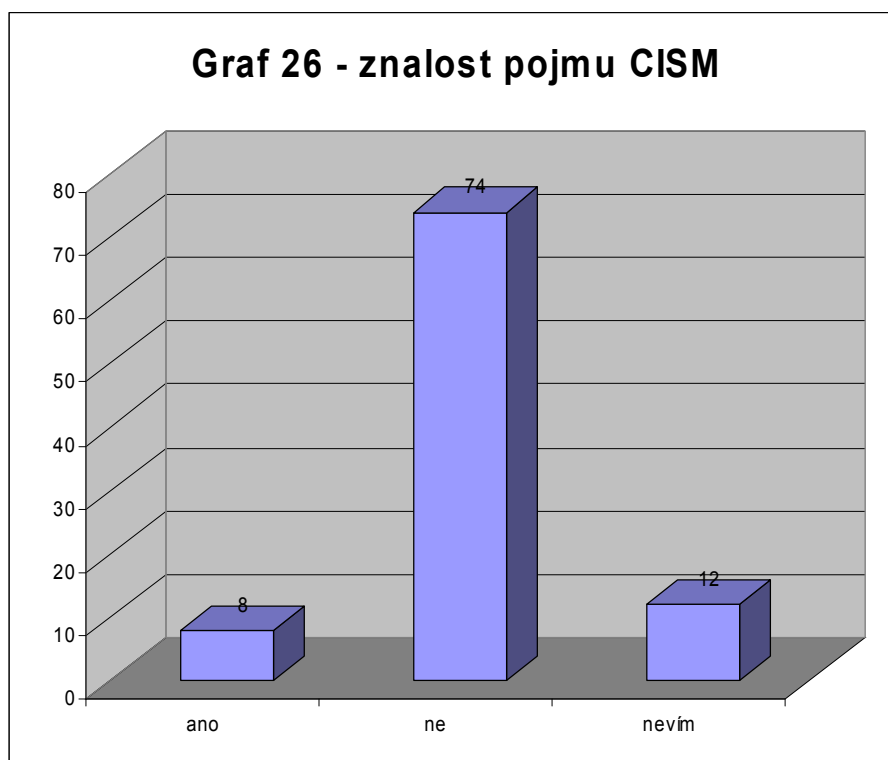
Graf 24 - abúzus jiné psychoaktivní látky (marihuana)



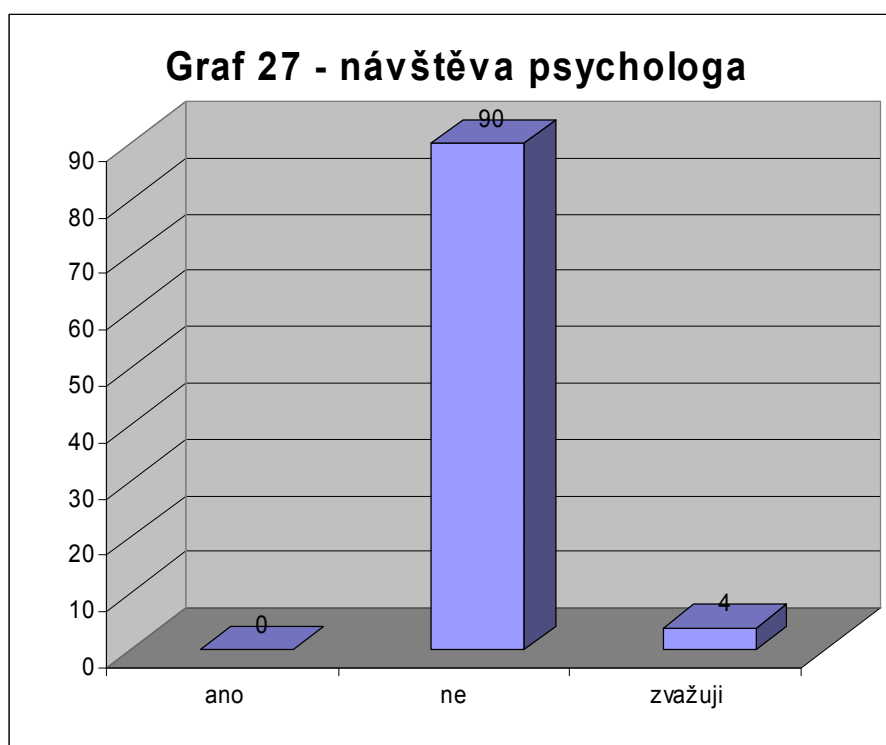
Graf 24 znázorňuje, že abúzus jiných psychoaktivních látek je skutečně nepatrný. Pouze 4 respondenti přiznávají nepravidelnou konzumaci, stranou zůstává 90 dotázaných.



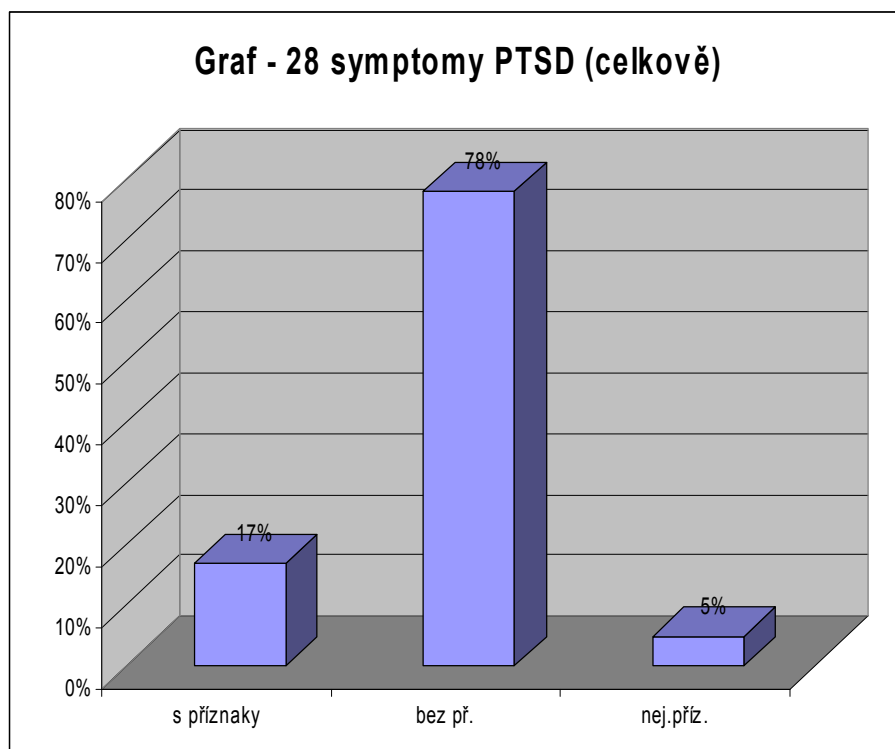
Graf 25 se zabývá pozitivními aspekty práce na záchranné službě. Téměř shodný počet respondentů uvedl záchranu života (33) a pomoc lidem (34), což je vlastní náplň práce zdravotnického záchranáře. 16 respondentů udává jako hlavní pozitivní aspekt společenskou prestiž. Plat uvedlo 8 dotázaných, práci na sobě nikdo a jiná pozitivna vidí ve své práci 3 dotázaní.



Na grafu 26 je možné pozorovat, že většina dotázaných záchranářů (74, 70%) nezná pojem CISM. Pouze 8 respondentů (7%) ví, co zkratka znamená, 12 respondentů (11%) si není významem zkratky CISM zcela jistých.

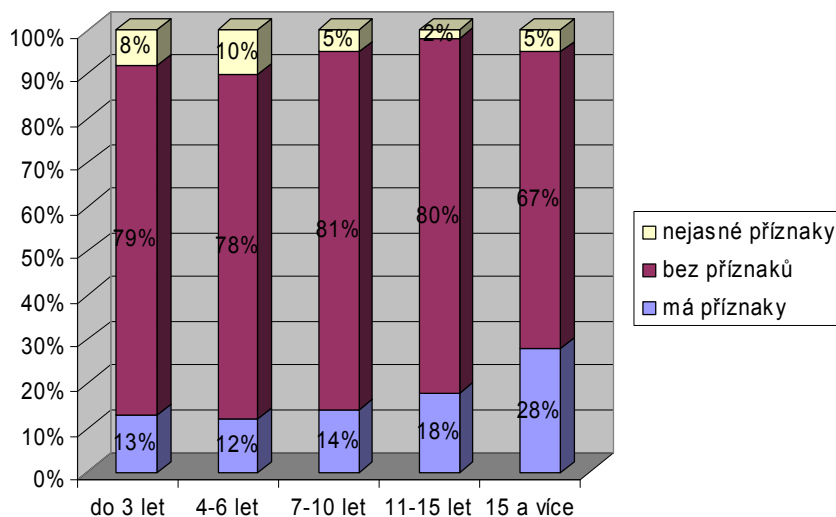


Z grafu 27 je zřejmé, že psychologa v souvislosti s výkonem své profese nenavštívil zatím nikdo z dotázaných. Pouze 4 respondenti o návštěvě psychologa uvažují.



Graf 28 ukazuje, že z celého výzkumného souboru se příznaky PTSD vyskytují u 17% respondentů, nejisté syndromy přiznává 5% a zcela bez příznaků je 78% dotázaných.

Graf 29 - symptomy PTSD (v závislosti na délce praxe)



Graf 29 vznikl jako sumarizace údajů z otázek číslo 4, 6-19, názorně vyjádřených v grafech 4, 6-19. Vyplývá z něho zcela jasně, že příznaky PTSD se zvyšují v závislosti na délce praxe na ZS. Zatímco v kategorii do 3 let se tyto symptomy vyskytují pouze u 13% a ve skupině 4-6 let je to dokonce jen 12% respondentů, s přibývajícím léty strávenými v tomto vysoce stresujícím prostředí narůstá postupně i výskyt symptomů napovídajících na možnost rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Ve skupině 7-10 let je to již 14%, ve skupině 11-15 let tvoří respondenti s příznaky PTSD 18% a u služebně nejstarších je tento podíl dokonce již 28%.

Tento dokument byl zhotoven v Print2PDF.!

Po registraci Print2PDF se tato informace nebude zobrazovat.!

Produkt Print2PDF lze zakoupit na <http://www.software602.cz>

5. Diskuze

Cílem práce bylo zjistit četnost výskytu posttraumatické stresové poruchy u zaměstnanců záchranných služeb se zaměřením na zdravotnické záchranáře. Dále identifikovat nejvýraznější stresory a zjistit znalosti a využívání technik k jejich zvládnutí. Další cíle této studie se týkaly všeobecných znalostí a informovanosti o PTSD a povědomí o intervenčních programech z oblasti CISM. S přihlédnutím ke skutečnosti, že psychologické intervenční programy nebyly na žádném pracovišti zahrnutém do studie dosud používány, dají se výsledná data této dotazníkové studie brát v pozdější době jako vstupní stav bez jakýchkoliv předchozích intervencí. Tato skutečnost proto přímo vybízí k dalšímu pokračování této studie, která by se mohla zabývat účinností technik CISM tam, kde budou případně do praxe zařazeny.

Záměrem bylo, získat ke spolupráci dostatečně rozsáhlý výzkumný soubor ke kvantitativnímu výzkumu pomocí jednoduchých screeningových dotazníků. Zapojení respondentů do studie a případně do intervenčních podpůrných programů je vždy vázáno na ochotu pracovníků a na jejich zájem o danou problematiku, což je obecně i v zahraničí problematickým bodem studií zabývajících se stresem. Dá se totiž předpokládat, že jedinci postižení syndromem vyhoření, nebo trpící posttraumatickou stresovou poruchou budou méně ochotní ke spolupráci. Přitom právě vzorek takto postižených respondentů by mohl být pro výsledky studie a pro potvrzení, nebo vyvrácení hypotéz klíčový. Tento fakt jsem si uvědomoval již při zadání tématu bakalářské práce, ale věřil jsem, že vhodně sestaveným dotazníkem, jeho včasnou a citlivou distribucí a především striktním zaručením anonymity při jeho vyplnění a odevzdání se mi z velké části podaří eliminovat negativismus plynoucí ze samé podstaty psychologické morbidity spojené s výkonem povolání zdravotnického záchranáře.

Účast ve studii byla dobrovolná a pro zařazení respondenta do studie neměla vliv délka praxe ve funkci zdravotnického záchranáře. Počet odpracovaných let byl totiž jedním z hlavních kritérií k ověřování hypotéz 2 a 3. Podmínkou k zařazení dotazníku do studie byl souhlas respondenta. Screeningový dotazník používaný ke sběru dat byl

zcela anonymní a o striktní dodržení anonymity jsem ještě jednotlivě požádal příslušné úsekové vedoucí. Během distribuce a sběru dotazníků nedošlo k žádnému incidentu ani stížnosti ze strany zaměstnanců ZS. Dotazník obsahoval 24 otázek uzavřených a 3 otázky polootevřené s možností výběru jedné z nabídnutých odpovědí nebo dopsání vlastního názoru, aby se respondenti necítili svazováni předem danými možnostmi. Samotný dotazník byl volně členěn do 3 částí.

V první části dotazníku byly pouze otázky zabývající se demografickými údaji, délky praxe na záchranné službě a nejvyššího dosaženého vzdělání. Expozici rizikovým faktorům pro vznik posttraumatické stresové poruchy měla za úkol zjistit druhá část dotazníku. V poslední části jsou zastoupeny otázky zjišťující nejvíce stresující a naopak protektivní faktory práce záchranáře a také povědomí respondentů o posttraumatickém stresovém syndromu a CISM. Do této části byl zahrnut i doplňující dotaz na pozitivní aspekty práce na záchranné službě. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků. Během února a března se jich vrátilo 112, což je 75%. Dalších 18 (12%) dotazníků bylo však ještě nutné vyřadit. Částečně z důvodu nekompletního vyplnění a částečně kvůli pejorativním vzkazům bez souvislosti se zkoumaným problémem.

Do výzkumu bylo nakonec zařazeno 94 dotazníků (64%). Zapojení 94 respondentů 53% žen, 47% mužů (graf 2) do studie je dostatečné, ovšem zastoupení v jednotlivých kategoriích podle délky praxe na záchranné službě je nerovnoměrné. Do 3 let-26, 4-6 let-15, 7-10 let-7, 11-15 let-34, 15 a více-12 (graf 1).

Ve spolupráci s Centrem zdraví a životních podmínek Státního zdravotního ústavu v Praze vznikl v roce 2002 projekt studie „Zátěž a stres pracovníků záchranné služby s potenciálním vyústěním v burnout syndrom – možnosti včasné diagnózy, terapie a prevence“. Autory studie byli Mudr. Jana Šeblová z ÚSZS Středočeského kraje, oblastní ZS Praha – venkov a Mudr. Vladimír Kebza ze Státního zdravotního ústavu Praha. Studie byla zaměřena na identifikaci zátěže a stresorů pracovníků ZS a na stanovení míry hladiny psychologické zátěže a dále na vytvoření a realizaci intervenčního programu pro pracovníky záchranných služeb. První částí jejich studie se zúčastnilo 290 respondentů, což je více než 3x počet respondentů spolupracujících na mé studii. V souboru Mudr. J. Šeblové a Mudr. V. Kebzi však byli kromě

zdravotnických záchranářů , zastoupeni i lékaři (15%), dispečeri a dispečerky (18%) a řidiči NZP (14%). Podle mého názoru je velice obtížné zahrnout do jednoho výzkumného souboru, který má mimo jiné sloužit k identifikaci hlavních stresorů a případné prevenci nebo eliminaci jejich následků, všechny kategorie pracovníků ZS, protože škála největších stresorů působících na zaměstnance s tak odlišnou pracovní náplní musí být daleko širší. Také proto jsem se ve své práci zaměřil pouze na zdravotnické záchranáře.

V odborné literatuře se pro funkci záchranáře stále častěji objevuje pojmenování paramedik, což spojuje do jedné skupiny nejrůzněji vzdělané zdravotnické pracovníky, plnící roli sestry nebo záchranáře u ZZS. Tato skupina zahrnuje všeobecné sestry, diplomované sestry, ARIP sestry, diplomované zdravotnické záchranáře a absolventy VŠ ošetrovatelských oborů (BC, Mgr). Stále častěji se objevuje diskuse na téma kompetence záchranářů (paramediků) v záchranné službě, stejně tak na téma nutnosti přítomnosti lékařů v posádce zasahujícího vozu. Tradičně je v podvědomí občanů ČR zakotveno, že člověk, který přijede vozem RZP a poskytuje pomoc je vždy lékař. Zasahující záchranář má pak na vybranou. Buď nechat pacienta v jeho omylu nebo přiznáním, že je vlastně „jen“ záchranář riskovat případnou nespoluprací, v některých případech dokonce agresivní chování klienta. Tento fakt ještě umocněný skutečností, že pro samostatné působení záchranářů v ZZS nejsou dosud vypracovány legislativní podklady, nepřispívá k dobré atmosféře při výkonu profese záchranáře a do jisté míry může přispívat k rozvoji syndromu vyhoření a PTSD. Protože jak známo finanční problémy provázejí české zdravotnictví na každém kroku a „lékař na ulici“ se pomalu stává nedosažitelnou komoditou, dá se očekávat, že tlaky na samostatné působení záchranářů v ZZS budou stále sílit.

Legislativně je dosud nepřipustné, aby zdravotnický záchranář vykonával některé blíže nespecifikované výkony bez přímého dozoru lékaře nebo aby je vykonával vůbec. Praxe však vypadá často zcela jinak. Záchranáři se tyto postupy učí na pravidelných školeních a seminářích a jsou schopni je i prakticky v plném rozsahu provádět. Tomuto trendu také odpovídá zvyšující se vzdělání respondentů (graf 3). Těžko posoudit, zda by trvalá nepřítomnost lékařů v záchranných týmech výrazně

Tento dokument byl zhotoven v Print2PDF.!

Po registraci Print2PDF se tato informace nebude zobrazovat.!

Produkt Print2PDF lze zakoupit na <http://www.software602.cz>

poškodila kvalitu přednemocniční péče, nebo zda je vzdělání záchranářů dostatečné k poskytnutí základních život zachraňujících úkonů a včasnému transportu do center specializované péče. Obecně se má za to, že úroveň vzdělání je velmi různá a jak pro klasifikaci a pro případné přezkušování těchto zdravotnických pracovníků, tak pro možnost jejich samostatné činnosti chybí legislativa. S přenesením jistých pravomocí z lékařů na záchranáře by se pak i zákonitě změnila i struktura nejzávažnějších stresorů. Například třídění obětí hromadných neštěstí je dosud výhradně v kompetenci lékaře. Mezi kritickými událostmi typickými pro zdravotnické záchranné služby bývají například uváděny: smrt kolegy během výkonu služby, vážné zranění během výkonu služby (vlastní nebo kolegy), sebevražda kolegy, závažné, zejména hromadné dopravní nehody, traumatická smrt dítěte nebo těžké zranění dítěte, ošetřování kritického popáleninového traumatu, události s velkým zájmem médií (21). Nepřirozenost smrti, tedy smrt nepředvídatelná, nebo dokonce hromadná oproti smrti přirozené, s jistou dávkou lidské důstojnosti, má závažnější dopady na psychiku pracovníků, kteří se s ní setkávají. Už sama práce s pozůstatky obětí a identifikace nezemřelými je jeden z možných mechanismů vzniku posttraumatické stresové poruchy (31).

Respondenti z našeho výzkumného souboru uvedli jako nejvíce stresující zážitek z praxe (54 respondentů) podle očekávání smrt dítěte. Naopak je zřejmé, že popáleninové trauma, čekání na výjezd, sebevražda jako indikace k výjezdu, zneužití RZP ani hromadná DN nepředstavují pro nikoho z dotázaných hlavní stresor. KPCR, sebevražda kolegy a blízký vztah s pacientem je nejvíce stresující zážitek pro 8 dotázaných. Vztahy na pracovišti uvádí jako hlavní stresor 6 dotázaných. Po čtyřech respondentech uvedlo jako hlavní stresor smrt nebo zranění kolegy při výkonu služby a pro 2 respondenty, kteří si žádnou z navrhovaných odpovědí nevybrali, představuje hlavní problém agresivní pacient a neochota oddělení přijmout klienta (Graf 5). Ačkoliv tedy Mudr. Šeblová s Mudr. Kebzou uvádějí ve svém projektu například čekání na výjezd jako jeden z výrazných chronických stresorů, nezakroužkoval ho nikdo.

Podobně jednoznačně hodnotí respondenti i pozitivní aspekty práce na záchranné službě. (Graf 25). Téměř shodný počet respondentů uvedl záchranu života (34) a pomoc lidem (34), což je ve své podstatě vlastní náplň práce zdravotnického

záchranáře. 16 respondentů udává jako hlavní pozitivní aspekt společenskou prestiž. Plat uvedlo 8 dotázaných, práci na sobě nikdo a jiná pozitiva vidí ve své práci 2 dotázaní. Jeden akčnost a rozmanitost profese a druhému vyhovuje relativní dostatek volného času díky směnnému provozu. Zdravotníci obecně a záchranáři zvláště, mají při přiznání vlastních emocí v souvislosti s prací pocit profesního selhání, a proto se vyhýbají odborné pomoci, obávají se profesní stigmatizace, stydí se sami o pomoc požádat. Někdy používají kontraproduktivní postupy pro zvládnání stresu. Tomuto vyhýbání se odborné pomoci ještě nahrává v anglosaské literatuře popisovaný „syndrom Johna Wayne“, tedy obecná představa o záchranářích jako o nezranitelných, stále akceschopných osobách bez emocí, zato vybavených železnými nervy, neustále bravurně řešících kritické situace (26).

Tento názor zcela potvrzuje graf 27, ze kterého je zřejmé, že pomoc nebo radu psychologa nevyhledal z celého souboru během své praxe u ZZS nikdo, pouze 4 respondenti o tom snad uvažují.

Rozsahem kontraproduktivních technik pro zvládnání stresu (kouření, alkohol, marihuana) se pak zabývají grafy 22, 23, 24. Z těchto grafů vyplývá, že pravidelných kuřáků je v souboru 21, občas si zapálí 18 a nekuřáků je mezi záchranáři 55. Alkoholické nápoje pravidelně pije pouze 6 dotázaných, příležitostně 74 a zcela abstinuje 14. Ještě pozitivnější výsledky se pojí s abúzem psychoaktivních látek. Pouze 4 dotázaní přiznávají nepravidelné kouření marihuany.

Protože se v literatuře uvádí jako jednoznačně negativní reakce právě abúzus psychoaktivních látek s vysokým rizikem vzniku závislosti (Alkohol, sedativa a hypnotika, užívaná k ovlivnění spánku mezi nepravidelnými směnami apod.) a kromě psychiatrie jsou uváděny mezi nejrizikovějšími profesemi na předních místech akutní obory včetně urgentní medicíny (18), přímo se nabízí otázka, do jaké míry jsou vcelku příznivé výsledky (graf 22, 23, 24) obrazem neúčasti respondentů s možnými projevy psychologické morbidity v souvislosti s povoláním.

Mezi pozitivní reakce na stres patří pravidelná fyzická aktivita, která významně uvolňuje svalové napětí, podporuje relaxaci, dochází při ní k vylučování endorfinů, zrychluje metabolismus, posiluje svaly, zlepšuje fyzickou kondici a posiluje odolnost

jedince. Optimální je aerobní aktivita 3 x týdně nejméně 20 minut. Relaxační techniky napomáhají psychickému zklidnění, podporují pocit sebekontroly, tlumí soustředění na starosti, také snižují svalové napětí. Důležité je také osvojení zásad správné výživy, s pravidelnou, vyváženou stravou, s dostatečným přísunem vitamínů a stopových prvků, stejně jako je potřeba dbát na pitný režim, mimo jiné i v závislosti na charakteru práce. Omezit by se naopak měl příjem soli, cukru, alkoholu a nikotinu.(12).

Ve shodě s těmito doporučeními ukazuje Graf 21, že nejvíce respondentů (30) se skutečně snaží eliminovat nadměrný stres právě sportem. Na druhém místě je práce na zahradě (17), následovaná kulturou (15), četbou (13) a hudbou (10). Po dvou respondentech zakroužkovali ruční práce a studium. Jiné techniky ke zvládnutí stresu uvedlo 5 dotázaných. 2 z nich napsali do kolonky „jiné“ sex, 1 cestování a 1 domácí zvířata. Rodina představuje hlavní techniku ke zvládnutí pracovního stresu pouze pro 1 respondenta, což mně vcelku udivilo.

Další cíle této studie se týkaly všeobecných znalostí a informovanosti o PTSD a povědomí o intervenčních programech z oblasti CISM (graf 20, 26). Ze své praxe vím, že na rozdíl od syndromu vyhoření nebo akutní reakce na stres je posttraumatická stresová porucha poměrně neznámým pojmem. Proto jsem také v hypotéze H1 uvedl, že zdravotničtí záchranáři nedisponují dostatečným množstvím informací o PTSD. Přesto, že jsem nedělal žádnou pilotní studii na toto téma, ukázalo se, že pouhých 33% respondentů zná pojem PTSD. Znalost o psychologických intervenčních technikách (CISM) je ještě více alarmující. Pouhých 8 respondentů (7%) zhruba ví o co se jedná. Jsou zde velké rozdíly ve znalostech v závislosti na pracovišti a také v neposlední řadě na dosaženém vzdělání, což však nebylo cílem této práce..

Je tedy rozumné tvářit v tvář faktům připustit, že pracovníci záchranných služeb jsou obzvláště zranitelní z vlastní povahy práce, kterou vykonávají. Toto riziko nijak nesnižuje jejich profesionalitu, naopak jedním z výrazů této profesionality je nutnost znalosti psychologické problematiky, spojené se zátěží, rozumná prevence a důsledné řešení situace, pokud se objeví první varovné symptomy. Jde i o to, aby nedocházelo ke ztrátě kvalifikovaných pracovníků a tito aby nepřicházeli o práci, kterou mají rádi.

6. Závěr

Práce na záchranné službě je charakterizována vysokou zodpovědností, minimální (respektive téměř žádnou) autonomií pracovního procesu, neboť výskyt tíšňových výzev je ve své podstatě náhodný, podstatnou částí pracovní doby je čekání na práci, které je stresorem samo o sobě. Nároky na pracovníky jsou vysoké, včetně zodpovědnosti a schopnosti rozhodování. Nezbytná je i psychologická a komunikační výbava a schopnost empatie – pracovníci musí umět jednat s pacienty a jejich blízkými ve vyhrocených situacích

Cílem studie bylo zjistit četnost výskytu posttraumatické stresové poruchy u zaměstnanců záchranných služeb se zaměřením na zdravotnické záchranáře. Dále identifikovat nejvýraznější stresory a zjistit znalosti a využívání technik k jejich zvládnutí. Další cíle této studie se týkaly všeobecných znalostí a informovanosti o PTSD a povědomí o intervenčních programech z oblasti CISM. Cíle byly splněny.

K dosažení cílů byly stanoveny 3 hypotézy. H1. Zdravotničtí záchranáři nedisponují informacemi o problematice možnosti rozvoje PTSD v souvislosti s výkonem své profese. Hypotéza se potvrdila, více než polovina záchranářů nezná pojem PTSD a povědomí o existenci a možnosti využití psychologických intervenčních programů z oblasti CISM má asi jen desetina dotázaných. H2. Počet odpracovaných let nemá vliv na prožívání stresujících zážitků u zdravotnických záchranářů. Hypotéza se potvrdila. Na identifikaci hlavního stresoru a prožívání stresu v souvislosti s profesí nemá vliv délka praxe na ZZS. H3. Počet odpracovaných let nemá vliv na eventuelní přítomnost příznaků PTSD u zdravotnických záchranářů. Hypotéza se nepotvrdila a na základě výzkumu se podařilo zjistit, že symptomy posttraumatické stresové poruchy se vyskytují častěji u služebně starších záchranářů.

Z výsledků této studie dále vyplývá jednak jednoznačná shoda respondentů na hlavním profesním stresoru (úmrť dítěte), jednak shoda v pozitivních aspektech práce záchranáře (záchrana života a pomoc druhým), což je vlastní náplň práce zdravotnických záchranářů..

Riziko výskytu poruch jako syndrom vyhoření, akutní reakce na stres a posttraumatické stresové poruchy u záchranářů je tedy skutečně reálné a hrozí z podstaty vykonávané činnosti, zahrnující každodenní konfrontaci s nemocí, smrtí a s lidským utrpením. Jako klíčová se jeví především znalost povahy těchto psychických poruch, povědomí o možnostech psychologických intervenčních programů a také jejich dostupnost časová i geografická. Také na základě výsledků této studie lze poukázat na absenci znalostí o technikách z oblasti CISM. Přitom včasná aplikace technik z oblasti CISM zejména debriefingu a defusingu může výrazně napomoci odstranění následků opakovaných expozicí kritickým událostem a působení chronického stresu spojeného s touto náročnou profesí.

Ovlivnění vzniku těchto poruch je možné jednak preventivně, ze strany pracovníka znalostí o hrozící psychologické morbiditě a cíleným zvládnutím technik, jak se vyrovnat se zátěží a stresem, preventivní opatření organizačního i edukačního rázu může zavést i organizace v úzké spolupráci s managementem.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1) Baštecká, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. 1. vydání. Praha: Grada publishing a. s., 2005. ISBN: 802470708X.
- 2) Bláha, K. Psychologicko-etické aspekty práce na záchranné službě. *Urgentní medicína*. České Budějovice: 2/1999, 2, s. 38-39. ISSN 1212-1924.
- 3) Everley G.S., Mitchell J.T. *Critical incident Stress management: Advanced Group, Cisis Intervention A Workbook*. 2nd edition. Maryland, USA: International Critical Incident Stress Foundation, Inc. 2002. ISBN: 1883581168.
- 4) Flannery, RB. Psychological Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1999.2:135-140.
- 5) Foa, EB., Keane, TM., Friedman, MJ. *Effective treatments for PTSD*. The guilford press, 2000. ISBN 1-57230-584-3.
- 6) Hlaváčková, D., Průša, J. Psychologické aspekty týmové práce v záchranné službě. *Urgentní medicína*. České Budějovice: 8/2005, 2, s. 19-21. ISSN 1212-1924.
- 7) Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. *Psychiatrie*. Druhé vydání. Praha: Tigris, spol. s r.o, 2004. ISBN 80-9000130-7-4
- 8) Charvát, Josef. *Život, adaptace a stres*. 2. vydání. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1970.
- 9) James, A. Posttraumatická stresová porucha u personálu záchranných služeb. *Urgentní medicína*. České Budějovice: 3/2000, 2, s.18. ISSN 1212-1924
- 10) Kebza, V., Šolcová, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN: 8070712317.

- 11) Kinchin, D. *Post traumatic stress disorder the invisible injury*. Edition. 2005. ISBN 0-952-912-147.
- 12) Konipásek, P., Šeblová, J. Jak vidíme sami sebe. *Urgentní medicína*. České Budějovice: 1/1998, 1, s. 33-35. ISSN 1212-1924.
- 13) Křivohlavý, J., Pečenková, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Grada, 2007. ISBN 80-247-0784-5.
- 14) Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum, 1992, 282. Zprávy č.102.
- 15) Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, 179. Zprávy č.134.
- 16) Mitchell, J. T., Everley, G. S. *Critical Incident Stress Management: Basic Group Crisis Intervention*. 3rd edition. Maryland USA: International Critical Incident Stress Foundation Inc., 2003.
- 17) Mucha, J. Etika zdravotníka v přednemocniční neodkladné péči. *Urgentní medicína*. České Budějovice: 3/2000, 2, s. 21-22. ISSN 1212-1924.
- 18) Nešpor K, Cseémy L: Návyková rizika a stresu zdravotnických profesí- možnosti prevence časné intervence. Sportpropag pro ministerstvo zdravotnictví Č.R., Praha: 2001.
- 19) Parrish, I.S. Military PTSD manual. Dostupné z: http://www.ptsdmanual.com/chap_1. 23.3.2007
- 20) Ploeg van der, E., Kleber, R. J. Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: Predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine* 60 (suppl), 2003, s.140-146.

- 21) Pudil, J. Profesionální stres u zdravotnických záchranářů. *Urgentní medicína*. České Budějovice: 1/1998, 1, 23-25.
- 22) Raboch, J., Zvolský, P. et al. *Psychiatrie*. 1 vydání, Semily: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8
- 23) Rothschild, B. *The body remembers casebook: unifying methods and models in the treatment of trauma and PTSD*. W. w. Norton company, 2003. ISBN 0-393-70400-9.
- 24) Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C. *Postupy v léčbě psychických poruch*, 1. vydání. Praha: Academia Medica Pragensia, 2004. ISBN 80-86694-06-2.
- 25) Schiraldy, GR. *The post-traumatic stress disorder sourcebook*. Lowel house, 2000. ISBN 0.737.0265.8.
- 26) Smith, EM, North, CS., Mccool, RE.: *Acute postdisaster psychiatric disorder: identification of person at risk*. Am J psychiatry, 1990, s. 147, s. 202-206. ISBN: 0890423229.
- 27) Šeblová J., Kebza V. Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie. *Urgentní medicína*. České Budějovice: 8/2005, s. 27-29. ISSN 1212-1924.
- 28) Šeblová J. Critical Incident Stress Management. *Urgentní medicína*. České Budějovice: 1/2004. ISSN 1212-1924
- 29) Špatenková N. *Krizová intervence pro praxi*, 1. vydání, Praha: Grada publishing a.s., 2004. ISBN: 8024705869.
- 30) Štětina, J., a kol. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. 1. vyd. Praha: Grada publishing s. r. o., 2000. ISBN 80-7169-688-9.

- 31) Ursano, R.J. et al. Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. *American Journal of Psychiatry* 156, 1999, s. 353-359. ISBN: 0890423229.
- 32) Vágnerová, M. *Základy psychologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.
- 33) Vinař, O. Trpí celý svět PTSD? Dostupné z: <http://www.ptsd.htm>. 25.11.2007
- 34) Vymětal, Š., Malíková, J. Možnosti psychosociální pomoci v urgentní fázi mimořádné události s velkým počtem obětí. *Urgentní medicína*. České Budějovice: 9/2006, 2, s.20-26. ISSN 1212-1924.
- 35) Williams, MB, Poijula, S.: *The PTSD Workbook: Simple, effective techniques for overcoming traumatic stress symptoms*. New harbinger publications. 2002. ISBN 1-57224-282-5.

8. Klíčová slova

Stres

Zdravotnický záchranář

Posttraumatická stresová reakce

Zátěžová situace

Akutní reakce na stres

Debriefing

9. Přílohy

Příloha 1 – dotazník

Vážený respondenti. Jmenuji se Pavel Lácha a studuji třetím rokem na zdravotně
ociální fakultě jihočeské univerzity obor ošetrovatelství. Pro potřeby výzkumné části mé
bakalářské práce, která je zaměřena na prožívání stresu zdravotnických záchranářů, Vás
prosím o vyplnění krátkého dotazníku. Jedná se o 24 uzavřených otázek, kde stačí
zakroužkovat jednu z odpovědí a 3 otázky polootevřené, kde je nutné (pokud si
nevyberete z nabízených odpovědí) několika slovy vyjádřit svůj názor.
Dotazník je zcela anonymní. Děkuji za Vaši spolupráci.

DOTAZNÍK

- 1) Jak dlouho pracujete na záchranné službě?
 - a) Méně než 3 roky
 - b) 4-6 let
 - c) 7-10 let
 - d) 11–15 let
 - e) 15 let a více

- 2) Jste
 - a) Muž
 - b) Žena

- 3) Nejvyšší dosažené vzdělání
 - a) Úplné střední
 - b) Vyšší střední
 - c) Vysokoškolské

- 4) Cítíte vinu, když pacient zemře?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

- 5) Označte nejvíce stresující zážitek z praxe
 - a) Smrt dítěte
 - b) Popáleninové trauma
 - c) KPCR
 - d) Sebevražda kolegy
 - e) Čekání na výjezd
 - f) Smrt nebo zranění kolegy během výkonu zaměstnání

- g) Sebevražda jako indikace k výjezdu
 - h) Blízký vztah s pacientem
 - i) Zneužití RZP
 - j) Hromadná DN
 - k) Agresivní pacient
 - l) Vztahy na pracovišti
 - m) Jiné
-

6) Cítíte někdy při zásahu strach a bezmocnost?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

7) Vracejí se vám pravidelně vtíravé myšlenky nebo obrazy ze zásahu?

- a) ano
- b) Ne
- c) Nevím

8) Míváte někdy pocit znovuprožívání zásahu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

9) Máte vracející se noční můry nebo stresující sny?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

10) Cítíte intenzivní stres, když vám někdo nebo něco připomene traumatizující zážitek?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

11) Snažíte se vyhýbat myšlenkám, pocitům nebo konverzaci o traumatizujícím zážitku?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

12) Snažíte se vyhýbat aktivitám a místům spojených s traumatizujícím zážitkem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

13) Jste neschopen (-ná) pamatovat si něco důležitého z traum. udál.?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

14) Cítíte menší zájem o koníčky a aktivity od traumatizujícího zážitku?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15) Cítíte odstup k lidem a máte problémy jim důvěřovat?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

16) Máte problémy s projevováním a prožíváním emocí?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

17) Máte problémy s usínáním a spánkem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

18) Cítíte se podrážděn (ná) a máte výbuchy vzteku?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

19) Máte problémy s koncentrací?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

20) Znáte pojem PTSD?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

21) Používáte určité techniky ke zvládnutí stresu?

- a) Sport
- b) Kultura
- c) Četba
- d) Ruční práce

- e) Zahrada
 - f) Studium
 - g) Hudba
 - h) Jiné
-

22) Kouříte?

- a) Ano – pravidelně
- b) Ano – nepravidelně
- c) Ne

23) Alkohol

- a) Ano – pravidelně
- b) Ano – nepravidelně
- c) Ne

24) Abúzus jiné psychoaktivní látky (marihuana)

- a) Ano – pravidelně
- b) Ano – nepravidelně
- c) Ne

25) Pozitivní aspekty práce na záchranné službě

- a) Společenská prestiž
 - b) Záchrana života
 - c) Pomoc lidem
 - d) Plat
 - e) Práce na sobě
 - f) Jiné
-

26) Říká vám něco pojem CISM?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

27) Vyhledal (la) jste někdy psychologa v souvislosti s výkonem zaměstnání?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Zvažuji to