

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Profesní zátěž členů výjezdových skupin
zdravotnické záchranné služby**

bakalářská práce

Autor práce: Jakub Velda
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Robert Havlíček

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2012

Abstrakt

PROFESNÍ ZÁTĚŽ ČLENŮ VÝJEZDOVÝCH SKUPIN ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

Tématem této bakalářské práce je obecně méně zmapovaná problematika, týkající se profesní zátěže, se kterou se pracovníci Zdravotnické záchranné služby na výjezdech setkávají. Záměrem této práce bylo zjistit, jaké faktory vnímají jako nejvíce zátěžové, jejich zkušenosti s kritickými situacemi a jakou formou se snaží se situacemi vyrovnat. Taktéž bylo cílem zjistit názor a popsat zkušenosti záchranářů s psychologickou pomocí a jejími modifikacemi.

Realizace výzkumu proběhla kvalitativní formou prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se členy výjezdových skupiny zdravotnických záchranných služeb Středočeského a Jihočeského kraje, pracujícími na pozici zdravotnický záchranář.

Výzkumem bylo zjištěno, že se respondenti rozhovorů v souvislosti se svou profesí opravdu setkali s kritickými událostmi, kterými se cítili psychicky po určitou dobu výrazně ovlivněni. Respondenti také vnímají, že základy položené psychologické intervenci pro zaměstnance zdravotnických záchranných služeb v určitých krajích jsou dobrým předpokladem, aby i tato základní složka integrovaného záchranného systému měla pro své pracovníky zajištěno zázemí po psychické stránce a dopomohla svým zaměstnancům jak prevencí, tak i intervencí k duševní rovnováze, kterou vnímají jako jeden ze základních předpokladů správného plnění úkolů a povinností, které jsou obecně na pracovníky Zdravotnické záchranné služby kladeny.

Možnou alternativou ke zlepšení této problematiky by mohlo být zakomponování legislativní povinnosti zaměstnavatele pečovat o psychickou stránku zaměstnance plněního rizikové povolání.

Abstract

PROFESSIONAL BURDEN ON MEMBERS OF CREWS EMERGENCY MEDICAL SERVICE

Professional load of the Emergency medical service (EMS) workers is the topic of this bachelor's work, and one of those so far not deeply-mapped themes. The aim of the work was to reveal the crucial factors arousing the professional load, their individual experiencing and handling by the EMS workers. Another goal was to find out about the rescuers' opinions and experience with the psychological help and its modifications.

The research was realized qualitatively, using the semi-structured interviews with the members of the EMS rescue crews – paramedics – coming from the Central and Southern Bohemian Regions.

The research proved the rescuers' personal experience with the critical events which the rescuers felt considerably influenced and distressed by, for a period of time. The respondents also perceive the psychological support provided by the regional EMS as highly-important factor, influencing their psychic stamina; one of the crucial premises for the rescuers' effective and flawless working. The psychological support is sensed as important in both, prevention and intervention.

To improve the psychological comfort of the EMS workers, there might be the legislative duty of the employers, who should be obligatory to take care of the psychological side and comfort of their employees with the hazardous occupation.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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 jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2012

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Rád bych vyjádřil touto cestou poděkování panu Mgr. et Bc. Robertu Havlíčkovi za odborné vedení, ochotu a pomoc při zpracování této bakalářské práce. Zároveň bych také rád poděkoval MUDr. Janě Šeblové Ph.D. za inspiraci.

Obsah

1	SOUČASNÝ STAV	- 9 -
1.1	Charakteristika a zátěžová rizika pracovního prostředí ZZS	- 9 -
1.1.1	Osobnost záchranáře	- 9 -
1.1.2	Zahájení výjezdu a přesun na místo události	- 10 -
1.1.3	Pracovní prostředí	- 11 -
1.1.4	Fyzická zátěž	- 12 -
1.1.5	Lidský faktor a komunikace	- 13 -
1.1.6	Chronická zátěž a kritické události	- 14 -
1.2	Důsledky stresových a traumatizujících událostí	- 15 -
1.2.1	Stres.....	- 15 -
1.2.2	Posttraumatické poruchy	- 16 -
1.2.3	Syndrom vyhoření.....	- 19 -
1.3	Prevence a intervence	- 20 -
1.3.1	Duševní hygiena a vyrovnávání se stresem	- 20 -
1.3.2	Krizová intervence (CISM)	- 22 -
2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	- 26 -
2.1	Cíle práce.....	- 26 -
2.2	Výzkumné otázky.....	- 26 -
3	METODIKA.....	- 27 -
3.1	Metodika práce.....	- 27 -
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	- 27 -
4	VÝSLEDKY.....	- 28 -
4.1	Výsledky rozhovorů se zaměstnanci ZZS na pozici zdravotnického záchranáře	- 28 -
4.2	Výsledky rozhovorů v tabulkách.....	- 45 -
5	DISKUSE.....	- 49 -
6	ZÁVĚR.....	- 53 -
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	- 55 -
8	KLÍČOVÁ SLOVA	- 58 -

Seznam zkratek

CISD	Critical Incident Stress Debriefing
CISM	Critical Incident Stress Management
EMS	EmergencyMedicalService
IZS	integrovaný záchranný systém
KPCR	kardio-pulmo-cerebrální resuscitace
LZS	letecká záchranná služba
PNP	přednemocniční neodkladná péče
RLP	rychlá lékařská pomoc
RV	setkávací systém Rendez- Vous
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
ZOS	zdravotnické operační středisko
ZZS	zdravotnická záchranná služba

Úvod

Problematiku profesní zátěže v souvislosti s poskytováním přednemocniční neodkladné péče jsem si pro svou bakalářskou práci zvolil, jelikož mne zajímá a po studiu několika odborných publikací, jsem se rozhodl proniknout do této problematiky hlouběji. Za cíl jsem si stanovil popsat jakými způsoby se pracovníci ZZS vyrovnávají se svou profesní zátěží, dále zjistit jaké konkrétní situace shledávají jako nejvíce zátěžové a nakonec zmapovat jaké mají možnosti odborné intervenci a jejich náhled na tento druh pomoci.

Zdravotníci záchranáři, vyjíždějící do terénu procházejí při své profesi různými zátěžovými situacemi, kterými se mnohdy cítí ovlivněni a jistým způsobem poznamenáni. Měli by dokázat, pro ně vhodnou formou, eliminovat dopad těchto zátěžových faktorů na jejich profesionální, ale i osobní život. K volbě tohoto tématu mě tedy také vedl zájem zjistit, jaké situace jsou právě ty, kterými byli ovlivněni, co při takové kritické události pociťovali a jak reagovali. Také, co jim pomohlo tento zážitek překonat a zda opět našli duševní rovnováhu.

Smyslem této práce nebylo tedy jen zmapování zátěžových faktorů, kterým jsou zdravotníci záchranáři vystaveni, ale také snaha zmapovat, jak vnímají téma psychologické pomoci v souvislosti se svou profesí a psychicky náročnými zážitky s ní spojené.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Charakteristika a zátěžová rizika pracovního prostředí ZZS

1.1.1 Osobnost záchranáře

Jistá míra stresového vypětí a nárazových zátěžových momentů provází práci záchranné služby takřka neodmyslitelně. Opětovné vystavování těmto situacím společně se zvládnutím zátěže je z velké části postupnou cestou k účinné adaptaci, prostřednictvím snížení stresové odezvy. Předpoklady, které by u sebe měl zdravotnický záchranář shledávat, budou v jeho praxi tvořit nosné pilíře. Čím více jich u sebe nalezne, tím více si bude věřit a zvládnutí nelehkých situací (jakožto i jeho práce obecně) pro něj bude snazší. Vedle odborné (teoretické i praktické) erudovanosti a dobré fyzické kondice jde především o zájem tuto práci dělat, obětovat se jí a stále se snažit rozvíjet své vědomosti, popřípadě zkušenosti prostřednictvím dalšího profesního vzdělávání, ale i samostudia. Též prezentace vlastních znalostí a dovedností formou přednášení na odborných seminářích, školení pro veřejnost pomáhá tvořit jeho osobnost. Přínosem jistě může být i účast na různých soutěžích, studijních pobytech a stážích, kde je příležitost čerpat nové zkušenosti a objevovat další možnosti profese. Dalším předpokladem je sociální a psychická vyspělost záchranáře. Svým jednáním by neměl ztrácet autoritu a pacientovu důvěru. Pokud je záchranář kolegiální, pohotový, empatický a zdravě sebevědomý, spolu s ostatními předpoklady má šanci vyrovnat se s obtížemi služby⁽¹⁹⁾.

Opomíjen by neměl být ani význam etiky. Vedle pojmů spolehlivost, přesnost, rychlost a zodpovědnost, promítající se do psychické i fyzické vybavenosti, je etický aspekt důležitou součástí pomáhající dotvořit komplex vlastností záchranáře. V mezních, či v extrémních situacích, kdy se svádí boj o život, je užíváno pojmu situační etika⁽¹⁸⁾. Záchranář by měl pracovat vždy podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Někdy je však nucen odchýlit se od běžných standardních postupů a individuálně se v dané situaci rozhodovat. V těchto specifických situacích je ovšem velice obtížné absolutně respektovat a zachovat právo pacienta na informovaný souhlas,

debatovat s pacientem o jeho vlastní autonomii nebo respektování lidské důstojnosti tak, jak si pacient právě přeje. Záchrana životů v maximální možné míře, a v co nejvyšší kvalitě- těmto požadavkům by mělo být vše podřízeno. Urgentní medicína a stavy s ní spojené tedy vyžadují v zájmu efektivity modifikovaný etický kodex^(18, 23).

1.1.2 Zahájení výjezdu a přesun na místo události

Po příjmu tísňové výzvy zajišťuje zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS) pomocí zdravotnického operačního střediska (dále jen ZOS) a výjezdových skupin v dané oblasti, v nepřetržitém provozu, za každého počasí a povětrnostních podmínek přednemocniční neodkladnou péči (dále jen PNP). Cílem této péče je snížení následků akutních poruch zdraví a náhlých zhoršení chronických nemocí na minimální možnou míru tak, aby se nemocní vrátili do plnohodnotného života bez většího handicapu^(17, 21). V České republice jsou zřizovány výjezdy ZZS prostřednictvím výjezdových skupin následujícího složení – rychlá lékařská pomoc (RLP): řidič-záchranář, zdravotnický záchranář, lékař, rychlá zdravotnická pomoc (RZP):řidič-záchranář, sestra/zdravotnický záchranář, setkávací systém tzv. Rendez-Vous (RV) prostřednictvím osobního automobilu: zdravotnický záchranář, lékař a nakonec i Letecká záchranná služba₁(LZS): zdravotnický záchranář, lékař + obsluha vrtulníku (1- 2 piloti)^(5,17).

Výjezdová skupina ZZS jedná pod časovým tlakem, za účelem dodržení stanovených požadavků. Po přijetí a předání tísňové výzvy operátorem ZOS následuje první fáze výjezdu. Výjezdové posádky konající službu jsou povinny dodržet uskutečnění výjezdu do 2 min od obdržení pokynu ZOS. V průběhu následujících 20 minut, by měla skupina dorazit na místo události a zahájit poskytování PNP. V rámci této péče je dále posádka nucena v nejkratším možném čase provést odborné diagnostické a léčebné úkony s následným zahájením transportu a poté předání do nemocničního zařízení. Vliv těchto okolností znamená akutní stresovou zátěž pro celou výjezdovou skupinu^(1, 8).

¹Letecká záchranná služba, je vázána mj. také na rozhodnutí pilota o letových podmínkách (viditelnost a meteorologické podmínky), na základě kterých je vzlet uskutečněn⁽¹⁷⁾.

Během jízdy na místo zásahu podléhá vozidlo ZZS právům a povinnostem §41 zákona 361/2000 Sb. o pozemních komunikacích (jako je užívání zvláštních světelných a zvukových výstražných znamení, jízda vozidla s právem přednosti v jízdě apod.)^(7, 17).

1.1.3 Pracovní prostředí

Zátěž vznikající v souvislosti s typem pracovního prostředí na místě zásahu záchranářů, je spojena s mnoha rizikovými faktory, které ve svém důsledku jejich práci ztěžují. Tyto situace vystavují záchranáře nejčastěji rizikům úrazu, popřípadě ovlivňují kvalitu jimi poskytované péče. V takových momentech je nutné aktivovat technickou i zdravotnickou asistenci ostatních složek integrovaného záchranného systému (IZS) jako je Hasičský záchranný sbor ČR, Policie ČR dále Horská služba ČR, Báňská záchranná služba, či Vodní záchranná služba Českého červeného kříže. Tato specializovaná spolupráce vede k minimalizaci rizik a bezpochyby zkvalitňuje úroveň poskytované přednemocniční neodkladné péče⁽¹⁷⁾.

Faktory tuto asistenci určující jsou např.:

- Okolnosti zásahu - výbuchy, požáry, závaly a havárie
 - povodně, zásahy na vodních/ ledových plochách a vodních tocích
 - terénní nepřístupnost či zhoršená přístupnost ke zraněnému vyžadující speciální vybavení a techniku transportu postiženého
 - vyhledávání osob a pátrací akce

- Dopravní nehody - regulace okolního provozu a zajištění bezpečného fungování záchranných složek
 - vyprošťování osob z havarovaných vozidel
 - opatření proti ohrožení unikajícími látkami a nebezpečným nákladem (pohonné hmoty, plyny, chemikálie, těkavé látky)

- Místa zásahu - budovy, rodinné domy, byty (často spojeno s problematikou domácích zvířat), pracoviště postižených, kancelářské prostory
- dopravní komunikace a veřejná prostranství (zde bývají často negativním vlivem přihlížející) ^(15, 17)

Ošetřování pacienta a kontakt s jeho biologickým materiálem (krví, slinami, sekrety a jinými tělními tekutinami) vystavuje záchranáře rizikům infekce. Vedle běžných viróz typu chřipky, stafylokokové a streptokokové infekce jsou u specifických sociálních skupin charakteristické druhy onemocnění jako např. hepatitida-typ A, B, C, virus HIV (toxikomani), tuberkulóza, dermatitida, svrab (běženci z cizích zemí, bezdomovci) a specifické případy nakažení po útoku zvířat. Riziko infekce se samozřejmě zvyšuje, pokud je nutné u těchto ošetřovat krvácivé stavy. Proto je nutné dodržovat bariérovou ošetrovatelskou péči, hygienické zásady a zásady bezpečné práce s infekčním materiálem^(15, 17).

1.1.4 Fyzická zátěž

Profese zdravotnického záchranáře bezpochyby patří mezi povolání, kde se objevuje zvýšené riziko poškození podpurně-pohybové soustavy, zejména oblasti zad. Zdravotní problémy mohou mít charakter, kdy se jeví jako snesitelné (drobné bolesti, pocit diskomfortu), až po stavy vyžadující si léčbu nebo dokonce hospitalizaci. Aby byla práce vykonávána efektivně, bez negativních důsledků a malou námahou, měl by mít jedinec základní znalosti, týkající se jeho pracovního prostředí a druhu práce, kterou vykonává⁽⁴⁾.

Pohyby konající práci, by měly korespondovat s fyziologickými drahami a stereotypy (korelace amplitud pohybů, síly, rychlosti a také rytmu). Množství aktivovaných svalových skupin by mělo pokrývat energetickou náročnost pohybů konaných při práci. Nerovnováha mezi vysokou fyzickou náročností úkonů a zapojenou svalovou kapacitou jedince vede k nadměrnému přetěžování pohybové soustavy a poškození zdraví s ním spojeného. Důležité tedy je přizpůsobení nejen k ideální dráze

pohybu, ale i zapojení patřičných svalových skupin, popřípadě zaujetí poloh, které nám pomohou úkon dynamicky provést^(4, 25). Příčinami jsou nejčastěji - jednostranné přetěžování, nadměrná hmotnost břemen, s nimiž je manipulováno, nefyziologické pracovní polohy, vyvíjení nadměrných svalových sil apod.⁽²⁵⁾

Obecně lze tedy říci, že práce na záchranné službě je často z hlediska pracovního úrazu riziková, i kvůli dlouhodobým expozicím těmto vlivům. Což může mít za následek pracovní neschopnost a tím pádem, pokud dojde po zotavení k omezení výkonu v práci, také následnou ztrátu zaměstnání⁽⁴⁾.

1.1.5 Lidský faktor a komunikace

Problematika týkající se komunikace s pacienty na místě zásahu, je úzce spjata s komunikačními dovednostmi záchranáře. Jeho verbální a nonverbální schopnosti mohou zásadně ovlivňovat průběh výjezdu a tím pádem i jeho vlastní psychické vypětí. V přehledu dovedností by neměly chybět schopnosti naslouchat, tedy aktivně vnímat, co pacient říká, jak to říká, sledovat jeho mimiku a pohyby, být schopen empatie a projevu porozumění, který poskytuje pacientovi zpětnou vazbu, že je mu nasloucháno a rozuměno, což ho k další spolupráci motivuje. Poskytnout pacientovi také zpětnou vazbu výkladem, interpretací informací, které pacient sděluje, a sice způsobem tentativním, nikoli necitlivým⁽³⁾.

Z hlediska komunikace však nepřicházejí záchranáři do kontaktu jen s psychologicky bezproblémovými pacienty. Setkávají se také s hypochondrickými, obsedantními, nespolupracujícími, až neuroticky a agresivně reagujícími lidmi, což má za následek další psychické vypětí, které je třeba zvládnout⁽¹⁰⁾.

Neklidní a agresivní pacienti představují přece jen pro záchranáře nejvyšší riziko z hlediska psychické i fyzické újmy. Měli by být připraveni všimnout si u pacientů určujících spojitostí s agresivním chováním, jako například u intoxikace alkoholem nebo drogou, abstinenčních stavů alkoholiků (včetně deliria tremens) a toxikomanů, některých typů poruch osobnosti, akutních psychotických stavů, pocitů frustrace nebo třeba i obecné akutní stavy zmatenosti související s různými okolnostmi události. I

zdeby měl záchranář využít svých komunikačních dovedností a zvážit kooperaci s dalšími spolupracovníky nebo policií, aby minimalizoval ohrožení sebe i pacienta⁽⁹⁾. Je třeba zvážit i charakter chování rodiny nebo přihlížejících, který by neměl narušovat fungování posádky a ovlivňovat tak kvalitu její práce⁽¹⁵⁾.

Fenomény jako mobbing a bossing se nevyhýbají ani záchranářům. Pojmem mobbing se rozumí forma šikany na pracovišti ze strany spolupracovníka a k němu se přidávajících členů pracovního kolektivu. Cílem takového počínání je obvykle snaha aby zaměstnanec ukončil pracovní poměr. Projevy mohou být jak verbální (zesměšňování, zlehčování), tak i mimoslovní (ignorace- například zdravení, pohrdavá gesta a výrazy). Další možností je maření pracovního úsilí zaměstnance (zatajení informací, smazání dat, ztráta výsledků zadaného úkolu).Bossing označuje podobné počínání, ovšem ze strany nadřízeného⁽²⁸⁾.

1.1.6 Chronická zátěž a kritické události

Chronická zátěž v souvislosti se směnným provozem a nepravidelným spánkem se většinou neprojevuje ihned. Práce záchranné služby v nepřetržitém provozu klade zvýšený nárok na adaptaci související se změnami v životním stylu. Záchranář je nucen přizpůsobovat službě kontakt se svými nejbližšími, omezovat kulturní a společenský život v důsledku posouvání a nepravidelnosti pracovního volna. Noční práce a nepravidelný, často přerušovaný spánek narušuje přirozené biorytmy fyziologických funkcí. Dochází k posunu doby spánku a výkonu oproti normálnímu biologickému rytmu organismu. Následně může mít záchranář pocit nedostatečného odpočinku, popřípadě spánkového dluhu a chronické únavy^(2, 25).

Z hlediska kritických atraumatizujících událostí je jistě jednou ze základních smrt člověka. Často záchranáři přicházejí do kontaktu s nepřirozenou smrtí a její nepředvídatelností. Oproti smrti přirozené, mající určitou lidskou důstojnost, má smrt nepřirozená mnohem závažnější dopad na psychiku zasahujících výjezdových

skupin záchranné služby. Sama práce s pozůstatky zemřelých a identifikace těl obětí je jeden z možných spouštěčů posttraumatické stresové poruchy^(12, 21).

Záchranář se vyrovnává s velkým stresem, pokud se traumatická smrt nebo těžké zranění týká dětí a mladých lidí. Umírání dítěte je extrémně zatěžující, jelikož se vyrovnává navíc s dojmem, že smrt přichází příliš brzy. Končí život, který nedostal šanci k rozvoji. Mimo to zde působí i dojem dětské nevinnosti, bezbrannosti a odkázanosti na své okolí. Mnohdy zde vyvstává dojem, jakoby právě toto okolí bylo za smrt dítěte zodpovědné tím, že ho nedokázalo nastávající situace uchránit. Celá situace je o to více zatěžující, pokud jsou přítomni rodiče nebo příbuzní dítěte a záchranář je svědkem i utrpení těchto lidí. V případě umírání mladého člověka se celá situace zúží na dojem brzkého konce života^(22, 31).

Dalšími uváděnými kritickými událostmi týkajícími se úmrtí, jsou situace související s kolegy z týmu, popřípadě s osobami, které záchranář zná. Sebevražda, vážné nebo smrtelné zranění spolupracovníka, ale i vlastní zranění záchranáře během služby dokáže zapůsobit jako možný mechanismus rozvinutí akutní reakce na stres. Mezi kritické situace také patří závažné dopravní nehody (většinou hromadné), ošetřování vážných popáleninových traumat a v neposlední řadě kardio-pulmo-cerebrální resuscitace (dále jen KPCR)⁽¹²⁾.

1.2 Důsledky stresových a traumatizujících událostí

1.2.1 Stres

Stres je popisován jako stav organismu, který tak odpovídá na působení zátěže jakýmkoliv činitelem. Při takovém stavu se uplatňuje tzv. adaptační syndrom, což jsou vývojově staré mechanismy uplatňující se během snahy organismu o přežití při vystavení nebezpečí. Aktivuje se sympatický nervový systém spolu s kůrou a dření nadledvin. Tato aktivace způsobí v organismu tachykardii a hypertenzi, prohloubení dýchání, útlum vnímání bolesti a zvýšení svalového tonu. Dále také vyplavení energetických zásobních látek (sacharidy, lipidy) a zvýšení psychických schopností.

Dochází tedy k mobilizaci všech sil organismu, za účelem bojovat nebo utíkat (fightorflight), aby ve výsledku přežil. Toto extrémní vypětí je pro organismus velmi neúspěšné a dochází tedy k velkému vyčerpání. Dlouhodobé působení stresogenních prvků na organismus je obecně kvalifikováno jako významný patogenní faktor^(24, 30).

Obecně lze tedy stav stresu, projevujícího se v symptomech adaptačního syndromu, rozdělit jako probíhající reakci do třech fází. První je fáze poplachová (alarmující) – vnitřní prostředí je náhle narušeno a je provázeno silným podrážděním především sympatické soustavy jako aktivizace adaptačních mechanismů. Druhá následuje fáze rezistence – adaptace na stres je v této fázi nejvyšší, ze strany organismu dochází ke zvykání na stresový podnět, adaptační mechanismy jsou stále na vysoké úrovni. Fází třetí je vyčerpání (exhaustion) – dochází k vyčerpání organismu a hroucení adaptačních mechanismů, v důsledku nedostatečné rezistence a prodlužování rezistentní fáze, následně může dojít k celkovému selhání regulační a adaptační schopnosti jedince^(24, 29).

Se stresem souvisejí také pojmy eustres a distres. Eustres, neboli pozitivní stres, má pozitivně působící a motivující účinek. Umožňuje navýšit výkonnost a soustředění. Může tedy znamenat jak reakci na příjemné a běžné podněty, tak i na obtížné situace, které jedinec zvládl a tzv. s nimi roste. Naproti tomu pojem distres obnáší negativní, špatně prožívaný, zatěžující a i ve svém důsledku zdraví poškozující stres^(2, 26).

1.2.2 Posttraumatické poruchy

Reakcemi na dlouhotrvající stres nebo na jednorázové vystavení traumatizujícímu zážitku jsou posttraumatické poruchy. Charakteristikou takových poruch je znovuprožívání a přetrvávání traumatizující události ve vědomí, spolu se silným strachem, pocitem bezmoci i hrůzy a potřebou vyhnout se veškerým podnětům pojících se k prožité události. Zátěžové situace a traumata mohou být subjektivně rozdílně závažné. Taktéž doba trvání situací může být různá, mohou se také ve svém účinku sčítat nebo se projevit v době, kdy je jedinec oslaben, apod. Všichni lidé ovšem nereagují stejně. Schopnost zvládnout tuto zátěž, je závislá na aktuálních dispozicích, zkušenostech a kompetencích. Rozdílná míra vulnerability, tedy citlivosti a odolnosti,

ale i okolnosti události by měla být brána v potaz při hodnocení možných negativních důsledků. V neposlední řadě přispívá do hodnocení aspekt, zda postižený člověk mohl své zkušenosti s někým sdílet. Jistě není bez významu i běžné hodnocení traumatické situace společností (medializace mimořádných událostí, neštěstí, závažných nehod apod.). Okolnosti, které událost provázely, mohou reakci na závažné trauma ovlivnit. Rozdílně bude jedinec hodnotit přírodní katastrofu a újmu způsobenou lidmi (především zda se jednalo o úmyslné jednání). Zvláště brutální a bezohledné jednání lidských bytostí narušuje základní důvěru k lidem, jelikož původcem těchto negativních zážitků jsou právě oni. Na základě tohoto postoje mohou tyto pochybnosti vygradovat až k naprosté ztrátě důvěry a změně vztahu k lidem, přičemž se fixují obranné reakce různého druhu⁽²⁶⁾. Klinickými projevy posttraumatických poruch jsou akutní reakce na stres a posttraumatická stresová porucha⁽³⁰⁾.

Jako akutní reakci na stresový zážitek lze pojmut fyziologické změny a změny v chování a prožívání, jejichž příznaky vznikají okamžitě a jsou akutní reakcí na intenzivní duševní, či fyzický stres. Tato reakce má podstatu v obranné a ochranné funkci vůči působícímu vlivu⁽²⁹⁾. Akutní reakci lze rozdělit na dva druhy, obrannou reakci typu A (tzv. aktivní reakci) a akutní reakci typu B (tzv. pasivní, označována jako reakce tzv. mrtvého brouka). Při obranné reakci typu A, převažuje během stresového stavu funkce sympatického nervstva, což nastává jako častější odpověď organismu. Svými charakteristickými projevy je často označována jako reakce útočného nebo únikového typu. Spočívá v mobilizaci sil jedince, sloužících k jeho aktivní ochraně. Projevem jsou změny tělesné (svalové napětí, třes rukou, nohou nebo celého těla, zarudnutí v obličeji-u žen skvrny na krku, zrychlení všech fyziologických funkcí, nepřesná koordinace pohybů), emoční (výrazná mimika, která se může často měnit, smutkové nebo zlostné emoce- křik, nářek, zloba, dále emoce, které nejsou adekvátní situaci-smích), ale i na úrovni chování (agrese, nesoustředěnost, těkání, psychomotorický neklid-pohyby, pobíhání či útěk z místa události, překotné tempo řeči, nepřesná koordinace pohybů), a sice v různých podobách a intenzitách. Reakce typu B je méně častá, ale často vypovídá o větší závažnosti stavu. V takových případech nastává celkové strnutí, což lze vysvětlit jako reakci na bezmoc v situaci, z níž nešlo uniknout.

Tyto okolnosti vedou k jakémusi vnitřnímu úniku, změně stavu vnímání, kdy veškeré dění pojímá jedinec neosobně (týká se všeho okolo kromě jeho samotného), čímž se chrání před přívalem silných emocí. Při prosazení této reakce lze pozorovat následující změny- ztuhlost, strnulost, omezení pohybu, dále zpomalení fyziologických funkcí a s ním související bledost, odkrvení a chlad periferních částí těla, taktéž pot je studený a dostavit se může i chvění z chladu. Patrné je často i rozšíření zornic, výraz v obličejí je také konstantní s minimální mimikou- občas je patrný nepatrný úsměv. Emoce nejsou pociťovány ani projevovány. Kromě zmíněné depersonalizace se dostavuje i derealizace (co se děje, není skutečné) a časová distorze (okamžik je vnímán jako velice dlouhá doba)^(26, 29). Obecná kapacita odolávání zátěži, úroveň kognitivních funkcí, osobnostní rysy, míra opory nebo předchozí zkušenosti jsou faktory, které ovlivňují citlivost člověka vůči traumatické události⁽²⁹⁾.

Posttraumatická stresová porucha se může projevovat měsíce i roky po vyvolávající události, kdy kritickým obdobím bývají první tři měsíce. Jde o oddálenou nebo prodlouženou reakci, přesněji o projev nedostatečného zpracování těžkého traumatického zážitku. Projevem je přetrvávání potíží psychického i somatického typu. Prvním projevem jsou tendence k znovuprožívání obsahu traumatické události- děsivé sny, pocity strachu a hrůzy, intenzivní úzkost při setkání s okolnostmi, které událost připomínají (často i kontakt s pozůstalými). Další tendencí je vyhýbání se pocitům a myšlenkám spojených s traumatem- určitá místa, aktivity vyvolávající vzpomínky, citová otupělost a neschopnost prožívat pozitivní emoce, přetrvávající prožívání derealizace a depersonalizace. S těmito tendencemi souvisí i zvýšená dráždivost jedince. Působí dojmem, že je v ohrožení, psychomotoricky neklidný, nezvládá si odpočinout a naopak je vyčerpáván zvýšenou bdělostí. Často se dostavují poruchy spánku. Na neočekávaný podnět nebo leknutí reaguje přemrštěně. Patrná bývá i tzv. fyziologická reaktivita (tepová frekvence, dýchání), kdy jedinec reaguje na podněty připomínající trauma^(26, 29). Posttraumatická stresová porucha skýtá velice často i přidružená onemocnění (uváděno bývá až okolo 80 %, studie National Comorbidity Survey udává 50-60 %). Nejčtenější vedle generalizované úzkostné poruchy jsou to ideprese a toxikománie. Dále je to třeba dystymie, panická

porucha, fobické poruchy (např. agorafobie) nebo obsedantně- kompulzivní porucha⁽⁶⁾. Součástí posttraumatické poruchy bývají v jejím důsledku i somatizace. Dlouhodobě nevyjádřené a neprožité emoce spolu s přetrvávajícím svalovým napětím se posléze mohou projevit jako tělesné potíže- sinusitidy a opakované infekty, výsev oparů a alergických reakcí, nepříjemné pocity, bolesti a dysfunkce trávicího traktu, bloudivé bolesti bez objektivního podkladu, či bolesti kosterního svalstva, zejména nohou a zad, hlavy-trojklaného nervu, bolesti v oblasti hrudníku (tzv. sešněrovaný hrudník) a pánvi (popř. gynekologické potíže). Obtíže zmíněných druhů mohou být také doprovázeny nepřiměřenou únavou a s ní spojeným zhoršením vztahů s rodinou a blízkými. Sexuální život bývá taktéž značně negativně ovlivněn a omezen^(29, 30).

1.2.3 Syndrom vyhoření

V souvislosti s pracovníky ZZS narážíme také napojem syndrom vyhoření, neboli burnout, označující selhávání v dané pracovní profesi na základě vyčerpání v důsledku nárůstu pracovních nároků od okolí nebo jedince samého⁽²⁸⁾. Symptomy syndromu vyhoření se dají rozdělit do několika kategorií. Psychické příznaky týkající se kognitivních funkcí – jedinec ztrácí nadšení, není schopen plného pracovního nasazení a míra zodpovědnosti v jeho počínání se snižuje. K práci cítí nechut' a může mu být až lhostejná. Taktéž může mít problémy se soustředěním a zapomínáním. Zaujímá negativní postoj k sobě, společnosti, k práci a může unikat do světa své fantazie. Druhou skupinou psychických příznaků jsou emocionální projevy. Jedinec pocítuje sklíčenost a bezmocnost, je nespokojený, popudlivý a snadno tak u něj propukne agrese⁽²⁷⁾. Mezi tělesné příznaky patří projevy chronické únavy, jedinec je rychle unavitelný a cítí, že nemá dostatek energie na svou činnost. Objevuje se zvýšená potřeba spánku, který je však nekvalitní a po probuzení se člověk necítí odpočatý, únava ho nepřechází, jak je tomu po klasické fyzické únavě například z manuální práce nebo sportu. Jedinec může trpět i svalovými bolestmi, tělesnou slabostí, častěji u něho propukají nemoci a taktéž u něj může dojít k výkyvům tělesné hmotnosti⁽²⁸⁾. Třetí rovínou, do které se promítá syndrom vyhoření, je sociální oblast. Na úrovni mezilidských vztahů se

vyhořelý člověk projevuje omezeným kontaktem jak s kolegy, tak i s klienty a jejich příbuznými, což se opět projevuje na efektivitě a výsledcích práce záchranáře. Práce například s problémovými pacienty nebo řešení situací s nimi, je neochotná, neangažovaná a takový záchranář nemá zájem pomoci. Tento člověk se tím pádem stává často konfliktní a to jak v práci, tak i v soukromí ⁽²⁷⁾. Pojem syndromu vyhoření je proces, stále se vyvíjející po dobu měsíců i let. Prochází několika fázemi, kdy v první řadě bývá zmíněné emoční vyhoření, a spolu se ztrátou inspirace později dochází k celkovému psychickému vyhoření. Finální fyzické vyčerpání mohou provázet tedy i různá psychosomatická onemocnění. Syndrom vyhoření je taktéž následkem dlouhodobého potlačování stresu a přirozených reakcí ⁽²⁸⁾.

1.3 Prevence a intervence

1.3.1 Duševní hygiena a vyrovnávání se stresem

Duševní hygiena je charakterizována především jako soubor vědeckých postupů a pravidel vedoucích k udržení a upevnění duševní rovnováhy u lidí zdravých, jakož i nasměrování k znovunabytí duševní rovnováhy a posílení duševního života u lidí vykazujících stále více příznaků jeho narušení. Taktéž zahrnuje práci s lidmi duševně nemocnými. Těm se snaží vštípit podněty k dodržování zásad duševní hygieny v době mimořádného duševního vypětí a naznačuje, jak je možné pomocí těchto zásad efektivně a s úspěchem vzdorovat nemocem. Duševní hygienu lze také chápat jako boj proti vzniku duševních chorob ⁽¹³⁾. Účinným prostředkem redukce stresogenního dopadu různých problémů je vyhnout se jejich vlastnímu prožívání, tedy osobnímu vztažení. Neúspěchy je důležité hodnotit i z hlediska snahy, pokud jsme totiž nabyli přesvědčení, že jsme pro danou věc vyvinuli maximální úsilí, není na místě prožívat zmaření snahy neúspěchem tragicky ⁽¹¹⁾.

Existují vytypované strategie pro zvládání stresu. Původně to byly 2 strategie, a sice zaměřené na řešení problému, kde jedinec vyvíjí vlastní aktivitu konstruktivně řešit nastalou situaci např. odstranění faktorů působících strach a obavy nebo změnit

podmínky ovlivňující celkový stav věci. Druhou strategií bylo vyrovnání se s emocionálním stavem. Zde byla vyvíjena snaha o zaměření se na řízení emocionálního stavu, který se výrazně změnil v souvislosti působením, v němž se jedinec ocitl⁽¹³⁾. Později však byla vyzkoumána variabilnější paleta strategií zvládnání stresu. Jednu z nich počátkem devadesátých let uvedla C. Patelová- tzv. Deset A pro zvládnání stresu: 1. Awareness – uvědomění a rozpoznání stresu, 2. Avoidance – vyhnout se stresu (stresoru) pokud je to možné), 3. Anticipation – předvídání stresu, 4. Appraisal – hodnocení stresu, 5. Autonomicrelaxation – osvojení přístupů relaxace, meditace, vizualizace, 6. Anger management – zvládnání vlastního hněvu 7. Assertivnes – osvojení zásad asertivity, 8. Amnesty – naučení se odpouštět, 9. Alteringperspective – využívat změny pohledu na danou problematiku a 10. Assistance – využití sociální opory⁽¹¹⁾.

Cíl procesu zvládnání stresu uskupují jednotlivé dílčí dosažené předpoklady. V první řadě je to snížení ohrožujících činitelů, které na člověka ve stresu působí. Dále je to tolerance, kdy by měl jedinec unést nepříjemné skutečnosti, které se právě dějí. Také zachování tváře tzv. image, obrazu sebe sama a emocionální klid, tedy duševní rovnováhu, posune jedince výrazně směrem k zvládnutí stresu. V neposlední řadě to je však také zlepšení podmínek pro regeneraci po zážitku stresu a pokračování v sociální interakci v komunikaci a životě s ostatními lidmi⁽¹³⁾.

Mezi techniky zvládnání stresu jsou nejčastěji řazeny různé relaxační prvky. Jde o metody založené na ovlivňování a regulování dechu a dále o metody pracující s lidskou představivostí⁽¹¹⁾. Relaxační trénink je soustavné cvičení (trénování), při němž dochází k soustředění cvičence na cvičitele, který dává pokyny ke cvičebním úkonům. Během takto prováděného cvičení dochází k soustředění na uvolňování svalů a následně k psychickému uvolnění, což je principem celé procedury. Dalším relaxačním cvičením je meditace. Například opakováním některých slov v delším časovém úseku byly soudobé techniky odvozeny od náboženských meditativních forem. Tím, že se osoba soustředí na pomalé vyslovování daného slova, nemá prakticky možnost myslet na těžkosti, které ji souží a je možné si tak odpočinout. Další meditativní metodou je naopak soustředění se na to, co člověka trápí. Neutápí se v myšlenkách, ale snaží se přemýšlet tzv. bez hodnocení a vytvořit si jakýsi odstup, vhled (insight) neboli nadhled.

Technika umožňující také zvládnout těžkou situaci je imaginace. Rozumí se zde záměrné zobrazování tzv. uklidňujících scénérií (pláž u moře, krásná přírodní oblast, pohled z vrcholu horolezecké túry). Opět je v pozadí techniky zjištění, že člověk nedokáže myslet intenzivně na dvě věci současně. Existuje velké množství druhů relaxace a je zatěžko prohlásit nějakou ideální. Záhodno je zkombinovat několik technik a dospět tak k nejefektivnější relaxaci vlastní cestou⁽¹³⁾. Ke zmírnění působení stresu mimo službu pomáhají tedy obecně i mimopracovní aktivity a zájmy. Pracovníci by měli být seznámeni s pozitivním vlivem této činnosti stejně, jako s psychologickými riziky své práce. S tím souvisí i základní erudovanost v psychologické problematice, spojené s profesní zátěží a následný racionální přístup v případě shledání prvních symptomů. Důležitým faktorem je i schopnost oddělit profesní život od osobního a problémy obou sfér udržet od sebe co nejvíce izolované. Taktéž obecná kultura a atmosféra na pracovišti podstatně ovlivňuje působení stresu na pracovníka⁽²²⁾.

1.3.2 Krizová intervence (CISM)

Historie technik krizové intervence sahá do první poloviny 20. století. V době 1. světové války se k řešení psychotraumat vojáků využívalo individuálních intervencí psychiatrem⁽⁶⁾. V průběhu 2. světové války se vycházelo již z techniky skupiny při léčbě tzv. válečné neurózy, za účelem vrátit vojáky zpět na frontu. Dr. Marshall zde aplikoval debriefing podobným způsobem, jakým byl představen později v 80. letech. Prostřednictvím těchto válečných období průběžně popisovali ve svých pracích T. W. Salmon (1919), Kardiner a Spiegel (1947) 3 základní principy krizové intervence- bezprostřednost, blízkost, očekávání. Program CISM (Critical Incident Stress Management) byl zformulován v průběhu 70. let J. T. Mitchellem jako intervence proti traumatickým stresovým zkušenostem personálu z řad policie, hasičů a záchranné služby. Spolu s modelem zakomponovaného debriefingu CISD (Critical Incident Stress Debriefing) představil Mitchell tuto studii veřejnosti v roce 1983. CISM není psychoterapií ani léčbou, ale systémem technik preventivní a psychologické péče se zaměřením na osoby s možným psychotraumatem, vystavené kritické události

v souvislosti se svou profesí, za účelem udržení, či znovuoobnovení psychické rovnováhy těchto profesionálů^(14, 20). Hlavními zásadami jsou centrální řízení (aby byl přístup jednotný), krátkost, okamžitost, blízkost, jakož i lidský přístup a zachování důstojnosti člověka⁽⁶⁾.

Podle Mitchellova modelu funguje v závislosti na rozsahu několik typů intervence. Nejkratším typem CISM je tzv. Podpora na místě události, což je krátká, praktická intervence, sloužící jen k minimalizaci působení stresu. Cílovými skupinami jsou nejen pracovníci již známky stresu vykazující, ale také stresovaní přihlížející, či členové rodiny postiženého na místě události. Pro zasahující je však nejkratším typem krizové intervence tzv. demobilizace. Zde není zapotřebí přítomnost odborníka. Provádí se při odchodu ze směny, kdy se pracovníci shromáždí a prostřednictvím zhruba 15 minutového informativního pohovoru se velitel směny, či zásahu snaží o jakési vypnutí tzv. autopilota, čímž pomůže navodit vnímání režimu odpočinku a dát tak prostor k relaxaci. Demobilizace bývá využívána při událostech, kde se vyskytuje velký počet zasahujících. Debriefing je druh praktické intervence, mající za úkol snížit působení stresu, stabilizovat situaci a zajistit aby se na základě mobilizace vlastních zdrojů mohl pracovník znovu zapojit do práce. Tato intervence by měla probíhat přibližně s jednodenním odstupem, ne však déle než jeden týden po kritické události. V počtu 5 až 14 účastníků tak po dobu dvou až tří hodin prochází různými fázemi, vracející se k události prostřednictvím vhodně zvoleného týmu krizových pracovníků se zkušenostmi s danou situací. V první části se krizoví pracovníci představí, sdělí účel a možný přínos schůzky, a vymezí pravidla jejího průběhu. Vedoucí debriefingu také zdůrazní rovnost týkající se hierarchie schůzky. Následující fáze jsou: fáze faktů, fáze myšlenek (kognitivní vnímání události), fáze reakcí (emocionální vnímání události), fáze symptomů (sumarizace projevů stresu), fáze učení (shrnutí a vysvětlení zmiňovaných potíží, probrání technik jejich odbourávání a důraz je kladen také na normalitu vyjmenovaných reflexí) a konečně závěr (návrat), kdy se dosavadní sezení shrne celkově, popř. je dán prostor k diskusi a nabídce dalších služeb^(6, 20). Hlubší psychologické problémy některých z účastníků sezení je třeba ponechat na individuální konzultaci a neřešit je na místě. Úkolem debriefingu je pomoci získat představu

o nejbližší budoucnosti spolu se začleněním do běžného života, aniž by pokud možno zmíněná kritická událost jedince negativně ovlivnila⁽²⁰⁾. Rozdíl mezi debriefingem a defusingem spočívá ve složení vedoucích intervence. Zatímco u debriefingu je nutné zajistit přítomnost odborníka na duševní zdraví a dvou až tří peerů, u defusingu postačí, pokud jej vedou dva vycvičení peerové⁽²²⁾. Defusing je jakousi kratší verzí debriefingu, přicházející bezprostředně po události. Úvod defusingu se debriefingu velice podobá (seznámení s účelem sezení, představení apod.), stejně tak následující kombinace fází (faktů, myšlenek, reakcí a symptomů) tzv. průzkum a konečná tzv. fáze informací (slučující fázi učení a závěru)⁽²⁰⁾. Peer by měl mít v rámci své intervenční činnosti ujasněné cíle své práce. V rámci této vzájemné podpory by to měly být cíle jako poskytování empatického naslouchání a schopnost identifikace kolegů, kteří mohou být ohroženi na svém zdraví jak sami sobě, tak pro ostatní v souvislosti s jejich profesí. Takové by měli nasměrovat na cestu k odborné pomoci. Také by si měl uvědomovat svou roli a zachovat důvěryhodnost. Peer by měl být ideálně ze skupiny cílové populace a měl by mít tedy dost zkušeností, aby u něj bylo možné nalézt pochopení⁽¹⁶⁾.

Preventivní a intervenční programy jsou v České republice zavedeny ve složkách ministerstva vnitra, ovšem nikoliv ze zákona. Od roku 1998 se systematicky rozvíjí systém posttraumatické intervenční péče pro policisty a později se vznikem psychologické služby u HZS ČR i pro hasiče. V rámci IZS je záchranná služba jedinou složkou, která zatím žádný z podobných programů nemá plošně zaveden. V roce 2004 začaly být na bázi spolupráce několika krajů a jejich záchranných služeb zaváděny některé z psychologických programů, a to jak preventivních, tak i intervenčních. Zaměřením nejen pro zdravotníky, ale i pro management zde probíhaly edukační přednášky a semináře především preventivního zaměření. Občas byly součástí seminářů rovněž ukázky technik CISM. Jednou z dalších aktivit jsou nácviky komunikačních technik, které nacházejí uplatnění především u pracovníků operačních středisek. V roce 2006 absolvovalo certifikovaný výcvik CISM 30 pracovníků z celé ČR díky projektu podpory duševního zdraví a dekontaminace stresu pracovníků ZZS. Tento projekt proběhl v rámci krizové připravenosti Ministerstva zdravotnictví České republiky. Tato skutečnost položila personální základ pro vytvoření kvalitní sítě. Od této doby probíhají

školení a kurzy odborníků a peerů v ovládnání technik krizové intervence mají uplatnění nejen při mimořádných událostech ⁽²²⁾.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Popsat, jakými způsoby se pracovníci výjezdových skupin ZZS vyrovnávají se svou profesní zátěží.
2. Zjistit, jaké konkrétní situace hodnotí jako nejvíce zátěžové.
3. Zmapovat, zda pracovníci výjezdových skupin ZZS dostatečně znají možnosti odborné intervence a zda je využívají.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

Jakými způsoby se zdravotničtí záchranáři vyrovnávají se stresem?

Výzkumná otázka 2

Které faktory působí na zdravotnické záchranáře jako nejvíce zátěžové?

Výzkumná otázka 3

Sledují na sobě zdravotničtí záchranáři známky následků z extrémních situací ve své profesi?

Výzkumná otázka 4

Jaký je názor zdravotnických záchranářů na odbornou intervenci?

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

K získání dat do výzkumné části naší bakalářské práce jsme zvolili kvalitativní metodu, a sice formou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly vedeny ve čtyřech okruzích. V prvním okruhu hovořili respondenti o svém vyrovnávání se stresem ve službě. Jakými způsoby se od profesní zátěže snaží oprostit po skončení služby, respektive jak tráví čas mimo službu. Ve druhém byl zjišťován jejich subjektivní názor na nejvíce zátěžové situace, které je osobně mohou potkat. Též byli tázáni, zda mají z nějaké situace obavu či strach a jak je tento dojem ovlivňuje. Třetí okruh se týkal jejich osobních zkušeností během praxe na ZZS. Zjišťovány byly jejich nejtěžší zkušenosti, kterými se cítili ovlivněni a také zda byl výskyt těchto situací opakovaný. V návaznosti byly kladeny otázky čtvrtého okruhu, kdy se hovořilo o psychologické pomoci v důsledku jejich nepříjemného zážitku během služby respektive, zda jí někdy vyhledali. Taktéž byly zjišťovány jejich zkušenosti a názory na odbornou intervenci v souvislosti s jejich prací, a zda mají v rámci svého stanoviště takovou pomoc k dispozici. V úvodu rozhovoru byli všichni respondenti obeznámeni, že veškeré informace jsou anonymní a v mé bakalářské práci budou také tak interpretovány.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro výzkum byly provedeny individuální rozhovory s deseti náhodně vybranými respondenty z výjezdových stanovišť záchranných služeb Středočeského a Jihočeského kraje. Ve Středočeském kraji proběhl rozhovor s pěti respondenty z výjezdových stanovišť Kladno a Roztoky. V Jihočeském kraji proběhl výzkumný rozhovor s dalšími pěti respondenty a to z výjezdových stanovišť Čimelice, Milevsko a Písek. Podmínkou byla alespoň pětiletá praxe u ZZS na pozici zdravotnický záchranář, bez rozdílu, zda dosažená kvalifikace v tomto oboru je Bc. nebo DiS.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky rozhovorů se zaměstnanci ZZS na pozici zdravotnického záchranáře

Rozhovor 1 (ZZS Středočeského kraje)

Prvním respondentem byla zdravotnická záchranářka, výjezdové stanoviště Kladno. Je vdaná, má dvě děti. Nekouří, alkohol pije příležitostně a užívání léků ovlivňujících psychiku neguje. Jako aktivní odpočinek má ráda cvičení fitness a procházky se psem v přírodě. Stres ve službě odbourává rozhovorem s kolegy. Obecně hodnotí pracovní kolektiv pozitivně, což podle jejích slov přispívá ke snadnějšímu odstranění dopadů obtížných situací, se kterými se setkává na výjezdech.

Mezi nejvíce zatěžující radí práci s dětmi, především z důvodu, že je sama matka a ztotožňuje se s nelehkou situací rodiny ošetřovaného dítěte, jejíž působení, pokud je přítomna na místě události, taktéž vnímá jako zátěž. Rodinné příslušníky postiženého vnímá obecně jako stresující položku, bez ohledu na věk pacienta. Situace, které nerada prožívá, se týkají výskytu vyššího počtu zraněných a KPCR dítěte.

S těmito dojmy podle jejích slov souvisí i její dosavadní zkušenosti. Situace, které výrazněji ovlivnily její psychiku, se staly před 7 až 10 lety. Nejosobněji hodnotí výjezd do nedaleké obce, kde probíhala laická resuscitace desetiletého dítěte, které spadlo do nádrže na vodu a začalo tonout. Příjezd výjezdové skupiny ZZS a zahájení rozšířené KPCR dítěte proběhlo podle slov záchranářky co nejrychleji a má dojem, že všichni udělali pro záchranu života maximum. Bohužel dítě bylo pod vodou příliš dlouho a po více jak hodinové resuscitaci výjezdovou skupinou byla přítomným lékařem konstatována smrt. Během celé akce na ní také doléhala přítomnost kamarádů chlapce, kterého kolegy oživovala. Po celé události u ní jistou dobu přetrvávalo vracení myšlenek na tento výjezd. Podle vlastních slov cítila křivdu vůči zemřelému dítěti, mrzel jí zmařený dětský život. Vědomí, že však dělala maximum, stejně jako všichni přítomní, jí však pomohl projít přirozeným procesem vytěsnění negativních myšlenek, což trvalo přibližně jeden měsíc.

Podobnou situací prošla znovu, kdy byla jejich skupina volána na místo, kde došlo k dopravní nehodě. Ve vozidle byla žena v bezvědomí a její 3 děti s lehkými zraněními. Žena byla následně záchranáři resuscitována, neúspěšně. Extrémně stresující zde byla přítomnost jejích dětí, které jistou dobu situaci přihlížely. Období a svůj psychický stav po události udává podobně jako u předešlé zkušenosti.

Další situací týkající se dítěte byla opět dopravní nehoda. V havarovaném vozidle cestovala rodina nizozemské národnosti. Otec i matka měli lehká zranění, dítě však utrpělo zranění neslučitelná se životem a bylo lékařem na místě prohlášeno za mrtvé. Tuto zkušenost hodnotí jako lehčí než předchozí popisované, jelikož se resuscitací aktivně nepodílela na záchraně dítěte a bylo podle jejích slov snadnější se od celého dění odpoutat. Pohnutí z emotivní situace rodičů, navíc v pro ně cizí zemi, se však neubráníla a jako matce s vlastní rodinou se myšlenky na událost několik týdnů intenzivně vracely.

Situace, která ovlivnila její psychiku po jiné stránce než dosavadní popisované události, byla dopravní nehoda sanitního vozu, ve kterém havarovali kolegové z jejího výjezdového stanoviště jedoucí k výjezdu. Podle jejích slov, si do té doby neuvědomovala nebezpečí, kterému je během cesty na místo události vystavena. Posléze následovalo období, kdy cítila během jízdy ve službě jakousi psychickou tenzi, kterou po zastavení vozidla vystřídal úleva. Po určité době toto napětí opadlo, nicméně udává, že si občas na událost vzpomene.

Z hlediska vyhledání odborné pomoci po popisovaných událostech, odpovídá, že jí nikdy sama nevyhledala. Zúčastnila se jednou skupinové krizové intervence v rámci svého pracoviště na ZZS po jednom ze zásahů u rozsáhlého hromadného neštěstí. Jako zasahující byla při propadnutí střechy pracovní haly, kde byl výskyt vyššího počtu zraněných, podle odhadu asi 30. Na místě spolupracovala se členy HZS ČR. Necítí se však situací nijak poznamenána. Jediné, co jí na události stresovalo, byl fakt, že jejich skupinu nikdo neinformoval o bezpečnosti pracovního prostoru, ačkoliv konstrukce budovy nevypadala stabilně a vzbuzovala obavuz dalšího zřícení.

Názor respondentky na zavedení plošné odborné intervence na ZZS je pozitivní. Její náhled na věc je ten, že kdyby byla obeznámena o možnosti takové pomoci, jistě by

ji během své profese několikrát využila. Události, které popsala, nedokázala dosud naprosto vytěsnit ze své paměti a jednou za čas (neurčitá doba) si na ně vzpomene. V rámci jejího stanoviště je v průměru 2x ročně konána odborná přednáška pro zaměstnance ZZS, jejímž předmětem bývá například profesní zátěž, stres a jeho odbourávání nebo krizové situace. Organizace těchto přednášek obstarává vedoucí lékař. Pod pojmem „krizová intervence“ si představuje společné retrospektivní probírání zásahu se svými kolegy, které vede odborník.

Rozhovor 2 (ZZS Středočeského kraje)

Druhým respondentem byla zdravotnická záchranářka, výjezdové stanoviště Roztoky. Nekouří, je abstinent, farmaka ovlivňující psychiku neužívá. Je rozvedená, má 2 děti. Nástroj pro odbourání stresu během služby je pro ni komunikace. Pracovní atmosféru, stejně jako personál hodnotí pozitivně. To jí podle jejich slov umožňuje zbavit se nepříjemných dojmů z výjezdů. Aktivním odpočinkem pro ni jsou outdoorové sezónní aktivity jako jsou běžky, kolo, procházky se psem. Důležitá pro ni je absence ostatních lidí.

Situace nejnáročnější na psychiku jsou pro respondentku takové, kdy umírají děti. Vadí jí bezmoc a cítí prázdňový pocit, když nemůže zabránit úmrtí dětského života.

Události, které jí výrazně ovlivnily život, udává dvě. K první došlo přibližně před rokem během výjezdu do sociálně slabé rodiny k devítiměsíčnímu dítěti v bezvědomí a bezdeší, kde po příjezdu výjezdové skupiny byla zahájena KPCR, bohužel neúspěšná. Tato událost se jí v myšlenkách vracela přibližně půl roku každý den. Od této doby cítí velký stres při výjezdu k dítěti, což je v kontrastu se zbytkem popsaných objektivně psychicky náročných situací, během kterých je schopna nastavit automatizovaný postup a řešit jej bez emocí a prožitků.

Druhou popsanou situací byl zásah u dopravní nehody městské policie. Během výjezdu skupiny městských strážníků k případu nebyla jejich vozidlu dána přednost v jízdě řidičem jedoucím z vedlejší silnice a ve snaze zabránit kolizi narazilo vozidlo městské policie do rohového domu. Celá posádka městských strážníků zůstala mimo vozidlo. Ačkoliv při této události nedošlo ke ztrátám na životech, respondentka uvádí, že po příjezdu měla z celé události velice emotivní dojem, na místě události se snažila

zachovat profesionálně. Nicméně po skončení akce cítila neustálé nucení na pláč, ačkoliv vše dobře dopadlo. Tyto dojmy si přenášela i do dalších dní. Ačkoliv se tato záležitost udála před více jak půl rokem, respondent popisuje událost jako aktuální a udává, že ji zasáhla velmi citelně, protože je vnímá jako spolupracovníky na stejné úrovni. Připouští spjatost s osudy těchto strážníků ovlivněnou i jejich dosavadní výbornou spoluprací, které si velice cení.

V souvislosti se svou praxí nikdy odbornou pomoc nevyhledala. Pod pojmem „krizová intervence“ přesně neví, co si představit. V rámci svého pracoviště se s nabídkou odborné pomoci nesetkala. Osobně se cítí dost silná na zvládnání stresových situací v souvislosti se svým povoláním.

Rozhovor 3 (ZZS Středočeského kraje)

Respondentem byl zdravotnický záchranář, výjezdovým stanovištěm na Kladně. Jeho přístup nebyl zpočátku příliš příznivý a působil dojmem, že se s ním není moc o čem bavit. Nicméně na otázku zda, je tedy ochoten rozhovor poskytnout, souhlasil. Je svobodný, děti nemá. Je kuřák, denně vykouří necelou krabičku, cca 15 cigaret. Konzumaci alkoholu udává jako příležitostnou. Látky ovlivňující psychiku neguje, pouze několikrát za rok přiznává období špatného spánku, kdy užívá za účelem zlepšení jeho kvality Dormicum. V práci odbourává stres cigaretou po výjezdu, ale prakticky své prožité zátěžové situace nijak neventiluje, necítí potřebu. Své starosti si rád řeší sám. Jako aktivní odpočinek neudává žádnou činnost, při které by se cítil nějakým způsobem uvolněn. Jeho druhem odpočinku je podle jeho slov relax u televize.

Jako zátěžové vnímá situace, kdy jsou jako pacienti na místě události děti. Nerad s nimi komunikuje, jelikož mu vadí, že jsou málokdy schopny sdělit, co jim vlastně je. Z žádné situace strach nemá, nicméně výjezd k resuscitaci dítěte je pro něj asi nejnepříjemnější představa.

Během své praxe nezažil situaci, kterou by se cítil, alespoň po nějakou dobu, ovlivněn. Exponován byl dopravní nehodě jejich sanitního vozu během přesunu na místo události. Situaci popisuje jako zajímavou a vzrušující. Taktéž během výjezdu ke srážce 2 vlaků, kde byl výskyt zraněných přibližně okolo 15, si nevybavuje, že by vnímal nějakou zátěž. Na otázku, zda byla tedy celá situace pod kontrolou, popisuje

zmatek a nervozitu ze strany cestujících. On pracoval podle instrukcí a o nic jiného se nestaral. Celou akci popisuje opět jako zajímavou a vnímal ji podle svých slov jako adrenalinovou.

Odbornou intervenci nikdy nevyhledal a v rámci jejich stanoviště neví o žádné formě podobných technik. Pod pojmem „krizová intervence“ si představuje práci psychologů na místě hromadného neštěstí. Udává, že v rámci jejich stanoviště probíhají preventivní přednášky na témata související s psychologií krizových stavů v řadách záchranářů i pacientů. Neúčastní se jich, jelikož je přesvědčen o své duševní rovnováze a necítí potřebu se touto formou nějak rozvíjet.

Rozhovor 4 (ZZS Středočeského kraje)

Čtvrtým respondentem byl zdravotnický záchranář působící na výjezdovém stanovišti Kladno. Je svobodný a bezdětný. Je 5 let pravidelným kuřákem, alkohol konzumuje občas a jen víno. Léky ovlivňující psychiku neužívá a spí dobře. Během služby odbourává stres v souvislosti s psychicky náročnými výjezdy rozhovorem s kolegy, se kterými má dobré vztahy. Po službě preferuje fyzickou aktivitu jako způsob odpočinku, především cyklistiku a posilování.

Výjezdy, které vnímá jako velmi zátěžové, jsou těžká traumata a úmrtí dětí. Obecně hovoří o špatné adaptaci na tyto situace po skončení výjezdu. Po zásahu u těchto pacientů se vždy snaží následně získat zpětnou vazbu o jejich zdravotním stavu v místě hospitalizace. Věková hranice kdy přestává tyto situace tak úzce vnímat se pohybuje okolo 13. roku věku.

Ve spojitosti s tímto popisem hovoří o nejtěžší zkušenosti ze své praxe, kdy se účastnil výjezdu k osmiměsíčnímu dítěti v bezvědomí. Po příjezdu na místo události s kolegy zahájil KPCR. Přibližně hodinu trvalo, než se dítěti obnovila srdeční akce a bylo možné jej tak letecky dopravit do nemocničního zařízení. Respondenta velmi stresovaly momenty, kdy se dočasně obnovovala akce srdce dítěte a následně byla vystřídána asystolií. Dalším nepříjemným zjištěním po příjezdu také bylo, že příčinou poruchy zdravotního stavu dítěte bylo škrcení vlastní babičkou, která policii udala jako důvod svého počínání neustávající pláč dítěte. Druhý den se respondent dozvěděl, že dítě brzy ráno v nemocničním zařízení zemřelo. Všechny tyto okolnosti zasáhly

respondenta podle vlastních slov více než by čekal a přibližně měsíc mu trvalo, než vytěsnil tuto skutečnost z každodenního myšlení. V této věci také sám vyhledal odbornou pomoc psychologa, se kterým uskutečnil 2 sezení, což mu, jak říká, velice pomohlo.

Událostí, kdy cítil veliké psychické vypětí, byl zásah u srážky 2 osobních vlaků, kde se vyskytovalo přibližně 15 zraněných a bylo nutné aplikovat třídění START. Velice na něj působila nervozita drážního personálu a cestujících, kteří nebyli zraněni, a vládla u nich panika. Taktéž zimní podmínky, kdy bylo hodně sněhu, chlad a vzdálenost cca 200 m mezi místem události a sanitou, kterou museli se zraněnými absolvovat pomocí transportních prostředků, nepůsobily zpočátku pozitivně. Co mu na místě velice pomohlo, byla dobrá spolupráce s hasiči HZS ČR, Policií ČR i LZS. Taktéž vnímal dobrou koordinaci velitele zásahu, kdy nedocházelo ke zbytečným prodlevám a odsun raněných probíhal plynule a rychle, což v něm vzbuzovalo dobrý dojem. Akce tak skončila relativně rychle, přibližně do jedné hodiny.

Pod pojmem „krizová intervence“ si představuje odbornou pomoc v rámci IZS, kdy na místo nějaké kritické události dorazí psycholog nebo intervenční tým a pomáhá zúčastněným zasahujícím udržet v rámci možností psychickou rovnováhu. O plošném zavedení psychologické pomoci pro zaměstnance ZZS se domnívá, že by byl určitě na místě alespoň smluvní externista, jež by v případě potřeby byl v den události pracovníkovi ZZS po službě nebo následující den k dispozici. V rámci svého stanoviště se několikrát zúčastnil odborné přednášky týkající se prevence posttraumatických poruch. Tyto přednášky hodnotí velice pozitivně a přínosně. Myslí si, že taková zkušenost člověka alespoň částečně připraví na situace, které ho mohou ve službě potkat, a zamyšlení se nad nimi pomůže adaptaci v případě skutečného prožití takové krizové události.

Rozhovor 5 (ZZS Středočeského kraje)

Pátý rozhovor byl veden se zdravotnickou záchranářkou fungující na výjezdovém stanovišti Kladno. Je vdaná a má dvě děti. Ve službě se snaží stres vytěsnit a maximálně vyventilovat rozhovorem s kolegy, ale přemýšlení o obtížné události na ni doléhá až

po službě, většinou doma. Způsobem aktivního odpočinku je pro respondentku cvičení a volejbal, kterému se věnuje celý život. V rodině cítí velké zázemí, jakož i ve výborném kolektivu v práci, kde, jak sama říká, vládne pohoda a to nejen v rámci jejího výjezdového stanoviště, ale i s ostatními stanovišti v kraji, podnikají společné sportovní a rekreační setkání. Je nekuřačka a alkohol konzumuje pouze občas při příležitosti oslav a sešlostí. Látky ovlivňující psychiku neužívá, se spánkem potíže nemá.

Situace, které vnímá jako nepříjemné a zátěžové se týkají těžkých poranění a úmrtí dětí a mladých lidí obecně (věkovou hranici takto vnímanou udává zhruba do 30 let).

Událost, kterou popisuje jako ovlivňující její psychiku, byl zásah u dopravní nehody dvou lidí ve věku 24 a 25 let, přičemž u jednoho byla poranění lehká, u druhého však byl charakter zranění těžší. Druhý zmiňovaný byl při příjezdu ZZS při vědomí a vyjadřoval své obavy ze smrti, a že nechce zemřít. Respondentka muže uklidňovala a snažila se ho přesvědčit, že neumře. Přibližně hodinu na to muž následkům svého zranění podlehl. Pocity jaké v první fázi měla, nedokáže popsat slovy. V prvních dnech stále plakala a nedokázala si pomoci. Podle jejích slov trvalo přibližně 2 měsíce, než událost vytěsnila ze svého každodenního života a přesto, že se vše seběhlo před mnoha lety, stále si na tento den často vzpomene. Co jí pomohlo se přes tuto zkušenost překonat, jak sama říká, bylo vyplakat se z toho a vymluvit. Oporu měla v tehdejších partnerovi a kolezích v práci.

Další událostí, kterou se jistou dobu cítila poznamenána, byla dopravní nehoda její posádky během výjezdu na místo události, kde byl v havarovaném vozidle zaklíněn muž. Chybná lokalizace místa nehody a mlhavé počasí zapříčinily, že došlo ke kolizi sanitního vozu a právě havarovaného automobilu. Respondentka udává, že v prvních několika minutách nebyla schopna pohybu ani slova, ačkoliv sanitář konající tehdy službu ve výjezdové posádce visel v bezvědomí vylomenými dveřmi ze sanitního vozu. Až po několika minutách řidič promluvil, zda jsou všichni v pořádku, což ji začalo z jejího ustrnutí probírat. Pocit, který popisuje bezprostředně po nehodě, bylo ticho a prázdno. Následné vyšetřování, výslechy a soudní projednávání případu vnímala jako velmi nepříjemné.

Pod pojmem „krizová intervence“ přesně neví, co si představit. O žádných možnostech psychologické pomoci v rámci svého pracoviště neví. Nicméně by možnost spolupráce s psychologem nebo kvalifikovaným člověkem v problematice krizových stavů uvítala.

Rozhovor 6 (ZZS Jihočeského kraje)

Respondentem byl zdravotnický záchranář, výjezdovým stanovištěm v Písku. Je ženatý a má dvě děti. Stres během služby mu pomáhá odbourávat další práce, kdy má dojem, že někomu hodně pomáhá. Dále je to rozhovor s kolegy o prožité události. Aktivit, jako druh odpočinku, provozuje více, ale nemá v nich nějakou ritualitu či pravidelnost, odvíjí se od aktuální nálady. Nejraději tráví čas s dětmi a manželkou, taktéž rád pracuje na zahradě a v dílně. S oblibou také řídí osobní automobil, se kterým občas vyrazí, jak sám říká, protočit kola. Při projíždě si prý vyčistí hlavu, jelikož se soustředí na požitek z jízdy, která ho tak baví. Je nekuřák a alkohol konzumuje hodně příležitostně cca jedenkrát za čtrnáct dní v malé míře, spíše na chuť. Látky ovlivňující psychiku užíval několikrát při poruchách spánku v důsledku prožitých kritických událostí ve službě, jednalo se o anxiolytika (Alprazolam).

Subjektivně hodnotí jako psychicky nejvíce zátěžové situace, kdy přichází do kontaktu s vážným zraněním, nevyléčitelným stavem nebo smrtí dítěte. S tím souvisí i obava z konkrétní situace, které by měl být vystaven. Jako takovou udává resuscitaci dítěte, či ještě hůře - novorozence. Na tuto stresovou situaci se cítí velmi špatně adaptabilní, ačkoliv si uvědomuje, že udělal maximum a ne vždy je možné zachránit život každého dětského pacienta. Věkovou takových osob vnímá do 15. roku věku. Odůvodňuje to tím, že dítě si již uvědomuje svou částečnou zodpovědnost a je jaksí samostatné. Mladší pacienty vnímá jako bezbranné, spoléhají a fixují se na pomoc rodičů nebo dospělých obecně. A právě pro to, že dítě svět takto vnímá, respondenta tíží zodpovědnost a toto očekávání, které na něj doléhá. Tíží ho tedy bezmoc, když s terminálním zdravotním stavem dítěte nemůže nic udělat. V takovém případě vnímá i rodinu postiženého, pokud je přítomna, jako výrazný stresor.

Situace, kterými se cítí být poznamenán, jsou dvě. První se stala před šesti lety, kdy byl volán jako člen výjezdové skupiny ZZS k bezdeší novorozence. Po příjezdu zahájili

neprodleně KPCR, která se nejevila ani po 45 minutách jako úspěšná. Popisuje, že dokud si dělal svou práci tak necítil nic, ovšem když si všiml, že resuscitace trvá již téměř hodinu, začal si uvědomovat fatální stav situace. Dále říká, že totožné dojmy měli i ostatní členové týmu i druhé posádky s lékařem. Zatímco záchranář a řidič druhé posádky čekali s rodiči za dveřmi, lékař ani po hodině nedal pokyn k ukončení resuscitace. Nikdo nevznesl ani dotaz, zda to má ještě cenu. Naopak nikdo nechtěl přijít do konfrontace s faktem, že dítěti již není pomoci a je načase oznámit tuto věc rodičům, kteří v naději stále čekají za dveřmi. Moment, který pro něj byl asi nejosobnější, byl, když matka oblékala mrtvé tělo dítěte do oblečku. Po výjezdu nebyl schopen jistou dobu (několik týdnů) emocí a empatie při výjezdech k pacientům. Neříká, že by se choval hrubě nebo liknavě, spíše subjektivně neprožíval žádné pocity. Stále srovnával veškeré sdělované obtíže pacientů se situací, které byl svědkem. Jak sám říká, udělal vždy svou práci, ale ani více ani méně. Po týdnech a měsících tento stav pomalu ustupoval. Přibližně po půl roce dokázal tuto událost vytěsnit z každodenního myšlení. Ovšem pokud přijde do kontaktu s vyprávěním nebo zprávou o podobném případě, celá situace se mu opět vybaví.

Podobnou situaci zažil před asi 4 lety. Průběh stavu myslí po výjezdu popisuje podobně. U obou pacientů byl po výjezdech následně konstatován syndrom náhlého úmrtí dítěte. S resuscitací novorozence se setkal ještě potřetí. Tato situace však dopadla úspěšně a dítě se vrátilo do plnohodnotného života bez dalších následků. Zde neudává žádné následky, kromě extrémního psychického vypětí během výjezdu. Popisuje zde moment, kdy si během resuscitace všiml dětských bot zhruba o rok staršího sourozence. Najednou cítil, že zápasí o život nejen potomka rodičů, ale i sourozence, což ho na jednu stranu psychicky stimulovalo, nicméně se mu v tento moment vybavily i předchozí dvě špatné zkušenosti. Tento okamžik pociťuje jako velmi nepříjemný. Po výjezdu však do několika dní vše vytěsnil.

Pod pojmem „krizová intervence“ si představuje probrání kritické zážitku klinickým psychologem, nebo odborníkem v této problematice. Odbornou intervencí nikdy nevyhledal. Z profese zná několik psychologů, kteří v něm vzbuzují nedůvěru. Potřebuje cítit, že rozhovor pro něj má smysl a že ho v takovém případě dotýčný chápe.

Podle jeho slov k tomu nepotřebuje psychologa, ale jaksi myšlenkově vyrovnaného a objektivního člověka, bez ohledu na profesi. Taktéž osobně nevěří v dobrý smysl fungování peerů. Pokud je v kolektivu vybrán jedinec, který je proškolen, aby mohl poskytovat intervenční činnost pro své kolegy na stejném pracovišti, jako funguje on sám, neshledává toto řešení z hlediska mezilidských vztahů jako šťastné. Podle jeho slov je najednou tento jedinec nějakým způsobem vyčleněn do jiné pozice, což nemusí být jednoduché ani pro takového peera, ani pro ostatní kolegy v práci a spíše to přinese potíže. On sám má představu, že taková osoba by jistě byla potřebná pro záchranáře bezprostředně po prožití nějaké kritické události, ale je třeba, aby byla dostatečně fundovaná k hlubokému probrání jádra věci, a aby byla naprosto objektivní a schopna pochopení-ideálně nějaký externí pracovník, nebo více pracovníků, se zaměřením na psychologii krizových stavů. Práci peerů schvaluje spíše v ojedinělých případech např. na místě události s vyšším počtem zraněných a také když třeba zásah trvá celý den. Motivace a eventuelní intervence takovým člověkem na tomto místě smysl má.

Rozhovor 7 (ZZS Jihočeského kraje)

Respondentem byl zdravotnický záchranář, jehož výjezdovým stanovištěm je ZZSPísek. Je ženatý a má dvě děti. Během služby se z obtížných a stresových momentů, se kterými se setkal na výjezdu, jak sám říká, vypovídá s kolegy, kdy se situace probere - samozřejmě záleží na složení služby ten den a zda je na takovou debatu chuť a časový prostor. Jako odpočinek a relaxaci vnímá jakoukoliv manuální práci na domě a na zahradě. Žádnou rutinu v tomto směru nemá, jen v případě potřeby. Taktéž je pro něj uvolněním čas strávený s manželkou a dětmi. Je silný kuřák, kouří přibližně 20 cigaret denně. Alkohol konzumuje v malé míře - jedno pivo každý večer. Žádné léky ovlivňující psychiku neužívá.

Subjektivně hodnotí jako stresové situace, když tým na výjezdu nefunguje kompaktně, není sehraný, nedokáže si vyhovět a práci ulehčit. S tím souvisí i situace kdy přichází do kontaktu s pacienty dětského věku a přáteli, či známými. Děti však udává jako strop jakési stresové pyramidy. Důvod shledává v tom, že je také rodič, dále vnímá dítě jako někoho velmi zranitelného a v neposlední řadě umocňuje celý dojem malá četnost výjezdů k dětským pacientům, kdy rutinnost postupu u takového pacienta

prakticky nepocítuje. V souvislosti s tím by uvítal modelové situace týkající se pediatrických stavů, minimálně v takové míře jako probíhá praktický nácvik jiných událostí např. KPCR, hromadné neštěstí, zavádění intraoseálního vstupu apod.

Situaci, která by výrazně ovlivnila jeho psychiku, si nevybavuje. Udává nepříjemné zkušenosti, právě kdy neúspěšně resuscitoval známého, nebo když vyjížděl několikrát k dopravní nehodě se smrtelným zraněním kamaráda. Takové události hodnotí jako nepříjemné, necítí se však nějakým způsobem poznamenán. Vždy se snaží dělat maximum a je si sám v práci jistý, což mu bylo vždy dostačujícím argumentem pro sebe sama, aby nelehký zážitek vytěsnil bez dalších následků.

Odbornou pomoc v souvislosti s psychickou zátěží pramenící z jeho profese nikdy nevyhledal. Říká, že se nikdy zatím nedostal do takového rozpoložení, aby tuto potřebu pocítil. Ovšem obecně zastává názor, že by měl i u složky ZZS fungovat v rámci kraje psycholog nebo skupina takových pracovníků. Zaměstnanci by měli mít možnost kontaktu s takovým odborníkem v rámci své profese. Dosavadní funkci peerů respondent neshledává jako jednoznačně přínosnou. Vnímá je jako poučené laiky, což mu přijde k práci s lidskou psychikou málo. Říká, že jistému procentu zaměstnanců to může stačit, ovšem ne vždy se takový poučený laik může zachovat profesionálně. Například konzultovanou situaci může ventilovat někde, kde to není vhodné a taktéž nemožnost anonymity, nebo neobjektivní přístup peera - to vše může mít nepříjemné následky. Myslí si, že práce peerů by neměla být v tom samém pracovišti, kde sami fungují. Pod pojmem „krizová intervence“ si představuje psychologickou pomoc zraněným na místě zásahu.

Rozhovor 8 (ZZS Jihočeského kraje)

Respondentkou byla sestra- záchranář výjezdovým stanovištěm v Milevsku. Je vdaná, má 2 děti. Je kuřačka, kouří asi 10 cigaret denně. Alkohol pije jen při příležitosti rodinných sešlostí a oslav. Léky nebo látky ovlivňující psychiku neužívá, má k nim negativní postoj. Stres prožitý během služby odbourává v práci rozhovorem s kolegy a cítí, že i díky zkušenostem jak z profese, tak i obecně ze života jí pomáhají vyrovnávat se samostatně, ale mluvení a komunikace jí pomáhá uvést se ve službě do pohody. Jako druh aktivního odpočinku má ráda košíkovou, které se dlouhá léta aktivně věnovala a

cyklistiku. Taktéž tráví ráda čas na chalupě a zahradními pracemi u své matky. Všem aktivitám se věnuje podle chuti a nálady.

Jako psychicky náročné situace vnímá výjezdy k malým dětem. Věkovou hranici udává mezi 2 a 3 rokem, kdy již alespoň částečně dokáže dítě komunikovat. Obecně však malé děti vnímá jako bezbranné a každé trauma nebo vážný zdravotní stav se jí dotýká, neboť by dítě mělo být zdravé a vyvíjet se, což je mu náhle znemožněno. Dále na ní působí stresově situace s výskytem vyššího počtu zraněných, kdy čas utíká velice rychle a není možné primárně zajistit péči všem zraněným stejně rychle. Obecně hodnotí výjezdy k dopravním nehodám jako stresující. Taktéž bolestivá reakce rodiny u vážných nebo tragických událostí jí po psychické stránce vyčerpává. Že by vnímala strach z nějaké konkrétní situace, která by jí v práci skličovala ještě před výjezdem, neudává.

Situací, které nějakým způsobem ovlivnili její psychiku, popisuje několik. První, na kterou si vzpomíná, byl výjezd k pětatřicetiletému muži, který zkolaboval během fotbalového zápasu, kdy si po příjezdu stihl postěžovat na bolesti na hrudi a následně upadl do bezvědomí s následnou zástavou oběhu. Ani okamžitá KPCR za pomoci přístroje Lucas pro automatizovanou mechanickou zevní srdeční masáž, se nezdařila a pacient exitoval. Později vyšlo najevo, že se již pro srdeční potíže léčil a zřejmě zemřel na následky blíže nespecifikované srdeční vady. Následně trvalo asi měsíc, než se od události dokázala myšlenkově odpoutat. Taktéž se zbytkem posádky měla tendence se k události vracet. Mrzelo jí, že byla svědkem úmrtí mladého člověka a nemohla tomu zabránit. Další událostí, kterou udává jako psychicky obtížnou, bylo úmrtí osmdesátiletého pacienta, ke kterému podnikla nespočet výjezdů během několika roků pro jeho chronické onemocnění dýchacího ústrojí. Říká, že si s pacientem vypěstovala jakýsi vnitřní vztah. V průběhu posledního transportu do nemocničního zařízení však začal těsně před nemocniční bránou dechově i oběhově selhávat a během předání v nemocničním zařízení zemřel. Doba, kdy se jí myšlenky na tohoto pacienta vracely, trvala přibližně měsíc a půl. Po tomto období si vzpomněla přibližně jednou za půl roku pod dobu asi 2 let. Třetí událostí byla přibližně před 10lety letecká nehoda vrtulníku. Zraněno bylo deset z dvanácti cestujících, přičemž 2 kriticky. Respondentka na celé

situaci vnímala pozitivně, že nikdo nebyl zraněn smrtelně, což jí pomohlo celou událost z myšlení vytěsnit v rádech několika týdnů, ačkoliv tento zásah popisuje jako psychicky jeden z nejnáročnějších.

Odbornou pomoc v souvislosti s psychickou újmou nikdy nevyhledala. Myslí si ale, že je důležité o svých pocitech a problémech hovořit, aby se v člověku nehromadily a nedusily. Proto shledává funkci psychologické prevence a intervence jako více než přínosnou. Na druhou stranu říká, že mezi lidmi stále vládne fenomén, kdy člověka potřebujícího psychologickou pomoc ostatní vnímají jako slabého a svým způsobem jiného. Pod pojmem „krizová intervence“ si nic nepředstaví. V rámci pracoviště má možnost konzultace s peerem sídlícím na oblastním středisku. Nechová k takovému člověku důvěru, protože není přesvědčena o jeho loajalitě z hlediska zachování mlčenlivosti. Uvítala by člověka externího, aby vše probíhalo pokud možno anonymně.

Rozhovor 9 (ZZS Jihočeského kraje)

Respondentka pracuje na výjezdovém stanovišti ZZS Milevsko, jako sestřička záchranář. Je rozvedená a má 2 děti. Dříve kouřila hodně, posledních několik let udává jen pár cigaret denně, spíše večer. Alkohol konzumuje příležitostně a léky ovlivňující psychiku neguje. Mezi odpočinkové činnosti řadí sportovní a pohybové aktivity jako plavání, aerobic, turistiku a práci na zahradě. Nějakou činnost má potřebu provozovat po každé službě, ať po náročné, tak i nenáročné. Stres z psychicky náročných výjezdů odbourává rozhovorem s kolegy, se kterými se výjezdu účastnila. Nerada soustřeďuje psychický tlak z události do sebe a cítí potřebu o zážitku mluvit. Na místě události jí primárně pomáhá činnost. Dokud může něco dělat, pomoci a fungovat, tak okamžik nevnímá tak zátěžově a pracuje, ať jsou okolnosti jakékoliv.

Jako psychicky zátěžové vnímá výjezdy k dětem. Zejména pokud se jedná o resuscitaci, úmrtí, nebo vážné zranění. Doléhá na ni bezbrannost dětí. Často je za jejich poranění zodpovědný někdo další, což přičítá hlavně dopravním nehodám. Taktéž shledává částečně svou dispozici pro vnímání takových situací, protože má obecně děti ráda a obtížně zvládá adaptaci na vážné události týkající se dětí. Mimo dětí vnímá jako psychicky náročné výjezdy k poraněním devastujícího charakteru, s nimiž nejčastěji přijde do styku právě při dopravních nehodách. Zde se snaží fungovat na

maximum, a vnímání se jí zúží na pomoc postiženému. Nedělá jí dobře pohled na smrtelná poranění, kdy již není zraněným pomoci. Obavu nebo strach z nějaké situace, se kterou by se nevyrovnala, nepocituje. Nerada by se setkala s hromadným neštěstím.

Výjezdy, kterými se cítila po nějakou dobu ovlivněna, udává dva a staly se přibližně před deseti lety. Prvním byla dopravní nehoda, kdy došlo ke střetu motocyklu a osobního vozidla, které se následně vzňalo. Po příjezdu na místo události byla svědkem zápasu hasičů s plameny, které osobní vozidlo zachvátily. Po vystoupení ze sanitního vozu narazili na torzo těla řidiče motocyklu, který utrpěl zranění neslučitelná se životem. Dalším a asi nejhorším zjištěním podle respondentky bylo, že v osobním automobilu cestovala tříčlenná rodina na dovolenou. Sedmiletý chlapec se stihl z vozu evakuovat včas, jeho rodiče zaklíněni na předních sedadlech již plamenům uniknout nestačili a ve vozu uhořeli. Respondentka popisuje celou událost velice barvitě a říká, že i po deseti letech si vybavuje veškeré detaily a nemá z tohoto výjevu dobrý pocit. Stále má před očima doutnající vůz a chlapce, který sedí u zásahového vozidla hasičů a celou situaci pozoruje. Vybavuje si, na pocit jakéhosi zamrznutí, trvající přibližně několik vteřin, kdy nebyla schopna cokoliv dělat, a přirovnává vnímání situace jako ve snu. Celá událost se jí v myšlenkách vracela několik týdnů, kdy se snažila na vše zapomenout. Má dojem, že zvládá tyto situace v celku rychle odbourat. Občas si však na událost vzpomene cca jednou za půl roku, nebo pokud přijde na téma podobných situací řeč. Druhá situace, která ji poznamenala, byla havárie osobního automobilu se dvěma cestujícími. Ve vozidle byl šestiletý chlapec na špatně upevněné autosedačce, řidičem byl jeho otec. Během jízdy se na chvíli nevěnoval řízení a vozidlo narazilo do mostu. Chlapec byl na místě úspěšně resuscitován, během předání v nemocničním zařízení však došlo k dalšímu selhání oběhu. Následná resuscitace v nemocničním zařízení již úspěšně nedopadla a chlapec zemřel. Otec dítěte byl s lehkým zraněním ošetřen na místě a převezen druhým sanitním vozem za synem do téhož nemocničního zařízení, kde na chodbě před příjmovou ambulancí vyčkával na informace o zdravotním stavu dítěte. V průběhu resuscitace chlapce v nemocničním zařízení vyčkávala respondentka s otcem dítěte na chodbě. Při informování otce o synově úmrtí pocítila respondentka velmi nepříjemný pocit. Udává, že si jako rodič dokázala představit, jakou

bolest musel otec prožívat, navíc když nesl na nehodě vlastní vinu. Celá událost se jí vybavovala opět několik týdnů, průběh však popisuje snadnější než u prvně zmíněného případu. Říká, že zde nebyla pouze svědkem, ale věděla, že udělala maximum, aby chlapci pomohla, což jí usnadnilo se přes událost přenést.

Co vnímá jako skličující poslední dobou je pracovní úraz, který se jí přihodil přibližně před měsícem a půl. Stalo se tak, když po výjezdu vystupovala ze sanitního vozu, na náledí uklouzla a přivodila si zlomeninu pažní kosti. Obdržela tříměsíční neschopnost, což shledává jako psychicky velice náročné, zejména i proto že má velké bolesti a také má svou práci ráda a chybí ji. Několik měsíců před tímto úrazem si při výjezdu přivodila výron kotníku během vystupování na místě události, s čímž byla v pracovní neschopnosti přibližně měsíc.

Odbornou pomoc nikdy nevyhledala, ale domnívá se, že by byla potřeba. V rámci pracoviště má možnost intervence ze strany peera, který je z řad kolegů záchranářů. K tomuto však nechová důvěru, ne z důvodů osobních, nýbrž principiálních. Vadí ji, že je to přímo kolega, se kterým by se nechtěla cítit, jak říká, na jiné vlně. Představovala by si, aby tento člověk byl erudovanější spíše v tématech psychologie krizových stavů, než aby byl přímo z oboru. Přinejmenším se domnívá, že peer by měl být z jiného oblastního střediska, což by jistě napomohlo objektivitě a zachovalo její anonymní pocit. Pod pojmem „krizová intervence“ si představuje psychologickou pomoc přímo na místě mimořádných událostí.

Rozhovor 10 (ZZS Jihočeského kraje)

Posledním respondentem byla zdravotnická záchranářka působící na výjezdovém stanovišti ZZS Čimelice. Je svobodná a bezdětná. Nekouří a alkohol pije maximálně sklenku vína denně, a sice večer po jídle. Léky ovlivňující psychiku nikdy neužívala. Při prožití náročného výjezdu udává, že se stresu zbavuje během služby čím dál hůř. Většinou ale probírá situace s kolegy, se kterými se výjezdu účastnila a pokud cítí potřebu i s těmi, co ji střídají ve službě. Jako druh odpočinku má především cyklistiku, dále ráda provozuje sezónní aktivity jako lyžování a beachvolleyball. Taktéž navštěvuje ráda otce na chalupě, kde mu pomáhá s pracemi na domě a zahradě. Pokud má službu náročnou, primárně si raději odpočine relaxací u hudby nebo spánkem.

Jako psychicky zátěžové situace vnímá zásahy u dopravních nehod, ale spíše v tom smyslu, že neví přesně, k čemu vyjíždí a pojem „dopravní nehoda“ může skrývat vážnou poruchu zdraví, ale i nevýznamného rozsahu. Také počet zraněných není samozřejmostí a může být nemilým překvapením. Dále jsou to pediatričtí pacienti do zhruba 2 let věku, kdy není možné se s nimi dohodnout a vysvětlit, že jim nechce ublížit a nemusejí se bát. Od zhruba 3. roku se již dá navázat jistá míra spolupráce a nepůsobí na ni situace náročně. Z technického hlediska soudí, že zajištění cévního vstupu je také obtížnější než u dospělého. Taktéž obecně výjezdy k dětem nejsou tak časté a tím pádem je není možné mít v péči o ně jakousi rutinu. Strach z nějaké konkrétní situace, se kterým by nastupovala do práce, nemá. Nicméně s resuscitací malého dítěte by se nemusela setkat.

Psychicky ovlivněna se cítila jen jedním výjezdem. Proběhl přibližně před pěti lety a týkal se KPCR člověka. Respondentka udává, že šlo o konflikt s lékařem, který na ni chtěl přenést veškerou iniciativu, a že jí bude pouze asistovat. Jako důvod jí uvedl, že by si měla sama umět poradit. Respondent se ohradil tím, že jako člen výjezdové posádky RLP nebude vykonávat činnost, která je v kompetencích přítomného lékaře a pokud na místě bude, jako odpovědná osoba, je schopna se podle toho zařídit a své povinnosti splnit. Po této rozepři s lékařem postupovali dále všichni členové posádky RLP, jak z hlediska kompetencí mají. Tento incident v ní na jistou dobu vyvolal nedůvěru k lékařům a autoritám. Po přibližně měsíci se tento pocit ustálil pouze na osobě, se kterou měla toto nedorozumění. Zkušenost ji však přinutila spoléhat se sama na sebe v co největší možné míře. Jiné události, které by ji nějakým způsobem psychicky ovlivnily, si nevybavuje.

Psychologickou pomoc nikdy nevyhledala, ačkoliv o tom uvažovala. Nesouviselo to vyloženě jen s prací, ale i s osobními problémy. Přes celé období se však nakonec přenesla sama. V rámci svého zaměstnání má možnost peer intervence. Udává, že by ji nejspíš nevyužila. Nechce řešit do hloubky své stavy s člověkem, který je sice jejím kolegou, ale nemá k němu důvěru. Nemyslí si, že lze stavět pouze na faktu, že je to člověk z oboru a dokáže tak člověka pochopit a pomoci mu. Domnívá se, že by peerem nebo intervenčním pracovníkem měl být nestranný člověk, nejlépe psycholog orientující se v problematice psychiky záchranářů. Za daných okolností by měla strach, že bude

zklamána důvěrou, kterou do peera vloží. Pod pojmem „krizová intervence“ si představuje nějaký druh pomoci lidem zasaženým nějakou kritickou událostí, jak záchranářům, tak postiženým, kdy by se probírala nastalá situace s předestřením jejího zvládnání v nejbližších týdnech. Na podzim se účastnila psychologického semináře v Pelhřimově, kde byla seznámena právě s problematikou práce peerů a krizových psychologů, což ji přišlo zajímavé a ucelilo jí představu o fungování takového druhu pomoci. Doplnila ještě, že by uvítala jak teoretické, tak praktické semináře zabývající se pediatrickou problematikou. Stejně jako získala rutinu teoretickým a praktickým nácvikem v tématu KPCR, myslí si, že podobné zdokonalenív pediatrických akutních stavech by psychice záchranářů taktéž ulehčilo.

4.2 Výsledky rozhovorů v tabulkách

Tabulka č. 1: Základní údaje: věk, pohlaví a délka praxe respondentů

ZÁKLADNÍ ÚDAJE		Ø	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Věk		37,4	39	30	33	33	38	38	35	46	49	33
Délka praxe na ZZS		11,6	20	6	5	5	19	9	10	16	17	9
Délka praxe celkem		16,9	20	11	14	13	19	14	10	26	30	12
Pohlaví	ŽENA	6	1	1			1			1	1	1
	MUŽ	4			1	1		1	1			
	SUMA	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka doplňuje základní údaje o respondentech. V průměru se jejich věk pohyboval lehce přes 37 let. Nejstarší respondent byl star 49 let a nejmladší 30 let. Celková zdravotnická praxe respondentů byla v průměru téměř 17 let. Na ZZS fungovali respondenti v průměru mírně přes 11 a půl roku, přičemž 5 respondentů udalo praxi do 10 let a rovněž 5 respondentů udalo délku praxe na ZZS 10 a více let. Celkem bylo dotazováno 10 respondentů, přičemž 6 náleželo do kategorie žen a 4 do kategorie mužů.

Tabulka č. 2: Práce se stresem

VYROVNÁVÁNÍ SE STRESOVÝMI MOMENTY	SUMA	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Potřeba zbavit se stresu během služby	8	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
Aktivní odpočinek	9	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
Kouření	4	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0
Pravidelné pití alkoholu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Užívání léků na psychiku	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Pozitivní vliv pracovního kolektivu	9	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka znázorňuje faktory, které respondentům pomáhají se vyrovnávat se stresem. Z 10 respondentů uvedlo 9, že pozitivní vliv má na ně jejich aktivní druh odpočinku. Stejný počet uvedl přínos kladného pracovního kolektivu. 8 respondentů cítí potřebu se stresu, nabytého během výjezdu, zbavit již během služby. 4 uvádí souvislost s kouřením. 2 řešili svá psychická vypětí pomocí léků ovlivňujících psychiku. Nikdo z respondentů neudává, že by řešil psychický tlak konzumací alkoholu.

Tabulka č. 3: Zátěžové situace

SUBJEKTIVNĚ VNÍMANÉ SITUACE JAKO PSYCHICKY NÁROČNÉ	
R1	Děti, Hromadné neštěstí, Reakce rodin,
R2	Děti
R3	Děti
R4	Děti
R5	Děti, Násilná smrt, Střelná poranění
R6	Děti, zejména novorozenci, Rodina postiženého při zásahu vážnějšího charakteru
R7	Děti, Nesouhra týmu
R8	Děti do 2-3 let, Dopravní nehody, Hromadné neštěstí
R9	Děti, Dopravní nehody, Hromadné neštěstí
R10	Děti do 2 let, Dopravní nehody

Tabulka poukazuje na subjektivní vnímání psychicky náročných situací respondentů. Z 10 respondentů všichni udali jako nejnáročnější situaci výjezdy k dětem. 3x byla udána jako náročně vnímaná situace dopravní nehoda. Hromadné neštěstí je vnímáno jako psychicky náročná situace taktéž ve 3 případech. Ve 2 případech vnímají respondenti jako zátěžový faktor rodinné příslušníky postiženého, přítomné na místě události. Individuálně byly popisovány situace jako psychicky náročné- násilná smrt jako mechanismus úmrtí, nesouhra výjezdového týmu a střelná poranění.

Tabulka č. 4: Četnost expoziční kritickým událostem na výjezdech během praxe na ZZS

DETERMINOVANÉ KRITICKÉ UDÁLOSTI	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Suma
KPCR dítěte	6	1	0	5	4	3	1	1	3	0	24
Smrt dítěte	3	1	2	2	3	2	0	0	1	0	14
Ošetření rozsáhlých popálenin	5	5	2	4	5	4	4	3	2	3	37
Vlastní vážné zranění nebo dopravní nehoda během služby	0	0	1	0	1	1	0	0	2	0	5
Vážné zranění nebo dopravní nehoda kolegy během služby	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3
Sebevražda kolegy během služby	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zásah u výskytu vyššího počtu zraněných	1	3	2	3	4	2	3	2	0	0	20
Krizové situace celkem	16	10	7	14	18	13	8	6	8	3	103

V této tabulce je znázorněna expozice jednotlivých respondentů předdefinovaným kritickým událostem. Z tohoto hlediska se individuální celkový součet expozičních kritickým událostem pohyboval mezi 3 a 16 událostmi. Součet expozičních všech respondentů dává vystavení 103 kritickým událostem během jejich dosavadní praxe. Z tohoto celkového součtu událostí připadalo 37 (35,9%) ošetření rozsáhlých popálenin, 24 (23,3%) na KPCR dítěte, 20 (19,4%) na zásah u události s vyšším počtem zraněných a se smrtí dítěte souviselo 14 (13,6%) situací. S vlastním zraněním nebo dopravní nehodou během výkonu služby byl celkový součet expozičních 5 (4,9%), se zraněním kolegy nebo nehodou ve službě byly udány 3 zkušenosti. Se sebevraždou kolegy se nikdo nesetkal.

5 DISKUSE

Psychická zátěž je bezpochyby jedním z hlavních faktorů, se kterými se záchranáři na výjezdech setkávají. Míra adaptability na stresové a kritické situace je velice individuální a jako taková by měla být posilována, aby bylo možné předejít zdravotním následkům. Ovšem mnohdy jsou záchranáři vystaveni takovým událostem, kdy míra působícího stresu přesahuje rámec schopností, jimiž by se sami vyrovnali s nepříjemnou zkušeností.

Stanovili jsme si 3 cíle, kterými jsme se snažili popsat jakými způsoby se oslovení pracovníci výjezdových slupin ZZS vyrovnávají se svou profesní zátěží. Dále jsme se snažili zjistit, jaké situace vnímají subjektivně jako nejvíce zátěžové. A v neposlední řadě byla vyvinuta snaha o zmapování názorů a postojů k psychologické intervenci. Cíle jsme se snažili splnit prostřednictvím 4 výzkumných otázek, k jejichž zodpovězení jsme zvolili formu polostrukturovaného rozhovoru. Rozhodli jsme se tak z důvodu eliminace limitování rozsahu informací, které byly během komunikace s respondenty odebírány, aby bylo možné proniknout co nehlouběji do jádra věci.

Spolupráce s náhodně vybranými respondenty probíhala převážně pozitivně. Pouze jeden respondent zaujímal zpočátku negativější postoj a celý rozhovor měl tendenci bagatelizovat. Nicméně nakonec rozhovor poskytl s aktivním přístupem.

Cílem 1 bylo popsat, jakými způsoby se pracovníci výjezdových skupin ZZS vyrovnávají se svou profesní zátěží. Touto otázkou jsme se snažili zodpovědět výzkumnou otázku 1, jakými způsoby se zdravotničtí záchranáři vyrovnávají se stresem. Jak je v tabulce č. 2 patrné, z oslovených 10 respondentů udává 8 potřebu zbavit se působení stresu souvisejícího s prací již během téže služby, což je jistě zajímavé a svědčí to o faktu, že vnímají prožitek jako obtížný, pokud by se měli vyrovnat s událostí sami. Respondenti udávají, že tak činí po skončení stresové události, formou rozhovoru s kolegy konající právě s nimi službu, což jim pomáhá situaci překonat. Zajímavé také je, že se respondenti snaží uvolnit a odpoutat od profesního psychického vypětí i po skončení služby. Po skončení služby udává počet 9 respondentů potřebu uvolnit napětí aktivním odpočinkem, nejčastěji to bývají sportovní aktivity, dále pak práce na domu a zahradě nebo věnování se rodině.

V souvislosti s výzkumnou otázkou 1 a údaji respondentů je možné vyvodit Hypotézu 1: Zdravotničtí záchranáři se snaží aktivně přistupovat k odbourávání zátěže a stresu souvisejícími s jejich profesí.

Lze tedy konstatovat, že většina respondentů pozitivně hodnotí přínos svého aktivního přístupu odbourávání stresu ať již fyzickou činností jako formou relaxace, či snahou povznést se nad situaci a snaží si tak udržet svou duševní rovnováhu. Tento pozitivní odraz popisuje Křivohlavý⁽¹³⁾ ve své publikaci Psychologie zdraví.

Cílem 2 bylo mezi respondenty zjistit, jaké situace hodnotí jako nejvíce zátěžové. S tímto okruhem souvisí výzkumná otázka 2, které faktory působí na záchranáře jako nejvíce zátěžové. Z výzkumu vyplynulo, jak je vidět v tabulce č. 3, že situace respondenty vnímané jako nejsložitější na psychiku, se týkají jednoznačně pediatrických pacientů a vážných zdravotních stavů s nimi spojenými, což subjektivně vnímají všichni dotazovaní. Mají problém vyrovnat se s ovlivněním života, který neměl dostatek prostoru na své rozvinutí. O tomto vnímání se ostatně můžeme dočíst ve Vymětalové⁽³¹⁾ publikaci Lékařská psychologie 3, kde mj. popisuje vnímání smrti nebo vážných stavů dítěte a mladého člověka.

V souvislosti s výzkumnou otázkou 2 a rozhovorem s respondenty nám vzešla Hypotéza 2: Výjezdy k pediatrickým pacientům působí na respondenty jako situace nejvíce zátěžové.

Zajímavé je, že vnímání této situace se nijak neliší v závislosti na délce praxe, či počtu expozičních kritických situacím vztahující se k problematice pediatrických pacientů. Taktéž nás zaujal názor, který se mezi respondenty vyskytl, a sice že by nebyla od věci pravidelné přednášky zabírající se akutními stavy této cílové skupiny pacientů i s praktickým nácvikem. Přispělo by to tak podle všeho k lepší adaptaci na tyto situace.

V souvislosti s okruhem subjektivně vnímaných situací, jako nejsložitějších na psychiku, se nám v rozhovorech s respondenty otevřel prostor k zodpovězení i výzkumné otázky 3, zda na sobě zdravotničtí záchranáři sledují známky následků z extrémních situací ve své profesi, kterým byli vystaveni. Jak například vyplývá ze studie Kebzy, Šeblové a Vignerové⁽¹²⁾, publikované v článku Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice, existují jisté kritické události, které

s sebou mohou nést u jedince po expozici takové situaci značné vychýlení psychické rovnováhy. Respondenti udávali situace, kterými se cítili ovlivněni v řádech týdnů a měsíců. Nejčastějším projevem popisovali navracení myšlenek na místo události a opětovné promítání celé situace. Ve dvou případech byly popsány reakce příznačné pro akutní reakci na stres, jak uvádí Vágnerová⁽²⁶⁾, ale i Vodáčková⁽²⁹⁾ ve své publikaci Krizová intervence. Odborná intervence by tedy měla být, v souvislosti se vnímáním jednotlivých situací ze strany respondentů, poskytována na individuálním principu. Pozoruhodné je zjištění, že však ne každá expozice předdefinované kritické události musí být důvodem způsobení psychického traumatu a naopak, jak je evidentní z porovnání výsledků rozhovorů výzkumné otázky 3 a tabulky 4. Stále celá věc závisí na dispozicích exponovaného jedince. Každý respondent popisuje své ovlivnění psychiky různou extrémní událostí, která se ve výčtu determinovaných kritických událostí v mnoha rozhovorech ani neobjevuje. Tato část, jak ostatně uvádí Vágnerová⁽²⁶⁾ v knize Patopsychologie pro pomáhající profese, se dotýká individuality a různé míry schopnosti adaptovat se na stres v důsledku expozici traumatizující události.

Cílem 3 bylo zmapovat, zda pracovníci výjezdových skupin ZZS dostatečně znají možnosti odborné intervence a zda je využívají, pokud jim je taková služba zaměstnavatelem zprostředkovávána. Výzkumnou otázkou 4 tedy bylo zjistit jaký je názor záchranářů na odbornou intervenci. Fakt, že ani jeden z respondentů nevyhledal odbornou pomoc ať v rámci pracoviště nebo soukromě nesvědčí o negativním postoji k tématu psychologické intervence v případě potřeby. Naopak většina respondentů by takovou možnost v rámci svého pracoviště uvítala. Ve Středočeském kraji byla pozitivně vnímána i preventivní činnost, která je organizována formou seminářů a přednášek, povědomí o práci peerů respondenti víceméně neudávají. Zmíněnou službu preventivní činnosti však zaznamenali jen 3 respondenti a zúčastnili se jí 2. Vědí, kdo se o psychologii krizových stavů stará, ovšem oficiální cestou se k většině nabídka této pomoci nedostala. Zde je zapotřebí konstatovat, že ne všichni středočeští zdravotníci záchranáři znají a využívají dostatečně možnosti této služby. Zajímavé je také zjištění, že práce peerů v Jihočeském kraji není respondenty vnímána pozitivně. Na pochybách jsou zde respondenti kvůli nejistotě v profesionálním přístupu, uchování tajemství také

obecnému přínosu člověka, který mnohdy nemusí mít pro princip zápal, z hlediska své primární funkce, kterou je poskytování PNP na pozici zdravotnického záchranáře. Představa o fungování psychologické pomoci, která během výzkumu vyvstala, je u záchranářů obou krajů podobná. O plošném zavedení psychologické pomoci pro zaměstnance ZZS se domnívají, že by bylo určitě na místě alespoň smluvení takové činnosti externím odborníkem. Ten by v případě potřeby byl nejpozději do následujícího dne od události pracovníkovi ZZS po službě k dispozici, jež shledává sezení s odborníkem potřebným.

Sumárně z výzkumného šetření plyne, že zdravotničtí záchranáři mají snahu o odbourání dopadů profesní zátěže a aktivně se snaží zbavit se jejich stresového působení. Jistě je to dobrý předpoklad, aby bylo zavedení intervenčních i preventivních programů využíváno. Důležité však je dostatečné informování o možnostech těchto služeb. Zdravotničtí záchranáři udávají, že se během své praxe setkali s řadou situací, kterými se cítili ovlivněni, a chyběla jim primární intervence fundovaným odborníkem, kterému by mohli věřit. Z celkového výzkumu taktéž vyplynulo, že mezi zátěžové situace, které subjektivně vnímají jako nejnáročnější na psychiku, patří výjezdy k vážným zdravotním stavům pediatrických pacientů.

6 ZÁVĚR

Pro téma této bakalářské práce Profesní zátěž členů výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby, jsme si určili tři cíle. Popsat, jakými způsoby se pracovníci výjezdových skupin ZZS vyrovnávají se svou profesní zátěží, dále zjistit, jaké situace hodnotí jako nejvíce zátěžové a nakonec zmapovat, zda pracovníci výjezdových skupin ZZS dostatečně znají možnosti odborné intervence a zda je využívají. Dále jsme si stanovili čtyři výzkumné otázky, jež jsme se snažili prostřednictvím rozhovorů zodpovědět acílů tak dosáhnout.

Na výzkumnou otázku 1, jakými způsoby se zdravotničtí záchranáři vyrovnávají se stresem, jsme prostřednictvím rozhovorů s respondenty našli odpověď. V souvislosti s touto otázkou nám vzešla Hypotéza 1: Zdravotničtí záchranáři se snaží aktivně přistupovat k odbourávání zátěže a stresu souvisejícími s jejich profesí.

Z výzkumné otázky 2, které faktory působí na zdravotnické záchranáře jako nejvíce zátěžové, nám vzešla Hypotéza 2: Výjezdy k pediatrickým pacientům působí na respondenty jako situace nejvíce zátěžové.

Výzkumnou otázku 3, sledují na sobě zdravotničtí záchranáři známky následků extrémních situací ve své profesi, jsme na základě rozhovorů s respondenty zodpověděli.

Na výzkumnou otázku 4, jaký je názor zdravotnických záchranářů na odbornou intervenci, jsme zodpověděli rozhovory s respondenty.

Cíle této bakalářské práce byly splněny. Na všechny výzkumné otázky jsme rozhovory s respondenty výzkumu našli odpověď. Z výzkumného šetření vyplývá, že zdravotničtí záchranáři mají snahu o odbourání dopadů profesní zátěže a aktivně se snaží zbavit se jejich stresového působení. Jistě je to dobrý předpoklad, aby bylo zavedení intervenčních i preventivních programů využíváno. Důležité však je dostatečné informování těchto pracovníků o možnostech takových služeb. Zdravotničtí záchranáři udávají, že se během své praxe setkali s řadou situací, kterými se cítili ovlivněni, a chyběla jim primární intervence fundovaným odborníkem, kterému by mohli věřit. Z celkového výzkumu taktéž vyplynulo, že mezi zátěžové situace, které

subjektivně vnímají jako nejnáročnější na psychiku, patří výjezdy k vážným zdravotním stavům pediatrických pacientů.

Výsledky výzkumu budou k dispozici ZZS SčK a JčK, za účelem možného zdokonalení systému odborné psychologické prevence a intervence. Taktéž by tato data mohla posloužit jako jeden ze zdrojů k zařazení této problematiky do vzdělávacích plánů školících center záchranných služeb. Odborníci těchto školících center by mohli na základě výsledků výzkumu také vícerozpracovat třeba interaktivní semináře týkající se problematiky profesní zátěže. Taktéž při tvorbě legislativní úpravy psychologické péče pracovníků ZZS, by se dalo určité části této práce použít.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BAŠTECKÁ, B. *Terénní krizová práce. Psychosociální intervenční týmy*, Praha: Grada, 2005, 300 s. ISBN 80-247-0708-X
2. BAŠTECKÁ, B. *Základ klinické psychologie*, 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 440 s., ISBN 80-7178-550-4
3. BERAN, J. a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 2010, 144 s., ISBN 978-80-247-1125-6
4. BUTOROVÁ, A. *Prevenční profesionálního poškození podporno-pohybového ústavu pracovníků urgentní medicíny*. Časopis Urgentní medicína, 2007, ročník 10, č. 2, s. 16-20, ISSN 1212-1924
5. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*, Praha: Triton, 1. vyd., 2008, 456 s., ISBN 978-80-7254-815-6
6. BYDŽOVSKÝ, J. *Stres a posttraumatická porucha u pracovníků záchranných složek*, Časopis Rescue report, 2011, ročník 13, č. 6, s. 10-12, ISSN 1212-0456
7. Česká republika. Zákon č. 361/2000 Sb.: O pozemních komunikacích.
8. Česká republika. Zákon č. 374/2011 Sb.: O zdravotnické záchranné službě. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131.
9. ERTLOVÁ, F. a kol. *Přednemocniční neodkladná péče*, Brno: NCO NZO v Brně. 2003, 368 s., ISBN 80-7013-379-1
10. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003, 225 s., ISBN 80-7013-390-2
11. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*, Praha: Academia, 2005, 263 s., ISBN 80-200-1307-5
12. KEBZA, V., ŠEBLOVÁ J., VIGNEROVÁ J. *Zátěž a stres zdravotníků záchranných služeb v České republice*. Časopis Československá psychologie, 2007, ročník 51, č. 4, s. 404-417, ISSN 0009-062X
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, Praha: Portál, 2001, 280 s., ISBN 80-7178-551-2

14. MAYERS, D. *Disaster mental health services- a primer for practitioners*, New York, USA: Routledge, 2004, s. 288, ISBN 978-1583910634
15. NĚMEČEK, V. *Rizika pracovníků výjezdových skupin při činnosti ZZS*, Písek: Atestační práce, 2002, 31 s., Národní lékařská knihovna
16. *Peer support guidelines*[online]. 10. 1.2011 [cit. 2012-04-14] Dostupné z:
http://www.acpmh.unimelb.edu.au/resources/resource-peer_support.html
17. POKORNÝ, J. et al. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s., ISBN 80-7262-259-5
18. RAPČÍKOVÁ, T. *Etický rozmer práce zdravotnického záchranára*. Časopis Urgentní medicína, 2007, ročník 10, č. 2, s. 26-30, ISSN 1212-1924
19. SIHELSKÁ, D. *Zdravotnický záchranár-profesionál, osobnosť*. Časopis Urgentní medicína, 2007, ročník 10, č. 2, s. 30-32, ISSN 1212-1924
20. ŠEBLOVÁ, J. *Critical Incident Stress Management*, Časopis Urgentní medicína, 2004, ročník 7, č. 1, s. 37-38, ISSN 1212-1924
21. ŠEBLOVÁ, J. *Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb*. Časopis Urgentní medicína, 2005, roč. 8, č. 1, s. 27-29, ISSN 1212-1924
22. ŠEBLOVÁ, J. *Zátěž, stres a syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb - možnosti včasné diagnózy, prevence a terapie: dizertační práce oboru preventivní medicína*. Praha, 2007. 158 s. Vedoucí práce Vladimír Kebza
23. ŠIMEK, J. *Etické zamyšlení nad urgentní medicínou*. Časopis Urgentní medicína, 2003, ročník 6, č. 1, s. 35, ISSN 1212-1924
24. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize, psychologický a sociologický fenomén*, 1. vyd., Praha: Grada, 2004, 132 s., ISBN 80-247-0888-4
25. TUČEK, M. a kol. *Pracovní lékařství pro praxi*. Praha: Grada, 2005, 328 s., ISBN 80-247-0927-9
26. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd., Praha: Portál, 2004, 872 s., ISBN 80-7178-802-3

27. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků*, Časopis Urgentní medicína, 2005, ročník 8, č. 2, s. 25-29, ISSN 1212-1924
28. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi*, 1. vyd., Praha: Grada, 2011, 192 s., ISBN 987-80-247-3174-2
29. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*, 1. vyd., Praha: Portál, 2002, 544 s., ISBN 80-7178-696-9
30. VOKURKA, M. a kol. *Velký lékařský slovník*, 9. vyd., Praha: Maxdorf, 2009, 1159 s., ISBN 978-80-7345-202-5
31. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003, 400 s., ISBN 80-7178-740-X

8 KLÍČOVÁ SLOVA

kritické události

profesní zátěž

psychologická pomoc

urgentní medicína

zdravotnická záchranná služba

zdravotnický záchranář