

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Dita Ročková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Využití psychologie v záchranné praxi

Dita Ročková

Bakalářská práce

2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dita Ročková**
Osobní číslo: **Z14024**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Název tématu: **Využití psychologie v záchranářské praxi**
Zadávací katedra: **Katedra klinických oborů**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

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

Rozsah grafických prací: 7

Rozsah pracovní zprávy: 35 STRAN

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. ANDRŠOVÁ, Alena. Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie. 3.vyd. Praha: Portál s.r.o., 2003, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.
3. ZACHAROVÁ, Eva. et al. Základy psychologie pro zdravotnické obory. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
4. SEAWARD, Brian. Managing stress in Emergency Medical services. Jones & Bartlett Learning, 2000. ISBN 0-7637-1008-3.
5. ŠEBLOVÁ, Jana, KNOR, Jiří a kolektiv. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 1.vyd. Praha, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.
6. REMEŠ, Roman, TRNOVSKÁ, Silvia a kolektiv. Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny. 1.vyd. Praha, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.


Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.


FVZ UO v Hradci Králové

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2014

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Jan Pospíchal
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 16. března 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 2. května 2017

Dita Ročková

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala panu plk. PhDr. Zdeňku Hrstkovi, Ph.D. za pomoc, cenné rady, připomínky a lidský přístup při vedení mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat paní PhDr. Kateřině Horáčkové za rady, které mi nezištně poskytovala. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat zdravotnickým záchranářům za ochotu a skvělou spolupráci při rozhovorech.

ANOTACE

Tato bakalářská práce pojednává o teorii využití psychologie v urgentní medicíně i zdravotnictví. Popisuje jednotlivá nejnovější teoretická východiska k tomuto tématu včetně důsledků stresu v praxi zdravotnického záchranáře. Výzkumná část uvádí metodiku výzkumu a vyhodnocení cílů práce. Výzkum probíhal na výjezdovém stanovišti Pardubického kraje.

KLÍČOVÁ SLOVA

psychologie, psychohygienu, stres, zdravotnický záchranář

TITLE

The application of psychology of paramedical practise

ANNOTATION

This bachelor thesis is dedicated to the theory of application of psychology in Urgent Care Medicine and health care. It describes the latest theoretical ways of this topic including the consequences of stress in paramedical practise. The research section of the thesis introduces research methodology and evaluation of the goals. The survey was carried out at an Emergency medical service.

KEYWORDS

psychology, psychohygiene, stress, paramedic

OBSAH

Úvod.....	12
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 PSYCHOLOGIE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	13
1.2 Obecné pojednání o psychologii.....	13
1.3 Využití psychologie	15
1.3.1 Využití psychologie v oblasti chirurgie	16
1.3.2 Uplatnění psychologie v oblasti vnitřního lékařství	16
1.4 Vztah pacienta a zdravotníka	17
1.5 Stres a zátěž	18
1.6 Psychohygienu.....	19
2 PSYCHOLOGIE V URGENTNÍ MEDICÍNĚ.....	20
2.1 Charakteristika práce ve zdravotnické záchranné službě	21
2.2 Osobnost zdravotnického záchranáře	22
2.3 Stresové a zátěžové faktory práce.....	23
2.4 Možnosti využití odborné psychologické pomoci na ZZS	23
2.4.1 Systém Psychosociální Intervenční služby (SPIS)	25
2.4.2 Debriefing	25
2.4.3 Defusing.....	26
2.4.4 Demobilizace	26
2.5 Nejčastější důsledky dlouhodobé zátěže.....	26
2.5.1 Posttraumatická stresová porucha.....	27
2.5.2 Syndrom vyhoření.....	28
2.6 Shrnutí teoretické části	29
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	30
3.1 Formulace výzkumných cílů	30

3.2 Metodika výzkumu	31
3.2.1 Polostandardizovaný rozhovor	32
4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	32
4.1 Charakteristika výzkumného souboru	33
5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ	34
5.1 Anamnestické údaje	34
6 INTEPRETACE VÝSLEDKŮ POMOCÍ KATEGORIZACE.....	35
6.1 Reakce na náročné situace v terénu	36
6.2 Četnost zátěžových situací	37
6.3 Faktory vyvolávající stres	38
6.4 Přístup k práci na ZZS od počátků až po současnost.....	40
6.5 Způsoby vyrovnávání se se stresem	42
6.6 Využití psychologické odborné pomoci	44
7 DISKUZE	45
Závěr	50
Přílohy.....	54

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Respondenti v případě rozhovorů.....	34
---	----

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Reakce na náročné situace v terénu	36
Graf č. 2: Četnost zátěžových situací.....	37
Graf č. 3: Faktory vyvolávající stres.....	39
Graf č. 4: Přístup k práci na ZZS od počátků až po současnost	40
Graf č. 5: Způsoby vyrovnávání se se stresem	43
Graf č. 6: Využití psychologické odborné pomoci	44

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
NZO	Náhlá zástava oběhu
PEER	Krizový intervent (profesní kolega)
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RV	Rendez-vous
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
SPIS	System psychosociální intervenční služby
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Vybrat si povolání zdravotnického záchranáře znamená vzít na sebe velkou zodpovědnost. Každodenně jsou konfrontováni s utrpením lidí, zoufalstvím i smrtí. Jde o náročnou, stresující a mnohdy i nevděčnou profesi, která je právem považována spíše za poslání lidem. Během své praxe se záchranáři setkávají s děsivými lidskými osudy, bývají svědky tragických nehod, dostávají se do prostředí, kterým by se člověk raději obloukem vyhnul. Vypjaté situace berou jako součást své práce, neboť schopnost zvládat krizové situace patří k psychické výbavě každého záchranáře. Aura uniformy vyzařuje autoritu, profesionální jednání a nepřipouští popuštění uzdy vlastním emocím. Od toho tu záchranář je, aby bojoval v terénu o životy druhých, kdykoliv je třeba. Nicméně, i on je jen člověk a je bláhové si myslet, že traumatizující události na něj nemají žádný vliv. Může překonat tisíce nepříjemných výjezdů, aniž by to na něm zanechalo stopy. Dříve nebo později však může přijít chvíle rovnající se zátěži, na kterou se absolutně nedá žádným způsobem dopředu psychicky připravit. Nehraje zde roli věk ani dosavadní zkušenosti, jelikož se to může stát každému bez rozdílu. Mezi takové výjezdy představující enormní zátěž na psychiku nesporně patří zásahy u dítěte, známého či rodinného příslušníka, ale také vědomí ohrožení vlastního života. Poté se mohou vyskytnout pochyby, nedůvěra ve vlastní schopnosti doprovázené pocitem bezmocnosti. Traumatický zážitek se vtíravě vrací do mysli ve chvílích klidu a nutí znovuprožívat zapomenuté události. Vybavování nejhorších útržků se může vyskytnout i po dlouhé době od události, přestože se již záchranář nachází v bezpečí základny nebo domova v okruhu svých nejbližších.

Cílem mé práce je zjistit, jak se mění zvládání zátěže v průběhu let práce na zdravotnické záchranné službě a zda se metody vyrovnávání se se stresem nějakým způsobem časem liší či nikoliv. Teoretická část se zaměřuje na popsání psychologie a jejího využití ve zdravotnictví a následně i urgentní medicíně. Součástí popisu je také hlavní náplň činnosti zdravotnické záchranné služby i shrnutí osobnostního profilu zdravotnického záchranáře. V neposlední řadě teoretická část vystihuje jednotlivé rizikové faktory ohrožující psychiku záchranářů i způsoby jejich odborného řešení v rámci zdravotnické záchranné služby. Na teorii navazuje část praktická, která má kvalitativní charakter. Výsledky výzkumu byly zpracovány formou analýzy dat získaných z rozhovorů se záchranáři s rozdílnou délkou praxe.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHOLOGIE VE ZDRAVOTNICTVÍ

„Zkoumá, jak se určité typické způsoby chování, myšlení a citění vztahují k tělesné a psychické kondici. Zabývá se diagnózou, léčením a prevencí různých onemocnění, zkoumá a podporuje zásady zdravého způsobu života.“ (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s.110).

Psychologie, ač si to často neuvědomujeme, hraje, obzvláště ve světě medicíny, významnou roli. Využívá se ve všech jejích oblastech. Zdravotničtí profesionálové dennodenně aplikují své poznatky při léčbě a značně se tím tak podílí na průběhu vývoje pobytu pacienta v nemocnici. Jedině vzájemným budováním důvěry ve vztahu zdravotník-pacient, lze i ve vypjatých chvílích nemoci zajistit uspokojování potřeb pacienta a zmírnit tak jeho utrpení. Aplikace zdravotnické psychologie v praxi sloužila lékařům i nelékařským zdravotnickým pracovníkům již v minulosti, kdy probíhaly nejrůznější výzkumy, a to především v oblasti klinické psychologie. V moderní medicíně se bez tohoto oboru nelze obejít. Pochopení fungování lidského chování, prožívání a postojů, tvoří základ ve zdravotnictví po celém světě. Stav pacienta do sebe zahrnuje jak fyzickou, tak i duševní složku, tudíž se od personálu v práci očekává komplexní přístup. Kvalitní ošetrovatelská péče jde ruku v ruce s psychologii v nemoci a tvoří tak úzce spolupracující celek. Akceptování duševní složky pacienta předurčuje kvalitní přístup zdravotníka k nemocnému a všem jeho potřebám. Všechny získané poznatky o aplikaci psychologie zdraví v klinické praxi, přispěly k zefektivnění léčebného procesu a udržení dobrého zdravotního stavu. V neposlední řadě lze těmito znalostmi psychologických faktorů přispět i k podpoře zdravého způsobu života, a tím i prevenci onemocnění. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 109)

1.2 Obecné pojednání o psychologii

„Psychologie je věda, která studuje lidské chování, mentální procesy a tělesné dění, včetně jejich vztahů a interakcí.“ (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 15). Alespoň jednou za život si určité lidé kladou otázky typu: „Co jsme zač?“, „Jak funguje naše vědomí?“, „Proč jednáme tak, jak jednáme?“ Nad tím přemýšlí člověk v každé době. Ve starém Řecku si velcí filozofové Aristoteles, Platon a Sokrates kladli stejné otázky a na některé nám dali odpovědi.

Psychologickými poznatky a zkoumáním duše se lidé zabývali odnepaměti. Až do poloviny 19. století byla psychologie pouze součástí filozofie. Přesto se psychologie jako samostatný vědní obor oddělila od filozofie až v okamžiku založení první psychologické laboratoře Wilhelmem Wundtem v Německu roku 1879. Jako věda se pak psychologie opírala jak o filozofii, tak o přírodní vědy. Wundt jako první začal ve své laboratoři podnikat experimenty na vědecké úrovni. Díky tomu nabyly poznatky objektivní hodnotou, která se dala změřit, hodnotit a porovnávat například s jinými vědními obory. Ve svých pokusech se zaměřil především na introspekci. Byl pro něj důležitý náhled do sebe samého. Zapisoval si vlastní citění a vnímání, a zároveň měřil fyzikální vlastnosti. Díky tomu pak zjistil, do jaké míry tyto změny vlastně ovlivňují lidské myšlení.

Zpočátku převládaly snahy rozložit procesy odehrávající se v mysli na co nejmenší částičky – asociace. Za pomoci těchto prvků následně chtěli popsat složitou skutečnost, kterou chápali jako řetězec rychlých představ jdoucích za sebou. Naproti tomu však o něco později vzniká v Německu zcela odlišný přístup. Takzvaná tvarová psychologie vychází z představy, že vnímání nepředstavují jednotlivé částičky, nýbrž celek nabývající různých struktur.

V historickém vývoji psychologie jako vědy převládají tři zásadní směry, z kterých vycházíme v podstatě dodnes. Prvním dominantním směrem, který figuroval v Americe v první polovině 20. století, byl behaviorismus. Hnacím motorem pro jeho vznik byl především fakt, že introspekce přestávala stačit. Děje ve vědomí se nedají přímo pozorovat, kdežto chování ano. Proto se behaviorismus zaměřil na pozorovatelná fakta získaná převážně studiem učení se. Tak jako mláďata napodobují svoje rodiče, aby v divočině přežila, i člověk se od narození formuje. Osvojuje si určité typy chování, které jsou výsledkem podmiňování a posilování návyků v prostředí, kde žije. Behaviorismus byl založen na hmatatelných, jasně definovaných výsledcích, získaných na podkladě experimentu. Psychologické jevy popisovaly především na podnětu a reakci na něj.

Ve stejné době se ve Spojených státech rodí jako součást psychiatrie psychoanalýza. Hlavní představitel Sigmund Freud opíral své poznatky především o zkušenosti z klinické praxe. Věřil, že duševní prožitky vychází z nevědomí. Tyto pudové impulzy jsou pro člověka přirozené, ale socializací postupně dochází k jejich potlačení. Tato násilná represe přesune impulzy do nevědomé části mysli, odkud ovlivňuje naše chování a prožívání. Ty se pak projevují například při emocionálním vypětí nebo ve snech, přestože se naše společnost snaží o jejich útlum. Nejvýznamnější z nich jsou podle Freuda zejména sexualita a agresivita. Na

psychoanalýzu navázaly další směry zabývající se zejména zkušenostmi z raného dětství. Právě zde je předpoklad konfliktu pudy versus společnost nejzásadnější. Výsledný proces ovlivní další psychologický vývoj v celém životě člověka.

Dalším stavebním kamenem v historii psychologie je její humanistická alternativa. Humanistická psychologie chápe člověka jako jedinečnou bytost tvořící organizovaný celek. Pramení z lidskosti a optimisticky nabádá k seberealizaci, která je nejvyšším konceptem známé pyramidy Abrahama H. Maslowa. Na rozdíl od psychoanalýzy, kterou zajímají především zkušenosti z minulosti, humanistická psychologie klade důraz na využití potenciálu a orientaci na budoucnost. To s sebou přináší pozitivní změnu a možnost náš život vědomě ovlivnit. Tato velice optimistická alternativa měla u psychologů velký ohlas a byla v silném kontrastu s psychoanalytickými modely chování. Ty popisovaly člověka jako od narození frustrovaného tvora s násilnickými sklony a neuspokojenými potřebami.

V současné době jsou tyto historické směry stále populární. Psychologové je neustále využívají při své práci, jen už nejsou natolik vyhraněné. Důraz se klade na odklon od mainstreamové psychologie k jednotlivci a jeho vnímání okolního světa. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 13-15)

1.3 Využití psychologie

Způsobů využití psychologie ve zdravotnictví je nepřehledně. Léčit lze farmakologicky, správným nastavením stravy, operací, cvičením a někdy pomůže například rozhovor s odborníkem. Ke každému pacientovi je třeba přistupovat individuálně jako k jedinečné bytosti s vlastními touhami a přáními. Psychologický přístup v péči o nemocné pomáhá překonávat bariéry mezi zdravotníkem a pacientem v těžkém období nemoci. Pochopení a včasné rozpoznání potřeb pacienta umožňuje komplexní péči, což je v diagnosticko-terapeutickém procesu naprostý základ. Jelikož problémů, se kterými pacienti do nemocnice chodí, je široké spektrum, budou se lišit i psychologická hlediska v přístupu k nim.

Zdravotník se v práci potýká s nemocí akutní i chronickou. Různé druhy postižení tělesných systémů od dýchacího, zažívacího, kardiovaskulárního přes pohybové ústrojí, smyslové ústrojí až po imunitní systém, vyžaduje v jednotlivých oblastech medicíny vzdělání v psychologii i dodržování zásad v ošetrovatelské oblasti. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 172)

1.3.1 Využití psychologie v oblasti chirurgie

Medicína zaznamenala v posledních letech neuvěřitelný posun a to především díky počítačové technice. Ta v chirurgii umožnila při operacích enormní přesnost. Díky laparoskopickým nástrojům jsou zákroky méně invazivní, což je pro pacienta velká úleva i z estetického hlediska. Na druhou stranu, vymoženosti techniky vedou často k neosobnímu přístupu a podceňování přímého kontaktu s pacientem. Zdravotník je v bezpečí, dokud má před sebou monitor s hodnotami v normě, nikoliv pacienta s celou jeho složitou osobností a životem.

Speciálně v chirurgii je vyžadována zvláště šetrná ošetrovatelská i psychologická péče. Všechny zákroky před i po operaci provází spousta emocí, z nichž nejvíce převládá strach. Pacient je konfrontován neznámým prostředím, nejistým očekáváním i prožíváním vlastního traumatu. Předoperační strach z komplikací je normální jev a lze ho částečně eliminovat. Individuální přístup zdravotníka naváže důvěru a spolu s podporou a dobrou informovaností, lze bolest překonat. Na poli chirurgie uplatníme psychologické poznatky hlavně při operacích, kdy víme, že si pacient ponese trvalé následky. Tehdy se nemocný musí na svůj stav adaptovat a přijmout ho. Tyto velké životní změny se samozřejmě odráží na duši pacienta. Zdravotnický tým tu hraje obrovskou roli. Pozitivní motivací podporuje pacienta i rodinu v nelehké situaci. V některých vážných případech v oblasti plastické chirurgie se dokonce doporučuje využít psychologa či psychiatra. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s.172-173)

1.3.2 Uplatnění psychologie v oblasti vnitřního lékařství

Mnohé výzkumy potvrdily přímou souvislost psychologických činitelů se vznikem vnitřních chorob. V západním světě se největší pozornosti dostává převážně kardiovaskulárním onemocněním. Velmi obávaný infarkt myokardu je s psychickou zátěží velmi úzce spojen. Prokazatelný vliv dlouhodobého působení stresu, úzkosti a strachu na člověka byl zaznamenán u mnoha dalších tělesných systémů. Typicky si stres spojujeme se vznikem žaludečních vředů, problémy v endokrinologii a dokonce může vyvolat i respirační nemoci, jako například astma.

Ve vnitřním lékařství všechno souvisí se vším a psychologické děje velmi ovlivňují fungování tělesných procesů. Dopady negativních psychických fenoménů na tělo, kde často tkví příčina

rozvoje nemoci, lze eliminovat. U této problematiky opět platí posilování důvěry pacienta v léčebný postup s možností se na cokoliv doptat. Zejména komplexní posouzení pacienta se všemi dalšími přidruženými nemocemi vyžaduje trpělivost, ale je neméně důležité. Vítanou pomocí a další pozitivní motivací je návštěva rodinných příslušníků. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 173)

1.4 Vztah pacienta a zdravotníka

Jak bylo již několikrát v mé práci zdůrazňováno, správné navázání vztahu pacienta se zdravotníkem uceluje celý diagnosticko-terapeutický průběh. Zdravotničtí pracovníci při studiu absolvují zkoušku z psychologie, tudíž jsou proškoleni v komunikačních dovednostech a v problematice interpersonálních vztahů.

Sociální role zdravotníka vyžaduje lidský přístup, který umožňuje chápat nemocného jako člověka v těžké životní situaci. Nikoliv jako další položku v seznamu případů. Empatie, vlastní popud angažovat se a vstřícnost zdravotníka pomáhají nemocnému v jeho kritickém období. Čím více je člověk přesvědčen o závažnosti své choroby, tím komplikovanější je stav jeho psychiky. V nemocnici tak často dochází k vyhroceným situacím, které je třeba zvládnout. Aby se předešlo konfliktům, je samozřejmě potřeba i aktivní úsilí o spolupráci ze strany pacienta. Ne každý se ale dokáže vyrovnat s prognózou nemoci. Sdělení o svém stavu mnohdy pacient není schopen akceptovat, pochopit ani vyrovnat se s novou životní rolí. Jako reakce se může vyskytnout deprese, sebevražedné tendence, zdánlivý klid nebo panický strach. Zdravotníci tyto reakce sledují a adekvátně na ně reagují. Zvolení vhodné formy oboustranné komunikace mohou zabránit problémovým situacím. Psychologický přístup je založen na vzájemné důvěře mezi pacientem a zdravotníkem. K tomu je potřeba trpělivost, ohleduplnost a velké pochopení v celém průběhu léčby pacienta se všemi jeho osobnostními výkyvy a problémy. To znamená poznání osobnosti pacienta v co největším rozsahu. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 183)

Zásady profesionálního přístupu jsou dány zákonem. Je však zcela přirozené dodržovat etický kodex cti zdravotnického poslání. To znamená, že všechny informace o pacientovi získané na základě budování důvěry zůstanou pouze mezi pacientem a zdravotníkem. Samozřejmostí je povinnost mlčení o informacích, které jsou součástí zdravotnické dokumentace.

Zdravotnický pracovník dokáže ve své práci zohlednit všechny aspekty. Ví, že bolest se nevztahuje jen na fyzickou schránku, ale zaměřuje se i na psychologické děje odehrávající se v ní. Jeho přístup je přemýšlivý a dodržuje zásady svého povolání, které je velmi náročné. Proto je třeba zabránit profesionální deformaci, únavě až netečnosti, jelikož tato cesta vede k vyhoření. Využití psychologie spočívá ve vytváření příznivého terénu na psychosociálním podkladu, kde se účinným způsobem může léčení uskutečnit. (Vymětal, 2003, s. 116)

1.5 Stres a zátěž

Stres je forma napětí. Ve 21. století neustále skloňované téma. Uspěchaná doba vyvíjí tlak na každého z nás. Jsme nuceni stíhat více věcí a na vše je méně a méně času. Do toho se promítají další nepříznivé jevy jako například hluk, kriminalita či pracovní přetížení. *„Obecně řečeno, stres se vyskytne tehdy, když se lidé setkají s událostmi, jež vnímají jako ohrožení své tělesné nebo duševní pohody. Tyto události se obvykle nazývají stresory a reakce lidí na stresory stresové reakce.“* (Atkinson, 2003, s. 487)

Stresové situace mohou být různého charakteru a pro každého jiné. Stres v lidech vyvolávají především události, které nemůžeme ovlivnit jako například smrt rodičů, válka nebo přírodní katastrofy. Stresory prožíváme dennodenně i v podobě každodenních nepříjemností – rodinné hádky, ztráta věcí, stání na semaforu. Vystavení se dlouhodobé zátěži vede k negativním emocím. Depresivní úzkostný člověk pod vlivem stresu má velmi zranitelný organismus a dochází u něj k oslabení imunitního systému. Sociální a psychické faktory interagují s křehkým biologickým systémem. Pokud jsou v nesouladu, mohou poškodit zdraví člověka, a přispět tak ke vzniku kardiovaskulárních i jiných chorob.

Zátěžové situace doprovázejí člověka v průběhu života zcela běžně. Jsou to nezbytné faktory, které napomáhají utváření osobnosti a přispívají tak ke zdravému vývoji jedince. Po každé překonané překážce se člověk stává silnějším vyzrálším jedincem schopným čelit další životní výzvě. Nicméně, v případě, kdy je člověk vystaven mnoha zátěžovým situacím v kratším časovém rozmezí nebo je-li stres neúměrný jeho momentálním psychickým možnostem, adaptační mechanismy selhávají. To jak náročná je stresová situace, je značně individuální záležitost, kterou každý vnímá jinak. Hodnocení závisí na momentální emocionální připravenosti, zkušenostech a odolnosti. *„Posoudit, co je anebo není škodlivé pro konkrétního jedince je značně závislé na něm samotném, tedy na tom, jak „stresovou“ situaci hodnotí. Při zvládání zátěžových situací záleží nejen na našich emocích, ale také na*

naší připravenosti, dovednosti a znalosti“ (Bartošíková, 1993, s. 36). Některé situace jsou prožívány jako stresové, protože nátlak jedince nutí vystoupit z komfortní zóny, představují pro nás určitou výzvu. V případě, že se jedinec na zátěž adapтуje, přichází uspokojení a odolnost je posílena. (Andršová, 2012, s. 61)

1.6 Psychohygiiena

„Psychohygiiena je definována jako systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení anebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“ (Andršová, 2012). Psychohygienou se snažíme preventivně předcházet vzniku psychosomatických onemocnění. Slouží k upevňování duševního zdraví, posílení rovnováhy a přispívá tak celkové vyrovnanosti. Psychicky vyrovnaný člověk dokáže lépe regulovat vlastní pocity, lépe se koncentruje na svou práci a má pozitivní přístup. To je v pomáhajících profesích naprosto zásadní věc. Zdravotníci jsou v neustálém kontaktu s lidmi a to, jakým způsobem subjektivně vnímají sebe sama, se promítne jednání s pacienty. Aby zdravotník mohl kvalitně odvést svou práci, musí být sám v dobrém psychickém i fyzickém stavu. Z toho lze vyvodit, že by měl o sebe náležitě dbát. (Vymětal, 2003, s. 315)

K obecným pravidlům psychohygieny nesporně patří zdravý životní styl. To znamená vyváženou pravidelnou stravu, dostatek spánku, pohybovou aktivitu a vyvarování se návykovým, tělu škodlivým látkám. Správnou pravidelnou stravou zajistíme tělu dostatek energie pro podání optimálního výkonu. Samozřejmostí je dodržování pitného režimu. Ideální je pít čistou vodou v dostatečném množství tak, abychom nepociťovali žízeň, ale zároveň nepřetěžovali ledviny. Fyzická aktivita spolu s vyváženou stravou umocní pozitivní účinky na stav člověka. Cvičení má výborný vliv na odbourávání metabolitů z těla, napomáhá správnému fungování tělesných mechanismů a neposlední řadě odbourává stres vyplavováním hormonů štěstí. Udržování tělesné kondice je důležité pro regeneraci tkání a posilování imunity, což slouží jako prevence pro vznik řady chorob. Každý by měl zvolit takovou formu aktivity, která bude přiměřená jeho tělesným možnostem s adekvátní zátěží a té věnovat několikrát do týdne.

Zdravotník povětšinou pracuje dlouhé směny. Náplň práce je velmi náročná na koncentraci, kdy jedna chyba může ovlivnit zdraví pacientů. I zdravotník je jen člověk, a přestože si únavu často nepřipouští, vybírá si svou daň. Proto je neméně důležité dopřát tělu i duši dostatek

spánku a relaxace. V současnosti existuje nepřehledné množství relaxačních metod pro duševní očistu.

Dalším takovým pravidlem by mělo být vědomí podpory, které se jedinci dostává z okolí. Osobnost, která udržuje přátelské vztahy s lidmi okolo sebe, je duševně velmi odolná, zralá a schopná se vcítit do druhých. Oporou může být životní partner, přátelé či rodinní příslušníci. Ve zdravotnictví zaměstnanci fungují jako jeden velký tým se společným cílem, proto je vzájemná opora velmi důležitá. (Andršová, 2012, s. 97-99)

2 PSYCHOLOGIE V URGENTNÍ MEDICÍNĚ

Urgentní medicína bývá nejčastěji spojována s přednemocniční péčí, tedy prací zdravotnické záchranné služby. „...je medicínským oborem založeným na znalostech a dovednostech nezbytných pro diagnostiku širokého spektra somatických a duševních onemocnění, která postihují osoby všech věkových skupin od novorozenců až po geriatrické pacienty.“ (Remeš a kol., 2013, s. 11). Jako vlastní lékařský obor se v ČR začala rozvíjet od počátku 90. let, kdy se střediska zdravotnických záchranářů oddělila od nemocnic a je stále oborem, který se dynamicky nadále rozvíjí. Charakteristikou oboru je poskytnutí kvalitní péče pro každého tam, kde je to zrovna potřeba. To vyžaduje široké znalosti diferenciální diagnostiky a to jak duševních, tak somatických onemocnění. Znamená to neustále přehodnocovat situaci, umět si dobře zorganizovat práci při zajišťování pacienta jak při běžném provozu, tak i mimořádných událostech. Lidé pracující v oblasti urgentní medicíny musí mít komplexní vysoce kvalifikovaný přístup. Pro přednemocniční péči je specifická činnost v různých lokalitách, bez možnosti opory nemocničního zázemí, za časové tísně a náročných klimatických podmínek. To vyžaduje po záchranářích umění rychlé improvizace a rozhodný přístup za všech okolností. Zaměstnanci při výjezdu musí čelit obrovské zodpovědnosti. Při vypjatých situacích v terénu jsou nuceni cíleně potlačovat vlastní emoce, aby se tak mohli plně koncentrovat na svou práci. Na psychiku má velký vliv i fakt, že jsou ochuzeni o zpětnou vazbu zachráněného, který je následně přesunut na příslušné nemocniční oddělení. Jednotlivá specifika tohoto oboru se zaměřením na psychologické faktory budou popsány v následujících kapitolách. (Šeblová a kol., 2013, s. 14)

2.1 Charakteristika práce ve zdravotnické záchranné službě

Profesní kvalifikace zdravotnický záchranář je veřejností všeobecně považováno za velmi náročné stresující povolání, které rozhodně není pro každého. Pokud se však člověk přesto vydá cestou pomáhající profese, je si vědom, jaký nelehký úkol si předsevzal. Stejně jako si je vědom toho, že veškerá námaha je posléze vykompenzována skutečností, že jsme někomu zachránili život. Dříve byla služba rychlé pomoci součástí nemocničních oddělení. Byla poskytována lékaři anesteziology a chirurgy, kteří po obdržení výzvy nasedli se sloužící sestrou do sanitního vozu a rovnou z nemocnice jeli zachraňovat další životy. V roce 1993 se zdravotnická záchranná služba oddělila od zdravotnických zařízení. Došlo tak ke vzniku samostatných územních středisek spadajících pod vedení jednotlivých krajů. Zdravotnická záchranná služba se v rámci svého kraje může od jiných středisek lišit například barevným provedením uniforem, odlišnými třídícími kartami nebo typem sanitního vozidla.

“Zdravotnická záchranná služba je formou zdravotní péče, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, poskytována zejména přednemocniční neodkladná zdravotní péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života.” (Remeš, Trnovská a kol., 2013, str. 12). Pravidla činnosti zdravotnické záchranné služby zpracovává zákon č. 374/2011 Sb. spolu s několika vyhláškami. Personální zajištění při výjezdech obstarávají zdravotničtí pracovníci nelékařského zdravotnického povolání, řidiči a lékaři. Činnost nelékařského zdravotníka může vykonávat absolvent tříletého studia oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vysoké i vyšší škole. Dle zákona č. 96/2004 Sb. se za výkon povolání zdravotnického záchranáře považuje činnost v oblasti specifické ošetrovatelské péče v rámci neodkladné péče a akutního příjmu. Dále je schopen jedincům akutně ohroženým na zdraví samostatně poskytnout potřebnou péči a předlékařskou první pomoc. Záchranář se dále podílí na diagnostické a neodkladné péči. Záchranář je způsobilý k výkonu své profese v síti zařízení a pracovišť zdravotnické záchranné služby integrovaného záchranného systému nebo na urgentních příjmech nemocnic.

Lékařská pomoc je zajištěna posádkami RLP a RV lékaři se specializovanou způsobilostí. Lékaři působící na zdravotnické záchranné službě musí mít dle zákona atestaci z některého ze základních oborů: anesteziologie-resuscitace, chirurgie, interna, všeobecné lékařství, pediatrie a od roku 2004 se v rámci zákona č. 95 požadavek rozšířil o specializační obory. Nyní se obor

urgentní medicína řadí mezi nástavbové obory, tudíž je třeba absolvování minimálně 24 měsíců trvajících odborného kurzu.

Řidiči vozidel ZZS podle současného znění vzdělávacího programu prochází po ukončení středoškolského vzdělávání přípravou trvající nejméně 12 měsíců praktickým i teoretickým studiem. (Remeš a kol., 2013, s. 11-14)

2.2 Osobnost zdravotnického záchranáře

Osobnostní charakteristika profese zdravotnického záchranáře svými požadavky klade veliký důraz na psychickou stabilitu jedince a dalece tak převyšuje osobností profil jiných zaměstnání. *“Základními požadavky na osobnost záchranáře jsou znalost, zkušenost, zručnost, rychlost a chladnokrevnost.”* (Bydžovský, 2008, str. 312). Společnost i samotní záchranáři vnímají sami sebe především jako akční borce, co neznají strach a jdou do všeho na plno. Superhrdinové připravení překonat všechny překážky, zachraňovat lidské životy, když jde do tuhého. Taková jsou i očekávání nastupujících absolventů. Ta se však od běžné činnosti na záchranné službě značně liší. Převážnou část všech výjezdů tvoří neakutní stavy notoricky známých pacientů či narkomanů, což může být pro některé záchranáře demoralizující zkušenost. Proto je velmi důležité si i po několika letech působení v této profesi zachovat osobní zájem a chuť pomáhat.

Záchranáři musí počítat s prací ve dne i noci. Jsou si vědomi, že jejich práce je zároveň posláním, kterému předchází sebeobětování. Rodinný život musejí přizpůsobit dlouhým dvanáctihodinovým směnám a to i o svátcích. Ve službě je navíc ve své podstatě sociálně izolován, jelikož práce probíhá pouze ve dvou či třech lidech.

Pohyb v terénu s sebou přináší i požadavek na fyzickou obratnost. Záchranáři operují i v těžko přístupných místech a to s lidmi různých váhových kategorií, proto je síla i zručnost samozřejmostí.

Postupy v urgentní medicíně jsou předmětem mnoha výzkumů, proto se tento obor neustále vyvíjí kupředu. Po zdravotnických záchranářích je tudíž vyžadována vysoká odbornost v teoretických znalostech i praktických dovednostech. Během své praxe prochází vzdělávacími kurzy, účastní se soutěží a neustále doplňují své vzdělání o nové informace.

Osobnostně by měl být zdravotnický záchranář velmi vyzrálý. Musí si zachovat chladnou hlavu tam, kde všichni ostatní propadají panice. Umí jednat s lidmi, zachovává si

profesionální citlivý přístup, třebaže málokdy přijde poděkování. Během jedné sekundy musí být připraven na změnu situace z relaxace na teror. Ať už přijde cokoliv, neztrácí záchranáři svůj typicky černý humor a pozitivní pohled na svět. Humor je způsob ventilace nahromaděného stresu, a zároveň připomíná, že i záchranář je jen člověk se silnými i slabými stránkami. (Andršová, 2012, s. 9)

2.3 Stresové a zátěžové faktory práce

Stres je věrným společníkem každého záchranáře. Provází jej téměř neustále. Ačkoliv je vnímání stresu silně individuální záležitostí, zůstává dominujícím prvkem v prožívání každého z nich. V přednemocniční péči se můžeme setkat s těžkými případy, které na psychice zanechají silnou emoční stopu. Patří mezi ně výjezdy mnohonásobně převyšující běžnou dávku stresu. Záchranáři podle výzkumů uvádějí jako nadlimitní stresové faktory především: *“...stavy ohrožující pacienta na životě, vlastní pocity ohrožení, smrt kolegy na pracovišti, nehoda sanitního vozu, hromadná neštěstí, výrazná deformace těl, popálená těla, neúspěšná resuscitace, ale také strach, zda záchranář zvládne celou situaci...”* (Andršová, 2012, str. 64). Ke stresu přispívá také práce pod časovým tlakem, což je velmi náročné na soustředěnost. Záchranáři se mohou dostat i do život ohrožujících situací. Výjezd může provázet skryté nebezpečí v okolí, například při mimořádné události nebo na místě trestného činu. Případně hrozí konfrontace ze strany agresivního pacienta. V jednu chvíli se z relativního klidu základny záchranář dostává do cizího prostředí plného hluku, špíny a ještě k tomu čelí nepříznivému počasí. To vše ve spěchu a stresu, což má negativní dopad na pravidelnost stravování i osobní hygienu. (Bydžovský, 2008, str. 312)

Zátěžové situace jsou přirozenou součástí našich životů. Každou zvládnutou překážkou roste naše osobnost. Zátěž pro nás představuje výzvu, pozitivní motivaci, výstup z komfortní zóny, což vede k rychlejší adaptaci na stres. Při neúměrné zátěži v neočekávaných situacích se tělo přizpůsobit nestihne a záchranáři se tak stávají skrytou obětí lidských neštěstí. Bezprostředně intenzivní prožitek z traumatu bez nemožnosti ovlivnit jeho výsledek patří k nejhorším zážitkům u pomáhajících profesí. (Andršová, 2012, s. 60-64)

2.4 Možnosti využití odborné psychologické pomoci na ZZS

Záchranáři musí zvládat široké rozmezí zátěže, tlaků a překážek. Emoční strádání, mrtví či ranění se pracovníků osobně výrazně dotýkají. Dle výše uvedených osobnostních charakteristik zdravotnického záchranáře je zřejmé, že jde o silné jedince, schopné pojmout

velkou dávkou psychického vypětí. Nicméně, všechny náročné výjezdy jsou ukládány hluboko do podvědomí, třebaže to na chování nemusí být patrné. Odtud pak mohou negativní zážitky patologicky působit při oslabení organismu. Záchranář jednoznačně patří mezi povolání s vysokým výskytem syndromu vyhoření. I odolný jedinec, stavěný pro tento typ práce, může dostat větší nápor stresu, než je sám schopen unést. Kdo zažil nebo byl svědkem traumatizujících událostí, mívá potíže se soustředěním, plánováním a rozhodováním. Mohou se vyskytnout pocity viny a vlastního selhání doprovázené ztrátou jistoty v sebe sama. Problémy v práci i soukromém životě mohou následně vyústit v krizi. Vnímání krizové situace se liší dle osobnosti, každý člověk ji vyhodnocuje jinak, dle svých duševních schopností. Jde o přirozenou reakci na abnormální situaci. Pokud však není jedincem zvládnuta, může vygradovat v rozvoj frustrace až deprivace. Obranná technika proti pocitu nepohody se může projevit snižováním intenzity reakce na působící podnět. To v praxi znamená, že opakovaným prožíváním stresové situace dojde k postupnému „otupění“, ale nikoliv zapomenutí.

Součástí psychohygieny záchranářů je nalezení rovnováhy mezi negativními a pozitivními aspekty tohoto povolání. Je třeba si užívat maličkostí, radovat se z každého úspěšného zásahu. Nejvíce pozitivní na práci na ZZS Androšová ve své knize uvádí: „*pomoc lidem a záchrana života nebo zdraví, dále figuruje akčnost, zajímavost a pestrost práce, kolektiv, náročnost práce, plat, volný čas díky směnnému pracovnímu režimu a společenské uznání.*“ Existuje několik možností, jak předcházet dopadům stresu, předvídat krize a zvládat je. Nikoliv na ně reagovat poté, co se objeví. Jako výborný návod může posloužit terénní příručka pro pracovníky psychosociálních a humanitárních služeb.

Dle doporučení oddělení zdravotnických a psychosociálních služeb je základním směrem pro prevenci zátěže účinná hierarchie řízení a jasné vedení. Každý ví, komu v práci podléhá v řetězci nadřízenosti a tomu jsou funkčně přizpůsobeny jednotlivé role. V případě, že se záchranář dostává do těžké situace, může si na pomoc dovolat doktora.

Mezi záchranáři obecně panuje pověstná přátelská atmosféra. Ta nabízí vzájemnou oporu, sledování reakcí toho druhého a jakési uvědomění vzájemné sounáležitosti lidí, kteří si „něčím prošli“. S tím souvisí pro záchranáře typický černý humor, který velmi pomáhá uvolnit potlačované napětí.

Dalším účinným faktorem je nepochybně dodržování základních pravidel zdravého životního stylu. Kdykoli je to možné, měl by se záchranář udržovat cvičením v dobré fyzické kondici.

Mnoho základen ZZS je pro tyto účely vybaveno posilovkami. „Zásady pro zdraví i pro výkonnost jsou stále stejné. Úkolem tréninku je naučit se zásady pro zdraví a výkonnost znát, dodržovat je v různých činnostech...“ (Riedl, Martin, 2011, s. 37). Jídlo by mělo být vydatné, výživově hodnotné. Po dvanáctihodinové směně by měl následovat náležitý odpočinek, zejména po náročných výjezdech. Volno by měl záchranář trávit se svými blízkými, aby bylo uspokojeno sociální cítění opory.

V neposlední řadě existuje možnost absolvovat řadu kurzů s antistresovými programy určené právě pro pomáhající profese. V České republice byl nově zřízen systém psychosociální služby (SPIS). (Andršová, 2012, s. 100)

2.4.1 Systém Psychosociální Intervenční služby (SPIS)

„Cílem psychosociální intervenční služby je podpora a péče o zaměstnance a důsledkem toho také komfortnější péče o pacienty. Je vhodná v případech, kdy hrozí, že budou záchranáři zasaženi psychicky zatěžující situací, či v případech, kdy si potřebují prostě jenom s někým promluvit a nemají s kým.“ (Andršová, 2012, str. 99). Jde o modernější pojetí nápadu, který má svůj původ v armádě. Nyní má SPIS především preventivní charakter a jeho úkolem je vytvoření odolnosti vůči stresové zátěži v civilních složkách. Záchranář disponuje možností využít služby „peera“ – profesionálního proškoleného kolegy. Individuální kontakt s vycvičeným odborníkem má za cíl vybudování důvěry a normalizovat chování spolupracovníka v těžké situaci. (Buriánková, Ryba, 2009, str. 35-37)

2.4.2 Debriefing

Debriefing je psychologická technika prováděná proškoleným psychologem s časovým odstupem v průměru asi 48h po traumatické události. Sezení má za úkol pomoci jedinci nebo celému týmu záchranářů přijmout a pochopit nečekané silné reakce vlastního prožitku. Při 2-3 hodiny trvajícím rozhovoru rozmlouvají o svých negativních zkušenostech z výjezdu, snaží se rozumově uchopit podstatu traumatického zážitku, rozebrat ho, psychicky zpracovat a následně se navrátit do běžného života s co nejmenším duševním deficitem. V ideálním případě dojde k adaptaci na krizovou zkušenost a schopnosti porozumět vlastnímu chování ve vypjatých chvílích. Debriefing přináší svou praktickou intervencí možnost si o problému promluvit v krátkém čase po jeho vzniku, definovat pocity, které jej provází a tím předejít

zhroucení v nejbližší budoucnosti. Zmobilizuje všechny duševní obranné mechanismy, situaci stabilizuje a navrácí jedince zpět do normálního fungování. (Andršová, 2012, s. 101)

2.4.3 Defusing

Defusing je kratší verze debriefingu. Je to časově omezenější strukturovaný rozhovor, odehrávající se v menší skupině bezprostředně po negativní události (do 8 hodin od vzniku). Spontánní rozhovor trvá maximálně 45 minut a je veden zkušeným peerem. „*Cílem je zmírnění kognitivních, emocionálních a fyziologických příznaků.*“ (Andršová, 2012, s. 96)

Využití profesionálně vedenou pomoc je samozřejmě velkou výhodou, není třeba se to stydět. Naopak je to známka toho, že si záchranář uvědomuje stupňující se tenzi a má odvahu ji začít řešit. I záchranář sám může bez pomoci z vnější provádět očistu v oblasti duše. Prováděním relaxačních dechových cvičení, vyhledáváním činností, co ho pozitivně energeticky nabíjejí, významně přispívají k posilování zdraví i duševní pohody. (Andršová, 2012, s. 101)

2.4.4 Demobilizace

„Quick informational and rest session applied when operations units have been released from service at a major incident that requires over 100 personnel. It serves a secondary function as a screening opportunity to assure that individuals who may need assistance are identified after the traumatic event.“ (Mitchell, Everly, 2003, s. 57)

Demobilizace má za úkol minimalizovat následky traumatické události na postiženého a zhodnotit nutnost další odborné intervence v podobě debriefingu. Zajišťuje příležitost k řádnému dvacetiminutovému odpočinku a najezení předtím, než je člověk navrácen ke svým běžným pracovním povinnostem. (Mitchell, Everly, 2003, s. 57)

2.5 Nejčastější důsledky dlouhodobé zátěže

„*If you are experiencing chronic stress, you can put yourself, other squad members, and your patient at risk (90% of accidents are the result of human error caused by problems such as a wandering mind).*“ (Seaward, 2000, str. 5)

Člověk disponuje obrannými mechanismy definující míru jeho odolnosti vůči zátěži. Za běžných okolností se stresové reakce na podněty pohybují v rozmezí, jehož ukazatelem je frustrační tolerance. V tomto rozmezí je chování více méně adekvátní zátěžové situaci. Míra

odolnosti se samozřejmě liší, člověk od člověka a závisí na mnoha faktorech. Je třeba zohlednit momentální psychický i fyzický stav, subjektivní hodnocení situace i osobní předpoklady zvládnání zátěže. Práce zdravotnického záchranáře patří mezi velmi stresující povolání, kde je tendence k překročení hranice frustrační tolerance poměrně častá.

Krátkodobá dávka stresu někdy může být pro tělo pozitivním přínosem. Přípravuje organismus na zátěž, povzbuzuje k lepším výkonům. V těžkých chvílích, kdy jde o pacientův život, pomáhá stres záchranáři vybudit všechny jeho schopnosti na maximum. Únava jde stranou a mysl se nesoustředí na nic jiného, než na „teď a tady“. Cílem je okamžité zvládnutí situace, aby mohlo přijít uvolnění. Avšak v případě, že stres působí dlouhodobě a v nadlimitním množství, může způsobit celou řadu komplikací. Obecně platí, že dlouhodobou zátěž lépe zvládají ženy a krátké, ale za to silné působení stresu zase muži. Reakcí záchranáře na traumatizující vlivy dlouhodobého charakteru může být posttraumatická stresová porucha a syndrom vyhoření. (Atkinson, 2003, s. 487-489)

2.5.1 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha, někdy též označována jako posttraumatický stresový syndrom, je opožděná či protražovaná reakce na stresový podnět neobvykle hrozivé intenzity. Slovo pochází z angl. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Příznaky posttraumatické stresové poruchy se mohou objevit v časovém intervalu několika týdnů, měsíců, ale dokonce i několik let od prožitého traumatu. Obecně se PTSD může rozvinout u lidí, kteří prožili jakoukoliv událost přesahující běžnou lidskou zkušenost. Doprovází traumatické zážitky za hranici normálního utrpení. Záchranáři bývají často svědky lidského neštěstí v jeho nejsyrovější podobě. To, co očím veřejnosti zůstává v médiích skryto, oni vidí v plné dávce z bezprostřední blízkosti tak, jak je to ve skutečnosti. Poznamenání jedinci zasažení PTSD pak mohou trpět pocity lhostejnosti vůči okolí, pocity vzdalování se lidem a snížení zájmu o aktivity, jež jedinec dřív vykonával. Dalším typickým příznakem je opakované ožívování traumatu během spánku. Prožitky, jež byly odsunuty obrannými mechanismy psychiky do podvědomí, se neodbytně vtíravě vrací zpět v podobě takzvaných flashbacků. Nepříjemná emoce, se může projevit poruchami spánku, nadměrnou únavou, potížemi se soustředěním nebo nadměrnou ostražitostí. Pokud člověk prožije něco nepříjemného, přirozenou tendencí je se vyhýbat čemukoliv, co vzpomínky zpětně přivolává. Může jít o lidi, místo nebo činnost. Další vážnou skupinou příznaků je změna v emocionálním prožívání jedince: „*anhedonie-*

neschopnost prožívat radost a pozitivní emoce obecně.“ (Andršová, 2012, str. 66). Někteří jedinci jsou pronásledováni pocity viny za to, že to byli oni, kdo přežili, zatímco jiní museli zemřít.

Chybou je, když jsou varovné signály stresové poruchy podceněny a okolím označovány za neschopnost záchranáře se s událostí vyrovnat. Je pouze předsudek domnívat se, že něco takového odolného jedince nemůže nikdy potkat. Pravděpodobnost výskytu mimořádné události není vysoká, nicméně ve světě, kde hrozí teroristické útoky po celé Evropě, není vyloučeno, že dojde k nějakému neštěstí. Oběťmi katastrof nejsou pouze zasažení lidé, potenciálně ohroženi jsou rovněž i ti, kdo jim přijeli na pomoc. Stávají se „skrytou obětí“, svědky hrůz, všudypřítomného strachu a bezmoci a jako protrahovaná odezva se může vyskytnout právě PTSD. (Andršová, 2012, s. 66)

2.5.2 Syndrom vyhoření

Na téma syndromu vyhoření vzniklo za posledních let mnoho definic, které se snaží popsat podstatu tohoto problému. „*Syndrom je spojován se stavem psychického i fyzického vyčerpání následujícího po vyčerpávajícím a dlouhotrvajícím stresu. Jedná se o vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka, např. lidí, kteří se snaží druhým lidem pomoci v jejich těžkostech a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy*“ (Vosečková, Hrstka, 2010, s. 6). Bohužel, zrychlující se životní tempo dnešní doby klade vysoké nároky na psychické zdroje člověka, proto má výskyt syndromu vyhoření vzrůstající tendenci. Bylo zjištěno, že do rizikových skupin patří především ty profese, kde je hlavní náplní práce s lidmi. Projevuje se mimo jiné psychickou vyčerpaností a emocionální oploštělostí u jinak zdravých lidí, kteří nemusí vykazovat známky psychické patologie.

V záchranářské praxi jde o často skloňované téma, což je vzhledem k její náročnosti logické. Pracovní stres, nesplněná očekávání z profese záchranáře, zneužívání záchranné služby i téměř nulová zpětná pozitivní vazba ze strany pacienta vede k emoční vyprahlosti. Vznikne disbalance mezi vynakládaným úsilím a tím, co záchranář zpětně přijímá. Obranné vnitřní mechanismy postupně jeden po druhém selhávají, a tím dojde k vyčerpání psychických rezerv organismu. Potřeby v rámci emocionální i fyzické roviny nejsou dostatečně uspokojovány. K syndromu vyhoření přispívají nejen vnější vlivy v podobě chronického stresu, velkou měrou se taktéž podílejí i vnitřní faktory. Ty jsou podmíněny povahovými rysy jedince. Ctižádostiví „přemotivovaní“ záchranáři mají tendence se pracovním přetěžovat, nepřipouštějí

si selhání, bývají nadměrně sebekritičtí, což následně urychluje proces vyhoření. Stejně tak nedostatek asertivního přístupu, spolu s potřebou vyhovět každému, vede k velkému psychickému vyčerpání. (Vosešková, Hrstka, 2010, s. 6,7,31)

Dle Šeblové (2000) bývá typicky přítomné potlačování problémů, které mohou následně nepozorovaně z podvědomí patologicky působit, dokud nedojde k prvním příznakům vyhoření. Jde pouze o následek nedodržování pravidel psychické hygieny, tendenci k podceňování vlivu stresu i nedostatečné péče o vnitřní rovnováhu.

Jednání záchranáře trpícího syndromem vyhoření se značně odráží v přístupu k pacientovi i kolegům. Bývají přítomny pocity sklíčenosti, původní nadšení pro práci opadá, vnitřní energie se ztrácí a sociální komunikace vázne. Na úrovni chování k pacientovi dochází k depersonalizaci, což se projevuje pouze lhostejným rutinním prováděním jednotlivých úkonů.

Každodenní nespokojenost spojená s běžnými pracovními úkony „vyhořelého“ záchranáře negativně ovlivňuje vztahy mezi spolupracovníky i rodinou a může vyústit až v celkové pracovní selhání. (Andršová, 2012, s. 14)

2.6 Shrnutí teoretické části

Z teoretické části práce lze vyvodit, jak rozsáhlé jsou možnosti využití psychologie ve zdravotnických zařízeních i v urgentní medicíně. Výše popsané postřehy podávají povědomí o tom, co všechno se může stát, není-li dostatečně pečováno o duševní stránku člověka, která je neméně důležitá. Obzvláště v medicíně je třeba mít na paměti, jak velký vliv může mít psychika na výsledný léčebný proces. Jsou-li uspokojovány jak potřeby fyzické, tak i psychické, může být pobyt v nemocnici značně urychlen.

Příslušníci ZZS jsou stresovým faktorům ve své práci vystavováni velmi často, vidí lidské neštěstí v jeho momentální nenadálé podobě ve vší rozsáhlosti. Přestože jejich osobnost může vykazovat prvky ideálního záchranáře popsané v předchozích kapitolách, každý z nich je ohrožen syndromem vyhoření, akutní stresovou reakcí či PTSD v důsledku konfrontace s nějakou nenormální situací. Výzkumů zajímavících se o stres záchranářů bylo provedeno mnoho. Nikdo však dosud nepopsal, jak se mění přístup k zátěži během let na ZZS. Proto je praktická část zaměřena právě na postoj ke krizovým situacím, jejich zvládání a také možnosti využití psychologické odborné pomoci u záchranářů různých věkových kategorií.

II PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Hlavní cíl bakalářské práce byl postupně zformován během mé praxe na zdravotnické záchranné službě. Z teoretické části vyplývá, kolik rizik je spojených s touto prací. Cílem bylo zjistit, jakým způsobem jsou záchranáři každodenně schopni vstřebat nadměrné množství stresujících podnětů a přitom byli neustále připraveni udělat maximum pro záchranu lidského života.

Praxe na ZZS probíhala ve více krajích. Díky tomu byla vytvořena možnost zmapování si terénu a následně vyhodnocení, kde by bylo nejvhodnější výzkum provést. Praxe a spolupráce při výjezdech umožnila poznávání záchranářů nejen při práci v terénu, ale i jako obyčejné lidi při běžných denních činnostech. Z toho byl vyvozen závěr, že nejlepší spolupráce bude probíhat na výjezdovém stanovišti v Pardubickém kraji, neboť přístup ke studentům zde byl nejvstřícnější. Praktická část zkoumá, jaké situace považují zdravotničtí záchranáři různých věkových kategorií s rozdílnou délkou praxe na ZZS za nejvíce stresující. Zajímá se o to, jak se postupně během doby mění strategie zvládnutí psychické zátěže spojené s prací zdravotnického záchranáře. Problematika dlouhodobého přetěžování a důsledky s ním spojené, představují velmi reálnou hrozbu v případě, že jedinec neodhadne své psychické možnosti. Proto se na základě zjištěných dat práce věnuje i významu, jenž zdravotničtí záchranáři přikládají odborné psychologické pomoci dostupné pro ZZS.

To, jak velký vliv má psychika u pomáhajících profesí, bylo blíže nastíněno v teoretické části mé práce. Výzkumná část je zaměřena na význam negativních faktorů na duševní stav, a jak vyvíjí přístup k jejich zdolávání.

Další kapitola se zaměřuje na stanovení hlavních cílů výzkumu.

3.1 Formulce výzkumných cílů

Obecným tématem výzkumné části bakalářské práce je zjistit využití psychických obranných mechanismů záchranářů s rozdílnou délkou praxe v zdravotnické záchranné službě. Na základě výpovědí bude zjištěn subjektivní pohled na možnosti zvládnutí typických zátěžových situací s přihlédnutím na věk i pohlaví. Následně vznikne výsledný obraz

rozdílných nebo shodujících se možností prevence stresu a psychohygieny zkušených záchranářů i těch s méně odslouženými roky.

Na základě tématu praktické části byly zformulovány 3 výzkumné cíle:

Zjistit faktory vzniku stresu u zdravotnických záchranářů v závislosti na délce praxe v zdravotnické záchranné službě

Porovnat subjektivní náhled na možnosti zvládnání stresu mezi zdravotnickými záchranáři s rozdílnou délkou praxe

Zjistit, zda zdravotničtí záchranáři využívají k udržování duševního zdraví odbornou psychologickou pomoc dostupnou pro zdravotnickou záchrannou službu

3.2 Metodika výzkumu

Vzhledem k tématu a výzkumným cílům této práce, byl zvolen kvalitativní typ výzkumu, neboť poskytuje hlubší náhled interpretace jednotlivce na danou problematiku. Tento druh výzkumu je pro účely práce nejvhodnější, neboť respondentům ponechává volnost otevřeně vyjádřit své názory, subjektivní pocity i stanoviska, která zaujímají. Na rozdíl od dosti neosobního kvantitativního výzkumu, kvalitativní přináší velký objem informací o malém počtu jedinců, což je pro tento výzkum stěžejní. (Ferjenčík, 2010, s. 171)

Jako forma získávání dat byl zvolen rozhovor. Jeho nespornou výhodou je přímá interakce s respondentem tváří v tvář, což sice dle Ferjenčíka (2010) může výsledek ovlivnit, ale za to je výzkumník aktivní součástí při získávání informací. *„Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o kterých toho ještě moc nevíme. Mohou také být použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme. V neposlední řadě mohou kvalitativní metody pomoci získat detailní informace, které se kvantitativními metodami obtížně podchycují.“* (Straus, Corbinová, 1999, s.11).

Na základě konzultace s vedoucím práce a psychologem panem plk. PhDr. Zdeňkem Hrstkou, Ph.D. byly vypracovány otázky vhodné pro předmět tohoto výzkumu. První část otázek zahrnuje základní anamnestické údaje o respondentovi, posléze rozhovor přechází do části druhé, která se již věnuje psychologickému bádání. Výzkum vychází z témat popsaných v teoretické části a zároveň se dotýká psychologických oblastí, jako jsou:

- Stres

- Strach
- Psychická odolnost
- Psychohygienu
- Odborná psychologická pomoc

3.2.1 Polostandardizovaný rozhovor

V kvalitativním výzkumu se jako nejběžnější technika pro sběr dat užívá rozhovor. Pro toto výzkumné šetření byl zvolen jeden z typů hloubkového rozhovoru - polostandardizovaný, neboť ponechává respondentovi větší prostor pro zamyšlení, případně je možné položit k objasnění doplňující otázky. Rozhovor se skládá z předem připravených otázek, z nichž první část tvoří základní údaje o respondentovi a část druhá je tvořena otevřenými otázkami vztahujícím se k hlavním cílům práce. Styl odpovědí na otázky zůstává volný, tudíž je badateli umožněno zaznamenávat přirozeně plynoucí výpovědi, což je účelem kvalitativního rozhovoru. Hloubkový rozhovor nám přibližuje jednání určité skupiny lidí v určitém prostředí a hlubší pochopení pro specifické vlastnosti, jež skupina vykazuje. Na rozdíl od dotazníkových šetření se nemusíme omezovat na předem daný výběr odpovědí a můžeme se tak zaposlouchat do toku volně plynoucích nekontrolovaných asociací odpovídajícího. (Ferjenčík, 2010, s. 175)

4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Před započítím rozhovoru bylo požádáno vedení ZZS Pardubického kraje o svolení uskutečnit výzkum na jednom z jejich pracovišť. Po souhlasném vyjádření odborného zařízení, vedoucího práce a vedoucího katedry mohlo započít oslovení vhodných respondentů. Pracoviště vybrané na základě osobní preference disponuje skupinami posádek RZP a RV. Zvoleno bylo z důvodu ochotného a vstřícného přístupu ke studentům, ale také pro velký věkový rozptyl zdejších zdravotnických záchranářů, což bylo pro cíl výzkumu nutností.

Na začátku bylo respondentovi představeno téma bakalářské práce, cíle a metoda výzkumu. Každý respondent dal před zahájením rozhovoru svůj ústní souhlas nahraný na diktafon. Záchranáři byli taktéž obeznámeni se skutečností, že rozhovor bude zaznamenáván na nahrávací zařízení s tím, že po skončení budou zpracovány písemné poznámky a některé úryvky budou v práci citovány. To vše samozřejmě bez možnosti ověření totožnosti autora

citátu a s vědomím, že všechny zjištěné informace budou použity pouze pro tuto bakalářskou práci.

Ze všech oslovených respondentů (15) s nahráváním rozhovoru nesouhlasil pouze jeden z nich. Důvodem nesouhlasu byl pravděpodobně strach z přítomnosti nahrávacího zařízení.

Polostandardizovaný rozhovor byl nahráván v prostředí, jež si určili sami respondenti tak, aby převážně oni sami cítili pohodlí a klid. Záchranáři odpovídali na předem sestavené otázky v různém pořadí podle toho, jakým směrem se rozhovor ponese. V průběhu rozhovoru byly v případě nejasností pokládány doplňující otázky. Předběžně byl počet rozhovorů stanoven na 15. Pakliže dojde k situaci, kdy se odpovědi budou opakovat, tudíž dojde k teoretické nasycenosti, další rozhovory již nebudou prováděny.

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Pro můj výzkum byli vybráni respondenti zdravotničtí záchranáři posádek RV a RZP výjezdového stanoviště v Pardubickém kraji. Vzhledem ke zvolené metodě výzkumu i charakteru otázek byli do výzkumného vzorku zařazeni pouze ti záchranáři, se kterými bylo možné navázání osobního kontaktu během praxe na ZZS a zároveň byli ochotni poskytnout otevřený rozhovor. Spolupráce při výjezdech do terénu i společně strávený čas ve chvílích volna postupně utvářely představu o osobnostech těchto lidí a snaže o porozumění jejich jednání v různých situacích. O rozhovor byli tedy požádáni ti záchranáři, kde došlo po čas praxe k alespoň minimálnímu navázání důvěry. Zformování přátelského vztahu mělo tak převážně při „otázkách na tělo“ větší důvěryhodnost. Výpovědi respondentů, kteří se povětšinou sami od sebe chtěli na rozhovoru podílet, tak mohly probíhat uvolněně a bez cenzury.

Aby byla splněna kritéria výzkumných cílů, byli respondenti rozděleni na dvě skupiny. Do první skupiny (A) byli zařazeni zdravotničtí záchranáři do 5 let praxe na ZZS a do skupiny druhé (B) nad 5 let praxe. Důvodem tohoto rozdělení byl předpoklad, že záchranáři s kratší dobou praxe ještě nebudou mít práci plně zautomatizovanou, budou mít rozdílné představy o ZZS i méně zkušeností se stresovými situacemi. Dle rozhovorů se záchranáři během praxe byl postupně utvářen ten názor, že právě pět let je asi nejvíce optimální doba k nabrání potřebné sebejistoty a patričního rozhledu k práci zdravotnického záchranáře. Znamená jakýsi předěl mezi nováčkem a zkušeným „zaběhnutým“ profesionálem, který se nezalekne prakticky ničeho.

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

5.1 Anamnestické údaje

Kvalitativní výzkum byl proveden s celkem 14 respondenty. Počet respondentů ve skupině A i B je 7, skupiny jsou tím pádem vyrovnané. Rozhovor byl zahájen anamnestickými otázkami na věk, počet odsloužených let, rodinný stav a počet dětí. Pro lepší přehlednost uvádím následující tabulku:

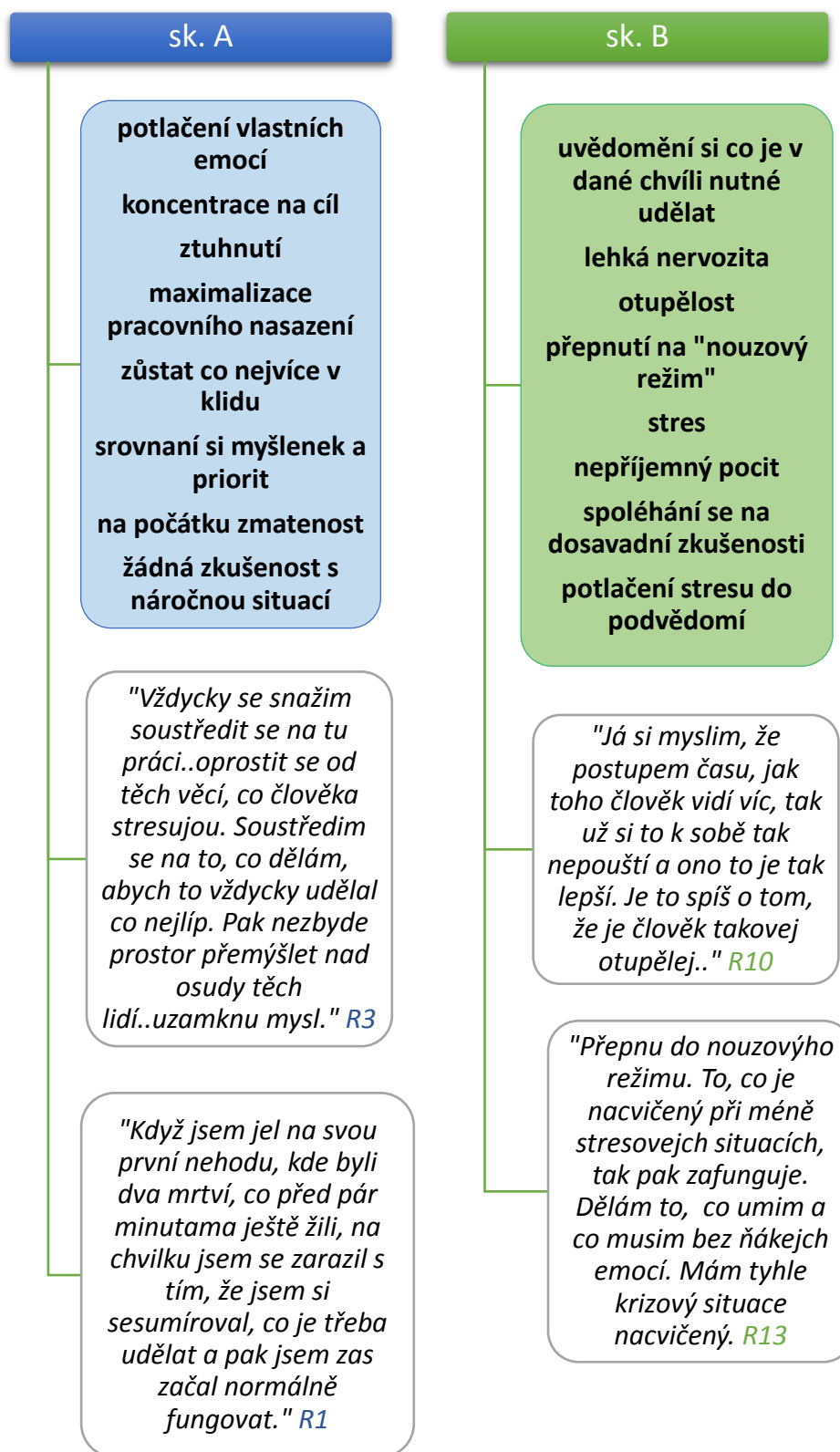
Tabulka 1: Respondenti v případě rozhovorů

	Respondent	Funkce na ZZS	Počet odpracovaných let na ZZS	Věk	Rodinný stav/děti
Sk. A	1	Záchranář RZP/ dispečer	1 rok	23 let	Svobodný/ne
	2	Záchranář RZP	2 roky	25 let	Svobodný/ne
	3	Záchranář řidič RZP	1,5 roku	25 let	Ženatý/ne
	4	Záchranář řidič RZP	2 roky	26 let	Svobodný/ne
	5	Záchranář RZP	2 roky	24 let	Svobodný/ne
	6	Záchranář RZP	1,5 roku	28 let	Svobodný/ne
	7	Záchranář RZP	2 roky	26 let	Svobodný/ne
Sk. B	8	Záchranář řidič RZP/RV	10 let	50 let	Ženatý/ne
	9	Záchranářka RZP	15 let	50 let	Vdaná/ano
	10	Záchranář RZP	20 let	51 let	Rozvedený/ano
	11	Záchranářka RZP	15 let	49 let	Vdaná/ano
	12	Záchranář řidič RZP/RV	25 let	49 let	Ženatý/ne
	13	Záchranářka RZP	15 let	45 let	Vdaná/ano
	14	Záchranář RZP	20 let	50 let	Rozvedený/ano

6 INTEPRETACE VÝSLEDKŮ POMOCÍ KATEGORIZACE

Dle výzkumných cílů práce byly stanoveny jednotlivé kategorie, které umožnily dotknout se v otázkách všech oblastí pro výzkum a zároveň poskytují komplexní náhled na výsledná data z rozhovorů. Zde jsou vypracované jednotlivé kategorie podpořené krátkými úryvky rozhovorů.

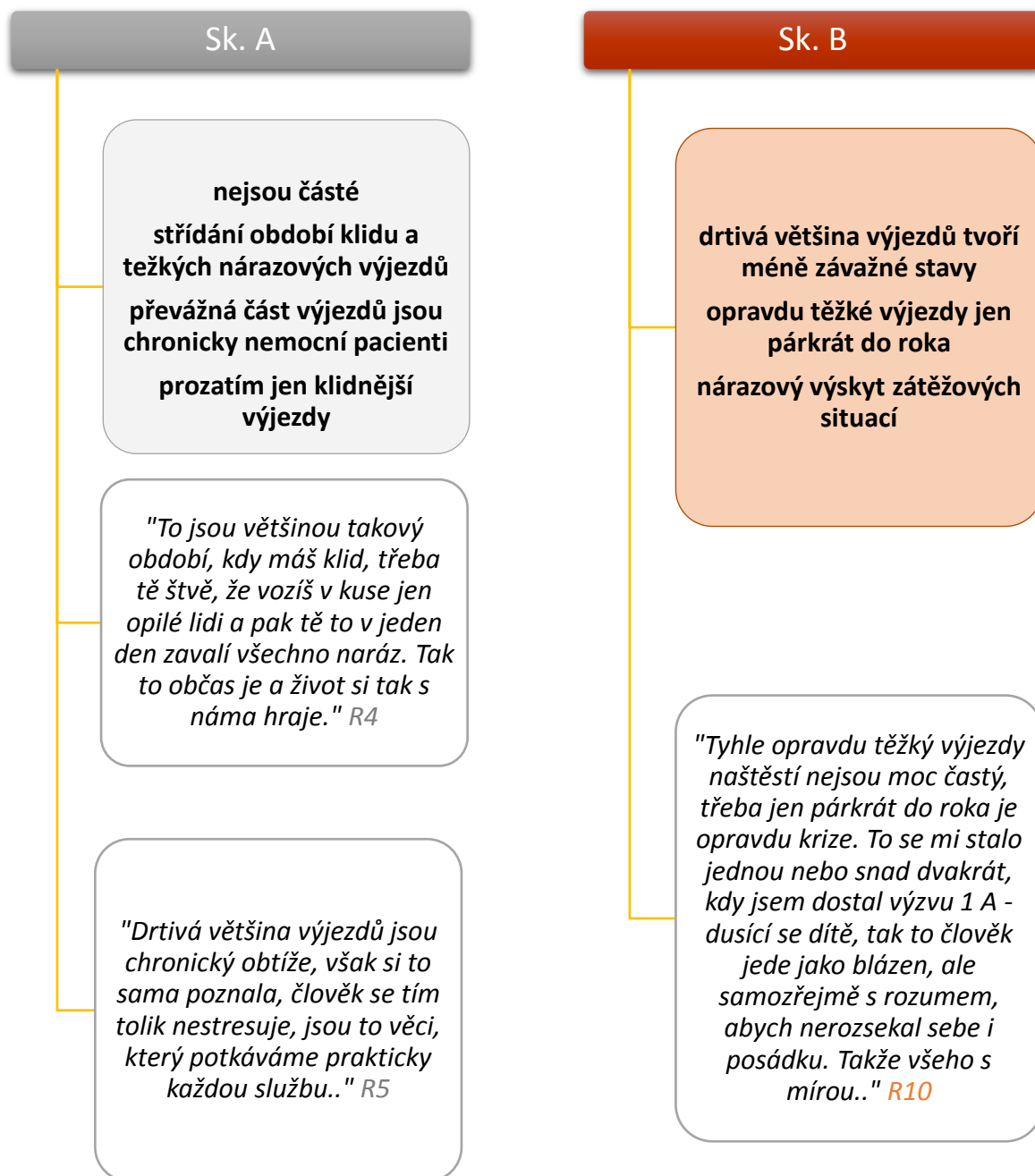
6.1 Reakce na náročné situace v terénu



Graf č. 1

Z grafu č. 1 je patrné, že sk. A se snaží v náročných situacích čo najrychleji uklidnit a soustředit se na záchranu pacienta, případně se ještě respondenti s žádnou extrémně náročnou situací neselekali. Respondenti se skupiny B mají podobné strategie a k tomu navíc mohou spoléhat na své bohaté zkušenosti.

6.2 Četnost zátěžových situací



Graf č. 2

Z grafu č. 2 můžeme pozorovat téměř shodné odpovědi z obou skupin. Ani jedna skupina se neseťkává s náročnými situacemi často. Někteří respondenti navíc uvádějí, že kritické výjezdy přicházejí ve vlnách, kdy relativně klidná období z ničeho nic následuje příval po sobě jdoucích stresujících zásahů.

6.3 Faktory vyvolávající stres

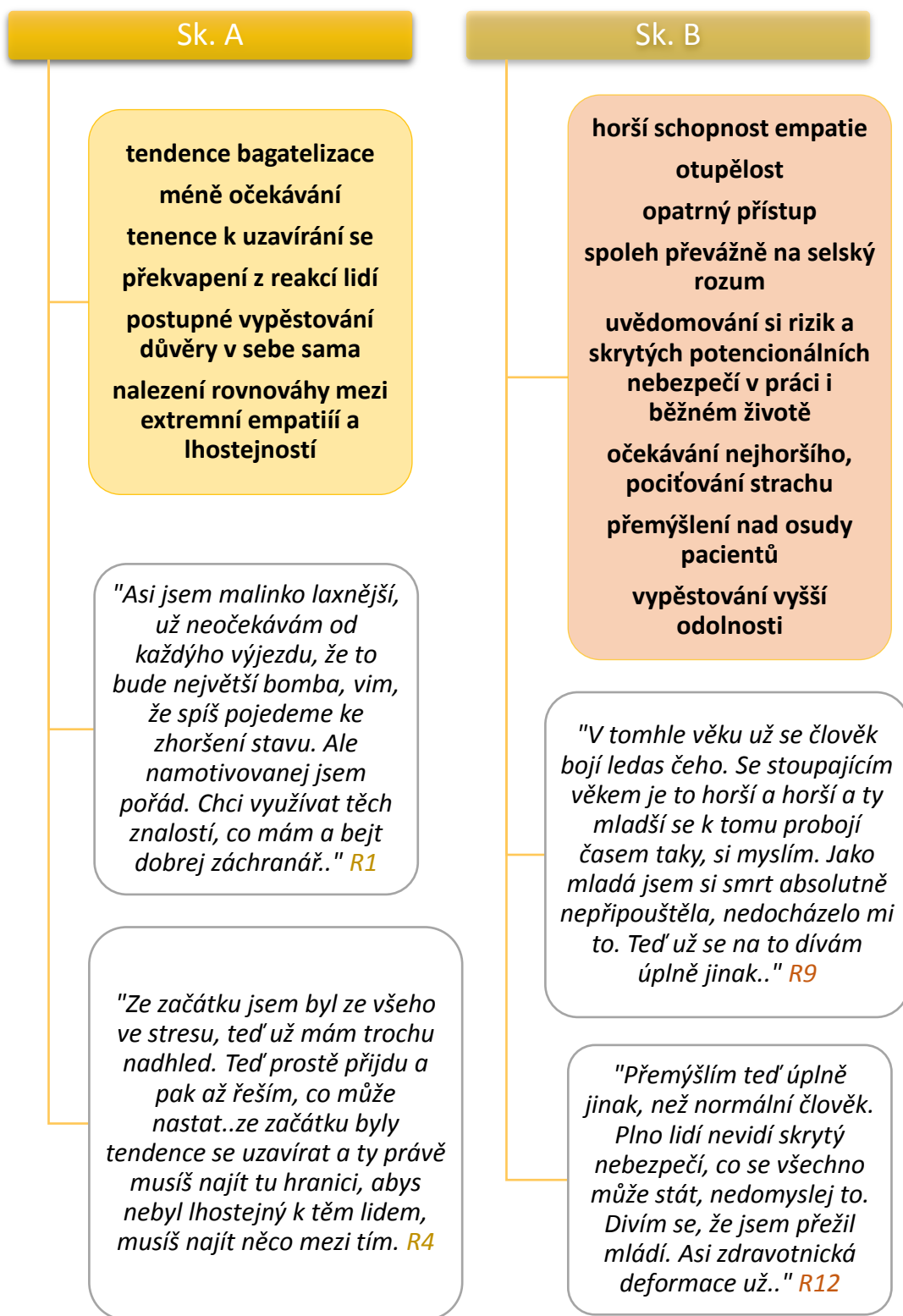




Graf č. 3

Z grafu č. 3 vyplývá, že výjezdy k dětem jsou oběma skupinami jednoznačně považovány za nejhorší stresový faktor v práci na ZZS. Stejně tak respondenti uvádějí, že mají velké obavy z výjezdů ke známému, či rodinnému příslušníkovi. Respondenti ze sk. A navíc dodávají, že pociťují stres ve vážných situacích, se kterými se nesetkávají tak často.

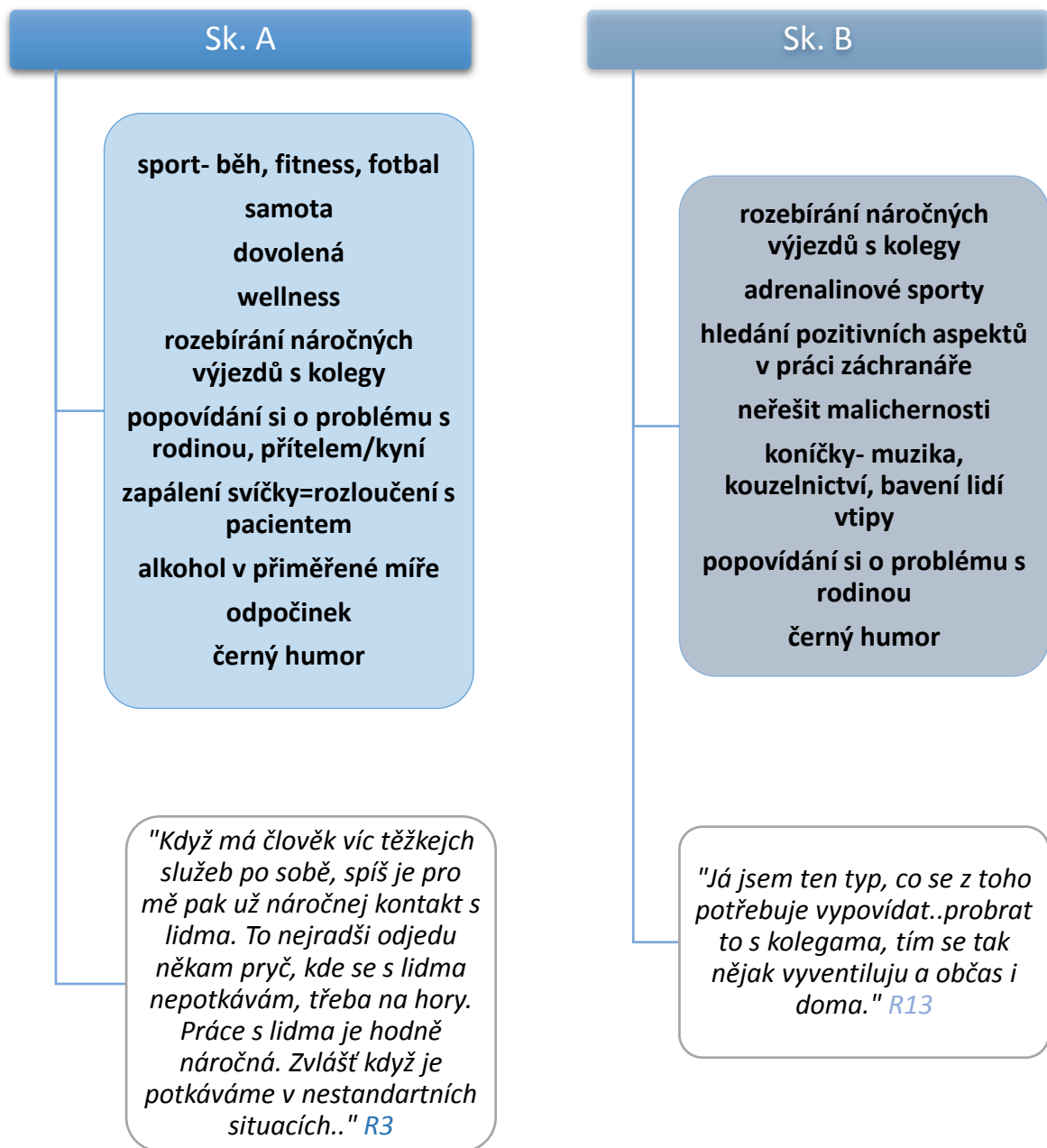
6.4 Přístup k práci na ZZS od počátků až po současnost

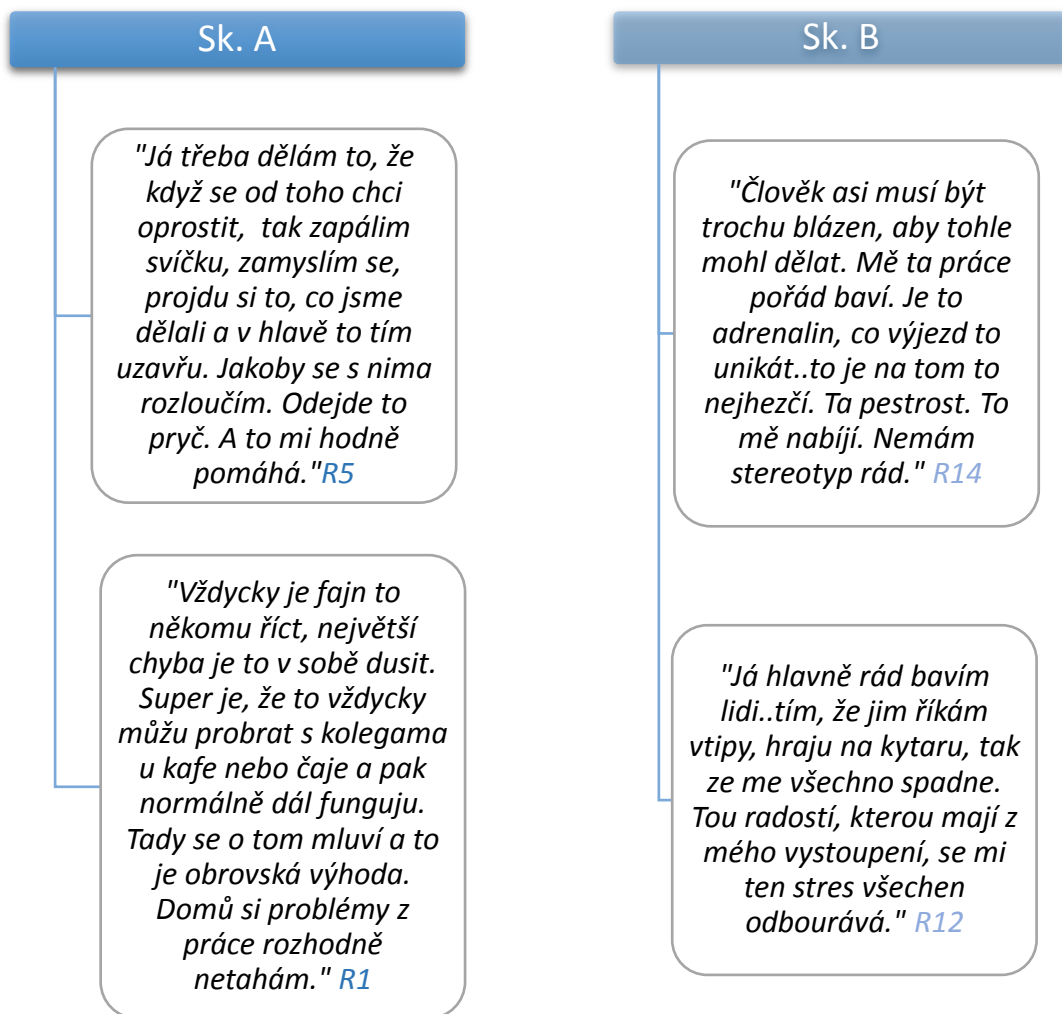


Graf č. 4

Z grafu č. 4 můžeme nalézt značné rozdíly v odpovědích respondentů obou skupin. Časem se přístup ke stresovým situacím u respondentů ze sk. A o něco více zklidnil. Očekávání už nejsou tak veliká, převažují tendence situace spíše podceňovat v důsledku toho, že převážnou část výjezdů tvoří chroničtí pacienti. Nicméně, motivace pomáhat je stejná jako na začátku. Odpovědi respondentů sk. B se lišily převážně mezi muži a ženami. Ženy více prožívají osudy pacientů a to převážně u dětí nebo naopak starších osob. Muži si naopak stresové situace téměř nepouští k tělu.

6.5 Způsoby vyrovnávání se se stresem



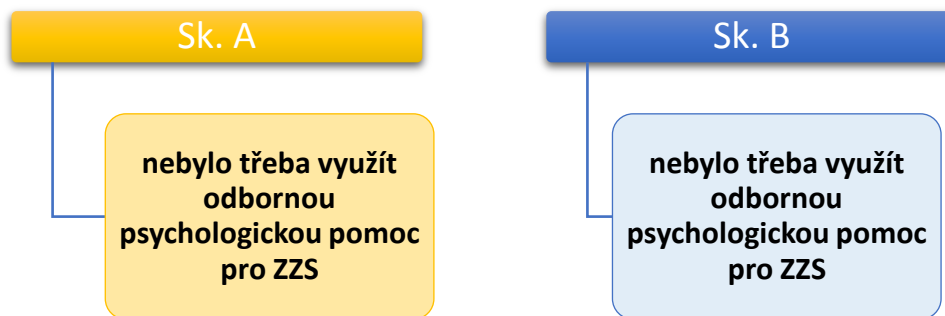


Graf č. 5

Graf č. 5 popisuje pestrou škálu metod, jak se záchranáři ze skupin A i B vyrovnávají se stresem. Nejvíce respondenti využívají možnosti rozebrat problém s kolegy přímo na pracovišti. Dále pak byly odpovědi individuální podle toho, co kdo preferuje. Nejčastější položky byly sport, přiměřené pití alkoholu, popovídání si s přítelkyní, přítelem či rodinou a využití fitness či wellness služeb. Černý humor a pozitivní myšlení rámcují celou tuto kategorii a patří mezi hlavní aspekty v boji záchranářů vůči stresu.

6.6 Využití psychologické odborné pomoci

Graf č. 6:



Graf č. 6

Graf č. 6 zobrazuje shodné odpovědi skupin A a B. Ani jeden respondent zatím nemusel využít odbornou psychologickou pomoc v žádné její podobě. Respondenti v rozhovoru uvedli, že se pokaždé se stresovými událostmi dokázali vyrovnat sami pomocí vlastních osvědčených metod. Zároveň však dodali, že pokud by zažili hromadné neštěstí a s ním často spojovaný PTSD, odborné pomoci by se nebránili.

7 DISKUZE

Hlavní úkolem mé práce bylo pomocí rozhovorů se záchranáři identifikovat, které situace shledávají jako nejnáročnější a jak na ně reagují s odstupem času na ZZS. Díky osobnímu kontaktu s respondenty jsem mohla detailněji proniknout do jejich prostředí. Orientovala jsem svou pozornost na jejich chování při komunikaci s pacientem i mezi svými kolegy. Postupně jsem analyzovala rozdíly mezi skupinami A i B. Zároveň jsem záchranáře utvrdila o naprosté anonymitě, což podpořilo důvěryhodnost získaných dat.

Na základě mých výzkumných otázek budu postupně prezentovat jednotlivé kategorie, které jsem vyhodnotila na základě informací získaných kvalitativním výzkumem prostřednictvím polostandardizovaného rozhovoru.

1. Když se setkáváte s náročnými situacemi, jak na ně reagujete?

První výzkumná otázka měla za úkol podnítit respondentovu mysl k zamyšlení se nad úrovní svých psychických obranných mechanismů. Předpokládá fakt, že záchranář v práci přichází do kontaktu s emočně vypjatými nestandardními situacemi a zjišťuje, jakým způsobem se k nim staví.

Respondenti ze skupiny A povětšinou uvádějí, že u nich na začátku docházelo k mírnému zaražení v situaci, s níž se ještě nesečkali. Následně si v hlavě srovnali priority, co je třeba udělat a dále byli schopni fungovat jako za běžných okolností. Vesměs hovoří o potlačení vlastních emocí pomocí maximální koncentrace na daný problém a vynaložení nejvyššího úsilí k normalizaci situace. Koncentrace napomáhá odsunout vlastní strach na druhou kolej a dává prostor adrenalinu vyplavenému do žil, aby v tu chvíli mohl pracovat naplno. Následně nezbývá místo pro vlastní myšlenky, tudíž si záchranáři z této skupiny zachovávají v zátěžových situacích chladnou rozvážnou mysl. Pokud se dostanou do vypjaté situace, snaží se zachovat profesionální přístup a pro danou chvíli udělat vše, co je třeba. Někteří také v rozhovoru uvedli, že se ještě s žádnou, pro ně extrémně náročnou situací, za svou praxi nesečkali.

Skupina B, tedy respondenti s dlouholetou praxí, reagují na stres vesměs obdobně, ale s tím rozdílem, že mohou spoléhat na své bohaté zkušenosti z nesčetného množství předchozích výjezdů. Velký podíl na zvládnání stresu má tedy jednoznačně léty naučený zautomatizovaný postup. To jim dodává více klidu při práci, přestože každý výjezd k pacientovi je svým způsobem jedinečný. Jejich jednání na mě působilo velice vyrovnaným dojmem, jak při rozhovoru, tak při spolupráci v terénu. Obsáhlé vědomosti i stovky absolvovaných výjezdů

jim poskytují tolik potřebnou jistotu a možnost lépe improvizovat při stresových situacích. Zároveň si na podkladě rozhovorů myslím, že stres neprožívají s takovou intenzitou jako záchranáři ze skupiny B. Stres či spíše nepříjemné pocity prožívají před dojezdem na místo zásahu, kde tuší nějaké komplikace. Následovně emoce odsunou do podvědomí, přepnou na „nouzový režim“ a pracují s profesionální jistotou jako za normálních okolností.

2. Jak časté jsou náročné situace, s nimiž se při výjezdech setkáváte?

Na otázku č. 1 následovala jako doplnění otázka druhá a to, jak často jsou záchranáři konfrontováni se stresem při svých výjezdech. Zde mluvili respondenti obou skupin o takzvaných nárazových obdobích, kdy výjezdy k chronickým obtížím či zhoršení stavu střídají z ničeho nic zásahy závažného charakteru, kde je ohrožen život. Nicméně, opravdu stresující těžké situace našťastí nepatří mezi časté výjezdy ZZS. Ačkoliv by při výzvě člověk právě takové očekával, v praxi tomu tak není. Zde se výpovědi obou skupin shodovaly.

3. Jaké situace vnímáte jako nejvíc stresové, z čeho máte největší strach?

Na tuto otázku hledalo odpovědi mnoho výzkumů. Například J. Kartušáková ve své bakalářské práci uvádí na toto téma téměř shodné výpovědi. Při popisu některých obzvláště těžkých výjezdů záchranářů by „normálního“ člověka mrazilo. Jsem vděčná, že mi jako důkaz své důvěry, byli respondenti ochotni otevřeně popsat zážitky, které by raději nechali zapomenuté. Pro všechny záchranáře je jednoznačně noční můrou výjezd k dítěti ve vážném stavu. Přestože je každému věnována stejně kvalitní péče, přístup k dítěti je přece jen poněkud odlišný, než ke starším polymorbidním pacientům. V neposlední řadě zde hraje svou roli přítomnost vyděšených rodičů, kteří zvyšují hladinu stresu. Jako důležitý faktor subjektivně vnímaného strachu se mezi záchranáři objevuje spřízněnost. V tu chvíli se totiž situace záchranáře osobně dotýká a je extrémně těžké potlačit vlastní emoce. K dalším stresově velmi náročným situacím patří autonehody s neznámým počtem lidí v nepřehledné lokalitě.

Rozhovory se skupinou A dále upozornily na stres při předávání pacientů do zdravotnického zařízení. Někteří respondenti mají obavy, jak se k jejich diagnostice postaví sloužící lékař, který mnohdy podle nich reaguje neadekvátním způsobem. Obavy mají respondenti z výjezdů k vážným stavům, se kterými ještě nemají dostatek zkušeností v důsledku jejich méně časté frekventovanosti. Profesionální nepřipravenost tedy podněcuje přítomnost stresu. Dalším hlavním činitelem stresu se ukazuje být přítomnost verbálně či fyzicky agresivního pacienta nebo přihlížejících. Velký vliv na práci týmu má psychické rozpoložení a velící schopnosti vedoucího zásahu nebo přítomného doktora. Emoce jsou přenosné a pociťuje-li doktor stres či

nerozhodnost, efektivita spolupráce v důsledku všudypřítomného napětí samozřejmě klesá. Zarazila mě skutečnost, že se objevili respondenti, kteří nepokládali žádné situace za jakkoliv stresující. I výše popsané velice traumatizující výjezdy k dětem vnímají jednoduše jako součást své práce. Tento postoj připisují buď extrémní odolnosti jedince a schopnosti eliminovat negativní emoce, anebo zapojení obranného mechanismu v podobě rezignace či popření problému.

Skupina B navíc pociťuje jako stresové závažné výjezdy s absencí doktora, bez možnosti urychlené aplikace analgezie či anestezie. Prodleva mezi konzultací s doktorem či dojetí posádky RV a podáním tolik potřebného léku u pacienta zmučeného bolestí, je záchranářem vnímána jako krajně nepříjemná. Situaci zhoršuje fakt, když je pacientem dítě a přítomnost přihlížející rodiny. Dále respondenti uvádějí, že mají nepříjemné pocity z výjezdů, kde ví, že pacient bude prožívat nadměrnou bolest. Jde především o popáleniny, opařeniny nebo traumata, kde je už samotné prvotní ošetření velice bolestivé. I zde zdůrazňují, že čas věnovaný přípravě léku proti bolesti, zajištění žilního vstupu až po finální aplikaci je v danou chvíli vnímán jako nekonečně dlouhý.

4. Jak se změnil Váš přístup ke stresovým situacím během doby Vaší praxe na ZZS?

Respondenti sk. A počátky svého nástupu do zaměstnání vnímali jako velmi hektické a stresující snad při každém zásahu. Postupně však při výjezdech docházelo k zocelování, získávání důvěry v sebe sama, nalezení sebejistoty. Každý výjezd je vždy svou originalitou obohatil o nové zkušenosti, díky nimž se stali odolnějšími. U některých dokonce do té míry, že se, jak říkají, nebojí ničeho. Zároveň si však na sobě uvědomují tendence situace bagatelizovat. Očekávání nejhoršího se změnilo na očekávání výjezdů, které svým charakterem neodpovídají výzvě pro ZZS, tudíž není ohrožen život pacienta. Hlavní rozdíl vidí v tom, že jejich prožívání situací již nedosahuje takové intenzity. Zde mě zajímalo, zda je možné si udržet stejnou schopnost vcítit se do potřeb pacienta, jako měli záchranáři v počátcích své praxe. Zde respondenti přiznali, že měli potřebu se časem uzavírat, byli překvapeni z nutnosti lidem něco neustále vysvětlovat, zavaleni množstvím výjezdů k opilým či zdrogovaným pacientům. Dle mého názoru však žádný z nich neztratil motivaci nadále zachraňovat životy, evalvační chování k pacientům i kolegům pokládají za naprostou samozřejmost.

Respondenti skupiny B vykazovali značné rozdíly s přihlédnutím na pohlaví. Muži z této skupiny vypracovali zvládání svých emocí na maximum. Stresové situace berou jako běžnou

součást své práce a přístup k nim zůstává, dle jejich slov, netečný či otupělý. Primární je pro ně ochránit tým a dostat se ve zdraví zpět na základnu. Oprostili svou mysl od nedůležitých detailů a zaměřili se na zvládnutí zátěže prostřednictvím chladné logiky či základním používáním selského rozumu. Zdůrazňují nutnost se chovat profesionálně za každých okolností, příliš si negativní prožitky nepřipouštět, jinak by došlo k zhroucení. Dále si všímají, že jejich myšlení je zcela odlišné od lidí bez zdravotnického vzdělání. Mnohem více než kdokoli jiný si totiž uvědomují rizika a s ním spojená skrytá nebezpečí, která hrozí v různých situacích v běžném životě.

Ženy ze sk. B stresové situace prožívají mnohem intenzivněji. Za dobu co pracují na ZZS, se jejich instinkt pro nebezpečí zostřil, míra prožívání stresu nepoklesla ba naopak. Bolest doprovázející osudy svých pacientů vnímají nepříjemně, obzvláště jedná-li se o děti. Rozhovory s ženami, které měly vlastní děti, poukázaly na skutečnost, že dokážou soucítit s rodinou malého pacienta při výjezdech více, než muži záchranáři. Neznamena to však, že by jim tyto emoce ubíraly na profesionalitě. Naopak jsou citlivější v přístupu k pacientovi což, zvláště u dětí, usnadnilo navázání důvěry.

5. Jak se vyrovnáváte se zátěží?

Práce zdravotnického záchranáře je především o práci s lidmi a ta patří mezi nejnáročnější. Tato otázka zjišťuje, jaké metody se v boji proti stresu, únavě a každodenním starostem záchranářům osvědčily. Odpovědi byly individuálního charakteru v závislosti na tom, co kdo upřednostňuje. Respondenti skupiny A nejčastěji v této souvislosti uváděli sport. Tělesná aktivita napomáhá vyčistit hlavu a v neposlední řadě udržuje záchranáře v dobré fyzické kondici. Některým stačí problémy prodiskutovat s přáteli či rodinou, někdo naopak preferuje samotu v horách, kde může být na nějaký čas izolován od lidí a může tak načerpat pozbytou sílu z přírody. V souvislosti s extrémně psychicky náročnými výjezdy spojenými s úmrtím pacienta, mne obzvláště zaujala výpověď jednoho respondenta z této skupiny. Jeho způsob, jak se s traumatizujícím zážitkem vyrovnat, je ve chvíli klidu, kdy se vzpomínky začínají živě vracet, zapálit svíčku pro mrtvého a tím se symbolicky rozloučit. Věřím, že tato metoda zcela jistě napomáhá oprostit mysl od negativních myšlenek a případ tak může být v hlavě uzavřen. Podobně záchranářům vnitřně pomáhá uzavřít osud pacienta sledováním průběhu jeho další léčby ve zdravotnickém zařízení.

Respondenti ze skupiny B, které jsem oslovila, dělají práci zdravotnického záchranáře spousty let, aniž by na sobě pociťovali známky syndromu vyhoření. Proto mne obzvláště zde

zajímaly jejich osvědčené způsoby zvládnání zátěže. V této souvislosti bych vyzdvihla především jejich pozitivní přístup a životní nadhled. Zdůrazňují fakt, že nemá smysl se trápit věcmi, co nemůžeme změnit, ale raději se soustředit na to dobré, čím můžeme pomoci. Práce záchranáře pro ně přináší spoustu pozitivních aspektů, které jednoznačně převažují nad negativy. Různorodost, adrenalin, práce s lidmi a skvělý kolektiv považují za naprosto dostačující důvody, proč tuto práci mít rád.

Obě skupiny oceňovaly možnost problematické výjezdy dopodrobna rozebrat s kolegy prakticky hned po jejich ukončení. Typickým černým humorem i pocitem sounáležitosti s lidmi, kteří problému rozumí nebo ho sami zažili, byl dle slov záchranářů stres po každé úspěšně odbourán.

Očividně ne na každém výjezdovém stanovišti panuje taková důvěra na pracovišti. Pokud porovnáím výsledky z výzkumu T. Měrtlové, vyplyne z něj, že záchranáři z jiných krajů si své problémy raději řeší sami. Jako hlavní důvod uvádí, že většinu záchranářů tvoří muži a ti všeobecně neradi odhalují své emoce druhým. (T. Měrtlová, 2011, s. 41)

6. Využil/a jste někdy psychologickou odbornou pomoc pro ZZS?

Touto otázkou jsem zjistila, že záchranářům chybí povědomí o možnosti tuto pomoc využít nebo mají jen kusé informace. Pomoc jim nebyla nabídnuta ani často netušili, kým je tato pomoc konkrétně poskytována. Ani jeden respondent ji nepovažoval za nutnou a nikdy ji nevyhledal. Na otázku, zda by ji někdy využili, se mi však dostalo kladné odpovědi. Tudiž pokud by došlo k nějakému neštěstí vyššího rozsahu, například srážce vlaku, kdy by hrozba vzniku PTSD byla více než reálná, nikdo z nich by se odborné psychologické intervenci, dle slov respondentů, nebránil.

Zajímavostí může být srovnání využití psychologické odborné pomoci u hasičů, kde své výsledky prezentuje v diplomové práci L. Špačková. V jejím výzkumu naopak hasiči přesně ví, jak se na psychologickou službu obrátit a také ji téměř všichni dotazovaní využili. Dokonce se s psychologem setkávají po těžkých výjezdech velmi často. (L. Špačková, 2011, s. 70)

Tento rozdíl je možná dán faktem, že neexistuje zákon, který by nařizoval mít na ZZS interního psychologa. Ostatní složky integrovaného záchranného systému těmito odborníky disponují, proto se možná jeho příslušníci o využití pomoci zajímají více.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se pokusila blíže odhalit možnosti využití psychologie v záchranářské praxi. Úkolem teoretické části bylo popsat odborná východiska k tomuto tématu, aby na ně následně mohla být navázána část praktická. Nastudování teorie mi umožnilo zjistit, jak velkou roli hraje psychika v profesi zdravotnického záchranáře. Seznámila jsem se i s jednotlivými odbornými řešeními v případě negativních dopadů při selhání obranných psychických mechanismů.

V praktické části jsem zkoumala, jak záchranáři postupem času vnímají stres spojený se zátěžovými situacemi. Člověk se během praxe na ZZS zoceluje, vyvíjí, ale na druhou je neustále ohrožen syndromem vyhoření. Předmětem zájmu bylo zjistit, zda se kompenzační mechanismy zvládání stresu a přístupu k němu v rámci delšího časového intervalu liší či nikoliv. Cíle, jež byly nastíněny v úvodní části práce, jsem vyhodnocovala prostřednictvím informací získaných formou rozhovorů, což dle mého názoru, umožnilo získat velmi reálná data. Důvěryhodnost byla umocněna faktem, že jsem všechny respondenty měla možnost osobně poznat a pozorovat je při práci. Uskutečněno bylo celkem 14 rozhovorů o průměrné délce 10 minut s respondenty s rozdílnou délkou praxe ve věkovém rozmezí od 23 do 54 let. Široké věkové spektrum umožnilo podat výsledný obraz na zvládání zátěže napříč celou generací. Výzkumný soubor byl vybrán na základě mých zkušeností s daným člověkem na mé praxi a jeho otevřenosti ke studentům.

Rozhovory mne obohatily o nové zkušenosti. Seznamování se s informacemi z oboru psychologie i jejího využití v praxi záchranáře mi přineslo spoustu neočekávaných poznatků, které určitě využiji nejen ve svém budoucím zaměstnání, ale i v životě. Jak respondenti s kratší dobou praxe, tak i respondenti zkušenější, významným dílem přispěli k objevení několika zajímavých postřehů, které jsem prostřednictvím cílů analyzovala.

Pokud bych měla zhodnotit, jak se vyvíjí emocionální stránka záchranáře napříč léty praxe na ZZS a jeho přístup ke stresovým faktorům, řekla bych, že čím je člověk starší a zkušenější, tím více si uvědomuje možná rizika. Přestože psychická odolnost stoupá společně s jistotou nabytou každým dalším výjezdem, zároveň s tím se přímo úměrně zvyšuje vědomí vlastní pomíjivosti. To jak je život ve skutečnosti křehký a jak málo stačí, aby vyhasnul, si jako mladí záchranáři dost možná nepřipouštíme. To, zda je to dobře či ne, by mohlo být dalším tématem pro zpracování. Mnohem citlivěji jsou negativní emoce vnímány ženami záchranářkami, obzvláště v případech, kdy se s životní situací pacienta mohou identifikovat.

Dalším poznatkem je fakt, že nástupem do práce zdravotnického záchranáře započne cesta hledání rovnováhy mezi přílišnou empatií a naprostou lhostejností. Zjistila jsem, že se každý záchranář v začátcích potýká na hranici obou těchto extrémů, než si časem najde adekvátní stabilní pozici mezi oběma směry. Výsledkem je profesionální působení klidného sebevědomého člověka, který umí vyhodnotit, jak nejlépe se v dané situaci zachovat. Ačkoliv záchranáři uvádějí některé výjezdy, kdy není ohrožen život, jako značně demoralizující záležitost, pokaždé mohou pacienti očekávat slušný profesionální přístup a to bez výjimky.

Mým dalším cílem bylo zkoumat, jak záchranáři bojují se stresem, aby časem přešli vyhoření. Překvapením pro mne bylo zjištění, že ani jeden doposud nevyužil odbornou psychologickou pomoc. Navzdory tomu, že většina z nich zažila situace, které dalece přesahovaly běžnou dávku stresu pro obyčejného člověka. Během mé praxe na daném výjezdovém stanovišti jsem měla možnost zjistit, proč tomu tak je. Každý z nich má svůj osobní recept, jak se vyrovnat se zátěží, ale dva nejdůležitější faktory byly společné pro všechny. Za extrémně důležité považuji to, že o problémech mezi sebou záchranáři mluví, nejlépe je rozebírají mezi sebou ihned po náročném výjezdu či ráno u společné kávy. Nikdo situaci nezlehčuje, naopak i přes značné povahové rozdíly, byla znatelná vzájemná podpora. Dalším stěžejním faktorem byl způsob, jakým byl problém diskutován a to s přidáním značné dávky černého humoru. Ten je zřejmě nedílnou součástí každé záchranné složky. Nalézání humoru v situacích s tragickou povahou skutečnosti se může zdát šokující, ale jde jen o přirozenou snahu uvolnit napětí v nenormálních chvílích.

Výběr práce zdravotnického záchranáře vyžaduje dobrý morální úsudek, týmovou spolupráci, zručnost i obsáhlé znalosti nejen z urgentní medicíny, ale i psychologie. Proces budování takového profesionála je náročný, často bez odměny. Výsledky analyzované na základě cílů této práce ukázaly, že časem se kompenzační obranné postoje k zátěži mění. Důležité je především nepodceňovat zátěž, která je nedílnou součástí této profese a nadále fungovat tak, aby záchranář mohl pomáhat druhým.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANDRŠOVÁ, Alena.** Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
- ATKINSON, Rita L.** Psychologie. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178- 640-3.
- BYDŽOVSKÝ, Jan.** Akutní stavy v kontextu. 1.vyd. Praha: Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
- FERJENČÍK, Ján.** Úvod do metodologie psychologického výzkumu. 2.vyd. Praha: Portál, 2010. 255 s. ISBN 978-80-7367-815-9
- KATRUŠÁKOVÁ, Jana.** 2011. Potřebnost psychosociální péče u zdravotnických záchranářů. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Bakalářská práce
- MĚRTLOVÁ, Taťána.** 2011. Psychika zdravotníků na záchranné službě. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. Bakalářská práce.
- MITCHELL, Jeffrey and George, EVERLY.** Critical incident stress management (CISM): Basic Group Crisis Intervention. United States of America: International Critical Incident Stress Foundation, Inc., 2003. ISBN 0-9720897-5-6
- REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ a kol.** Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny. 1.vyd.Praha 2013. ISBN 978-80-247-4530-5
- SEAWARD, Brian.** Managing stress in Emergency Medical services Jones & Bartlett Learning, 2000. ISBN 0-7637-1008-3
- STRAUSS, Anselm a Juliet, CORBINOVÁ.** Základy kvalitativního přístupu. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
- ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR a kol.** Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 1.vyd. Praha 2013, ISBN 978-80-247-4434-6
- VOSEČKOVÁ, Alena a Zdeněk, HRSTKA.** Syndrom vyhoření. 1.vyd. Univerzita obrany, Fakulta vojenského zdravotnictví, Hradec Králové, 2010. 53 s. ISBN 978-80-7231-344-0
- VYMĚTAL, Jan.** Lékařská psychologie. 3.vyd. Praha: Portál s.r.o., 2003. 397 s. ISBN 807178740X

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ. Základy psychologie pro zdravotnické obory. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1

Odborné články

BURIÁNKOVÁ, Helena a Alan, RYBA. Psychosociální intervenční služby na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy – územního střediska záchranné služby. Urgentní medicína, 2009, č. 2, s. 35-37. Praha: MEDIPRAX CB, s.r.o. ISSN 1212 – 1924

RIEDL, Martin. Zkušenosti zkušených; Záchranář; Opravdu víme, kdo se pod tímto označením skrývá?. Foto archiv Singing Rock. Rescue Report. září 2011, roč. 14, čís. 4, s. 44-46. ISSN 1212-0456

ŠEBLOVÁ, Jana. Postraumatická stresová porucha. Urgentní medicína, 2000, č. 1, s. 33-35. Praha: MEDIPRAX CB, s.r.o. ISSN 1212 – 1924

PŘÍLOHY

Příloha 1 - *Ukázka rozhovoru.*

„Dobrý den, jmenuji se Dita Ročková, jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Univerzitě Pardubice. V současné době pracuji na bakalářské práci s názvem „Využití psychologie v záchranářské praxi“. Zajímají mě faktory vzniku stresu, chci porovnat jeho zvládnání u zdravotnických záchranářů v závislosti na délce praxe a zjistit povědomí o odborné psychologické pomoci pro ZZS.“

„Souhlasíte s rozhovorem pro účely mé bakalářské práce?“

„Ano.“

„Kolik je Vám let?“

„Je mi 26 let.“

„Jak dlouho pracujete na záchrance?“

„Budou to dva roky.“

„Můžu se zeptat na osobnější otázku? Váš rodinný stav?“

„Jasně. Ženatej nejsem a děti taky ještě nemám.“

„Když se setkáváte s náročnými situacemi, jak na ně reagujete?“

„Vždycky se snažím soustředit se přímo na tu práci. Snažím se oprostit se od těch věcí, co mě stresují, koncentruju se čistě jenom na to, co dělám, abych to vždycky udělal co nejlíp. Potom už mi nezbyde prostor přemýšlet nad osudy těch lidí, uzamknu mysl jen na to, co je třeba udělat.“

„Jasně, snažíte se zaměstnat mysl a udělat v danou chvíli maximum.“

„Přesně tak.“

„Setkáváte se takovými situacemi často?“

„Ne. Drtivá většina výjezdů jsou chronický obtíže, však si to sama poznala, člověk se tím tolik nestresuje, jsou to věci, který potkáváme prakticky každou službu. Takže to člověka nijak dramaticky nepostihne.“

„Je zde něco, z čeho máte opravdu strach? Výjezd, kterého se obáváte vy osobně nejvíc?“

„Tak určitě jsou takovým největším stresovým faktorem výjezdy k dětem. To je, si myslím, pro většinu z nás jeden z největších strašáků. Pak nějaký komplikovaný porod...je to taky o tom, že se s tím člověk nesečká tak často, nemá s tím tu zkušenosti no.“

„Máte nějakou osvědčenou metodu, jak se s nahromaděným stresem vypořádat?“

„Jak kdy no, člověk na to velmi často nemá ani čas, vyjedeme hnedka na další výjezd, takže je třeba se soustředit na dalšího pacienta, další jeho osud, další příběh, takže nezbývá prostor nad tím moc přemýšlet.“

„Jasně, ale ve chvílích volna nebo doma, kdy to na člověka dolehne, je třeba se s nahromaděnou zátěží nějak vypořádat. Tato práce není vůbec jednoduchá a mě zajímá, co děláte, abyste nějakým způsobem stres kompenzoval.“

„Určitě je dobrý, spíš z toho odborného hlediska, zjistit si ten příběh dál, jak to pokračovalo, zjistit si diagnózu a podobně. Tím pádem se případ pro mě uzavře. Na jednu stranu je to pro nás snazší v tom, že velmi často nevíme, jak příběh pokračuje dál. My pacienta odevzdáme v nemocnici a tím to pro nás končí, prostě jsme ho odvezli do nějaký následný péče, což je na jednu stranu pro nás dost jednoduchý. Ale někdy by bylo dobrý vědět, co se s ním dělo dál, nejlépe nějaký happyend, samozřejmě ne vždycky to tak dopadne, ale někdy je dobrý si to zjistit, když je to možný.“

„Věřím, že vědět, jak to s pacientem dopadlo, určitě myslí uleví. Máte ještě nějaké osvědčené metody, které preferujete při odbourávání stresu? Když je v práci opravdu těžké období?“

„Když je hodně těžkých služeb po sobě, tak je pro mě spíš už náročnej kontakt s lidma, že bych nejradši odjel někam pryč. A to taky praktikuju. Někam, kde se s lidma vůbec nepotkávám, třeba do hor. Není to ani tolik o těch náročných výjezdech jako spíš o té komunikaci s pacienty. Práce s lidma je obecně dost náročná tím spíš, když my je potkáváme v nějakých nestandardních situacích, ať už je to úraz nebo nemoc, že jo, vždycky je to pro ně diskomfort. A to se na jejich jednání projeví, je to jiný než komunikace s člověkem, který je v pohodě a nic mu není. Spíš utíkám před tou komunikací. Ale dost často nad tím přemýšlím. Jestli jsme udělali všechno, co jsme mohli, jestli šlo něco udělat jinak. Ale v horách si pročistím hlavu, načerpám síly a pak normálně můžu fungovat dál.“

„Vyutil jste někdy psychologickou odbornou pomoc pro ZZS?“

„Ne, to jsem nevyužil. Ale já jsem hlavně ještě nezažil situaci, která by byla vyloženě extra nestandartní, zatím jsem byl u takových výjezdů, u kterých vím, co očekávat.“

„Řekl byste, že se nějak změnil přístup ke stresovým situacím za tu dobu, co tu pracujete?“

„Ze začátku, když jsem nastoupil, byl pro mě každý výjezd něčím novým. Teď si řeknu, je to běžný. Předtím byl každý zásah něčím jedinečným, což je teďka taky, minimálně tím dalším lidským příběhem, jen to teď tolik nevnímám. Neřekl bych, že jsem ještě v té fázi, kdy bych se mířil do lidí vciťoval, ale postupem času je podle mě čím dál těžší mít k lidem tu empatii. Těch situací totiž člověk už zažije tolik, že málokterá ho něčím překvapí. Nedokážu to posoudit, jak to bude za 10 let. Nevím. Hodně jsem taky poznal, jak důležitý je lidem věci pořádně vysvětlovat. Ze začátku bych čekal, že spoustu věcí lidem dojde tak nějak automaticky. Nečekal jsem, že lidi prostě kolikrát nevědí, co mají dělat. Když vidí sanitku, čekají na ni, já očekávám, že na tebe třeba mávnou. Překvapilo mě, že se to nestává, jen přede mnou stojí a koukají, my je přejedeme a oni nic.“

„Takže zatím jste se nedostal do žádné krizové situace, kterou byste nezvládl.“

„Určitě jsou výjezdy, který si pamatuju. X měsíců starý, ale nikdy na ně nezapomenu. Když jsme se bavili o tom, co je největší strašák, tak jsem si teď na něco vzpomněl, co jsem úplně vytěsnil. Bojím se, že pojedu k nějakému člověku, kterýho znám, kterej je mi blízký. Byl jsem u otce jednoho máho kamaráda, věděl jsem, že je to blízký někoho, koho znám. Zrovna to skončilo smrtí a já věděl, že to tomu dotyčnému musím nějakým způsobem říct. Už se mě ten příběh osobně dotýkal, to byl pro mě nejsilnější moment tady na záchrance. Už to nebyla jen práce, ale už je to osobní příběh někoho, koho člověk zná. Tady je hlavně výbornej kolektiv, lidi se skvělým smyslem pro humor, takže to, si myslím, že je strašně důležitý. Máme tu lidi, který jsou pozitivně naladěný. Když se vrátíme z nějakýho špatnýho výjezdu, tak si to tu mezi sebou řeknem, podělíme se o podobné zkušenosti z jinýho výjezdu a to je super. Že se tady o tom mluví, to se mi líbí. Vždycky to se mezi sebou můžeme říct. Přijde mi lepší to probrat s člověkem, který to zažívá, než to probírat doma, to nemám rád, tahat si to domů. Nechci je tím zatěžovat. Snažím se to doma neventilovat.“

Příloha 2 – Potvrzení o provedení výzkumu na výjezdovém stanovišti v Pardubickém kraji